



Министерство здравоохранения и социальной
защиты населения Республики Таджикистан



ГОО «Таджикский государственный медицинский
университет имени Абуали ибни Сино»

**XX (юбилейная) научно-практическая конференция молодых ученых
и студентов с международным участием, посвященная годам
развития цифровой экономики и инноваций 2025-2030**

**«Интеллектуальные технологии в медицинском образовании и
науке: инновационные подходы»**

Материалы конференции

Том 1



25 апреля 2025 года
г. Душанбе



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



**ГОУ «ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
имени АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

**ТЕХНОЛОГИЯҲОИ ЗЕҲНӢ ДАР ТАҲСИЛОТ ВА ИЛМИ ТИБ:
РАВИШҲОИ ИННОВАТСИОНӢ**

**ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОМ
ОБРАЗОВАНИИ И НАУКЕ: ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ**

**INTELLIGENT TECHNOLOGIES IN MEDICAL EDUCATION AND
SCIENCE: INNOVATIVE APPROACHES**

*Материалы XX (юбилейной) научно-практической конференции
молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
с международным участием*

ТОМ 1

**(Хирургические дисциплины,
терапевтические дисциплины, педиатрия)**

25 апреля 2025

Душанбе (Dushanbe)

Организационный комитет конференции

Абдуллозода Дж.А.	председатель оргкомитета, министр здравоохранения и социальной защиты населения РТ, д.м.н., профессор
Муҳиддин Н.Д.	заместитель председателя оргкомитета, ректор ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», д.м.н., профессор
Икромии Т.Ш.	заместитель председателя оргкомитета, проректор по науке и инновации ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», д.м.н., доцент
Члены оргкомитета	
Юсуфи С.Дж.	начальник управления медицинского и фармацевтического образования, кадровой политики и науки МЗ и СЗН РТ, академик НАНТ, д.фарм.н., профессор
Додхох Дж.С.	проректор по учебной работе ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», д.м.н., профессор
Хусейнзода З.Х.	проректор по лечебной работе ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», д.м.н., профессор
Ахрориён З.А.	проректор по идейно-воспитательной работе ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», к.м.н., доцент
Каландарзода Ё.К.	проректор по хозяйственно-административной части ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», к.б.н., доцент
Али-Заде С.Г.	начальник отдела науки и инноваций, к.м.н., доцент, ответственный секретарь
Табариён Б.С.	декан медицинского факультета, д.м.н., профессор
Зокиров Р.А.	декан педиатрического факультета, к.м.н., доцент
Давлатзода Б.Х.	декан стоматологического факультета, к.м.н., доцент
Юлдошева У.П.	декан фармацевтического факультета, к. м. н., доцент
Бахтиёрова Н.Б.	декан медико-профилактического факультета, доктор PhD
Зарифи Н.А.	руководитель службы ректора, доктор PhD
Назарзода Х.Н.	начальник международного отдела, доктор PhD
Сафаров Б.И.	начальник управления развития кадров, к.м.н.
Абдуллозода С.М.	начальник учебно-методического управления, к.м.н., доцент
Махмудзода Х.Р.	директор центра стратегического развития и менеджмента, к.м.н.
Саидзода Б.И.	директор НИИ фундаментальной медицины, д.м.н., доцент
Неъматзода О.	начальник отдела подготовки научных кадров, к.м.н.
Джамолова Р.Дж.	ученый секретарь ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», к.м.н., доцент
Бобохоҷаев О.И.	ответственный редактор журнала «Наука и образование», д.м.н., профессор
Тагаймуродов Ш.К.	председатель комитета по делам молодежи
Холматов П.К.	ведущий специалист отдела науки и инноваций, к.м.н., доцент
Салимов Дж. С.	ведущий специалист отдела науки и инноваций, к.м.н., доцент
Мавлонова С.Н.	специалист отдела науки и инноваций, к.м.н.
Умарова З.Д.	специалист отдела науки и инноваций
Сироджов С.	специалист отдела науки и инноваций
Нарзиева Ф.А.	специалист отдела подготовки научных кадров
Субханова Г.С.	специалист отдела подготовки научных кадров
Якубов Ф.С.	делопроизводитель отдела науки и инновации
Алиева Н.Ш.	заведующая кафедрой русского языка, к.п.н.
Амирждонзода Х.С.	директор центра перевода отраслевой литературы и научной терминологии
Мазиев М.Г.	главный редактор газеты «Ворисони Сино»
Назриев Н.Х.	заведующий типографией ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Болтаева Л.Х.	заведующая библиотекой
Файзов Э.М.	начальник отдела социального маркетинга
Азизов Дж.Н.	директор центра информационных технологий
Лысых О.А.	ассистент кафедры русского языка
Султанова Д.Х.	ассистент кафедры русского языка
Сафаралиев Ф.Б.	администратор сети
Тошев Х.Т.	специалист международного отдела

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ: ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ

Уважаемые коллеги, дорогие участники и гости конференции!

От имени Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино рад приветствовать вас на открытии XX юбилейной научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Интеллектуальные технологии в медицинском образовании и науке: инновационные подходы» с международным участием!

Проведение столь представительной конференции в двадцатый раз — это не только знаменательное событие в научной жизни нашего университета, но и убедительное свидетельство высокой заинтересованности молодёжи в вопросах научного поиска, внедрения новых технологий и формирования прогрессивной модели здравоохранения будущего.

Современная эпоха ознаменована стремительным развитием цифровых и интеллектуальных технологий, радикально трансформирующих систему медицинского образования и практического здравоохранения. Искусственный интеллект, машинное обучение, телемедицинские решения, технологии больших данных и имитационного моделирования всё активнее проникают в клиническую практику и академическое пространство, открывая новые горизонты для диагностики, лечения и образовательных процессов.

Именно молодежь — носитель новаторского мышления и научной дерзости — призвана стать авангардом этих трансформаций. Сегодня, как никогда ранее, востребованы свежие идеи, способность к междисциплинарному взаимодействию, гибкость мышления и готовность к непрерывному познанию.

Особо отрадно отметить, что в текущем году конференция приобрела поистине международный масштаб. Было подано 2194 научных работ, из них 414 — от авторов из зарубежных стран. В программу включено 507 докладов, в том числе 92 — из-за рубежа. Эти впечатляющие показатели не только

подтверждают актуальность избранной тематики, но и подчеркивают высокий авторитет конференции в академическом сообществе далеко за пределами нашей страны.

Позвольте выразить особую признательность и сердечно поприветствовать зарубежных гостей, чьё участие придаёт нашему форуму уникальное значение и служит прочной основой для дальнейшего международного сотрудничества в сфере науки и образования.

Администрация и профессорско-преподавательский состав университета последовательно реализуют политику поддержки и стимулирования научно-исследовательской деятельности студентов, клинических ординаторов, аспирантов и молодых ученых. Модернизация инфраструктуры, внедрение современных образовательных технологий, расширение исследовательской базы — всё это направлено на создание благоприятных условий для развития научного потенциала и формирования конкурентоспособных специалистов, готовых к вызовам XXI века.

Уверен, что настоящая конференция станет для каждого из вас значимым этапом в научной и профессиональной биографии, предоставит возможность для содержательного диалога, обмена опытом, установления новых научных связей и формирования долговременного международного партнёрства.

Дорогие друзья! Пусть атмосфера данной конференции будет наполнена вдохновением, интеллектуальной энергией и стремлением к высоким достижениям. От всей души желаю вам продуктивной работы, ярких научных открытий, глубоких дискуссий и новых горизонтов познания.

С уважением,

Ректор ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

д.м.н., профессор

Мухиддин Нуриддин Давлатали

Абдуворисов А.И. Искандаров Ш.У.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ АДЕНОИДНЫХ ВЕГЕТАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ахророва З.А.

Цель исследования. Определение эффективности методов консервативного лечения аденоидных вегетаций.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 38 пациентов с достоверно установленным диагнозом "аденоиды". Из них: 23 ребенка со II степенью гипертрофии носоглоточной миндалины, а также 15 детей – с III степенью - гипертрофии. Возраст больных варьировал от 3-х до 14 лет; пик заболеваемости приходился на возрастной период с 7-8 лет. Все пациенты прошли клинико-лабораторные и инструментальные методы диагностики, включая рентгенографию носоглотки и эндоскопическое исследование аденоидов. При лечении пациентов с аденоидами мы применяли препараты местного и системного действия. Непременным условием проведения местной терапии являлась предварительная тщательная очистка носа с использованием ЛОР - комбайна у всех больных. Туалет носа производил только врач при помощи метода «Кукушка». Местное лечение препаратами – сосудосуживающие (топические деконгестанты) 3–5 дней, топические стероиды, антибиотики; системное лечение включало применение иммуномодуляторов и антигистаминных препаратов.

Результаты исследования. Критерием эффективности лечения являлось полное выздоровление у 19 больных с аденоидами 2 степени, уменьшение до 1 степени – у оставшихся 4, полное выздоровление у 5 пациентов с аденоидами 3 степени; уменьшение до 1 и до 2 степеней соответственно составило для ещё 7 и 3 больных в течение месяца. Подтверждение получено как по клинической картине, так и отрицательным результатам клинико-лабораторных, а также инструментальных методов диагностики.

Выводы. Таким образом, результат нашего исследования подтверждает эффективность и безопасность лечения у больных с аденоидами.

Абдужаппаров А.С., Хамидов Х.Х.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ

Ташкентский городской филиал Республиканского Научно-Практического Медицинского Центра Онкологии и

Радиологии МЗ РУз. Узбекистан

Ташкентская Медицинская Академия. Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Хакимов Г.А.

Цель исследования. Изучить эффективность паллиативная лучевая терапия в лечении метастатического поражения печени.

Материал и методы. В основу настоящего исследования были положены сведения о 111 больных с метастатическим поражением печени, при злокачественных опухолях различной локализации. В исследуемую группу включены 67 больных, паллиативное лечение которых включало 2–4 курса полихимиотерапии с последующей дистанционной лучевой терапией (через 3 недели) по разработанной нами программе с применением суперфракционирования дозы и использованием радиосенсибилизации. Лучевую терапию метастазов в печени проводили в режиме суперфракционирования дозы облучения с радиосенсибилизацией: 2 раза в день с РОД-1 Гр, через 4 часа до СОД-30–40 Гр.

Схема проведения лучевой терапии: утром с переднего поля печень облучалась в дозе – 0,1 Гр, затем – 3-х минутный перерыв и с того же поля – 0,9 Гр. С заднего поля – 1 Гр. Через 4 часа облучалось заднее поле в дозе – 0,1 Гр, 3-х минутный перерыв и с того же поля – 0,9 Гр. С переднего поля – 1 Гр. Через 2 месяца после окончания курса лучевой терапии проводилась оценка результатов лечения. Контрольную группу составили 44 больных, которым проводилась системная полихимиотерапия.

Результаты исследования. Средняя продолжительность жизни в исследуемой группе наблюдения составила $1,37 \pm 0,17$ года. Одногодичная выживаемость составила $34,5 \pm 4,27$ %, двухлетняя – $14,7 \pm 7,3$ % и трехлетняя выживаемость – $10,5 \pm 8,1$ %. Средняя продолжительность жизни в контрольной группе наблюдения составила $0,84 \pm 0,14$ года. Одногодичная выживаемость составила $14,8 \pm 4,27$ %, двухлетняя – $6,9 \pm 7,3$ % и трехлетняя выживаемость.

Выводы. Таким образом, лучевая терапия больных с метастазами в печень при опухолях различных локализаций по разработанной методике с применением суперфракционирования дозы излучения и радиосенсибилизацией, позволяет добиться повышения качества жизни и достоверного увеличения продолжительности жизни пациентов с данной патологией.

Абдукаримова Р.Х., Мухидинова Д.Ё., Амиралиева Ф.
СТРУКТУРА ПОКАЗАНИЙ К ДОСРОЧНОМУ РОДОРАЗРЕШЕНИЮ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ
Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - Каримзода У.А.

Цель исследования. Определить структуру показаний к досрочному родоразрешению у женщин с преждевременными родами.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 326 историй преждевременных родов, произошедших за период 2020-2021 гг. в городском родильном доме №1 г. Душанбе.

Результаты исследования. Как было указано выше, проанализированы истории 326 преждевременных родов. Возраст обследованных женщин составил от 19 до 42 лет. Роженицы раннего репродуктивного возраста (до 20 лет) составили 30,8%, активного репродуктивного возраста (20-34 лет) - 59,7%, позднего репродуктивного возраста (35 лет и более) - 9,5%. При изучении паритета выявлено, что большинство обследованных женщин были первородящими - 53,6%, повторнородящие (2-3 родов) составили - 39,5%, многорожавшие (4 родов и более) - 6,9%. Преобладающее большинство женщин, беременность которых завершилась преждевременно, оказались домохозяйками, которые составили 78,5%, со средним и начальным образованием; остальные были медицинскими работниками (12,4%) и студентками (9,1%). Анализ менструальной функции женщин с преждевременными родами показал, что почти у 1/3 женщин было указание на позднее менархе, болезненные и продолжительные, а у некоторых - скудные менструации.

Основной сопутствующей патологией, на фоне которого наступила беременность и развивалась, явился дефицит массы тела - 33%. Анемия сопутствовала беременности в 25,6%, йододефицитные заболевания - 22,8%, заболевания почек - 22,8% случаев.

Спонтанная родовая деятельность при недоношенной беременности началась у 139 (42,6%) женщин, по медицинским показаниям были досрочно родоразрешены 187 (57,4%) беременных, в том числе из них 161 (86,1%) женщин были родоразрешены через естественные родовые пути. Кесарево сечение было проведено 26 (13,9%) беременным. Основным показанием к досрочному родоразрешению явились: дородовый разрыв плодных оболочек - 30,8% случаев, тяжёлая преэклампсия при неподготовленных родовых путях - 23,1%, частичная отслойка нормально расположенной плаценты - в 19,2% случаев, полная преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты - в 15,4% случаев. В 2-х случаях при поперечном и дородовым разрывом плодных оболочек, в 1 случае - оперативное досрочное родоразрешение произведено ввиду нарушения маточно-плацентарного кровотока.

Выводы. Таким образом, для досрочного родоразрешения при недоношенном сроке беременности основными показаниями явились дородовый разрыв плодных оболочек, тяжёлая преэклампсия, частичная и полная отслойка нормально расположенной плаценты, неправильное положение плода и нарушение кровотока плода в маточно-плацентарной системе. Указанное диктует оздоровление молодых женщин, особенно домохозяек, вне беременности, проведение прегравидарной подготовки и качественной антенатальной помощи перечисленному контингенту.

Абдуллоев Дж. К., Кучов М.М., Салихов Р. Дж.
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УЗЛОВЫМ ЗОБОМ
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии им. профессора М.К. Каримова ГОУ
ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент А.С. Ашуров

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с узловым зобом.

Материалы и методы. В исследование были включены 178 пациентов с заболеваниями щитовидной железы, которые госпитализировались на базе кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино и клинко-диагностического центра «Вароруд» города Турсунзаде для оперативного лечения с 2014 по 2020 годы. Мужчин было - 161 (90,44%), женщин - 17 (9,55%). Были изучены такие показатели как объём операции, осложнения, исходы, ближайшие и отдалённые результаты хирургического метода лечения заболеваний щитовидной железы.

Результаты исследования. Среди обследованных больных в раннем послеоперационном периоде в 8 (4,5%) случаях отмечалось осложнение. В 3 (1,7%) случаях кровотечение, у 5 (2,8%) больных отмечался транзиторный парез возвратного гортанного (ВГН) нерва.

В отдалённом послеоперационном периоде удалось проследить 112 из 178 пациентов, что составило 62,9%. Согласно полученным результатам было выявлено, что в состоянии эутиреоза находились 68 (60,7%) больных, лёгкая степень гипотиреоза обнаружена у 17 (15,2%), средней степени тяжести гипотиреоз - у 20 (17,8%), гипотиреоз тяжёлой степени обнаружен у 7 (6,25%) больных. Тяжёлая степень гипотиреоза встречалась у больных, которым были проведены тотальная тиреоидэктомия и субтотальная резекция ЩЖ. Рецидив узлового зоба наблюдался у 9 (5,1%) больных в течение от 3 до 6 лет. Рецидивы заболевания были связаны с проведённой органосохраняющей операцией, таких как энуклеация узла и субтотальная резекция доли щитовидной железы. После гемиструмэктомии, тотальной и субтотальной тиреоидэктомии рецидивов заболевания не наблюдалось.

Выводы. 1. Для профилактики послеоперационного рецидива узлового зоба и лечения послеоперационного гипотиреоза необходима заместительная терапия под контролем эндокринолога. 2. Адекватными объёмами оперативного лечения являются гемитиреоидэктомия, предельно субтотальная тиреоидэктомия и тиреоидэктомия.

Абдуллоев З.Ф., Фарзонаи И., Нейматзода Р.Р.
ЛЕЧЕНИЕ НАГНОЕНИЯ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ
Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - Ризоев В.С.

Цель исследования. Оценка эффективности УЗИ-пункционных методов при нагноении остаточной полости после эхинококкэктомии печени.

Материалы и методы. За период с 2022-2025 гг. в хирургических отделениях ГУ ГЦ СМП города Душанбе лечились 72 больных с эхинококкозом печени в возрасте от 18 до 60 лет. Основная масса больных были люди в возрасте до 40 лет - 51 (70,8%). От 40 до 60 лет 21 (29,2%) больных. Мужчин было - 17 (23,6%), женщин - 55 (76,4%). По данным УЗИ размеры эхинококковых кист колебались от 3,0 до 18,0 см. Локализация в правой доле встречалась - у 46 (63,8 %), в левой доле - у 18 (25%). Поражение правой и левой доли печени - у 8 (11,2%) больных. Следует отметить, что эхинококкоз печени и органов брюшной полости наблюдались у 8 больных.

Всем больным было выполнено различное оперативное вмешательство. Открытая эхинококкэктомия у 39 (51,4 %), закрытая эхинококкэктомия у 15 (20,8%) больных с живым эхинококком. Различные варианты перикистэктомии выполнены - у 5 (6,9%) больных. Идеальная эхинококкэктомия без вскрытия стенки фиброзной капсулы удалось выполнить в 3 (4,2%) случаях. При краевых локализациях эхинококковых кист у 2 (2,8%) больных были выполнены атипичные варианты резекции печени. Кроме того, эхинококкэктомия печени и других органов брюшной полости была выполнена у 8 (13,9%) больных.

Результаты исследования. В послеоперационном периоде в сроки от 25 до 35 суток у 9 (12,5%) больных возникло послеоперационное осложнение в виде нагноения остаточной полости. В основном эти осложнения 7 (9,7%) отмечались после открытых эхинококкэктомий печени. Лишь в 2 (2,8%) случаях после закрытых вариантов эхинококкэктомии размеры остаточной полости колебались от 10-25±2,0 см. У всех пациентов отмечались признаки эндотоксикоза средней и тяжелой степени, что потребовало использование УЗ-пункционного метода дренирования после кратковременной подготовки больных. В основном у всех больных выполнены УЗ-пункционные методы PAIR-D.

Во всех случаях УЗ-пункционный метод дренирования протекал гладко, каких-либо осложнений и летальных исходов среди данной категории больных не наблюдалось. Дренажная трубка из полости удалена в сроки от 20-21±3 дней.

Выводы. Таким образом, послеоперационные осложнения в виде нагноения остаточной полости в основном возникают после выполнения открытых вариантов эхинококкэктомии печени. Методика УЗ-пункционного дренирования остаточной полости является малоинвазивным, высокоэффективным методом лечения нагноения остаточной полости, избавляет больных от повторных оперативных вмешательств.

Абдуллоев С.М.^{1,2}, Генердукаев Л.Л.^{1,2}.
КОНТАКТНАЯ ЛИТОТРИПСИЯ: СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ВНУТРИ- И ВНЕПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕЛИТИАЗА

ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ. Отдел неотложной хирургии, эндоскопии и интенсивной терапии.
Россия.

Научный руководитель - д.м.н., Тетерин Ю.С.

Цель исследования. Оценить возможности эндоскопической транспапиллярной контактной литотрипсии у пациентов с внутри- и внепеченочным холелитиазом.

Материал и методы. За период с января 2020 по февраль 2025 года в НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского было пролечено 1410 пациентов с холелитиазом, которым была выполнена транспапиллярная литоэкстракция из желчных протоков. Из них 80 (5,7%) пациентов имели крупные конкременты (более 15 мм в диаметре), у 11 (0,8%) выявлены конкременты в сегментарных протоках печени, удаление которых стандартным методом оказалось невозможным, и потребовало их разрушения под визуальным контролем.

Результаты исследования. 80 (100%) пациентам с крупным холедохолитиазом выполнена контактная литотрипсия, из них 4 (5%) пациентам с синдромом Мириizzi потребовалось 2-3 сеанса контактной литотрипсии. В 1 (1,25%) случае у пациентки с 3 типом синдрома Мириizzi метод оказался неэффективным, в связи с большим размером конкремента более 5 см, что потребовало открытого оперативного вмешательства. 11 пациентам с внутривнутрипеченочным холелитиазом контактная литотрипсия оказалась окончательным методом лечения. Постманипуляционные осложнения не отмечались.

Выводы. Наше исследование показало 98,75 % эффективность и 100% безопасность ЭГЛ и ЛЛ под контролем SpyGlass у пациентов с крупными камнями в желчных протоках и 100% эффективность и безопасность у пациентов с камнями сегментарных желчных протоков.

Абдуллозода Ф.А.
НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ДИСФАГИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ФУНДОПЛИКАЦИИ

ГОУ «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»
Научный руководитель – д.м.н., профессор Мухиддин Н.Д.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с ГПОД путём профилактики послеоперационной дисфагии при лапароскопической фундопликации.

Материал и методы. Располагаем результатами комплексной диагностики и хирургического лечения 140 па-

циентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. В соответствии с дизайном исследования, когорта пациентов была стратифицирована на две группы. Контрольную группу составили 67 пациентов, подвергшихся традиционному открытому хирургическому вмешательству. В основную группу вошли 73 пациента, которым была проведена видео-лапароскопическая коррекция ГПОД с применением разработанных способов профилактики послеоперационной дисфагии.

Результаты исследования. В контрольной группе (n=67) хирургическая коррекция ГПОД осуществлялась посредством классического лапаротомного доступа с применением стандартной методики оперативного вмешательства. В основной группе (n=73) в 68 (93,2%) случаях применялись различные модификации видео-лапароскопической фундопликации с задней крурорафией. Лишь у 5 (6,8%) пациентов по строгим показаниям проведены лапаротомные операции с выполнением фундопликации по Ниссену в модификации клиники, также с задней крурорафией. С целью профилактики дисфагии различной степени тяжести, произведено покрытие сетчатого протеза пряжей сальником. Также при видео-лапароскопической фундопликации по Ниссену применялось формирование мягкой манжетки с использованием зонда Блэкмора для дозирования степени натяжения фундопликации.

В раннем послеоперационном периоде у пациентов основной группы (n=73) послеоперационная дисфагия различной степени тяжести была выявлена в 4 (5,5%) случаях. Среди них у 2 (2,7%) пациентов отмечалась I степень дисфагии, а у 1 (1,4%) – II степень и полностью устранялось в течение 3–4 недель при соблюдении диеты и проведении комплексной медикаментозной терапии. В 1 (1,4%) случае зафиксирована III степень послеоперационной дисфагии. Для устранения этого состояния была выполнена релапароскопия с удалением одного из швов фундопликации, что привело к полному разрешению стойкой дисфагии.

Анализ послеоперационных осложнений в контрольной группе выявил развитие дисфагии у 13 пациентов, что составило 19,4% от общего числа наблюдений. При детальной оценке степени выраженности данного осложнения установлено, что в 6 случаях (8,9%) наблюдалась дисфагия I степени. Данное состояние характеризовалось временным характером и подвергалось регрессу на фоне консервативной терапии в течение 2–3 недель. У 4 пациентов (6,0%) была диагностирована дисфагия II степени. Полное разрешение симптоматики в этих случаях достигалось через 4–5 недель при условии строгого соблюдения диетических рекомендаций в сочетании с комплексной медикаментозной терапией. Однако у 3 (4,5%) пациентов диагностирована III степень дисфагии, и потребовалось проведение лапаротомии и снятие швов фундопликации.

Выводы. Дисфагии и других осложнений следует выполнять дозированную, контролируемую фундопликацию с крурорафией, используя предложенный метод с применением зонда Блэкмора или покрывать протез пряжей сальника, обусловленные контактом сетчатого протеза с абдоминальной частью пищевода и кардиальным отделом желудка.

Абдулхайров А.Н., Гуломов И.И.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СВЕЖИМ ВЫВИХОМ АКРОМИАЛЬНО-ГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Шарипов М.А.

Цель исследования. Оценить функциональные результаты хирургического лечения больных со свежим вывихом акромиального конца ключицы.

Материал и методы. Настоящая работа выполнена в отделении детской травматологии на базе НМЦ «Шифобахш». Всего больных было 40. Возраст больных составил от 18 до 55 лет. Женщин было – 8, мужчин – 32. Больных распределили в 3 группы. Больных, получивших спортивную травму, было 20 (50%). С уличной травмой было 8 (20%) больных, с дорожно-транспортной травмой составило 12 (30%) больных. Для определения степени повреждения вывиха акромиально-ключичного сочленения был использован метод компьютерной томографии и рентгеновские исследования, которые определяли по 3-м степеням. При первой степени имеется незначительное расхождение между акромиальным концом ключицы и акромиальным отростком. При второй степени отмечается выступание ключицы над акрамионом на расстоянии не более половины её диаметра. При третьей степени ключица выступает над лопаткой по своему диаметру. Всем больным были произведены оперативные методы лечения в течение от 1 до 6 часов с момента поступления в клинику. У 30 больных была проведена операция с реконструктивными пластинами, у 10 больных были использованы спицы Илизарова, где была наложена гипсовая повязка после оперативного лечения по методу Вайнштейна-Смирнова сроком на 1,5 месяца. Больные после операции с реконструктивными пластинами носили бандажи в течение 12 дней. Также в отделении больные получали антибиотики, болеутоляющие препараты с ежедневной перевязкой области раны. После проведённого оперативного вмешательства все больные находились под наблюдением врача-травматолога. Спустя 1,5 месяца после операции, больные выполняли упражнения для укрепления мышечной ткани и восстановления суставов плечевого пояса. Им были проведена этапная рентгенография акромиально-ключичного сочленения на 12 и 45 день после выписки.

Результаты исследования. Фиксации реконструктивными пластинами позволили пациентам в послеоперационном периоде проводить иммобилизацию бандажом в раннем периоде, начиная с 14 дней после операции, проводилась реабилитация. Были произведены оценки результатов лечения со свежим травматическим вывихом акромиального конца ключицы. Хорошие функциональные результаты были получены через 2 месяца после операции у 37 больных, удовлетворительные результаты – у 2 больных, у 1 больного отмечалась миграция спиц, где была проведена повторная операция Г-образным фиксатором.

Выводы. Таким образом, своевременное проведение оперативного лечения по поводу свежих повреждений акромиально-ключичного сустава дало хорошие результаты после ранней реабилитации.

Абдулхайров А.Н., Шерханов И.И., Хамрохонов А.А. Аминов А.Х.
ТЕХНИКА ЗАКРЫТОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ГИБКИМИ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫМИ СТЕРЖНЯМИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н, доцент Шарипов М.А.

Цель исследования. Показать эффективность закрытого остеосинтеза эластичными стержнями диафизарных переломов бедренной кости у детей.

Материал и методы. Настоящая работа выполнена в отделении детской травматологии на базе НМЦ «Шифобахш». Всего больных было 40. Возраст больных составил от 3 до 15 лет. Девочек было - 8 а мальчиков - 32. Больных распределили в 3 группы. Больных, получивших спортивную травму, было 20 (50%). С уличной травмой было 8 (20%) больных, с дорожно-транспортной травмой составило 12 (30%) больных. Возраст пациентов не превышал 15 лет. Всем пациентам требовалось оказание помощи в условиях стационара. Им выполнялся закрытый интрамедуллярный остеосинтез титановыми эластичными стержнями по методике FIN-flexible intramedullary nailing. Всего за данный временной промежуток в нашем отделении пролечено 4528 больных, из которых по экстренным показаниям поступило 79,25%. Таким образом, переломы бедренной кости в области диафиза по нашим данным, являются частой травмой у детей до 15 лет. При этом стоит помнить, что чем выше уровень перелома диафиза, тем больше потенциал бедренной кости к самокоррекции. Оперативное лечение выполняем по методике FIN под контролем электронного оптического преобразователя (ЭОП). В зависимости от уровня, типа и плоскости перелома, мы применяем введение титановых интрамедуллярных стержней (TEN), латеральное ретроградное, латеральное и медиальное, ретроградное и латеральное антеградное. Для остеосинтеза бедренной кости, как правило, используем два стержня диаметром от 2 до 3,5 мм, у всех больных остеосинтез выполнялся закрыто. При латеральном ретроградном введении предвизгибание стержней разное, один С-образной формы, другой S-образной формы так, чтобы при окончательной установке стержней была сформирована форма «вазы» с центром на зону перелома. Это позволяет добиться адекватной относительной стабильности в зоне перелома. Стабильность остеосинтеза всегда проверяли в операционной под контролем ЭОП. Внешнюю иммобилизацию после выполнения остеосинтеза TEN-ами мы применяли в большинстве случаев, однако фиксация гипсовой лонгетой носила дисциплинирующий характер. Стабилизация переломов плечевой кости в области диафиза эластичными стержнями дала нам возможность раннего снятия лонгеты и начала реабилитационно-восстановительный период.

Результаты исследования. Во всех случаях применения методики FIN отмечена своевременная консолидация переломов в оптимальные сроки. Использование интрамедуллярного остеосинтеза гибкими стержнями TEN, по сравнению с открытым остеосинтезом имеет преимущества. В подавляющем большинстве случаев удается выполнить металло - остеосинтез TEN-ами без вскрытия зоны перелома, что обеспечивает благоприятные условия формирования костной мозоли, позволяет достичь консолидации в обычные сроки. Течение раннего и позднего послеоперационного периода у всех пациентов протекало без осложнений. Ограничения движений в смежных суставах не наблюдалось. Неврологических и сосудистых осложнений не было. На стабильность и сроки сращения это у данных пациентов не повлияло.

Выводы. Закрытый интрамедуллярный остеосинтез титановыми эластичными стержнями является наиболее оптимальным методом фиксации при переломах диафиза бедренной кости у детей. Данный метод остеосинтеза является малоинвазивным и в большинстве случаев не требующим обнажения зоны перелома. Это позволяет достичь прогнозируемой консолидации костных отломков, полное восстановление свободной функции бедра и симметричный бедренный пояс.

Абдурасулов Р.Н., Холов Д.Д., Барфиев А.
ГНОЙНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА ФОНЕ ОЖОГОВ: КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ, ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра общей хирургии № 2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Зокиров Р.А.

Цель исследования. Оценить частоту, клинические особенности и факторы риска развития гнойных осложнений у больных с сахарным диабетом на фоне ожогов, а также эффективность современных методов лечения.

Материалы и методы. Проведен анализ 100 пациентов с ожогами II-III степени, из них 50 пациентов с сопутствующим сахарным диабетом (основная группа) и 50 пациентов без СД (контрольная группа). Оценивались:

- Площадь и глубина ожогов.
- Частота и характер гнойных осложнений (флегмоны, абсцессы, сепсис).
- Уровень глюкозы в крови, С-реактивного белка (CRP) и прокальцитонина.
- Длительность заживления ран.
- Эффективность антибактериальной терапии.

Результаты исследования. Частота гнойных осложнений в основной группе составила 70%, в контрольной группе – 30%. Наиболее частыми осложнениями у пациентов с СД были флегмоны (40%) и абсцессы (25%), тогда как в контрольной группе преобладали поверхностные инфекции (20%). Средний уровень CRP в основной группе составил 18.5 ± 4.2 мг/л, что значительно выше, чем в контрольной группе (8.3 ± 2.1 мг/л, $p < 0.001$). Уровень прокальцитонина у пациентов с сепсисом в основной группе достигал 3.2 ± 0.8 нг/мл, что коррелировало с тяжестью состояния. Средняя длительность заживления ожоговых ран у больных с СД составила 30 ± 5 дней, что на 40% дольше, чем в контрольной группе (21 ± 3 дня). Применение комбинированной антибактериальной терапии (цефалоспорины III

поколения + метронидазол) в сочетании с коррекцией уровня глюкозы позволило снизить частоту осложнений на 25%.

Выводы.

1. Сахарный диабет является значимым фактором риска развития гнойных осложнений у пациентов с ожогами.
2. Повышенные уровни CRP и прокальцитонина могут служить важными биомаркерами для ранней диагностики инфекционных осложнений.
3. Для успешного лечения необходимо проводить строгий контроль уровня глюкозы, своевременную диагностику инфекций и адекватную антибактериальную терапию.
4. Разработка индивидуальных протоколов лечения для пациентов с СД и ожогами может способствовать снижению частоты гнойных осложнений и улучшению исходов лечения.

Абдурахимзода Ш.Р., Фурохов И.Ё., Джафаров Б., Дадоджонов Дж.Ю. ПРЕЦИЗИОННАЯ ФЛЕБЭКТОМИЯ В УСЛОВИЯХ РКБ ДАНГАРИНСКОГО РАЙОНА

Кафедра хирургических дисциплин №1 ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.
Научный руководитель - член-корр. НАНТ, д.м.н., профессор Курбанов У.А.

Цель исследования. Анализ и презентация результатов иссечения подкожных вен нижних конечностей прецизионной техникой в условиях РКБ Дангаринского района.

Материал и методы. Группой реконструктивно - пластических хирургов под руководством д.м.н., профессора Курбанова У.А. за период с 2016 по 2024г. в условиях Республиканской клинической больницы Дангаринского района выполнено иссечение подкожных вен нижних конечностей по поводу первичного варикозного расширения вен 43 пациентам в возрасте от 17 до 68 лет (средний возраст 33,2). Мужчин было 22, женщин -21. Отличительной особенностью данных операций от традиционных состояло в применении прецизионной техники и оптического увеличения. Небольшой косопоперечный разрез (~2-3см) производили строго на проекции места впадения устья большой подкожной вены в глубокую бедренную вену в области овальной ямки. Для этого устанавливали проекцию наружной подвздошной (далее в дистальном направлении – общей бедренной) артерии путём определения пульсации кончиками пальцев. Далее медиально от артерии, параллельно к ней, чертили проекцию подвздошно-бедренного сегмента глубоких вен и впадения в бедренную вену устья большой подкожной вены. Это позволяло легко и быстро находить проксимальный конец большой подкожной вены (БПВ), не повреждая при этом подкожные паховые лимфоузлы и магистральные лимфатические протоки. Всё это способствовало предотвращению сером, инфильтратов и возможных нагноений послеоперационной раны.

Результаты исследования. После выполнения кроссэктомии в паховой области, косопоперечным разрезом на тыльной поверхности стопы мобилизовали БПК вену на уровне «гусиной лапы». Далее венозным зондом (флебоэкс-трактором) до 2/3 голени и отсюда до паховой области в два захода удаляли магистральный ствол БПКВ.

Отдельными косо-поперечными разрезами в области голени и 1/3 бедра мобилизовали и иссекали варикозные узлы. После тщательного гемостаза накладывали послойные швы на рану. На кожу накладывали узловые и чаще непрерывные внутрикожные швы.

Послеоперационное течение у всех больных протекало гладко, раны заживали первичным натяжением. Осложнения не были отмечены ни в одном случае. Отдалённые результаты были прослежены в сроках от одного года до 8 лет у 33 пациентов. Результаты были хорошие во всех случаях. Рецидивов заболевания не отмечено.

Выводы. Прецизионное иссечение подкожных вен нижних конечностей при первичных (неосложнённых) варикозных расширениях является надёжным и предсказуемым способом хирургического лечения.

Абдурахимзода Ш.Р., Дододжонов Дж.Ю., Фурохов И.Ё., Джафаров Б. НОВЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЦЕЛЛЕ

Кафедра хирургических дисциплин №1, ГОУ ХГМУ. Таджикистан.
Научный руководитель - член-корр. НАНТ, д.м.н., профессор Курбанов У.А.

Цель исследования. Поделить первыми результатами микрохирургической ревизии и перевязки вен семенного канатика непосредственно у выхода пахового канала, т.е. на уровне наружного пахового кольца.

Материал и методы. При анализе результатов микрохирургической перевязки вен у 52 пациентов по способу Мармара-Гольдштейна нами было установлено, что не во всех случаях удаётся сохранить интактной внутреннюю яичковую артерию. Точнее, в 2/3 случаях ВЯА повреждалась в ходе перевязки вен семенного канатика (несмотря на использование оптического увеличения и микрохирургической технологии). В связи с этим нами было решено ревизию семенного канатика и перевязку его вен провести максимально выше, на уровне наружного пахового кольца.

Данным способом в условиях РКБ Дангаринского района нами были произведены операции у 11 пациентов в возрасте от 16 до 29 лет (в среднем 22,1). У всех пациентов имело место левостороннее варикоцеле II-IV степени, а также нарушение сперматогонеза (уменьшение количества живых сперматозоидов и снижение их активности). В 2 наблюдениях отмечено рецидив заболевания после ранее произведённой операции Иванисевича.

Операции производились под общим эндотрахеальным наркозом. После разметки области наружного пахового кольца маркером, косопоперечным разрезом, параллельно паховой связки мобилизовали семенной канатик прямо у выхода от пахового канала. Выполняли продольный разрез над оболочкой канатика. Далее под оптическим увеличением с применением микрохирургического инструментария производили ревизию элементов семенного канатика. Перевязывали параллельно идущие вены семенного канатика (как правило, от 2 до 5-и вен). При этом во всех случаях удавалась визуализация внутренней яичковой артерии и её презервация. Операцию завершали послойным ушиванием раны.

Результаты исследования. Послеоперационное течение у всех пациентов протекало гладко. Раны заживали первичным натяжением. Отдалённые результаты в сроках от 3 месяцев до одного года прослежены также у всех 11 пациентов. Рецидивов заболевания в данных сроках наблюдения не отмечено.

Выводы. Учитывая высокий риск интраоперационного повреждения внутренней яичковой артерии (ВЯА) при операции Мармара-Голдштейна, считаем целесообразным ревизию и перевязку венсеменого канатика произвести максимально выше, где диаметр ВЯА намного шире и проще её визуализация и презервация.

Абдурахмонова Х.М., Садиров В.З. Давлатов С.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ У ДЕТЕЙ ПО МЕТОДИКЕ ПОНСЕТИ

Национальный медицинский центр Республики Таджикистан «Шифобахш»,

отделение детской травматологии и ортопедии. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., Пиров Р.Р.

Цель исследования. Изучение результатов лечения врожденной косолапости у детей по Понсети.

Материал и методы. Врачи детского травматолого-ортопедического отделения НМЦ РТ имеют огромный опыт лечения и являются инициаторами внедрения в практику различных способов лечения больных с ВК. Анализированы результаты клинко-рентгенологического обследования 45 детей в возрасте 2 месяцев до 2 лет с ВК. Девочек было 14 (31%), мальчиков – 31 (69%). Односторонняя косолапость обнаружена у 17 (38%), двухсторонняя - у 28(62%) детей (всего 73 суставов). Для изучения клинического материала с учётом анатомо-физиологических особенностей детского организма разного возрастного периода и клинических проявлений симптомов больных распределили на две группы: дети до 1 года – 27(60%) и дети от 1 года до 2 лет – 18 (40%). Всем пациентам, кроме клиническое обследование, проводили рентгенологические и сонографические методы исследования.

Результаты исследования. По ходу обследования у 6 (13.3%) детей имели места гипотрофия мышц нижних конечностей, в том числе голеней. У 4 (8.8%) больных обнаружили короткую шею. Симптом «вялости» одной или двух конечностей обнаружен у 2 (4.4%) детей, что привело к слабости связочного аппарата, гипермобильности крупных суставов данной конечности.

В зависимости от клинических проявлений ВК детям до 1 года было проведено консервативное- 32 (71.1%) и оперативное ахиллопластика- 13 (28.9%) лечение.

Поздняя постановка диагноза ВК у детей второй клинической группы приводила к прогрессированию анатомических изменений в других суставах нижних конечностей. У 5- (11.1%) детей были выявлены другие признаки опорно-двигательного аппарата: околоседали в пояснично-крестцовом отделе – у 2 (4.4%), вальгусная деформация коленного сустава - у 6 (13.3%), детей.

У 5 детей отмечался большой выпуклый лоб, нижние рёбра выступали и казались короткими, имелись множественные кожные складки на животе

Во всех случаях после коррекции варуса и супинации проведено оперативное лечение- 32 ахиллотомия под местным обезболиванием.

Способ операции: способ ахиллопластики под местным обезболиванием 0.5-2.0 новокаином вводится в область ахиллова сухожилия с помощью острого скальпеля проводится маленького точечный прокол (разрез)кожи натянутого ахиллово сухожилия и рассекается в поперечном направлении. Устраняется эквинусная деформация стопы и накладывается гипсового повязка в положении гиперкоррекции стопы.

Ближайшие (через 6 мес.)и отдаленные (через 2 года) результаты лечения этих больных оценивались как удовлетворительные.

Выводы. Врожденная косолапость в сочетании с дисплазией носит мультидисциплинарный подход, где кроме ортопедического лечения необходима продленная медикаментозная терапия и динамическое наблюдение за пациентами. Реабилитация детей с ВК должна включать в себя коррекцию соединительно-тканых изменений организма. Положительные или отрицательные результаты лечения детей, прежде всего, зависит от ранней диагностики патологии, клинических особенностей его течения, а также обеспечения концентрического лечения в более раннем возрасте.

Абдусаломзода С., Давлатмандов У.Х., Нуралиев Ш.

ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ В ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Кафедра хирургии №1 имени академика Курбонова К.М., ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Назаров Х.Ш.

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН).

Материал и методы. Под наблюдением находились 142 больных с острой тонкокишечной непроходимостью, которые были госпитализированы в хирургические отделения ГОУ ГКБ СМП г. Душанбе в период с начала 2020 по февраль 2025гг. Мужчин было 82 (57,7%) случая, а женщин 60 (42,3%). Возраст больных варьировал от 23 до 76 лет. Длительность заболевания до госпитализации составляла от 6 часов до 4 суток.

Всем больным проведены общеклинические и биохимические анализы крови и мочи, обзорная (при необходимости контрастная) рентгенография брюшной полости, ЭКГ, УЗИ и при необходимости компьютерная томография брюшной полости. Особое внимание было уделено результатам клинических проявлений до операций и в раннем послеоперационном периоде.

Результаты исследования. С целью оценки эффективности проведенного лечения в раннем послеоперационном периоде помимо лабораторных показателей и результатов инструментальных методов исследования (УЗИ и рентгенография брюшной полости) был оценён характер клинических проявлений. При этом были учтены: снижение интенсивности болевых ощущений, исчезновение тошноты, рвоты, сухость и обложенность языка, вздутие живота, появление перистальтических шумов кишечника, а также отхождение газов и стула.

При проведении УЗИ оценивали характер УЗ-признаков ОСКН, таких как диаметр петли кишечника и толщина его стенки, характер перистальтических движений, в то время как при рентгенологическом исследовании было уделено особое внимание исчезновению ранее существующих рентгенпризнаков ОСКН, как кишечные арки, чаши Клойбера и спиралевидное расширение Керкринговой складки тонкой кишки.

Установлено, что не всегда соответствуют результаты клинических проявлений с инструментальными методами диагностики, что заключается в раннем исчезновении клинических признаков заболевания при положительном результате лечения по сравнению с рентгенологическими проявлениями ОСКН, что затрудняет оценку результатов лечения и выбор дальнейшей тактики.

Несмотря на улучшение общего состояния пациентов в ряде случаев наблюдается существование рентгенологических признаков, что может продолжаться более суток с момента исчезновения клинических проявлений.

Выводы. Несмотря на высокую информативность рентгенологического исследования в диагностике острой кишечной непроходимости, клинические проявления заболевания до сих пор остаются одним из важных и высокоинформативных методов диагностики и динамической оценки больных с острой кишечной непроходимостью. Существование рентген-признаков кишечной непроходимости у больных с ОСКН, особенно при положительной динамике консервативного лечения, о которой свидетельствует исчезновение клинических проявлений и улучшение общего состояния пациентов, не всегда является показанием к проведению операции

Азизов А.Г., Ходиева А.А., Сафаров Дж.З.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ РИНОСИНУСИТОВ

Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – старший преподаватель Мехмондустов С.Г.

Цель исследования. Изучить эффективность препарата Цефиксим в комплексном лечении острых риносинуситов.

Материал и методы. Под наблюдением находились 45 пациентов с острым бактериальным риносинуситом в возрасте 16-45 лет. Мужчин было 29, женщин 16. Комплексное обследование включало следующее: сбор жалоб и анамнеза, общий и оториноларингологический осмотр, рентгенологическое исследование околоносовых пазух. В зависимости от проводимого лечения все обследуемые были распределены на 2 группы. При поступлении все больные предъявляли жалобы на затруднение носового дыхания, стекание гноя по задней стенке глотки, выделения из носа, головные боли, снижение обоняния. При риноскопии отмечали отёк и гиперемию слизистой оболочки носа и носовых раковин, слизисто-гнойные выделения в полости носа. При рентгенологическом исследовании ОНП у больных отмечались разной степени затемнение околоносовых пазух с одной или с двух сторон.

Больным основной группы проводили промывание пазух физиологическим раствором, последующее введение раствора антисептика и пероральный прием препарата «Цефиксим» по 400мг 1раз в сутки в течение 5дней. Пациенты группы сравнения наряду с местным лечением в качестве антибактериальной терапии получали препарат «Ципрофлоксацин» по 0,5 г 2 раза в сутки в течение 7дней. При оценке динамики функционального состояния слизистой носа учитывались субъективные и объективные критерии.

Результаты исследования. После начала лечения в группе сравнения заметную регрессию таких субъективных симптомов как затруднение носового дыхания, стекание гноя по задней стенке глотки, выделения из носа и гипосмия больные отмечали на 7-е сутки. При риноскопии отмечалось уменьшение выраженности отека, и гиперемии слизистой оболочки носа на 6 сутки. На 8-9 сутки полость очищалась от выделений, хотя незначительно сохранялись отек и гиперемия слизистой оболочки носа.

В основной группе стихание субъективных симптомов уже отмечалось на 5 сутки. При риноскопии отмечалось значительное уменьшение отека слизистой оболочки носа и ринореи уже на 4-е сутки, улучшалось носовое дыхание. На 7-е сутки у больных отмечалось полное восстановление функций носа.

Выводы. При применении препарата Цефиксим регрессирование субъективных симптомов (заложенность носа, ринорея, гипосмия, стекание гноя по задней стенке глотки) отмечалась быстрее, чем в группе сравнения, что позволяет рекомендовать его для широкого использования в оториноларингологической практике при лечении острых гнойных риносинуситов.

Азизов Т.А.

МИНИИНВАЗИВНАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад.

В.Вахидова». Узбекистан.

Научный руководитель - д.м.н. Гуламов О.М.

Цель исследования. Провести комплексный анализ результатов лечения больных с кровотечением из острых гастродуоденальных язв.

Материал и методы. В отделении Торакоабдоминальной онкохирургии ГУ «РСПМЦХ им. акад.

В.Вахидова» в 2022-2024 гг. вылечены 80 больных с кровотечением из острых гастродуоденальных язв. Средний возраст больных составил 51 ± 16 лет, из них 46,4% было старше 60 лет. По локализации острых язвенных поражений: у 16 (20%) больных - в двенадцатиперстной кишке (ДК), у 41 (51,25%) - в желудке, у 23 (28,75%) - множественные язвы в желудке и ДК.

Результаты исследования. Факторами риска развития послеоперационных острых язв являлись: коагулопатии, длительная (более 48 часов) искусственная вентиляция легких; развитие выраженной органной дисфункции; ДВС-синдром; артериальная гипотензия и шок; алкоголизм; длительная назогастральная интубация и лечение глюкокортикоидами. Все факторы являются абсолютным показанием для проведения профилактики язв желудка. Срок выполнения повторной ЭФГДС зависит от надежности выполненного первичного гемостаза, что в среднем составляет 1-3 дней. Первичный эндоскопический гемостаз был успешен у всех 12 пациентов с активным кровотечением. В группе высокого риска рецидива проводился эндоскопический контроль гемостаза, контрольную ЭФГДС выполняли через 1-3 суток после первичного обследования. При каждой ЭФГДС оценивали качество гемостаза, риск рецидива кровотечения и проводили профилактику кровотечения. Все пациенты получали стандартизированную консервативную терапию: внутривенное болюсное введение ингибиторов протонной помпы с последующей непрерывной инфузией после эндоскопического гемостаза в течение 72 часов, (пантопрозол, контролок болюсно 40 мг и по 8мг/час непрерывно). С 3х суток перевели на пероральные формы ингибиторов протонной помпы.

Рецидив кровотечения после первичного эндогемостаза отмечен у 2 пациентов (2,5%), все они были из группы высокого риска. При этом отмечено, что у всех пациентов рецидив кровотечения возник на фоне нарастания органной недостаточности. Повторный эндогемостаз был эффективен у 1 больного. Двое больных в связи с неэффективностью консервативной терапии и повторного эндогемостаза, оперированы. У всех пациентов с рецидивом кровотечения, острые язвы были множественными и локализовались в желудке. Объем хирургического вмешательства: гастротомия с прошиванием язв. В анализируемой группе умерло 3 больных (3,75%). Из 2 оперированных умер один. Основная причина летального исхода - прогрессирование полиорганной недостаточности.

Выводы. Лечение больных с кровотечением из острых гастродуоденальных язв у тяжело-обожженных, является актуальной проблемой хирургии. Учитывая, что они являются вторичными, для них наиболее справедливо положение о том, что проще эту патологию предупредить, чем лечить ее с момента проявления.

Азимова Г.Р., Косимов Ш.Х., Сафоев С.А.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ГЕМОСТАЗА ПРИ ПИЩЕВОДНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кафедра Общей хирургии Ферганского медицинского института общественного здоровья. Узбекистан.

Научный руководитель - д.м.н., доц. Мирзаев Б.Б.

Цель исследования. Является улучшение результатов хирургического лечения больных с пищеводными кровотечениями на фоне портальной гипертензии, путем применения нового алгоритма диагностики в лечении данной патологии.

Материал и методы. Материалом для данного исследования явились анализ результатов хирургического лечения 401 пациентов с диагнозом Кровотечения из ВРВПЖ на фоне Портальной гипертензии, получавших стационарное лечение в Многопрофильной клинике Ташкентской медицинской Академии Республики Узбекистан в период с 2010 по 2023 гг. Все пациенты в зависимости от примененной тактики были разделены на 2 большие группы: контрольная и основная. В Контрольную группу вошли 187 пациентов, которым применялся традиционный метод лечения. Пациентам основной группы (214 больных) лечебные мероприятия осуществлялись по предложенному нами алгоритму.

В целом, в контрольной группе в качестве первичного метода гемостаза в 5 (2,7%) наблюдениях явилась операция Пациора, в 156 (83,4%) случаях лигирование ВРВПЖ, у 11 (5,9%) больных склеротерапия и у 15 (8,0%) операция Пациора. Первичный гемостаз был достигнут у 160 (85,6%) пациентов, рецидив кровотечения отмечен у 27 (14,4%) больных, открытые оперативные вмешательства выполнены в 15 (8,0%) наблюдениях, летальность отмечена в 32 (17,1%) случаях. Среди причин летальных исходов наиболее частыми были развитие полиорганной недостаточности (9 пациентов), прогрессирование печеночной недостаточности (8 наблюдений), геморрагический шок (8 больных), реже причинами летального исхода были острая почечно-печеночная недостаточность (4 случая), острый инфаркт миокарда (2 пациента) и тромбоэмболия легочной артерии (1 наблюдение).

Учитывая вышеизложенное, нами предложена классификация степени интенсивности кровотечения из ВРВ пищевода и желудка. Тактика лечения зависела от локализации ВРВ (Сертификат № DGU 28282 о создании программы для электронных вычислительных машин «Пищеводное кровотечение при портальной гипертензии» от 25.10.2023.).

Результаты исследования. В зависимости от тяжести, согласно предложенной нами системе, и источника кровотечения выбирали метод гемостаза. При 1 степени 32 больным произведено лигирование ВРВ, 4 - ретроградное лигирование, 7 - клеевая облитерация и в 1 наблюдении - операция Пациора по предложенной нами методике. Еще в 4 случаях (в 3 наблюдениях после лигирования, в 1 - после ретроградного лигирования) из-за неэффективности эндоскопического гемостаза выполнена операция Пациора. При 2 степени 34 пациентам выполнено лигирование ВРВ, 6 - ретроградное лигирование и 5 - склеротерапия. При 3 степени в 100 наблюдениях произведено лигирование ВРВ пищевода, в 8 - ретроградное лигирование и в 1 случае - лигирование нейлоновыми лигатурами. При 4 степени интенсивности кровотечения 14 больным осуществлено лигирование ВРВ пищевода, 2 пациентам произведено ретроградное лигирование. В целом, первичный гемостаз достигнут в 91,7% наблюдениях. В 1 (8,3%) случае наступил летальный исход.

Выводы. Таким образом, дифференцированный подход к выбору метода гемостаза в зависимости от лока-

лизации и интенсивности кровотечения из ВРВПЖ позволил достоверно повысить удельный вес первичного гемостаза с $85,6 \pm 2,6\%$ до $92,5 \pm 1,8\%$ ($t=2,219$), снизить частоту выполнения открытых хирургических вмешательств с $17,1 \pm 2,8\%$ до $7,9 \pm 1,8\%$ ($t=2,764$) и уменьшить летальность с $8,0 \pm 2,0\%$ до $2,3 \pm 1,0\%$ ($t=2,539$)

Алимов Ж.У., Халтурсунов Д.Ш.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ЛЕЧЕНИЯ СОПРОВОДИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ РАКЕ ПРОСТАТЫ

Кафедра Урология и детская урология, Ташкентского Педиатрического Медицинский Институт. Узбекистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Рахимов Н.М.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения и качество жизни у пациентов с раком простаты и синдромом гиперактивного мочевого пузыря.

Материал и методы. Материал для исследования был собран в рамках клинического исследования в Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии Самаркандского филиала (РСНПМЦОиРФС) и (СОМХ) Самаркандского Областного Межрегионального ХОСПИС с 2020 по 2024 г.г. Базовый набор данных включал информацию о пациентах с диагностированным раком предстательной железы и сопутствующей урологической патологией, в виде гиперактивности мочевого пузыря.

Результаты исследования. В данном исследовании мы рассматриваем современные методы анализа уродинамики гиперактивности мочевого пузыря при раке предстательной железы с целью выявления новых путей для диагностики и лечения данного состояния.

Во всех группах измерения проводились до начала терапии через 1,3 и 6 месяцев терапии, чтобы оценить начальное состояние мочеиспускательной функции участников. Анализ урофлоуметрических показателей включал максимальную объемную скорость потока мочи (Q_{max}), объем мочеиспускания, остаточный объем мочи, среднюю объемную скорость потока, ускорение потока, урофлоуметрический индекс, время мочеиспускания, время мочеотделения и время достижения максимального потока, а также время ожидания мочеиспускания.

Выводы. Специализированная терапия оказывает значимое положительное воздействие на урологические функции у пациентов с раком простаты и гиперактивностью мочевого пузыря, что обеспечивает основу для разработки эффективных лечебных протоколов и стратегий в урологической практике.

Алимов С.У., Нажмудинов Ф.Н., Сайдалиев Ш.Ш.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Кафедра хирургической болезней №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент Гуломов М.Ш.

Цель исследования. Оптимизация методов профилактики и лечения послеоперационных осложнений при эхинококкозе печени.

Материал и методы. В стационаре на базе ГУ ГЦСМП г. Душанбе на хирургическом лечении находились 224 пациента с эхинококкозом печени в возрасте от 16 до 75 лет. Пациенты в возрасте до 40 лет составили - 182 (81,3%), а 191 (85,2%) больной от 40 до 60 лет. Пациенты старше 60 лет составили 24 (10,7%). Превалировали лица женского пола - 143 (63,8%), и мужчины - 81 (36,1%). По данным УЗИ диаметр кист колебался от 3,0 до 27,0 см. Локализация в правой доле встречалась – у 141 (63,0 %), в левой доле – у 62 (27,7%). Одномоментное поражение кистами обеих долей печени 21 (9,3%) больной.

Результаты исследования. Желчные свищи в стенке фиброзной капсулы во время операции ликвидированы наложением П-образных швов, с дополнительной аппликацией пластиной «Тахокомба» (рацпредложения отдела науки и инновации). В 5 случаях при ревизии остаточной полости желчные свищи не были обнаружены. Однако на 5-е сутки послеоперационного периода по дренажной трубке выявили наличие желчи. В связи с этим, в дальнейшем во всех случаях с целью профилактики желчеистечения в свободную брюшную полость, края фиброзной капсулы были герметично ушиты до дренажной трубки. Данный способ нами использован у 21 больного, среди них случаи желчеистечения в брюшную полость не наблюдалось. Эти свищи в послеоперационном периоде в основном прекратили функционирование на 15 ± 3 сутки. После открытых способов эхинококкэктомии, полости фиброзных капсул у 9 больных дополнительно дренированы микроиригаторами и выведены через дополнительный разрез под контролем УЗИ (рацпредложения отдела науки и инновации). Продолжительность амбулаторного наблюдения длилось до 1 месяца. С целью профилактики рецидива заболевания у всех больных в течение месяца назначали курс химиотерапии с использованием Албендазола и Мебендазола. Схему лечения подбирали индивидуально с учетом рекомендации ученых паразитологов. С целью предупреждения паренхиматозного кровотечения после радикальных методов эхинококкэктомии интраоперационно использован гемостатический препарат «Гемостоп» в виде порошка, на раневую поверхность печени у 16 пациентов.

Частота специфических послеоперационных осложнений эхинококкоза печени по нашим данным встречалось у 9 больных, что составило 12,5%. При этом в большинстве 7 случаях отмечали нагноение остаточной полости, в 1 случае гематома и в 1 случае биллома. У этих больных нами были использованы УЗ - пункционные методы лечения, всем 9 больным. При этом в 7 случаях выполнена методика PAIRD. УЗ - пункционные методы лечения с дренированием был применен при инфицированных остаточных полостях и при наличии желчных свищей, открывшихся в полость фиброзной капсулы. В случаях отсутствия нагноительных процессов в двух случаях были выполнены PAIR без дренирования. Каких-либо осложнений и летальный исход среди данной категории больных не наблюдали. Средняя про-

должительность пребывания больных в клинике составила 7 ± 2 дней. Установленные дренажи были удалены в течение 1 месяца послеоперационного периода.

Выводы. Разработанные интраоперационные способы профилактики и малоинвазивные методы лечения позволяют снизить послеоперационные осложнения, улучшить функциональные результаты операций, повышая качество жизни пациентов.

Алимов С.У., Идиев Н.М., Пулодов С.Э.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЗИТАРНОГО ХОЛАНГИТА У БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ

Кафедра хирургических болезней №1 им. акад. Курбонова К.М. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., доцент Сараев А.Р.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных эхинококкозом печени, осложненной механической паразитарной желтухой и паразитарным холангитом.

Материал и методы. На стационарном лечении в хирургических отделениях Центра скорой медицинской помощи г. Душанбе за период с 2009 по 2024 год находились 72 больных с механической желтухой (МЖ). При этом у 19 (26,3%) пациентов заболевание осложнилось септическим паразитарным холангитом. Женщин было - 11 (57,9%), мужчин - 8 (42,1%). Возраст больных составил от 24 до 83 года. Паразитарный холангит у больных с эхинококкозом печени (ЭП) развился после различных вариантов эхинококкового поражения желчных

Паразитарный холангит в 11 (57,9%) случаях развился при первичном ЭП, вследствие прорыва эхинококковой кисты в магистральные желчные протоки с полной ее обструкции элементами паразита. В 5 (26,3%) наблюдениях первичный ЭП прорывался в сегментарные внутрипеченочные протоки, при отсутствии элементов паразита – дочерних пузырей, обрывков хитиновой оболочки.

У 3 (15,8%) пациентов острый холангит (ОХ) развился при первичном поражении стенок общего желчного протока, вследствие прорастания эхинококковой кисты. У 10 больных эхинококковые кисты локализовались в правой доле печени, у 5 - в левой, и у 4 больных - в обеих долях печени. С целью диагностики паразитарного холангита, были применены клинично-лабораторные методы исследования крови, показатели эндотоксемии, лучевые методы - рентгенография брюшной и грудной полости, УЗИ, МРТ, а также эндоскопические методы исследования.

Результаты исследования. Показатели лабораторных исследований и уровень эндотоксемии у больных с ОХ зависели от характера морфологических изменений стенок общего желчного протока, степени выраженности обтурации желчных протоков и вирулентности микроорганизмов, что имело корреляционную связь с тяжестью общего состояния больных. Во всех 19 наблюдениях, для диагностики МЖ и ОХ, больным проводили УЗИ, в результате, у всех больных были выявлены наличие эхинококковых кист печени, а в 37% наблюдений позволило определить деформацию контуров эхинококковой кисты за счет снижения напряжения кисты и отслойки хитиновой оболочки ясно различимую при эхографии.

Больным выполнялась эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) или оперативное вмешательство. Операцию завершали дренированием общего желчного протока и остаточной полости трансхоледохиальным дренажом. Осложнений и летальных исходов не отмечено. Во всех случаях, после миниинвазивных декомпрессивных вмешательств, просвет общего желчного протока и остаточная полость эхинококковой кисты неоднократно обрабатывалась сколецидными препаратами и антибиотиками.

Всех 19 больных с ОХ, после миниинвазивных вмешательств, оперировали спустя 1,5-2 месяца в безопасном периоде с хорошими непосредственными и отдаленными результатами. Радикальные оперативные вмешательства были выполнены 8 больным, паллиативные, открытая эхинококкэктомия, 11 пациентам.

Выводы. При МЖ и ОХ патогенетически обоснованным является двухэтапное хирургическое лечение. На первом этапе нужно выполнять миниинвазивные декомпрессивные вмешательства с дренированием остаточной полости. На втором этапе, после купирования гипербилирубинемии, эндотоксемии и явления холангита в благополучных условиях выполняется вмешательства на кисте печени.

Алимов С.У., Идиев Н.М., Пулодов С.Э.

ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Кафедра хирургических болезней №1 им. акад. Курбонова К.М. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., доцент Сараев А.Р.

Цель исследования. Оценить результаты различных методов лечения эхинококкоза печени, изучить послеоперационные осложнения и частоту рецидивов у больных с данной патологией.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование по истории болезней 158 больных эхинококкозом печени в ГУ Центр скорой медицинской помощи г. Душанбе с 2016 по 2021 гг. Больные были распределены на 2 группы: основную 78 больных, которым выполнялось лапароскопическое вмешательство (частичная перикистэктомия, фенестрация кисты) и контрольную 80 пациентов, которым проводились традиционные открытые вмешательства путём лапаротомии (частичная перикистэктомия с капитонажем остаточной полости, либо оментопластикой, либо дренированием, либо комбинация методов). Все кисты были классифицированы с помощью УЗИ (усовершенствованная классификация ВОЗ). Также проводилась компьютерная томография (КТ), изучались рентгенограммы легких всех пациентов. Пациенты наблюдались каждые шесть месяцев в течение не менее двух лет.

Результаты исследования. На УЗИ большинство кист классифицировалось как СЕ1. 100 пациентам (63,3%) выполнено КТ, с целью уточнения локализации кисты. Диагностическая чувствительность обоих методов составила

100%.

Из 95 эхинококковых кист у 78 больных основной группы, которым выполнялось видеолaparоскопическое вмешательство, 64 (82,1%) были подвержены частичной перикистэктомии и дренированию остаточной полости кисты, 11 кист (14,1%) были удалены путём идеальной эхинококкэктомии, 3 (3,8%) кисты удалены посредством резекции печени.

Больные контрольной группы были подвержены лапаротомии. В этой группе больных из 80 случаев эхинококкоза печени и 122 эхинококковых кист в общей сложности, в 52 (42,6%) производили открытую эхинококкэктомию, частичную перикистэктомию с дренированием остаточной полости, в 32 (26,2%) случаях выполнена открытая эхинококкэктомия, частичная перикистэктомия с капитонажем остаточной полости и в 19 (15,6%) случаях произведена открытая эхинококкэктомия, частичная перикистэктомия с оментопластикой. Четырём больным произведена резекция печени по показаниям.

Ни у одного больного обеих групп периоперационных осложнений зафиксировано не было. Частота послеоперационных осложнений составила в основной группе 6,4% (5 больных), в контрольной группе – 15% (12 больных). В основной группе отмечалось незначительное желчеистечение по дренажной трубке в 4 (5,1%) случаях, которое прекращалось самостоятельно на 4-6 сутки. Абсцесс остаточной полости в 3 случаях (3,2%) которые ликвидированы чрескожно с помощью ультразвуковой эхо-локации.

В контрольной группе раневая инфекция развилась у 5 (6,25%) пациентов, что считается наиболее частым ранним послеоперационным осложнением. У 3 больных развился абсцесс, абсцессы были дренированы чрескожно под контролем УЗИ. Желчные свищи отмечались у 3 больных.

В контрольной группе рецидив заболевания отмечен у 8 пациентов (10%) (5 больных получали лечение альбендазолом, 3 – не получали). Рецидив развился в среднем через $16,5 \pm 5,2$ (9–23) месяцев после операции. Среди больных основной группы, в течение ближайших 24 месяцев, рецидив заболевания не регистрировался.

Выводы. Несмотря на более широкое разнообразие методик по устранению эхинококковой кисты при лапаротомии, результаты лечения в основной группе не хуже, а по некоторым параметрам и предпочтительнее, чем в контрольной группе. Общеустановленные преимущества миниинвазивных операций: укорочение периода реабилитации, сокращение койко-дней, малотравматичность и косметичность.

Аминҷони Р., Шарипов П.А.

ТАҲЛИЛИ ҲОЛАТИ ГИРИФТОРШАВӢ БА БЕМОРИҲОИ ЧАШМ ДАР БАЙНИ АҲОЛӢ

Кафедраи фанҳои ҷарроҳии №2, МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон”. Тоҷикистон
Роҳбари илмӣ - Эшпулатова С.С.

Мақсади таҳқиқот. Муайян кардани авлавияти бемориҳо аз рӯи преваленсияи бемориҳо байни бемориҳои чашм дар соли 2023 мувофиқан ба соли 2024. Ёфтани вариатсияи микдори беморшавӣ ба бемориҳои чашм аз аввали соли 2023 то охири соли 2024.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Тадқиқоти мазкур даврони солҳои 2023 – 2024 дар маркази тиббии бисёрсоҳавии ноҳияи Данғара гузаронида шуд. Барои маълум кардани натиҷаи тадқиқот усулҳои таҳлили муқоисавӣ, амалиёти арифметикӣ ва формулаи муайян кардани преваленсияи беморӣ ($P = (C/N) \cdot 1000$), ҷамъовариҳои анамнез, муоина, визометрия, офталмоскопия, биомикроскопия, периметрия, танометрия ва рефрактометрия истифода карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Шумораи умумии беморон соли 2023 – 344(100%) ва 2024 – 351(100%) нафарро ташкил медиҳад. Аз он ҷумла дар соли 2023 мувофиқан ба соли 2024 бемории: наздикбинии оризавии дараҷаи баланд 99 (28,7%) ва 102(29%) бо 3 ҳолати зиёдшавӣ, инҳитоти доғи шабакия 58 (16,8%) ва 61 (17,3%) бо 3 ҳолати зиёдшавӣ, нуксони модарзодии узвҳои босира 46(13,4%) ва 48(13,6%) бо 2 ҳолати зиёдшавӣ, бемориҳои қарния 28 (8,1%) ва 26 (7,4%) бо 2 ҳолати коҳишбӣ, чашмпардаи оризавӣ (артифакия) 25(7,2%) ва 26 (7,4%) бо 1 ҳолати зиёдшавӣ, глаукома 37 (10,7%) ва 38(10,8%) бо 1 ҳолати зиёдшавӣ, харобшавии асаби босира 12(3,4%) ва 15 (4,2%) бо 3 ҳолати зиёдшавӣ, қўчиши шабакия 18 (5,2%) ва 12 (3,4%) бо 6 ҳолати коҳишбӣ, латхурии чашм 18 (5,2%) ва 20 (5,7%) бо 2 ҳолати зиёдшавӣ, албинизм 3(0,87%) ва 3(0,85%) бетағйир, ташкил медиҳад. Натиҷаи преваленсияи бемориҳо (микдори вохӯрии беморӣ нисбат ба 1000 нафар) ташкил дод, дар соли 2023 мувофиқан ба соли 2024, бемории: наздикбинии оризавии дараҷаи баланд 0,55 ва 0,57, инҳитоти доғи шабакия 0,32 ва 0,34, нуксони модарзодии узвҳои босира 0,25 ва 0,26, бемориҳои қарния 0,16 ва 0,15, чашмпардаи оризавӣ (артифакия) 0,14 ва 0,15, глаукома 0,20 ва 0,21, харобшавии асаби босира 0,06 ва 0,08, қўчиши шабакия 0,10 ва 0,07, латхурии чашм 0,10 ва 0,11, албинизм 0,02 ва 0,02.

Хулоса. Дар натиҷаи тадқиқот маълум шуд, ки авлавияти бемориҳо дар солҳои 2023 ва 2024, ин наздикбинии оризавии дараҷаи баланд мебошад.

Амиралии К.Х., Талабзода Х.М., Рачабова Н.Р.

ОЦЕНКИ ПРИЖИВЛЕНИЯ РЕПЛАНТАЦИИ И РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА КИСТИ

Кафедра хирургических болезней №2 им. акад. Н.У. Усманова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Республиканский научный центр сердечно - сосудистой хирургии. Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Артыков К.П.

Цель исследования. Анализ и оценки результатов приживление реплантации первого пальца кисти, после травматической ампутации.

Материал и методы. В отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского на-

учного центра сердечно-сосудистой хирургии г. Душанбе с 2004 по 2024 гг. в целом выполнено 117 реплантаций отчленённых сегментов пальцев кисти. Из них 28 больных, у которых имела место ампутация большого пальца, что составило 23,9% от общего числа оперированных пациентов.

Преимущественное большинство больных составили лица мужского пола (23 больных – 82,2%), пациенты женского пола составили 17,8% (5 больных) всех больных. Больные были в возрасте от 3 до 57 лет. Повреждение доминантной конечности было в 12 (42,8%) случаях. Все больные поступили в сроки от 1ч до 15 ч (в среднем через $3,5 \pm 1,5$ ч) от момента получения травмы.

По механизму травмы ампутации были гильотинные (13), рваные (6), раздавленные (3), отрывные (3), огнестрельные (1), скальпированные (2). По уровню травмы ампутации на уровне дистальной фаланги – 3, межфалангового сустава – 4, основной фаланги – 15, пястно-фалангового сустава – 4, I пястной кости – 2.

В 21 (75,%) случаях ампутация большого пальца была изолированной. Сочетание ампутации большого пальца с ампутациями одного или более длинных пальцев было у 51 (35%) больного. В зависимости от характера ампутации полная травматическая ампутация имела место у 19 (67,9%) больных, неполная – у 9 (32,1%).

Результаты исследования. Частота выполнения реплантации большого пальца зависела от механизма ампутации и выполнялась в 18 случаях. В том числе в 10 случаях при неполной ампутации выполнена артериальная (7) или венозная (3) реваскуляризация большого пальца. Из 28 реплантированных и реваскуляризированных пальцев прижились 23 (82,1%) случаях. Функциональные результаты во всех случаях были положительными, включая случаев с ограничением подвижности пальца.

Выводы. Таким образом реплантацию и реконструкцию большого пальца кисти необходимо выполнить во всех возможных случаях. Показания и возможности реплантации и реконструкции большого пальца расширяются применением нестандартных способов реконструкции и использованием кровоснабжаемых кожно-фасциальных лоскутов.

Амони М.М.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ГАММА – ГВОЗДЕМ

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – доцент Сафаров Д.М.

Цель исследования. Дать оценку результатам лечения вертельных переломов бедра гамма-гвоздем и PFNA.

Материал и методы. За период с 2012 по 2022 годы, проведен анализ лечения 65 пациентов с переломами вертельной области. Средний возраст пациентов составил 60 лет. Соотношение мужчин и женщин составило 1:1,5. Практически во всех случаях (99%), это были низкоэнергетические травмы – падение с табурета, в ванной, на улице. У 85% пациентов отмечалось больше одной сопутствующей патологии. В основном наблюдались тромбозы глубоких вен, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь с нарушением ритма, возрастная энцефалопатия.

Показаниями к оперативному вмешательству были вертельные переломы типа 31A1, 31A2, 31A3, и некоторые пограничные переломы типа 31B3 по классификации АО. У всех пациентов остеосинтез выполнен гамма-гвоздем либо PFNA. Оперативное лечение было выполнено 26 пациенту в сроки до 72 часов, 29 пациентов оперированы до 10 суток после травмы, и 10 пациентов оперированы после 10 суток после травмы. Оценка отдаленных результатов проводилась по шкале Харриса.

Результаты исследования. Анализ результатов проведен в сроки до 5 лет после оперативного лечения. Средний срок пребывания больных в стационаре составил 11,1 суток. Послеоперационная летальности не было. Положительные результаты лечения были у всех пациентов. Средний срок консолидации перелома составил 4 ± 1 месяц. Длительность операции 45 ± 15 минут. Нагноение раны в раннем послеоперационном периоде было у одного пациента.

Все пациенты начали ходить на 3-5 день после операции. У 90 % пациентов при выписке достигнуто сгибание в коленном суставе до 90°.

Оценка результатов по шкале Harris: отличные результаты – 45,3%, хорошие – 46,4% удовлетворительные – 8,3%, неудовлетворительных не было.

Выводы. 1. Вертельные переломы бедренной кости у гериатрических пациентов требуют своевременной (ургентной) госпитализации, интенсивного (до 24 часов) обследования для определения операционного риска, наличие хорошо подготовленного медицинского персонала.

2. Наши наблюдения показали, что наиболее рациональным способом остеосинтез у больных пожилого и старческого возраста с внесуставными ППБК является гамма-гвоздь либо PFNA в максимально ранние сроки после травмы.

3. Малотравматичность методики имплантации гамма – гвоздем, ранняя активизация пациентов пожилого возраста с наличием сопутствующей патологии, позволяет существенно уменьшить число послеоперационных осложнений и существенно улучшить общие результаты лечения.

Амони М.М., Начмиддинов Н.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., доцент Сафаров Д.М.

Цель исследования. Дать оценку результатам остеосинтеза переломов проксимального отдела бедренной кости гамма стержнем.

Материал и методы. В исследование вошли 65 пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости. После установки диагноза перелом проксимального отдела бедренной кости, осмотра анестезиолога, с пациентами проводилась беседа на предмет обсуждения дальнейшей тактики лечения. Всем пациентам был проведен остеосинтез гамма стержнем.

Критерии включения:

1. Пациенты старше 50 лет, поступившие с переломами проксимального отдела бедренной кости.
2. Давность травмы не более 2 месяцев.

Критерии исключения:

1. Пациенты в возрасте младше 50 лет.
2. Пациенты с изолированными переломами головки бедренной кости.
3. Пациенты с перенесенными оперативными вмешательствами по поводу перелома проксимального отдела бедренной кости.
4. Пациенты, которые отказались от участия в исследовании.

Дополнительно пациентам было предложено заполнить анкету для оценки качества жизни. Использована международная анкета оценки качества жизни euroQoL-5D (EQ-5D).

Результаты исследования. Остеосинтез проксимальным бедренным гамма стержнем выполнен 65 пациентам. В результате однолетнего исследования получены следующие результаты: пациенты, которые пролечены данным методом имели лучшую мобильность, реже использовали вспомогательных средств для ходьбы и имели значительно ниже уровень болевого синдрома. Опрос по анкете качества жизни (EQ-5D) показал, что пациенты имели хороший ($p < 0,001$) результат (т. е. мобильность, обычная деятельность, уход за собой, боль/дискомфорт, беспокойство/депрессия). Данное исследование подтверждает соответствие международным стандартам, как следствие отличных результатов лечения гамма стержнем проксимальных переломов бедра. Широко применяя остеосинтез гамма стержнем, мы получаем не только хорошие клинические результаты, низкий уровень сопутствующих заболеваний и низкую смертность, мы также можем улучшить социально-экономический уровень.

Выводы. Таким образом, данная проблема является актуальной для многих стран постсоветского пространства. При использовании данного метода лечения снижается пребывание пациента в стационаре, повышается годовой оборот койки, снижается инвалидизация и как следствие отсутствие необходимости в постороннем уходе для данной категории пациентов. Учитывая выше изложенное, необходимо широко применять остеосинтез гамма штифтом для пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости.

Анварзода М.К., Додарбеков Х.А.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Хусаинов Э.С.

Цель исследования. Своевременное установление диагноза.

Материалы и методы исследования. Работа основана на анализе 42 пострадавших с сочетанными травмами головного мозга и конечностей, находившихся в отделении нейрохирургии № 2 ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» в 2024 г. Возраст больных колеблется от 17 до 68 лет. Мужчин было - 27 (64%), женщин - 15 (36%).

Результаты исследования. Основными причинами травмы было: ДТП - 29 (69%), падение с высоты - 13 (31%). Среди пострадавших с сочетанными повреждениями головного мозга и конечностей - сотрясение головного мозга установлено у 8 (19%), ушиб головного мозга лёгкой степени - у 3 (7%), средней тяжести - у 5 (12%), тяжёлой степени - у 26 (62%) больных.

Из 26 больных с тяжёлой черепно-мозговой травмой на серии КТ у 8 выявлены линейные переломы, у 2 компрессионный перелом, у 4 - внутричерепные гематомы, очаги ушиба - у 4 пострадавших. В 3 случаях, учитывая факт сдавления головного мозга, проведена операция - декомпрессивная трепанация черепа с удалением отломков и внутричерепных гематом. У 26 пострадавших с ушибом мозга тяжёлой степени перелом предплечья установлен - у 7, бедра - у 4, костей таза - у 5 и костей голени - у 10 больных.

Выводы. Использование компьютерной томографии пострадавшим с сочетанными травмами, сопровождающиеся ушибом мозга тяжёлой степени, позволяет установить состояние костей черепа и головного мозга, и тем самым выбрать оптимальный метод лечения больных. Ушибы головного мозга тяжёлой степени у данной категории больных чаще сопровождаются переломами двух трубчатых костей.

Аннаев М.Б., Назарова З.У., Шайдуллоев П.З.

ОСОБЕННОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ЖЕНЩИН СТАРШЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - Мухамедова И.Г.

Цель исследования. Изучить результаты консервативного лечения переломов дистального отдела лучевой кости у женщин старшего и пожилого возраста.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ консервативного лечения 85 женщин старшего и пожилого возраста с переломами дистального метаэпифиза лучевой кости. Средний возраст женщин на момент травмы составил $60,6 \pm 1,7$ лет (49 до 75 лет). В зависимости от положения кисти в момент травмы, в 69,4% (59) переломы были

разгибательными. При этом в 54,1% (46) случаях наблюдались переломы со смещением. Небольшую часть 4,7% (4) составили высокоэнергетические травмы - падение с высоты, дорожно-транспортные - 3,5% (3) случая. Как правило, при поступлении, все женщины предъявляли жалобы на болевой синдром, отечность в области лучезапястного сустава с ограничением движений в пальцах кисти, наличие деформации в дистальной трети предплечья. У 6 (7,1%) женщин отмечалось нарушение чувствительности в пальцах кисти. Во всех случаях выполнялась рентгенография лучезапястного сустава в двух стандартных проекциях.

Результаты исследования. В ходе исследования было установлено, что при обращении в 49 (76,6%) случаях с переломами без выраженного смещения, пациенткам проводили анестезию места перелома 1% раствором новокаина 20,0 с последующей фиксацией гипсовой повязкой на срок до 4 недель. При наличии смещения отломков в 21 (24,7%) случае, после анестезии, проводили одномоментную ручную репозицию с фиксацией гипсовой повязкой на срок до 6 недель. С учётом возрастных изменений костной ткани и сопутствующих заболеваний, важной частью консервативного лечения являлось назначение препаратов, направленных на улучшение качества костной ткани, таких как бисфосфонаты или кальций с витамином D. Учитывая вероятность повышенного риска развития осложнений, в лечение также включали назначение препаратов спазмолитической терапии, улучшающих микроциркуляцию, витамины (B6, B12), физиотерапию. В 15 (17,6%) случаях, женщинам, при невозможности восстановить анатомию лучезапястного сустава, было выполнено хирургическое лечение.

Исходы лечения зависели от возраста пациентки, наличия остеопороза и сопутствующих заболеваний, а также типа перелома. Изучение отдалённых результатов отметило деформацию предплечья у 17 (20%) женщин, боль в проекции перелома испытывали 26 (30,6%), в том числе боль при физической нагрузке и на смену погоды - 32 (37,6%) женщины. У 10 (11,8%) женщин имелось ограничение супинации, в сравнении со здоровой конечностью. Среди осложнений, чаще всего, встречались неправильное сращение (10,6% -9) и замедленная консолидация (5,6% -5), что требовало дополнительной коррекции лечения.

Выводы. Консервативное лечение переломов дистального конца лучевой кости у женщин пожилого и старшего возраста является эффективным методом, но требует учета возрастных изменений и наличия сопутствующих заболеваний. При этом важно учитывать высокий риск развития осложнений, так как эти осложнения наблюдаются у 15-25% женщин старшего и пожилого возраста.

Антипова Т.С., Огнерубов Н.А., Юлдошев Р.З.

ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

ФГБОУ ДПО «РМАНПО» МЗ РФ. Россия

Научный руководитель – д.м.н., профессор Огнерубов Н.А.

Цель исследования. Оценить клинко-эпидемиологические особенности первично-множественных злокачественных новообразований (ПМЗН) у больных раком предстательной железой.

Материал и методы. Обследование 451 больных раком предстательной железы с помощью ПЭТ/КТ с 18F-ПСМА-1007 на диагностическом этапе, при оценке эффекта терапии и диспансерном наблюдении. Изучена медицинская документация.

Результаты исследования. Среди обследованной когорты больных различных стадий, медиана возраста 72,3 года, на долю локализованного рака предстательной железы приходилось 62,3% случаев. На этапах диагностики, проведения лечения и динамическом наблюдении выявлено 20/4,4 % больных с ПМЗН. Из них две опухоли были у 19 пациентов, а в одном случае наблюдались 3 локализации. Синхронные опухоли диагностированы у 42,1% пациентов, а метакронные в 57,9%. Гистологически преобладало сочетание ацинарной аденокарциномы предстательной железы со светлоклеточным почечноклеточным раком.

Наиболее распространенным при раке предстательной железы был почечно-клеточный рак 8/1,8%. Причём, в 7 случаях установлена I стадия процесса. У 7 опухоль локализовалась слева, в верхнем полюсе, а в 1 эпизоде – справа, в нижнем полюсе. Медиана стандартизированного коэффициента максимального накопления SUVmax в опухоли составила 17,73, а ее размер, в среднем - 34,4 мм. Синхронные опухоли констатированы у 3 пациентов на этапе диагностики. В последующем, им выполнено лапароскопическое оперативное вмешательство. Рак желудка у больных раком предстательной железы был диагностирован в 5/1,1% случаях. Комбинация рака предстательной железы с мочевым пузырём, прямой кишкой и раком легких выявлена по 2/0,4% эпизода. Отмечена единичная комбинация с раком поджелудочной железы. Первично-множественные опухоли создают определенные клинические трудности при выборе рациональной тактики лечения.

Выводы. ПМЗН при спорадическом раке предстательной железы встречаются у 4,4% пациентов. Почечно-клеточный рак был наиболее распространенным - 1,8%, за ним следует рак желудка – 1,1%, затем рак прямой кишки, легких и мочевого пузыря по 0,4%. У 1 пациента наблюдался поджелудочной железы. Множественные синхронные новообразования выявлены у 42,1% больных, причём чаще при раке почки. Метакронные опухоли представлены в подавляющим большинством – 57,9%. Методом выбора диагностики первично-множественных злокачественных новообразований при раке предстательной железы является ПЭТ/КТ с 18F-ПСМА-1007. Стратегическое значение при выборе лечения первичных синхронных опухолей играет их агрессивность. Повышенная осведомлённость практических врачей о риске возникновения множественных опухолей при раке предстательной железы будут способствовать ранней диагностики и своевременному лечению последующих новообразований.

Арзиев А.И.

ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ОБЛАДАЮЩИХ ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ

Бухарский государственный медицинский институт. Узбекистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Арзиев И.А.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных острым холециститом с высоким операционно-анестезиологическим риском путем выбора метода хирургической коррекции с приоритетным применением малоинвазивных вмешательств.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования и лечения 204 пациента с острым холециститом, находившихся на лечении в хирургических отделениях многопрофильной клиники СамГМУ, оперативные вмешательства выполнены малоинвазивными методиками. 53 больным проводились пункционно-дренирующие вмешательства под УЗ-наведением из них 15 (7,3%) произведена чрескожная-чреспеченочная пункция желчного пузыря (ЧЧПЖП) 38 (18,6%) – чрескожно-чреспеченочное дренирование желчного пузыря (ЧЧДЖП), у 105 осуществлены лапароскопические операции. Для нивелирования ЛХЭ мы выполняли при минимальном давлении 6-8 мм рт. ст. последствий пневмоперитонеума во время операции (как инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии, дыхательная недостаточность) не наблюдалось. У 46 – холестэктомия (ХЭ) из минилапаротомного доступа. При выполнении минилапаротомных операций использовали специализированный билиарный набор инструментов «Мини-ассистент». Критериями включения в исследование считали отсутствие положительного эффекта от проведения консервативной терапии в течение 48 часов, операционно-анестезиологического риска (класса P₂, P₃, P₄ по классификации ASA), при баллах 3-4 его вероятность согласно индексу Charlson в данной возрастной категории составляет 52%, что подтверждает высокий операционно-анестезиологический риск.

Результаты исследования. У пациентов с острым холециститом информативность диагностики с дополнением УЗИ в режиме серой шкалы цветовой УЗДГ увеличивалась до 92,3%, что позволяло ограничить применение дорогостоящих рентгенорадиологических методов исследования. К III классу отнесены 40,7% пациентов, 31,8% пациентов соответствовали IV классу риска. Следовательно, с учетом полиморбидности большинство (76,2%) пациентов были отнесены к классам P₃ и P₄. Эндоскопическая папиллотомия в виде ЭПСТ проведена 12 больным. Преобладали пациенты старческого возраста по шкале ASA P₃ и P₄. ЭПСТ осуществляли при наличии механической желтухи на почве холедохолитиаза. Эта процедура была вторым этапом после ЧЧДЖП (9), ЧЧПЖП (3).

Выводы. Таким образом, у больных пожилого и старческого возраста с высоким операционно-анестезиологическим риском применение малоинвазивных пункционно-дренирующих, лапароскопических и эндоскопических методик с учетом операционно-анестезиологического риска согласно ASA, APACHE II и индекса коморбидности Charlson позволяет своевременно выполнить необходимые лечебные процедуры, снизить количество послеоперационных осложнений с 19,7 до 6,4%, послеоперационную летальность с 6,7 до 1,9%, а также сократить сроки стационарного лечения в среднем на 5,5 койко-дня.

Арипова Н.У., Умаров Д.О., Пулатова М.Х.

РОЛЬ ИММУНОГОРМОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ И МИКРОБИОМА КИШЕЧНИКА В ПАТОГЕНЕЗЕ, ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Кафедра хирургических дисциплин EMU University. Узбекистан.

Цель исследования. Изучить роль иммуногормональных нарушений и микробиома кишечника в патогенезе, диагностике и хирургическом лечении неспецифического язвенного колита для разработки новых подходов к индивидуализированной терапии данного заболевания.

Материал и методы. Объектом исследования стали пациенты с язвенным колитом, проходившие лечение в отделении колопроктологического отделения Многопрофильной клиники центра развития профессиональной квалификации медицинских работников. Исследование имело наблюдательный и аналитический характер по типу «случай-контроль» и было сплошным для исследуемой группы. Оценивались иммунологические параметры, включая минорные лимфоциты, с использованием иммунофенотипирования периферической крови с помощью моноклональных антител. Изучались уровни иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG методом ИФА, а также показатели активности фагоцитов с использованием НСТ-теста. Для анализа микробиома использовались методы секвенирования 16S рРНК. Статистическая обработка данных выполнялась с использованием программ Statistica 5.0, Microsoft Excel и StatTech v.1.2.0.

Результаты. Полученные данные подтвердили вовлеченность иммуногормональных нарушений и микробиоты кишечника в патогенез язвенного колита. У пациентов с НЯК наблюдалось повышение активности CD8⁺ Т-лимфоцитов и Т-NK клеток с цитотоксическими и провоспалительными свойствами. Нарушения микробиома проявлялись снижением количества полезных бактерий (например, Bifidobacterium и Lactobacillus) и увеличением патогенной флоры. Кроме того, были зафиксированы изменения в работе фагоцитов с усилением выработки активных форм кислорода и провоспалительных цитокинов. Эти нарушения способствуют поддержанию хронического воспаления и разрушению слизистой оболочки кишечника.

Выводы. Комплексный анализ иммуногормональных факторов и состояния микробиома кишечника при НЯК углубляет понимание механизмов патогенеза заболевания и открывает новые возможности для диагностики и индивидуализированного лечения. Коррекция иммунного ответа и восстановление нормального микробиома могут стать перспективными направлениями в терапии язвенного колита.

Асадов Б.А., Норматов А.У., Хамидова М.Т.
ТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ДОСТУПЫ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМОЗОВ
Самаркандский Государственный Медицинский Университет. Узбекистан.
Научный руководитель – PhD, доцент Ахмедов Г.К.

Цель исследования. С момента развития торакальной хирургии органом, на котором выполняются наиболее совершенные операции, является пищевод. Причин этому множество: анатомические особенности пищевода, особенности его синтопического расположения с другими органами, особенности кровоснабжения и иннервации и т. д.

Материал и методы. Существуют различные варианты торакоскопической резекции опухоли пищевода. К ним относятся гибридные (с помощью разных этапов операций, т.е. первый этап -открытым способ, второй - эндоскопическая операция) и миниинвазивные (торакоскопическая резекция пищевода сочетается с лапароскопическим). При обеих этих операциях пищеводный анастомоз выполняют в области шеи или в области купола правой плевральной полости.

Результаты исследования. По данным PS Rajan с соавт., они выполнили малоинвазивную резекцию пищевода у 463 больных. Из них послеоперационные осложнения встречались в 16% случаев и послеоперационная летальность 0,9%.

По данным Luketich J.D. и его коллег, в 2003 г. они выполнили 222 успешные тораколапароскопические операции. В результате развития и распространения технологии малоинвазивной резекции пищевода к 2012 г. в его клинике Питтсбургского университета было выполнено более 1000 успешных операций.

По данным метаанализа, проведенного RJ Verhage и соавторами, в результате сравнительного анализа стандартной открытой эзофагэктомии и малоинвазивных операций применение малоинвазивных хирургических методов привело к уменьшению частоты интраоперационных кровотечений и послеоперационных кровотечений в два раза. А пребывание пациентов в стационаре уменьшилось в 40%. Также установлено, что частота легочных осложнений у таких больных снизилась с 22,9% до 15,1%.

Следует отметить, что торакальный этап этих операций выполнялся в положении больного лежа на левом боку (left decubitus position). В плевральную полость вводятся 4 или 5 портов смотря по состоянию патологии. Сегодня, размышляя о малоинвазивной хирургии, невозможно не упомянуть роботизированной хирургии. Впервые в 2004 году Kemp Kernstine и его коллеги выполнили первую торакоскопическую резекцию пищевода с использованием роботизированной системы DaVinci. Положительных сторон такого сложного оборудования немало, а основными недостатками являются высокая стоимость специальных хирургических материалов, большая продолжительность операции, отсутствие “обратной связи” между оперирующим хирургом и пациентом. По мнению многих ученых, если торакоскопическая визуализация обладает возможностями 3D и 4К-визуализации, то возможности роботизированной хирургии могут быть реализованы в торакоскопических процедурах.

Выводы. В заключение можно сказать, что, несмотря на развитие современной медицины, этапы операций, многих лапароскопических и торакоскопических технологий и методов, выполняемых при раке среднего и нижнего отделов пищевода, не отличаются от операций, выполняемых открытыми методами, но имеет значительные положительные значения.

Асламзода Р.А., Сафаров Ш.Ф., Рашидов Ф.С.
МЕСТО ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Кафедра хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино»
Научный руководитель - профессор Назаров Ш.К.

Цель исследования. Анализ результатов применения неотложных диагностических и лечебных лапароскопий у пациентов с стёртой клинической картиной с острой абдоминальной патологией.

Материал и методы. В рамках данного исследования были проанализированы результаты экстренных лапароскопических операций у 136 больных, госпитализированных в период с 2016 по 2024 годы в хирургические отделения ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи», являющегося клинической базой кафедры хирургических заболеваний №1 имени академика К.М. Курбонова ГОУ Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино. Абсолютным показанием к проведению неотложной диагностической и лечебной лапароскопии была стёртость и сложность клинической картины заболевания.

Лапароскопия в нашей работе выполнялась с использованием эндоскопической системы Karl Storz Endovision® DCI® с системой авторотации (ARS) – цифровая одиночная камера, цветовые системы PAL, NTSC с встроенным цифровым модулем обработки изображений. Набором лапароскопов DCI® HOPKINS® II (крупноформатная оптика – 10 мм), троакаров, щипцов, ножниц, диссекторов, экстракторов Karl Storz Click'Line®. Обработку результатов исследования проводили методами прикладной статистики с использованием MS Excel и программного пакета для статистического анализа «Statistica v. 10.0». Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Диагностические и лечебные мероприятия при проведении лапароскопии включали установка клинического диагноза, ликвидация основного заболевания, по показаниям дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства, адгезиолизис. По нашим данным экстренная диагностическая и лечебная лапароскопия позволяла установить диагноз и лечебную тактику у определенного контингента сложных и тяжелых больных. Острый аппендицит был установлен в 39%, нарушенная внематочная беременность в 21%, разрыв серозной кисты правого яичника в 13% случаев, в 17% случаев кишечная колика, 10% наличия спаечного процесса. 39% пациентам с острым аппендицитом произведена лапароскопическая аппендэктомия, в 21% случаев учитывая некроз ма-

точной трубы при внематочной трубной беременности тубэктомия, в 13% случаев произведено клиновидная резекция яичника и в 10% случаев произведено лечебный адгезиолизис. Диагностические ошибки при проведении диагностической и лечебной лапароскопии не были допущены.

Выводы. Диагностическая и лечебная лапароскопия имеет свои показания, она должна быть применена при всех стёртых и сложных недифференцированных случаях острых абдоминальных патологий и должно выполняться по строго обоснованным показаниям.

Асламзода Р.А., Сафаров Ш.Ф., Рашидов Ф.С.

РОЛЬ И ЗНАЧИМОСТЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Научный руководитель – д.м.н., профессор Назаров Ш.К.

Кафедра хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Таджикистан

Цель исследования. Анализ результатов миниинвазивных декомпрессионных вмешательств желчевыводящих протоков при опухолевых патологиях органов гепатобилиарной зоны осложнившегося механической желтухой.

Материал и методы. В рамках данного исследования были проанализированы результаты у 56 больных, госпитализированных в период с 2016 по 2024 годы в хирургические отделения ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи», являющегося клинической базой кафедры хирургических заболеваний №1 имени академика К.М. Курбонова ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» с доброкачественными и злокачественными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненными синдромом механической желтухи. Всем пациентам была проведена Узи –исследование органов гепатодуоденальной зоны и КТ-контрастное исследование. Обработку результатов исследования проводили методами прикладной статистики с использованием MS Excel и программного пакета для статистического анализа «Statistica v. 10.0». Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Доброкачественная этиология механической желтухи была диагностирована у 36 (64,2%) больных, онкологические заболевания органов гепатопанкреатодуоденальной зоны у 20 (35,7%) пациентов. В группе доброкачественных заболеваний, послуживших причиной механической желтухи, были выявлены: холедохолитиаз у 20 (35,7%) больных; рубцовые стриктуры желчных протоков у 13 (23,2%); ятрогенное повреждение общего желчного протока во время лапароскопической холецистэктомии – у 3 пациентов (5,3%). Среди злокачественных заболеваний, причины механической желтухи распределились следующим образом: рак головки поджелудочной железы – у 2 (3,5%) больных, холангиокарцинома общего желчного протока – у 2 (3,5%), холангиокарцинома проксимальных желчных протоков – у 1 (1,7%), рак желчного пузыря – у 1 (1,7%) пациентов, рак БСДК – у 1 (1,7%) пациента.

В каждом случае первоначально было выполнено антеградное наружное дренирование желчевыводящих путей под Ультразвуковым контролем с уточнением уровня и степени блока. Всего выполнено 56 минимально инвазивных вмешательств. После снижения уровня билирубина, до обследования и стабилизации состояния пациентов решался вопрос об открытом оперативном лечении, переводе наружной холангиостомы. Летальный исход возник у 2 больных (3,5%) и был обусловлен прогрессированием полиорганной недостаточности.

Выводы. Минимально инвазивные вмешательства под ультразвуковым и рентгенологическим контролем занимают особое положение в лечебно-диагностическом алгоритме у пациентов с синдромом механической желтухи, так как позволяют своевременно и эффективно определить уровень обструкции билиарного тракта, купировать билиарную гипертензию и улучшить общее состояние пациентов

Асоев А., Сафаров Ш.Ф.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Кафедра хирургических болезней №1 имени академика К.М. Курбонова

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н. Давлатов Дж.Ё.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения эхинококкоза печени.

Материал методы. Проанализированы результаты диагностики и комплексного обследования и лечения у 354 пациентов на базе ГКБСМП. Возраст больных составил от 18 до 79 лет. В основной группе были лица трудоспособного возраста от 25 до 45 лет. При этом кисты располагались в правой доле у 234(66%) больных, в левой – у 71(20%), в обеих долях печени – у 49(14 %) пациентов. Множественные кисты были диагностированы у 107(30%) больных. Сочетанный эхинококкоз печени и других органов был отмечен у 57(12%) больных. Размеры кист колебались от 5 до 18см. В 227(64,1%) наблюдений были выявлены кисты среднего размера (4–15 см), малые кисты (до 4см) – в 77(21,8%) наблюдении, в остальных 50(14,1%) наблюдений диагностированы крупные кисты – свыше 20см.

Результаты исследования. Всем больным проводили комплекс клинических и инструментальных исследований, включающих общеклинические и биохимические анализы крови, серологические реакции, рентгенографию грудной клетки, УЗИ, МРТ с холангиографией. Обязательным считаем сбор эпидемиологического анамнеза. УЗИ является одним из наиболее перспективных методов диагностики эхинококкоза печени. Эхинококкоз представляет собой хирургическое паразитарное заболевание человека и животных, вызываемое развитием личиночной стадии ленточного гельминта группы цистодозов *Echinococcus granulosus*. Все оперативные вмешательства при эхинококкозе включают эхинококкэктомию, предупреждение обсеменения окружающих органов и тканей зародышевым и эле-

ментами эхинококка и ликвидацию остаточной полости фиброзной капсулы. Особое место в этом плане в гепатохирургии занимают больные с очаговыми заболеваниями печени, единственным эффективным способом лечения которых остается хирургический метод. К интраоперационным мерам профилактики рецидива относят такие этапы, как удаление содержимого эхинококковой кисты, противопаразитарная обработка остаточной полости фиброзной капсулы.

Выводы. Традиционные хирургические вмешательства до сих пор считают “золотым стандартом” лечения эхинококкоза. Используют три основных метода традиционного хирургического лечения эхинококкоза: 1) Паллиативный вмешательство это удаление элементов эхинококковой кисты без фиброзной оболочки (открытая или закрытая эхинококкэктомия); 2) Условно радикальные вмешательства (Органосохраняющие операции) - удаление паразита вместе с фиброзной оболочкой (тотальная или субтотальная перицистэктомия);

3) Радикальная вмешательство - удаление эхинококковой кисты путем резекции органа. В этом плане важное значение имеет проведение комплексных мер профилактики, включающих интраоперационные и послеоперационные мероприятия с применением современных антисептиков и антипаразитарных средств при выполнении органосохраняющих и хирургических вмешательств, направленных на радикальное удаление эхинококковых кист вместе с участком печени.

Ахмедов А.Дж., Мираков Б.Т., Салимзода М.М.

РАННЕЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННОЙ АНОМАЛИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – старший преподаватель Курбанова Р.Т.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения детей с аномалией развития нижних конечностей.

Материал и методы. В детском травматолого-ортопедическом отделении ГУ НМЦ - РТ в период с 2019 по 2024 годы находилось на лечении 25 детей в возрасте от 6 месяцев до 4 лет. Мальчиков - 10 (40%), девочек - 15(60%). Больные при поступлении клинически и рентгенологически были обследованы.

При этом у 10 (40%) больных выявлено укорочение бедра на 1,0 см и голени на 2,5-3 см., у 15(60%) отмечалось укорочение только голени на 4-6 см в сочетании с деформацией оси голени в переднезаднем и боковом направлении, у 8 (32%) детей наблюдалась вальгусная деформация стопы. На рентгенограммах у всех больных определялось гипоплазия поражённой кости, искривление оси костей голени со склерозированием костномозгового канала на вершине искривления кости, отсутствие малоберцовой кости в сочетании с вывихом стопы кнаружи у 8 (32%) детей.

Результаты исследования. Оперативная коррекция выполнялась, начиная с 5-6 месячного возраста. Для ускорения роста костей в длину применяли биологические способы воздействия на ростковую зону введением костных ксеноштифтов длиной 1-2 см, толщиной 0,4-0,5 см в область проксимального и дистального метафизов длинных костей вблизи ростковых зон. С целью расслабления натяжения утолщенной надкостницы по вогнутой поверхности большеберцовой кости было произведено крестообразное рассечение её у 15 (60%) больных. В случае недоразвития большеберцовой кости с деформацией малоберцовой кости и укорочением конечности, наряду со стимуляцией ростковых зон проксимального и дистального метафизов бедренной и большеберцовой костей, производили резекцию малоберцовой кости в 2(11,1%) случаях. Наблюдение показало, что у всех детей через год отмечалось удлинение конечности до 4-6 см, уменьшение деформации оси конечности. В случае сохраняющегося укорочения голени более 3,0 см и вальгусной деформации голени более 15° больным производили остеотомию большеберцовой кости с последующей коррекцией длины и оси ее компрессионно-дистракционным аппаратом Илизарова. После снятия аппарата накладывалась гипсовая повязка сроком на 1,5-2,5 месяца до полного «окостенения» регенерата. После снятия гипсовой повязки назначали ЛФК, массаж голени и бедра, с последующим ношением ортеза в течение 8-10 месяцев. Отдалённые результаты лечения изучены у 15 (83,3%) оперированных больных, у всех детей восстановлена длина и ось конечности.

Выводы. При раннем обращении детей с аномалией развития костей нижней конечности применение биологической стимуляции в сочетании с коррекцией длины и оси голени в подавляющем большинстве случаев способствует уменьшению тяжести основного заболевания и снижению процента инвалидности у детей.

Ахмедов Г.К.

ЛАЗЕРНОЕ КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАПЛАСТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЭРБ

Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В.Вахидова». Узбекистан.

Научный руководитель – д.м.н. Гуламов О.М.

Цель исследования. Оптимизировать лечебную тактику у больных с метапластическими осложнениями ГЭРБ.

Материал и методы. Проанализированы результаты диагностики 368 больных с разными эрозивными осложнениями ГЭРБ исследованных в эндоскопическом отделении ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова» в период 2023-2024 гг. Возраст больных колебался от 21 до 75 г, в среднем 39,5 л. Из них у 135 пациентов выявлено осложнения ГЭРБ как рефлюкс-эзофагит II-IV ст. Больные с рефлюкс-эзофагитом разделены по классификацию M.Savary и G.Miller.

Всем пациентам проводилось эндоскопическое исследование. Для уточнения диагностики и при подозрении на разные неопластические образования у 48 пациентов взято биопсия из нескольких патологических участках (не менее 3-4 фрагментов на расстоянии около 1-2 см друг от друга) и последующим гистологическим исследованием для верификации патологических изменений.

Больным с ГЭРБ и ГПОД больших размеров рекомендовано оперативное лечение с последующим консервативным лечением. Из них у 24 (17,8%) пациентов (исследуемая группа) с ГЭРБ осложненной рефлюкс-эзофагитом II-IV ст. для комплексного лечения применили ИК-диодное лазерное облучение. Для этого использовали лазерный аппарат фирмы «Лахта-милон». На “эрозивную” слизистую пищевода на расстоянии 0,5 см в импульсном режиме с интервалом 100 мс воздействовали ИК-диодным лазером с мощностью 7 W, длиной волны 970 нм и сформирована “отёчный” круг белого цвета размером 1,0x1,0 см и в центре с тёмным оттенком размером 0,3x0,4 см. Больным назначено стандартное консервативное лечение

Результаты исследования. Повторное эндоскопическое исследование проводилось 64 (47,4%) пациентам от 1 до 4 месяцев после назначения лечения. Из них 16 (66,7%) пациенты были из исследуемой группы, которые пришли на повторную исследованию.

Визуально у пациентов после облучения лазером, чем у пациентов, лечившихся только медикаментозным путем, можно увидеть улучшения картины слизистой оболочки, уменьшение островков эрозии. У пациентов с признаками пищевода Барретта, наблюдалось укорочение «языков пламени» до Z-линии. Для определения эффективности лечения у несколько больных взято биопсийные материалы из измененных участков у всех больных.

Морфологическая картина показало, что слои пищевода подвергшихся воздействию лазера в пораженных участках начали полностью регенерироваться. В области глубоких слоев сформированной «эрозивной» слизистой оболочки наблюдается разрастание мягкой волокнистой соединительной ткани. Регенерация эпителиального слоя происходила за счет ускорения дифференцировки и трансформации клеток и проявлялась гистиоцитарными опухолями вокруг разных слоев. Ускоряется образование новых сосудов (неореваскуляризация), сосуды наполняются.

Выводы. Эндоскопический метод лечения эрозивных изменений слизистой оболочки пищевода с использованием ИК-диодным лазерным облучением в выше указанных дозах хорошо влияет на регенерацию и ускоряет заживление слизистой оболочки пищевода.

Ахмедова Т.А.

ИССЛЕДОВАНИЕ СТАТУСА PD-L1 ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ

Кафедра онкологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Умарзода С.Г.

Цель исследования. Изучить влияние статуса PD-L1 на отдаленные результаты лечения рака шейки матки.

Материал и методы. Анализ и обобщение данных зарубежных и российских литературных источников за последние 5 лет по исследованию статуса PD-L1 при раке шейки матки.

Результаты исследования. Общая 5-летняя выживаемость пациентов с метастатическим РШМ является крайне низким показателем - 17% (National Cancer Institute). Это обусловлено ограниченной эффективностью текущих методов лечения, которые зачастую не способны полностью остановить прогрессирование заболевания. Существующие терапевтические подходы, включающие химиотерапию, радиотерапию и хирургическое вмешательство, часто не обеспечивают долгосрочного контроля над метастатическим процессом. Лучевая терапия РШМ, как и многих других злокачественных опухолей остаётся наиболее важным нехирургическим методом лечения солидных опухолей. Помимо прямого циторедуктивного эффекта лучевой терапии, появляются всё больше исследований, свидетельствующих об активации иммунной системы, направленной на элиминацию и ингибирование опухолевого процесса. Определение и блокада ключевых регуляторов иммуносупрессии могут значительно усилить противоопухолевые иммунные реакции и потенциально улучшить результаты лечения. Одним из таких маркёров является экспрессия PD-L1. Лиганд рецептора PD-1 является PD-L1, трансмембранный белок. PD-L1 блокирует цитотоксическую активность цитотоксических лимфоцитов, когда он связывается с рецептором PD-1 на этих лимфоцитах. Это приводит к снижению способности лимфоцитов уничтожать опухолевые клетки. Поэтому блокада PD-L1 может стать эффективной стратегией для преодоления иммуносупрессии и улучшения эффективности противоопухолевой терапии. Ось PD-1/PD-L1 участвует в поддержании периферической толерантности и модуляции острого воспалительного ответа путём ингибирования функции Т-клеток, таких как потеря сигналов трансдукции рецептора Т-клетки или апоптоз активированных Т-клеток. Помимо связывания с PD-1, PD-L1 также может подавлять функцию Т-клеток через взаимодействие с CD80. Хотя PD-L1 едва различима в большинстве нормальных тканей, её экспрессия описана в множестве злокачественных новообразований. Существует корреляция между прогнозом и эффективностью лечения, местно-распространённого РШМ в зависимости от варианта гистологического строения опухоли и уровня экспрессии PD-L1. Все пациенты с плоскоклеточным РШМ и высокой экспрессией PD-L1, должны рассматриваться как заболевания с неблагоприятным прогнозом. Данный подход может позволить более точно прогнозировать ответ на терапию и адаптировать лечебные стратегии под индивидуальные особенности каждого пациента.

Выводы. Изучение статуса PD-L1 у больных раком шейки матки открывает новые горизонты в понимании биологии опухоли и механизма её взаимодействия с иммунной системой. В конечном итоге, это может привести к разработке персонализированных методов лечения, которые будут более эффективными и целенаправленными, повышая шансы на успешное лечение и улучшение качества жизни пациентов.

Ахророва З.А., Пиров Т.А., Исмоили Убайдулло
РЕЗУЛЬТАТЫ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С НОСОВЫМ КРОВО-
ТЕЧЕНИЕМ НЕУСТАНОВЛЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Кафедра оториноларингологии им. Ю.Б. Исхаки ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
ГУ «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан» - «Шифобахш»

Цель исследования. Анализ непосредственных результатов оказания специализированной помощи пациентам с рецидивирующими носовыми кровотечениями (РНК) неясного генеза.

Материал и методы. Исследование носило проспективный характер и проводилось в условиях многопрофильного медицинского центра в 2021-2023 годы. В исследование были включены 100 пациентов (возраст от 18 до 65 лет) с РНК неясной этиологии, которые поступили в экстренном порядке. Критериями исключения являлись травмы лица, тяжелая гипертония и известные системные заболевания с установленной причиной кровотечений.

Диагностика РНК носило комплексный характер и включил в себя следующие мероприятия:

- изучение анамнеза и физикальное обследование пациентов - тщательное изучение истории заболевания, оценка сопутствующих факторов, приём антикоагулянтов, наличие системных заболеваний;
- передняя и задняя риноскопия - для первичной оценки локализации источника кровотечения;
- эндоскопическое обследование полости носа и придаточных пазух - использовалось для точной локализации кровотока и оценки состояния слизистой оболочки;
- лабораторные исследования - общий анализ крови; коагулограмма (определение времени свертывания крови, уровня тромбоцитов); биохимические показатели (функции печени, почек).
- инструментальные методы - компьютерная томография (КТ) для оценки состояния околоносовых пазух и исключения новообразований; МРТ - для выявления сосудистых аномалий и скрытых опухолей; ангиография - в случаях, когда стандартные методы не позволяли точно локализовать источник кровотечения.

Для достижения временного или окончательного гемостаза были использованы местные гемостатические мероприятия - тампонада носа, применение коагуляции сосудов. Кроме того, проводилось медикаментозное лечение - назначение гемостатических препаратов, препаратов для коррекции артериального давления, витамина К при нарушениях свертываемости.

Инвазивные методы включили в себя эндоваскулярную эмболизацию сосудов у трех пациентов с рецидивирующими кровотечениями и неэффективностью консервативного лечения. Хирургическое вмешательство - удаление новообразований и полипов были выполнены 4 пациентам.

Результаты исследования. У 70% пациентов удалось установить причину носовых кровотечений с помощью комбинированных методов диагностики (эндоскопия, КТ, МРТ). У 20% пациентов были выявлены сосудистые аномалии, которые не были обнаружены при обычных осмотрах, но подтвердились ангиографией. У 10% пациентов были обнаружены доброкачественные новообразования, такие как полипы и ангиофибромы. Тактика лечения: в 65% случаев кровотечения удалось остановить с помощью местных методов, включая переднюю и заднюю тампонаду и коагуляцию сосудов. 3% пациентам выполнена эндоваскулярная эмболизация сосудов, что дало стабильные результаты без рецидивов в течение 6 месяцев наблюдения. У 10% пациентов потребовалось хирургическое вмешательство для удаления новообразований.

В группе пациентов, получивших только стандартную терапию (тампонада, коагуляция), рецидивы кровотечений наблюдались в 30% случаев в течение первых 3 месяцев. В группе пациентов, которым была проведена эндоваскулярная эмболизация, частота рецидивов составила лишь 5%, что свидетельствует о высокой эффективности данного метода в случаях сосудистых аномалий. В случае хирургического лечения опухолей и полипов рецидивы отсутствовали, однако у 2 пациентов наблюдались незначительные осложнения в виде послеоперационного отека.

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод о том, что РНК неясной этиологии требуют всестороннего обследования с использованием эндоскопических и инструментальных методов, таких как КТ, МРТ и ангиография, для точной локализации источника кровотечения и выявления скрытых причин. Эндоваскулярная эмболизация сосудов показала высокую эффективность в лечении РНК, особенно при наличии сосудистых аномалий, и может быть рекомендована в качестве основного метода при неэффективности консервативной терапии. Хирургическое вмешательство оправдано при наличии новообразований и доброкачественных опухолей, и приводит к долгосрочной ремиссии. Для снижения частоты рецидивов необходимо разработать стандартизированные протоколы диагностики и лечения пациентов с РНК в условиях многопрофильных медицинских центров.

Ашуралиев Н.К., Достиев У.А., Муллоев И.Дж.
ХИМЕРИЗМ ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ: ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПРОГНОЗА
ТРАНСПЛАНТАТА И СТРАТЕГИИ ИММУНОСУПРЕССИИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н. Исмоилова С.С.

Цель исследования. Определить влияние химеризма на прогноз трансплантата и возможности снижения иммуносупрессии после родственной трансплантации печени.

Материал и методы. Проведен анализ 100 пациентов, перенесших РТП, с оценкой уровня химеризма методом ПЦР и проточной цитометрии. Исследованы иммунологические маркеры (Т-регуляторные клетки, IL-10, IFN-γ, TNF-α) и клинические показатели функции трансплантата. Оценена частота отторжения, инфекционных осложнений и потребность в иммуносупрессии.

Результаты исследования. Выявлена положительная корреляция между уровнем химеризма и снижением потребности в иммуносупрессии.

- Высокий уровень IL-10 ($23,4 \pm 5,1$ пг/мл) и Т-регуляторных клеток ($5,1 \pm 1,2\%$) ассоциировался с устойчивым химеризмом и низким риском отторжения.
- У пациентов с уровнем химеризма $> 5\%$ частота эпизодов острого отторжения составила 6,7%, тогда как у пациентов с химеризмом $< 1\%$ – 22,1% ($p < 0.01$).

Выводы. Выраженный химеризм после родственной трансплантации печени является благоприятным прогностическим фактором, позволяющим снизить дозы иммуносупрессивных препаратов и минимизировать риск иммунных осложнений. Определение уровня химеризма в динамике может стать важным инструментом персонализированного ведения пациентов после РТП.

Ашуралиев Н.К., Достиев У.А., Муллоев И.Дж.

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ХИМЕРИЗМА ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ: ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н. Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Выявить ключевые иммунологические механизмы формирования химеризма после родственной трансплантации печени и определить его клиническое значение для прогнозирования долгосрочной стабильности трансплантата.

Материал и методы. Исследование включает анализ 120 пациентов после РТП с применением молекулярно-генетических и иммунологических методов оценки химеризма (ПЦР-анализ донорской ДНК, проточная цитометрия, секвенирование). Изучены ключевые цитокиновые профили (IL-10, TGF- β , IFN- γ , TNF- α), популяционный состав Т-клеток (T-reg/CD4+/CD8+) и динамика экспрессии иммунных маркеров. Проведен анализ клинических исходов, включая частоту отторжения, инфекционные осложнения и стабильность трансплантата в течение 5 лет наблюдения.

Результаты исследования. Длительная персистенция донорских клеток (> 6 мес.) наблюдалась у 64% пациентов и коррелировала с низким уровнем отторжения.

- Высокая экспрессия IL-10 и TGF- β у пациентов с устойчивым химеризмом указывала на формирование периферической толерантности.
- Пациенты с уровнем химеризма $> 5\%$ на 1-й год после трансплантации демонстрировали снижение потребности в иммуносупрессии на 30% без увеличения риска отторжения.
- В группе пациентов с исчезновением химеризма чаще регистрировались эпизоды хронического отторжения и необходимость усиленной иммуносупрессивной терапии.

Выводы. Химеризм после родственной трансплантации печени является динамическим процессом, отражающим иммунологическое взаимодействие донора и реципиента. Его поддержание коррелирует с формированием толерантности и снижением риска отторжения, что открывает перспективы для адаптивных стратегий иммуносупрессии. Будущие исследования должны быть направлены на изучение методов искусственной индукции химеризма и его влияния на долгосрочные исходы трансплантации.

Ашуров Б.С., Саидов К.Ч., Разоков Ф.Ф.

ТАЪСИРИ БЕМОРИИ ФИШОРБАЛАНДИИ ШАРАЁНӢ БА РАВИШИ ҲОМИЛАДОРӢ

Кафедраи анатомии нормалии МДТ “ДДТХ”. Тоҷикистон
Кафедраи акушерӣ ва гинекологии МДТ “ДДТХ”. Тоҷикистон
Роҳбари илмӣ- Шокирӣ У.Ғ.

Мақсади таҳқиқот. Муайян кардани таъсири бемории фишорбаландӣ ба равиши ҳомиладорӣ, усулҳои муолиҷаи ҳомиладорон бо бемории фишорбаландии шараёнӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таърихи таваллуд ва ҳисоботи омории таваллудхонаи шаҳрии № 1, мушоҳидаи ҳомиладорони таваллудхонаи Маҷмаи тандурустии “Истиклол”. Аз 1000 таваллудкунандаи муассисаҳои номбурда 256 нафар пеш аз ҳомиладорӣ бемории фишорбаландии шараёнӣ доштанд. 120 нафар ҳомиладор бо сабаби фишорбаландӣ дар шӯъбаҳои патологияи ҳомиладорӣ дар муассисаҳои таваллудхонаи шаҳрии рақами 1 ва маҷмаи тандурустии “Истиклол” бистарӣ буданд.

Натиҷаи таҳқиқот. Аз 120 нафар занони ҳомиладоре, ки бемории фишорбаландии шарёнӣ доштанд пеш аз таваллуд дар беморхона бистарӣ табobati зидди фишорбаландӣ гирифтанд, танҳо 12 нафар пеш аз муҳлат таваллуд карданд ва дар 15 нафар бактериурии беаломатӣ ба қайд гирифта шудааст. Дар 1 нафар зан аз ҳисоби хатари фишорбаландӣ ҷарроҳии буриши қайсарӣ гузаронида шуд. 136 нафар ҳомиладорон бо сабабҳои гуногун дар беморхона пеш аз таваллуд табобат нагирифтаанд. Аз 33 нафарашон хунравӣ дар вақти таваллуд ва 20 нафари онҳо қудакони норасид тавлид карданд. 25 нафар занҳое, ки дар вақти ҳомиладорӣ гирифтӣ фишорбаландии шарёнӣ доштанд ва табobati пешакӣ нагирифта буданд, дар давраи пас аз таваллуд бо ҳолати вазнин дар тавлидхонаҳо бистарӣ гаштанд.

Хулоса. Фишорбаландии шарёнӣ ба равиши ҳомиладорӣ таъсири зиёди манфӣ дошта, сабаби оризаҳои таваллуд мегардад, махсусан дар ҳомиладороне, ки табobati заруриро дар давраи ҳомиладорӣ нагирифтаанд. Барои пешгирии чунин ҳолатҳо бояд ҳамаи ҳомиладороне, ки пеш аз ҳомиладорӣ гирифтӣ фишорбаландии шарёнӣ мебошанд, зери назорат гирифта шуда, табobati антигипертензивӣ аз руи стандарти миллии валодат бо иллатҳои гипертензионӣ гузаронида шаванд. Ҳангоми баландшавии фишори хун, дар шӯъбаи аворизи ҳомиладорӣ барои табобат бистарӣ карда шаванд.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Кафедра хирургических болезней №1 им. академика Курбонова К. М. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».
Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Назаров Ш.К.

Цель исследования. Оптимизация тактики лечения инфицированного панкреонекроза для улучшения как краткосрочных, так и отдалённых результатов.

Материал и методы. В период с 2018 по 2024 года в хирургическое отделение ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе, являющихся клинической базой кафедры хирургических болезней №1 им. академика Курбонова К. М. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» прошли лечение 37 пациентов с инфицированным панкреонекрозом, среди которых было 20 мужчин и 17 женщин. Средний возраст составил 46 ± 3 года. Оценка тяжести состояния проводилась по шкалам Ranson и APACHE II. Для диагностики и динамического наблюдения использовались УЗИ, КТ и, в отдельных случаях, ЯМРТ, что позволяло контролировать степень некроза поджелудочной железы и состояние окружающих тканей.

Результаты исследования. Все пациенты поступали в тяжёлом состоянии (9 баллов и выше по APACHE II). Инфицированный характер некротических очагов подтверждался микробиологическими исследованиями. Наличие инфекции являлось абсолютным показанием к хирургическому вмешательству, при этом предпочтение отдавалось малоинвазивным методам, организованным в рамках этапной хирургической тактики — от менее травматичных процедур к более радикальным при недостаточной эффективности предыдущих этапов. 1). Пункции и дренирование инфицированных жидкостных скоплений (≤ 50 мл) выполнялись у 7 пациентов. 2). Мини-доступное вскрытие абсцессов под контролем УЗИ проведено у 15 пациентов. 3). Видеолaparоскопическая санация и дренирование гнойников при перитоните выполнены у 6 пациентов. 4). Видеолумбоскопические вмешательства при забрюшинных флегмонах — у 5 пациентов. 5). «Полуоткрытый» метод применён у 3 пациентов, «открытый» с программируемыми санациями — в одном случае. Число повторных вмешательств варьировало от 2 до 5, чаще всего выполнялось редренирование гнойных полостей. В трёх случаях потребовалась лапаротомия для полноценной санации, но только при стабильном состоянии пациента. Среди осложнений зафиксировано перфоративное повреждение желудка при дренировании салниковой сумки (устранено немедленной лапаротомией) и два аррозивных кровотечения: одно остановлено эндоваскулярной эмболизацией желудочно-двенадцатиперстной артерии, другое (из селезёночной артерии) привело к летальному исходу. Общая летальность составила 29,7% (11 пациентов), основной причиной смерти была полиорганная недостаточность.

Выводы. Этапная хирургическая тактика с максимальным использованием малоинвазивных технологий позволяет улучшить исходы лечения инфицированного панкреонекроза, снизить частоту осложнений и уменьшить летальность среди пациентов.

Аюбов Д.К., Холиқов А.У.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Кафедра хирургических болезней №1 имени академика Курбонова К. М.,

ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Назаров Ш.К.

Цель исследования. Проанализировать течение заболевания и определить хирургическую тактику в зависимости от степени тяжести пациентов с деструктивными формами острого панкреатита.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 92 пациентов с различными формами панкреонекроза, поступивших в хирургические отделения ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе — клинической базы кафедры хирургических болезней №1 им. академика Курбонова К. М. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» в период с 2010 по 2024 год. При госпитализации проводился стандартный комплекс диагностических мероприятий, включающий УЗИ и СКТ органов брюшной полости. При наличии признаков панкреонекроза выполнялась лечебно-диагностическая лапароскопия. Диагноз устанавливался на основании значительного повышения активности индикаторных ферментов в крови, а также характерных лапароскопических признаков. При подозрении на гнойное поражение парапанкреатической и забрюшинной клетчатки проводились «открытые» и «полуоткрытые» хирургические вмешательства.

Результаты исследования. Стерильный панкреонекроз выявлен у 59 (64%) пациентов, инфицированный — у 33 (36%). «Открытые» дренирующие операции выполнены 44 пациентам (из них у 10 предварительно проведена диагностическая лапароскопия), «полуоткрытые» — у 12 пациентов, «закрытые» — у 11. Консервативное лечение проводилось у 25 пациентов с различной степенью эффективности. Летальность составила 13 случаев (12%), из которых 10 были связаны с панкреатогенным шоком, а 3 — с массивным аррозивным кровотечением.

Выводы. Хирургическая тактика при деструктивных формах панкреатита должна основываться на дифференцированном подходе к выбору транскутанных и традиционных дренирующих вмешательств. Выбор метода лечения определяется патоморфологической картиной заболевания, степенью тяжести состояния пациента и эффективностью комплексной интенсивной консервативной терапии, что в совокупности определяет успех лечения.

Аюбов Дж.К., Валиев Б.К.

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Кафедра хирургических болезней №1 имени академика Курбонова К.М.

ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Назаров Ш.К.

Цель исследования. Определение оптимальных показаний для применения миниинвазивных и классических открытых операций при лечении гнойных осложнений панкреонекроза.

Материал и методы. Анализ проведен среди пациентов хирургических отделений ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе, который является клинической базой кафедры хирургических болезней №1 им. академика Курбонова К.М. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». В исследование включены 164 пациента с тяжелым острым панкреатитом, проходившие лечение с 2010 по 2023 год. Из них у 73 (44,5%) были диагностированы гнойные осложнения, что составило 20,8% от всех случаев тяжелого острого панкреатита. Инфицированный неотграниченный ретроперитонеонекроз (забрюшинная флегмона) был у 58 пациентов, что составило 35,4% ко всем больным ОП, 16,5% к больным тяжелым ОП и 79,5% к больным с гнойными осложнениями ОП. Инфицированный отграниченный ретроперитонеонекроз (абсцесс, или ранняя инфицированная псевдокиста) был у 33 больных, что составило 20,1% ко всем больным ОП, 9,4% к больным тяжелым ОП и 45,2% к больным с гнойными осложнениями ОП. Общая летальность при гнойных осложнениях составила 30,8%.

Результаты исследования. При забрюшинной флегмоне 20 пациентов изначально лечились миниинвазивным дренированием, однако в каждом случае потребовался переход к традиционному хирургическому вмешательству. Летальность в этой группе составила 60%. Хирургические операции по вскрытию, санации и дренированию проводились у 58 пациентов, в общей сложности выполнено 108 вмешательств (от 1 до 5 операций на одного больного). Доступ осуществлялся через люмботомию или ограниченную лапаротомию в области очага деструкции. Широкие срединные и поперечные разрезы не дали преимуществ (летальность в этой группе достигла 80% при общем уровне 40%). Закрытое дренирование (с зашиванием раны и аспирационно-промывной терапией) применено у 26 пациентов. У 7 больных с завершённой секвестрацией процесс удалось купировать, тогда как у 19 с незавершённой секвестрацией — только у одного (5,3%). «Открытое» дренирование** (с поэтапными некрсеквестрэктомиями) использовано у 54 пациентов, при этом удалось купировать инфекцию в 64,6% случаев. Отграниченный инфицированный ретроперитонеонекроз выявлен у 33 больных, среди которых диагностировано 48 абсцессов и 14 инфицированных псевдокист (от 1 до 5 на пациента). Чрескожные дренирующие вмешательства проведены у 13 пациентов (по 15 абсцессам и 5 псевдокистам). В 65% случаев лечение было успешным, а в 35% требовалось хирургическое вмешательство, особенно при сочетании абсцессов с флегмоной или наличии крупных секвестров. Хирургическое вскрытие гнойных очагов проведено у 20 пациентов. Основные показания включали: неэффективность чрескожного дренирования, сочетание абсцессов с забрюшинной флегмоной, наличие множественных крупных секвестров или сложной формы отрогов. Гнойный процесс удалось купировать в 79% случаев. Среди 12 пациентов, у которых были только абсцессы и псевдокисты, смертельных исходов не зафиксировано.

Выводы. При неотграниченном инфицированном панкреонекрозе наибольшую эффективность показал «открытый» метод дренирования с поэтапными санациями, который позволил купировать инфекцию в 64,6% случаев. При отграниченном инфицированном панкреонекрозе предпочтительным методом лечения является чрескожное дренирование, особенно при отсутствии крупных секвестров и сопутствующей флегмоны.

Бабаева Т.С., Алиева Н.А., Махмадкулова М.Х.

ПРИЧИНЫ ПОЗДНЕГО ОБРАЩЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ К ОФТАЛЬМОЛОГУ

Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - старший преподаватель Каримов М.Б.

Целью исследования является анализ причин позднего обращения пациентов с диабетической ретинопатией к офтальмологу.

Материал и методы. Для анализа причин позднего обращения пациентов с диабетической ретинопатией был проведён опрос 86 пациентов, прошедших обследование и находящихся под наблюдением на кафедре офтальмологии Государственного образовательного учреждения «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» с января по декабрь 2024 года. Из общего числа обследованных 47 (54,6%) составляют женщины, а 39 (45,4%) - мужчины. Средний возраст респондентов составил 48,3 года. Каждому пациенту было проведено комплексное офтальмологическое обследование, включающее следующие методы: визометрия (оценка остроты зрения), биомикроскопия переднего отрезка глаза, фотографирование глазного дна, оптическая когерентная томография (ОКТ) сетчатки и диска зрительного нерва, тонометрия (измерение внутриглазного давления). Кроме того, для анализа причин позднего обращения был разработан специальный опросник, который включал вопросы о демографических характеристиках пациентов, их материальном положении и, главное, о причинах позднего визита к офтальмологу.

Результаты исследования. Результаты анкетирования показали, что основные причины позднего обращения пациентов с диабетической ретинопатией к офтальмологу можно разделить на несколько ключевых факторов: отсутствие информации - многие пациенты не осведомлены о важности регулярных осмотров глаз у специалистов, что приводит к задержке в диагностике заболевания; сосредоточенность на лечении диабета - большинство пациентов сосредотачиваются на контроле уровня сахара в крови, оставляя профилактику осложнений, таких как диабетическая ретинопатия, без должного внимания; отсутствие жалоб - в ряде случаев снижение зрения развивается посте-

пенно и становится заметным только на поздних стадиях, когда лечение уже менее эффективно; нехватка специалистов - в некоторых регионах существует ограниченный доступ к квалифицированным офтальмологам и современным методам диагностики, что ограничивает возможности раннего выявления и своевременного лечения. Позднее обращение к офтальмологу и задержка в диагностике диабетической ретинопатии имеют серьёзные последствия, как для пациента, так и для системы здравоохранения в целом: прогрессирование заболевания - длительное отсутствие лечения может привести к развитию пролиферативной диабетической ретинопатии и макулопатии, что потребует более сложных и дорогостоящих методов лечения, таких как лазерокоагуляция, инъекции анти-VEGF препаратов или дорогостоящее хирургическое вмешательство; увеличение риска инвалидности - на более поздних стадиях заболевания, значительное снижение зрения может привести к инвалидности, что оказывает сильное влияние на качество жизни пациентов; нагрузка на систему здравоохранения - позднее выявление требует применения дорогостоящих методов лечения, что увеличивает нагрузку на систему здравоохранения, требуя дополнительных ресурсов для лечения осложнений.

Выводы. Позднее обращение пациентов с диабетом к офтальмологу является важной проблемой, которая существенно затрудняет раннюю диагностику и лечение диабетической ретинопатии. Проблема позднего выявления требует комплексного подхода, включающего информирование населения, регулярный скрининг, а также доступность современных методов диагностики и лечения. Таким образом, скоординированные действия всех участников медицинского процесса помогут значительно улучшить своевременность диагностики и качество лечения диабетической ретинопатии, что в свою очередь позволит снизить заболеваемость и инвалидизацию среди пациентов с сахарным диабетом.

Бабаева Т.С., Рахимова Н.Т., Неккадамова Н.И.

ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ

Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»,

Научный руководитель - заведующий кафедрой к.м.н., доцент Махмадзода Ш.К.

Цель исследования. Оценка роли первичного звена здравоохранения в диагностике диабетической ретинопатии на ранних стадиях.

Материал и методы. В рамках исследования проведено анкетирование 86 пациентов с установленным диагнозом ДР, обратившихся за медицинской помощью и находящихся под наблюдением на кафедре офтальмологии Государственного образовательного учреждения «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». В выборку вошли 47 (54,6%) женщин и 39 (45,4%) мужчин, средний возраст обследуемых составил 48,3 года. Всем пациентам проведено комплексное офтальмологическое обследование, включающее: визометрию (оценку остроты зрения), биомикроскопию переднего отрезка глаза, фотографирование глазного дна, оптическую когерентную томографию (ОКТ) сетчатки и диска зрительного нерва, тонометрию, анкетирование пациентов с целью выявления первичных медицинских специалистов, к которым они обращались при появлении симптомов.

Результаты исследования. Анализ данных анкетирования показал, что большинство пациентов (38 человек, 44,2%) изначально обращались за медицинской помощью к семейному врачу с жалобами на снижение зрения, затуманивание, появление "летающих мушек" перед глазами, а также на системные симптомы, такие как жажда и повышенная утомляемость. Ещё 29 пациентов (33,7%) проконсультировались с терапевтом, тогда как только 19 человек (22,1%) сразу обратились непосредственно к офтальмологу.

Результаты проведенного исследования подтверждают ключевую роль первичного звена здравоохранения в раннем выявлении сахарного диабета и его осложнений, включая диабетическую ретинопатию. Установлено, что большинство пациентов с ДР первоначально обращались с неспецифическими жалобами к семейным врачам и терапевтам, что подчёркивает их ведущую роль в ранней диагностике заболевания.

Выявленный факт позднего направления пациентов к офтальмологу указывает на необходимость усиления скрининга диабетической ретинопатии среди групп риска на уровне первичной медицинской помощи. Оптимизация взаимодействия между семейными врачами, терапевтами и профильными специалистами, такими как офтальмологи и эндокринологи, может способствовать более своевременному выявлению и эффективному контролю диабета, что, в свою очередь, позволит снизить риск развития тяжёлых офтальмологических осложнений.

Выводы. Дополнительные меры, такие как внедрение программ скрининга ДР в практику первичного звена здравоохранения, повышение осведомлённости врачей общей практики о ранних признаках диабетических осложнений, а также использование современных диагностических методов (например, автоматизированной ретинальной скрининговой фотокамеры), могут значительно повысить эффективность выявления и лечения данного заболевания.

Балымбетова Л.С., Оралбай Г.Т., Камелова Г.Н.

ОТОТОКСИЧНОСТЬ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИММУННОЙ И ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ

Кафедра оториноларингологии, офтальмологии «Западно-Казахстанского медицинского университета имени Марата Оспанова». Казахстан.

Научные руководители - к.м.н., асс.профессора Изтлеуов Е.М., д.м.н., профессор Исмагулова Э.К.

Цель исследования. Оценить ототоксическое воздействие иммунной и таргетной терапии у онкологических пациентов, определить частоту и степень нарушений слуховой функции.

Материалы и методы исследования. Исследование представляет собой проспективное когортное

исследование, проведённое в консультативно-диагностическом и химиотерапевтическом отделении Медицинского центра имени Марата Оспанова в городе Актобе в период с сентября 2024 года по февраль 2025 года. В исследование были включены 90 онкологических пациентов в возрасте от 18 до 75 лет, получающих иммунную и таргетную терапии. Среди участников 50 (56%) мужчин и 40 (44%) женщин. Критериями включения в исследование являлось наличие подтверждённого онкологического заболевания и назначение иммунной или таргетной терапии. Критерии исключения включали ранее выявленную тугоухость и наличие сопутствующих заболеваний, влияющих на слуховую функцию. Для оценки ототоксического воздействия терапии проводилось комплексное обследование слуховой функции с использованием следующих методов: эндоскопия ЛОР-органов, аккуметрия, камертональные исследования, тональная аудиометрия и вестибулярный паспорт. Статистический анализ данных проводился с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistics 26.0 (Armonk, New York: IBM Corp.). Описательные характеристики выборки анализировались с применением методов дескриптивной статистики. Категориальные переменные представлены в виде абсолютных (n), долевых и процентных (%) значений.

Результаты исследования. Снижение слуха было выявлено у 30 (33,3%) из 90 пациентов. В группе комбинированной химиотерапии (n = 62) ухудшение слуха наблюдалось у 26 (41,9%) пациентов, из которых у 15 (57,6%) диагностирована II степень тугоухости, у 9 (34,6%) - III степень, а у 2 (7,6%) отмечена глухота. Среди пациентов, получавших таргетную химиотерапию (n = 19), снижение слуха зафиксировано у 3 (15,7%) человек, включая 2 (66,6%) случая II степени и 1 (33,3%) случай III степени тугоухости. В группе иммунотерапии (n = 9) ухудшение слуха II степени выявлено у 1 пациента (11,1%).

Выводы. Наибольшая частота нарушений слуха наблюдалась при комбинированной химиотерапии, тогда как таргетная и иммунная терапия вызывали менее выраженные изменения. Однако даже при этих методах лечения отмечались случаи ухудшения слуха, что указывает на необходимость дальнейшего изучения их потенциальных ототоксических эффектов. В связи с этим важно внедрение регулярного мониторинга слуховой функции у пациентов, получающих противоопухолевую терапию, а также разработка стратегий снижения риска развития ототоксичности.

Баротова С.Х., Солиев О.Ф., Файзиев З.Ш..

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВНУТРИ-ВЕННОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ (ВЛОК)

Кафедра хирургических болезней №2 имени академика Н.У.Усманова

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии».

Научный руководитель – к.м.н. Усманов Д.Н.

Цель исследования. Одной из распространённых хирургических патологий брюшной полости является панкреатит. Из общего количества заболеваний пищеварительной системы доля хронического панкреатита составляет от 5,1 до 9%, а в общей структуре заболеваемости органов брюшной полости – от 0,2 до 0,6% (Лопаткина Т.И., 2004; Ивашкин В.Т., 2006; Маев И.В., 2009; Ginsberg G.G., 2006). В последние годы количество этих пациентов удвоилось. Предлагались различные методики лечения, в том числе и комбинация этих методик. Появился ряд научных работ, связанных с использованием низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) в комплексном лечении панкреатита. Целью нашего исследования - эффективность применения НИЛИ в сочетании с консервативной терапией при лечении хронического панкреатита в стадии обострения.

Материал и методы. Представлены наблюдения результатов лечения 106 пациентов, обратившихся за помощью в Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. Женщины составляли 69,8% (74 пациентки), мужчины - 30,2% (32 пациента) Средний возраст пациентов составил 45,3±2 года. Из общего количества пациентов с хроническим панкреатитом в стадии обострения имели место 62 случая холангиогенного генеза, 35 случаев при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, 7 случаев алкогольного генеза, 2 случая посттравматического генеза. Первая группа состояла из 58 (54,7%) пациентов. Они получали консервативную терапию – антибиотики, спазмолитики, нестероидные противовоспалительные препараты, антисекреторные и инсулиновые препараты, панкреатические ферменты, инфузии коллоидных и кристаллоидных препаратов, симптоматическую терапию. Назначалась строгая диета. Вторая группа включала 48 пациентов (45,3%). Помимо консервативной терапии, проводимой аналогично первой группе пациентов, им назначали внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК). Лазерная терапия НИЛИ проводится контактно в двух-трёх крупных венах аппаратом «Матрикс-ВЛОК» (Россия), с длиной волны 0,63 мкм, выходной мощностью излучения на конце световода – 1,5-2,0 мВт, продолжительностью 20 минут. Помимо этого, перкутанно облучалась головка поджелудочной железы и, поскольку обострение хронического панкреатита часто сочетается с патологиями соседних органов, облучались печень, желчный пузырь и протоки, желудок с луковицей 12-перстной кишки. Использовался НИЛИ аппарата «Мустанг-2000» (Россия) с длиной волны 0,89 мкм, мощностью от 70 до 100 мВт, частотой излучения импульсов 150 Гц – 500 Гц, продолжительностью 20 минут. Курс лазеротерапии состоял из 10-12 сеансов, ежедневно.

Результаты исследования. У пациентов первой группы боли исчезли через 15-17 суток, у пациентов из второй группы через 8-10 суток. У пациентов первой группы диспептический синдром исчезал через 17-19 суток, у пациентов второй группы через 9-11 суток. Лабораторные анализы стабилизировались в первой группе на 7-9 сутки, во второй на 13-15 сутки. У пациентов первой группы осложнения (в виде пищеводного кровотечения, сахарного диабета) наблюдались у 6 пациентов, у пациентов из второй группы у 2 пациентов. Сроки госпитализации сократились с 5-7 суток в первой группе до 3-4 суток во второй группе.

Выводы. ВЛОК при лечении хронического панкреатита в стадии обострения способствует улучшению мик-

роциркуляции, метаболических и регенеративных процессов в поджелудочной железе, уменьшает болевой синдром, отек тканей и сокращает сроки лечения и реабилитации больных.

Баротова С.Х., Курбонов К.Б., Шеров Ш.Х.

ДРЕНИРОВАНИЕ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ОБСТРУКЦИИ МОЧЕТОЧНИКА У БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ

ГУ «Научно-клинический центр урологии». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н. Ибодов Н.С.

Цель исследования. Изучить эффективность различных методов дренирования верхних мочевыводящих путей при обструкции мочеточника у больных с опухолями шейки матки. Оценить клинические исходы после применения ретроградного стентирования и чрескожной нефростомии. Определить оптимальный метод дренирования для улучшения функции почек и повышения качества жизни пациенток.

Материал и методы. Период проведения с 2020 по 2024 год в исследование включены 68 пациенток с диагнозом опухоль шейки матки и подтвержденной обструкцией мочеточника. Диагностические методы: УЗИ органов мочевыводящей системы, компьютерная томография (КТ), анализ уровня креатинина и мочевины в крови. Методы дренирования:

1. Ретроградное стентирование мочеточников — у 41 пациенток.
2. Чрескожная пункционная нефростомия — у 27 пациенток.

когда ретроградное стентирование было невозможно.

Критерии оценки эффективности: Восстановление оттока мочи. Снижение уровня креатинина. Уменьшение гидронефроза по данным УЗИ. Частота развития осложнений. Оценка качества жизни пациентов

Результаты исследования. Восстановление оттока мочи: успешно достигнуто у 27-больных 100% пациентов после стентирования и у 40-больных 99,2% после нефростомии.

Снижение уровня креатинина: через 7 дней после процедуры

Осложнения: В группе стентирования зарегистрированы 10 случаев смещения стента из них 6 случаев инфицирования.

В группе нефростомии отмечены 1-случаев непроходимости нефростомной трубки.

Качество жизни пациентов после стентирования отмечается более высокий уровень комфорта по сравнению с пациентами, перенесшими нефростомию.

Выводы. Обе методики дренирования (ретроградное стентирование и чрескожная нефростомия) являются эффективными способами устранения обструкции мочеточников у больных с опухолями шейки матки. Ретроградное стентирование предпочтительно на ранних стадиях обструкции, при доступности мочеточника и отсутствии выраженного опухолевого сдавления. Нефростомия показана при невозможности проведения стентирования, тяжелых анатомических изменениях и экстренных ситуациях. Своевременное дренирование способствует улучшению функции почек, снижает риск развития осложнений и повышает качество жизни пациенток. Рекомендуется индивидуальный подход при выборе метода дренирования, учитывая клиническое состояние пациентки и анатомические особенности.

Баротова С.Х., Зугуров А.Х., Бокиев Ф.Б.

ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Кафедра хирургических болезней №2 имени академика Усманова Н.У. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Таджикистан.

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии».

Научный руководитель – к.м.н. Усманов Д.Н.

Цель исследования. Желчнокаменная болезнь является одним из самых распространенных хирургических заболеваний органов брюшной полости и выявляются у 10-13,4% взрослого населения (Бокиев Ф.Б., Рашидов Ф.Ш. Рахмонов Д.А., Амонов Ш.Ш. 2020). С каждым годом количество таких пациентов увеличивается. Увеличивается и количество послеоперационных осложнений. В современной клинической практике эндоскопическим методом выполняют до 70-80% холецистэктомий (Мелконян Г.Г., Мумладзе Р.Б., Лебедев С.С., Баринев Ю.В. 2014). В этой связи увеличение количества осложнений, предположительно связано с применением высокочастотной электроэнергии. Предлагаемый альтернативный метод представляет собой применение низкоинтенсивного лазерного излучения – НИЛИ – при диссекции, коагуляции тканей, и обработки ложа желчного пузыря. Преимущество этого метода, описанного в литературе - минимальная травматизация тканей, вследствие бесконтактного воздействия на ложе желчного пузыря и менее глубокому проникновению в ткани; отсутствие эффекта «прилипания» инструмента к коагулируемой ткани, и как следствие снижение площади ожога; выраженный гемостатический и антибактериальный эффект.

Материал и методы. Были собраны результаты обследования и лечения 74 пациентов, перенесших оперативное лечение – удаление желчного пузыря лапароскопическим доступом. Возраст пациентов варьировал от 16 до 65 лет. Из них женщины составляли 71,6% (53 человека), мужчины – 28,4% (21 человек). По клиническим формам – острый катаральный холецистит зафиксирован в 16,2% случаев (12 пациентов), острый флегмонозный холецистит в 10,8% (8 пациентов), гангренозный холецистит в 1,4% случаев (1 пациент), хронический холецистит в 71,6% случаев (53 пациента).

Пациенты были разделены на две группы. В первую группу (контрольную) вошли 40 пациентов (54,1%), которым производилась лапароскопическая холецистэктомия с применением высокочастотной электроэнергии (электрокоагуляции). В послеоперационном периоде они получали консервативную терапию в соответствии с клиническими рекомендациями лечения основной и сопутствующих патологий.

Во вторую группу были включены 34 пациента (45,9%), которым при лапароскопической холецистэктомии, производилась лазерная диссекция, коагуляции тканей, и обработка желчного пузыря. Использовался Лазерный диодный аппарат ЛАХТА-МИЛОН для общей и эндоскопической хирургии с длиной волны 970 нм, мощностью излучения 20-30 Вт, в импульсном режиме. В послеоперационном периоде они получали консервативную терапию аналогичную пациентам в первой группе.

Результаты исследования. Сроки проведения операции сократились в среднем с $55,4 \pm 3,5$ мин. до $45,6 \pm 5,5$ мин. Количество интра- и послеоперационных осложнений (наличие перфорация желчного пузыря, кровотечение, скопление серозно-геморрагического или гнойного экссудата в брюшной полости) уменьшилось в 2,75 раза, с 11 до 4. Интенсивность болевого синдрома и температурной реакции были заметно менее выражены. Сроки госпитализации сократились в среднем с $4,2 \pm 0,3$ суток до $2,7 \pm 0,8$ суток.

Выводы. Воздействие НИЛИ при диссекции, коагуляции тканей, и обработки ложа желчного пузыря при проведении лапароскопической холецистэктомии позволяет уменьшить сроки операции и госпитализации, уменьшает количество интра- и послеоперационных осложнений и способствует скорейшей реабилитации больных.

Барфиев А.А., Мамаджонов И.А., Холов Д.Д.

ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА ФОНЕ ОЖОГОВ

Кафедра общей хирургии № 2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Зокиров Р.А.

Цель исследования. Изучить частоту, клинические особенности и факторы риска развития гнойно-септических осложнений у пациентов с сахарным диабетом на фоне ожогов, а также оценить эффективность современных методов лечения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 120 пациентов с ожогами II-III степени, из них 60 пациентов с сопутствующим сахарным диабетом (основная группа) и 60 пациентов без СД (контрольная группа). Оценивались:

- Площадь и глубина ожогов.
- Частота и характер гнойных осложнений (флегмоны, абсцессы, сепсис).
- Уровень глюкозы в крови, прокальцитонина, С-реактивного белка (CRP) и лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ).
- Длительность госпитализации и заживления ран.
- Эффективность антибактериальной терапии.

Результаты исследования. Частота гнойных осложнений в основной группе составила 75%, в контрольной группе – 35%. Наиболее частыми осложнениями у пациентов с СД были флегмоны (50%) и сепсис (30%), тогда как в контрольной группе преобладали поверхностные инфекции (25%). Средний уровень CRP в основной группе составил $20,3 \pm 5,1$ мг/л, что значительно выше, чем в контрольной группе ($9,7 \pm 2,8$ мг/л, $p < 0,001$). Уровень прокальцитонина у пациентов с сепсисом в основной группе достигал $4,1 \pm 1,2$ нг/мл, что коррелировало с тяжестью состояния. Средняя длительность госпитализации у больных с СД составила 35 ± 7 дней, что на 45% дольше, чем в контрольной группе (24 ± 5 дней). Применение комбинированной антибактериальной терапии (карбапенемы + линезолид) в сочетании с интенсивной инфузионной терапией и коррекцией уровня глюкозы позволило снизить летальность на 20%.

Выводы.

1. Сахарный диабет значительно увеличивает риск развития гнойно-септических осложнений у пациентов с ожогами.
2. Повышенные уровни CRP, прокальцитонина и ЛИИ являются важными маркерами для ранней диагностики инфекционных осложнений.
3. Для успешного лечения необходимо проводить комплексный подход, включающий контроль уровня глюкозы, своевременную диагностику инфекций, адекватную антибактериальную терапию и интенсивную инфузионную поддержку.
4. Разработка специализированных протоколов лечения для пациентов с СД и ожогами может способствовать снижению частоты осложнений и улучшению исходов лечения.

Бегмуродов Р.И.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Лаборатория стволовых клеток ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент Б.Д. Карим-заде

Цель исследования. Задача данного исследования заключалась в том, чтобы уменьшить вероятность возникновения длительно не заживающих послеоперационных ран у пациентов, страдающих сопутствующими заболеваниями в тяжелой форме.

Материал и методы. В 2024 году на кафедре общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино были прооперированы 35 пациентов. Все они были разделены на две группы: Семь пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей, которым была проведена комбинированная флебэктомия и двадцать восемь пациентов с хронической трещиной заднего прохода, которым иссекли трещину и ввели аутоплазму, насыщенную тромбоцитами. Среди участников исследования было 24 мужчин (68,5%) и 11 женщин (31,5%), средний возраст которых составлял 57 лет. У 30 (86%) пациентов были выявлены сопутствующие заболевания, такие как ожирение II-III степени и сахарный диабет (28,5%), ожирение II-III степени (43%) и атеросклероз магистральных сосудов (14,5%). Для лечения долго не заживающих ран применялся комплексный подход, включающий в себя: очищение раны растворами 3% перекиси водорода и повидона йодина. Обеспечение дренажа раны на протяжении 5-8 суток. Введение препаратов пентоксифиллин (трентал) и мельдоний (милдронат) внутривенно. Прием ацетилсалициловой кислоты (тромбоасс) внутрь. Дарсонвализация раны и окружающей ткани и введение аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами, в область раневой поверхности.

Результаты исследования. В среднем раны заживали от 9 до 19 суток после проведенного лечения. У 32 пациентов наблюдалось полное заживление ран первичным натяжением, у 3 - вторичным, при этом образовавшиеся рубцы были не толще 0,4 см. Все пациенты были выписаны из больницы через 12-15 дни после операции.

Выводы. Использование комплексного подхода, включающего в себя очищение раны антисептиками, улучшение кровообращения и микроциркуляции, применение антиоксидантов, физиотерапию и введение аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами, доказало свою эффективность и безопасность при лечении пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Беркинбай А.Б., Тапал Н.А., Мырзаш Д.Д.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНОЙ ХОЛЕЦИСТОСТОМИИ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

Факультет последипломого образования КазНМУ, НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», Казахстан.

Научный руководитель - к.м.н., ассоциированный профессор, декан факультета постдипломного образования КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, профессор кафедры хирургических болезней №1 Баймаханов А.Н.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность применения чрескожной холецистостомии в экстренной хирургии, а также определить показания и клинические особенности использования метода у пациентов с высоким операционным риском.

Материалы и методы исследования. Исследование основано на ретроспективном анализе n=34 случаев применения чрескожной холецистостомии у пациентов, находившихся на лечении в Городской больнице скорой неотложной помощи города Алматы. В исследование включены пациенты с различными экстренными хирургическими патологиями желчного пузыря и высоким операционным риском. Анализировали возраст пациентов, сопутствующую патологию, сроки проведения процедуры, динамику состояния, наличие и характер осложнений, а также продолжительность госпитализации и исходы лечения.

Результаты исследования. В группе из n=34 пациентов, которым была выполнена чрескожная холецистостомия, большинство составили женщины - n=22 пациента (64,7%), тогда как мужчин было n=12 (35,3%). Средний возраст пациентов составил $60,72 \pm 12,45$ лет. Минимальный возраст составил 36 лет, а максимальный - 87 лет. Пациенты были распределены по показаниям к проведению процедуры следующим образом: острый калькулёзный холецистит - n=17 (50,0%), холедохолитиаз - n=13 (38,23%), злокачественные новообразования - n=4 (11,76%). Из n=34 пациентов n=17 (50%) прошли чрескожную холецистостомию, и n=17 (50%) - чрескожную холангиостомию. В ходе наблюдения за пациентами было зафиксировано одно осложнение - дислокация дренажа (2,94%). Однако серьёзных осложнений, таких как кровотечение или летальные исходы, не наблюдалось. В целом, летальный исход отсутствовал, что подтверждает высокую безопасность этих вмешательств. Для оценки влияния сопутствующих заболеваний на исходы лечения пациентов, их распределение по количеству сопутствующих заболеваний следующее: 2 сопутствующих заболевания - n=1 пациент (2,94%), 3 - n=1 пациент (2,94%), 4 - n=3 пациента (8,82%), 5 - n=9 пациентов (23,53%), 6 - n=8 пациентов (23,53%), 7 - n=12 пациентов (35,29%). Из полученных данных наибольшее количество пациентов (35,29%) имели семь сопутствующих заболеваний. В группе из n=10 пациентов, у которых были диагностированы различные виды абсцессов, холангиогенные абсцессы печени выявлены у n=4 пациентов (40%), абсцессы сальниковой сумки - у n=2 пациентов (20%), подпеченочные абсцессы - у n=2 пациентов (20%), абсцесс левого поддиафрагмального пространства был выявлен у n=1 пациента (10%), и посттравматический абсцесс печени - у n=1 пациента (10%). Среднее количество койко-дней составило $4,1 \pm 1,17$ дня.

Выводы. Чрескожная холецистостомия и холангиостомия продемонстрировали хорошие результаты в лечении пациентов с острым калькулёзным холециститом, осложнённым тяжёлыми сопутствующими заболеваниями. Эти пациенты часто имеют высокий риск оперативных осложнений, что делает минимально инвазивные методы лечения предпочтительными. Несмотря на наличие тяжёлых заболеваний, большинство пациентов успешно перенесли процедуры без значительных осложнений. Частота осложнений была минимальной, и летальные исходы не были зафиксированы, что подтверждает высокую эффективность и безопасность данных вмешательств.

Бобоалиев А.М.¹, Хомидов З.З.², Саидзода Ш.С.².

ЭНДОГЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ СЕПСИСОМ

¹Кафедра анестезиологии и реаниматологии имени профессора Д.А. Ахмедова

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

²Отделение анестезиологии и реанимации ЦГБ г. Гиссара. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Рахимов Н.Г.

Цель исследования. Изучение уровня токсичности крови у больных с политравмой, осложнившейся сепсисом.

Материалы и методы. Нами была изучена токсичность крови по вено-артериальной разнице у 30 (1 группа сравнения) практически здоровых лиц и 50 (2 группа основная) пациентов с политравмой, осложнившейся сепсисом по показателям мочевины и креатинина крови, которые находились на стационарном лечении в отделении анестезиологии и реанимации ГУ НМЦ «Шифобахш» и ЦГБ г. Гиссара. Больные были разделены по подгруппам 2.1 (n=21) - со средней тяжестью, 2.2 (n=20) - с тяжёлой степенью и 2.3. подгруппы (n=9) - с крайней тяжёлой степенью общего состояния.

Результаты исследования. Анализ медиан вариационного ряда 1 группы по мочеvine и креатинину: притекающей к лёгким смешанная венозная кровь (СВК) составила Ме 5,0 ммоль/л и доверительный интервал 95% (3,0 - 8,0) и Ме 81,5 мкмоль/л и доверительный интервал 95% (44,1 - 110,2); соответственно в отекающей от лёгких артериальной крови Ме 4,6 ммоль/л и доверительный интервал 95% (3,1 - 6,2) и Ме 75,3 мкмоль/л и доверительный интервал 95% (71,4 - 79,1). Расчёт венозно-артериальной разницы в контрольной группе показал уменьшение концентрации по мочеvine на - 8,0% ($p_1 < 0,001$) и по креатинину на - 7,6% ($p_1 < 0,001$). Снижение уровня мочевины и креатинина в отекающей от лёгких артериальной крови указывает на участие лёгких в регуляции этого спектра веществ. Анализ медиан вариационного ряда 2.1 подгруппы по мочеvine и креатинину: притекающей к лёгким СВК составила Ме 11,3 ммоль/л и доверительный интервал 95% (9,05-13,30) и Ме 145,2 мкмоль/л и доверительный интервал 95% (115,2-171,1); соответственно в отекающей от лёгких артериальной крови Ме 9,5 ммоль/л и доверительный интервал 95% (7,8-11,5) и Ме 119,3 мкмоль/л и доверительный интервал 95% (95,4-141,9). Расчёт венозно-артериальной разницы в 1 группе показал уменьшение концентрации по мочеvine - на 15,9% ($p_1 < 0,001$) и по креатинину - на 17,8% ($p_1 < 0,001$). Анализ медиан вариационного ряда 2.2 подгруппы по мочеvine и креатинину: притекающей к лёгким СВК составила Ме 15,7 ммоль/л и доверительный интервал 95% (12,5-18,4) и Ме 235,3 мкмоль/л и доверительный интервал 95% (204,7-270,6); соответственно в отекающей от лёгких артериальной крови Ме 13,2 ммоль/л и доверительный интервал 95% (9,8-14,6) и Ме 227,2 мкмоль/л и доверительный интервал 95% (199,9-252,1). Расчёт венозно-артериальной разницы в 2.2. подгруппе показал уменьшение концентрации по мочеvine - на 15,9% ($p_1 < 0,001$) и по креатинину - на 3,4% ($p_1 < 0,001$). Анализ медиан вариационного ряда 2.3 подгруппы по мочеvine и креатинину: притекающей к лёгким СВК составила Ме 19,3 ммоль/л и доверительный интервал 95% (15,4-23,1) и Ме 365,4 мкмоль/л и доверительный интервал 95% (321,5-412,5); соответственно в отекающей от лёгких артериальной крови Ме 23,7 ммоль/л и доверительный интервал 95% (20,3-26,8) и Ме 418,1 мкмоль/л и доверительный интервал 95% (362,6-466,4). Расчёт венозно-артериальной разницы в 2.3. подгруппе показал, увеличение концентрации по мочеvine - на 22,8% ($p_1 < 0,001$) и по креатинину - на 14,4% ($p_1 < 0,001$). Выше приведённые данные указывают на повышение уровня эндогенной интоксикации от 2.1. подгруппы к 2.3. подгруппе.

Выводы. Наш анализ показал, что при политравме, осложнившейся сепсисом по мере тяжести состояния, уровень токсичности крови повышается, что связано со снижением детоксикационной функции лёгких на фоне основного заболевания. При политравме, осложнившейся сепсисом, необходима коррекция детоксикационной функции лёгких.

Бобоалиев А.М.¹, Курбонов Х.Х.², Азимов М.И.¹.

ПРОДЛЁННАЯ ПЕРИДУРАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИТЫМ ПЕРИТОНИТОМ

¹Кафедра анестезиологии и реаниматологии имени профессора Д.А. Ахмедова

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

²Отделение анестезиологии и реанимации ЦГБ г. Гиссара. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н. Эшов Д.Н.

Цель исследования. Изучить эффективность продлённой перидуральной анальгезии в послеоперационном периоде у детей.

Материалы и методы. В отделении анестезиологии и реанимации ЦГБ г. Гиссара за период 2012 по 2022 гг. оперативное вмешательство проведено у 62 детей с разлитым гнойным перитонитом. Больные были распределены по возрасту от 1 до 4 (1), от 4 до 8 (8), от 8 до 11 (37), от 11 до 15 (16).

Из 62 больных 42 проведена интраоперационная перидуральная анальгезия на фоне комбинированной анестезии и с продолжением в послеоперационном периоде. С целью послеоперационной анестезии применяли продлённую анальгезию с раствором Лидокаина 2% из расчёта 3 мг/кг массы тела. Тест дозу 2% раствора 1/5 части вводили до начала операционного вмешательства в перидуральное пространство. Остальным (20) больным произведена катетеризация перидурального пространства на уровне T₁₂ - L₁ по окончании операции.

В зависимости от вариантов послеоперационной анальгезии больные были распределены на 2 группы. В первой группе 42 (67,7%) больным послеоперационное обезболивание проводилось с продлённой перидуральной анальгезией с лидокаином + фентанилом. Во 2 группе 20 (32,3%) больным проводилось продлённая перидуральная анальгезия с лидокаином + фентанилом.

гезия раствором лидокаина. Продолжительность анальгезии составляла 3-4 суток. Объём проведённой инфузионной терапии и кровопотери во время оперативного вмешательства достоверно не отличался в обеих группах.

Результаты исследования. У 3 (4,8%) из 62 больных вовремя и после обезболивания отмечалось снижение артериального давления. В отделении интенсивной терапии больные получали комплексную инфузионную терапию с учётом имеющейся патологии и проводилась коррекция кислотно-основного состояния и электролитного баланса. Необходимо отметить, что в первой группе в перидуральное пространство вводился р-р лидокаина и фентанила, а во второй группе - только лидокаин.

В послеоперационном периоде больным 1-ой группы обезболивание проводилось двухкратно. Продолжительность анальгезии у больных первой группы связана с сочетанием лидокаина с фентанилом.

У больных 2-ой группы после определения всех параметров гемодинамики, анальгезия проводилась каждые 6 часов, что указывает на уменьшение продолжительности обезболивающего действия лидокаина по сравнению с 1 группой.

Продлённая перидуральная анальгезия у детей с оперативным вмешательством на брюшной полости способствовала разрешению рефлекторного вазоспазма, адекватной перистальтики кишечника, улучшению деятельности сердечнососудистой и дыхательной систем, адекватному диурезу в течение суток.

Выводы. Продлённая перидуральная анальгезия у детей с оперативным вмешательством на брюшной полости способствует разрешению рефлекторного вазоспазма, адекватной перистальтики кишечника, улучшению деятельности сердечнососудистой и дыхательной систем, адекватному диурезу в течение суток.

Продлённая анальгезия лидокаина с фентанилом обеспечивает более качественное обезболивание после травматических операций по сравнению с перидуральным введением только местных анестетиков и устраняет потребности в парентеральном введении наркотических анальгетиков.

Бобоев Х.М., Коситов Д.Д., Насридинов Х.Н.

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель - д.м.н., доцент кафедры Рахмонов Х.Дж.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения прогрессирующей гидроцефалии у детей грудного возраста путём использования малоинвазивной тактики хирургического лечения.

Материал и методы исследования. Были проанализированы результаты оперативного вмешательства у 16 детей грудного возраста, госпитализированных в период с 2022 по 2024 годы в отделение детской нейрохирургии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», являющейся клинической базой кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино в возрасте от 28 дней до 1 года, которым проведено ЭВЦС III. Послеоперационный период наблюдения составил от 3 месяцев до 1,5 года.

Результаты исследования. Использование в хирургическом лечении окклюзионной гидроцефалии у детей грудного возраста малоинвазивной техники ЭВЦС III позволило значительно уменьшить время оперативного вмешательства, послеоперационный период нахождения больного в стационаре. При этом, создавая искусственные пути вентрикулосубарахноидального ликворооттока, уменьшилось использование традиционных методов хирургического лечения как ЛШО и число осложнений, связанных с этой методикой. У всех больных 16 (100%) отмечались общемозговая симптоматика, гипертензионно-гидроцефальный синдром. Положительные результаты достигнуты у 12 (75%), у 1 (6,25%) больного отмечено осложнение в виде субдуральной гематомы малого объёма, которая самостоятельно рассосалась. У 1 (6,25%) больного стома не функционировала в период нахождения в стационаре, а в 2 (12,5%) случаях сформированное отверстие закрылось в первый месяц после операции вследствие обострения вентрикулита.

Выводы. Использование ЭВЦС III в хирургическом лечении окклюзионной гидроцефалии, является малоинвазивной техникой операции, что позволяет уменьшить время вмешательства, снизить травматичность и количество послеоперационных осложнений. Оно может рассматриваться как альтернатива традиционным шунтирующим операциям у детей с окклюзией ликворных путей.

Бобоев Х.М., Урунбоев А.Э.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЁННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА У НОВОРОЖДЁННЫХ И ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н. Рахмонов Ш. Дж.

Цель исследования. Улучшить результаты диагностики и хирургического лечения врождённого пилоростеноза (ВП).

Материалы и методы. Исследования проводились в клинике детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино; ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в отделении хирургии новорождённых и детей грудного возраста. Нами проанализировано 58 историй болезни новорождённых и детей грудного возраста, находившихся в данных отделениях за последние 2 года, среди них мальчиков - 50 (86,3%), девочек - 8 (13,7%).

Всем больным проведены клиничко-лабораторные методы, УЗИ и ФЭГДС. В последние годы нами широко применялось ультразвуковое исследование (УЗИ) желудка как современный и информативный метод. Оно позволяет видеть пилорическую оливу в продольных срезах, определить характер перистальтики желудка и наблюдать про-

движение желудочного содержимого через суженный пилорический канал. При гипертрофическом пилоростенозе натошак в желудке обнаруживается большое количество жидкого содержимого, перистальтика глубокая, «перетягивающая». Пилорический канал при прохождении перистальтической волны не раскрывается. Длина канала составляет в среднем 21 мм (от 18-25мм), наружный диаметр привратника 14 мм (от 11 до 16 мм). Циркулярная мышца представлена на продольном разрезе двумя параллельными гипоехогенными полосками, между которыми располагается эхогенная полоска слизистой оболочки. На поперечном срезе циркулярная мышца визуализируется в виде гипоехогенного кольца вокруг эхогенного кружка слизистой оболочки. Толщина мышцы составляет в среднем 5 мм (от 3-6 мм).

УЗИ как приоритетный метод почти полностью вытеснил рентгеноконтрастное исследование из плана обследования детей с подозрением на ВП. Эндоскопическое исследование (ФГЭДС), которое даёт представление о состоянии слизистой оболочки пищевода, желудка и пилорического канала, при котором у детей наряду с пилоростенозом обнаруживаются признаки рефлюкс-эзофагита.

Результаты исследование. При наличии тяжёлого соматоневрологического статуса и типичной клиники ВП диагноз установлен на основании анамнеза, жалоб, клиники, обзорной рентгенограммы, УЗИ, ФГЭДС. В проведении рентген контрастного исследования не было необходимости. На обзорном снимке в брюшной полости в вертикальном положении больного обнаружили большой газовый пузырь и уровень жидкости в растянутом желудке. В петлях кишечника газа мало или он отсутствует.

Классическая пилоромиотомия по Фреде-Ромштед проведена у 38 (65%) больных, а лапароскопическая пилоромиотомия по Фреде-Ромштед - у 20 (34%) больных. Всем больным, которых оперировали традиционным методом, послеоперационный период прошёл намного тяжелее, через сутки начали кормить, имелся длительный болевой синдром и наличествовал послеоперационный шрам.

У больных, которых прооперировали лапароскопическим способом по Фреде-Ромштеду, послеоперационный период прошёл намного легче, после 6-8 часов начали кормить, болевой синдром и послеоперационный шрам не отмечается.

Выводы. Методы ультразвуковой диагностики являются высокоинформативными и малоинвазивными для установления диагноза пилоростеноза. Лапароскопическая пилоромиотомия по Фреде-Ромштеду позволяет наиболее безопасно и с наименьшей травмой у детей значительно улучшить результаты лечения, сокращая сроки и снижая осложнения, имеется хороший косметический эффект, и этот вид оперативного метода должен стать альтернативным методом лечения больных с врождённым пилоростенозом.

Бобоев Х.Т., Мираков Б.Т.

ПЛАЗМОЛИФТИНГ КОЛЕННОГО СУСТАВА: МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ, ПОКАЗАНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» Таджикистан.

Научный руководитель - Кариева М.З.

Цель исследования. Целью данного исследования является анализ механизма действия, показаний, клинической эффективности и безопасности метода плазмолифтинга при заболеваниях коленного сустава.

Материалы и методы. Обогащенная тромбоцитами плазма выделяется из аутологичной крови пациента путем центрифугирования. PRP содержит высокую концентрацию тромбоцитов, которые высвобождают факторы роста: тромбоцитарный фактор роста (PDGF), трансформирующий фактор роста β (TGF- β), инсулиноподобный фактор роста (IGF-1), эпидермальный фактор роста (EGF), фактор роста эндотелия сосудов (VEGF). Эти биологически активные молекулы стимулируют ангиогенез, пролиферацию синовиоцитов, фибробластов и хондроцитов, активируют синтез коллагена и гиалуроновой кислоты, уменьшают воспаление и подавляют катаболические процессы в хряще. Процедура плазмолифтинга выполняется в амбулаторных условиях. Кровь пациента (15-30 мл) забирается в пробирки с антикоагулянтом и центрифугируется при 3000 об/мин в течение 10-15 минут. Полученная плазма, содержащая тромбоциты в концентрации 1 000 000–1 500 000 клеток/мкл, вводится внутрисуставно под контролем УЗИ или без него.

Результаты исследования. Метод плазмолифтинга демонстрирует выраженный анальгезирующий и регенеративный эффект. Согласно данным метаанализов, PRP-терапия способствует: снижению боли по визуальной аналоговой шкале (VAS) на 30-50% через 3–6 месяцев после инъекции, улучшению функциональных показателей по шкале WOMAC на 25–40%, уменьшению воспалительной реакции в синовиальной оболочке. Исследования сравнивают эффективность PRP и гиалуроновой кислоты (ГК) при лечении остеоартрита. В рандомизированных контролируемых исследованиях показано, что PRP превосходит ГК по продолжительности эффекта (до 12 месяцев), особенно у пациентов с ранними стадиями ОА.

Выводы. Плазмолифтинг является перспективным методом регенеративной терапии при заболеваниях коленного сустава. Высокий профиль безопасности, минимальные побочные эффекты и выраженное анальгезирующее действие делают его предпочтительным вариантом терапии на ранних стадиях остеоартрита и при мягкотканевых поражениях. Однако дальнейшие исследования необходимы для стандартизации методики и оценки её долгосрочной эффективности.

Бобозода Х.Р.

РОЛЬ МИКРООКРУЖЕНИЯ ОПУХОЛИ В ХИМИОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ТРОЙНОМ НЕГАТИВНОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра хирургических дисциплин №2 ГОУ ХГМУ. Таджикистан.

Научный руководитель – PhD Норматова М.А.

Цель исследования. Изучить роль микроокружения опухоли в развитии резистентности к химиотерапии при тройном негативном раке молочной железы (ТНРМЖ).

Материал и методы. Проведён анализ русско- и англоязычных публикаций из баз данных PubMed, Google Scholar и Cyberleninka.

Результаты исследования. Микроокружение опухоли (Tumor Microenvironment - TME) играет важную роль в возникновении опухоли, прогрессировании, пролиферации, подавлении иммунной системы, ангиогенезе, инвазии/миграции клеток и плохом прогнозе ТНРМЖ. TME по своей природе крайне гетерогенно и сопровождается различными клеточными композициями, регулируемые посредством множественных сигнальных путей. Популяции клеток с различными фенотипическими характеристиками делают TME более сложным, а клеточная пластичность часто способствует клеточному росту и выживанию даже после химиотерапии. TME образует нишу между опухолевыми клетками и окружающими тканями через эндотелиальную систему и иммунные клетки. Поэтому понимание сложности TME и разработка точных стратегий лечения могут служить целевыми признаками регрессии и устранения опухоли.

Масштабные клинико-патологические отчеты указывают на несколько прогностических маркеров для TME, которые демонстрируют подавление иммунной системы, такие как лимфоциты, инфильтрирующие опухоль (Tumor-Infiltrating Lymphocytes - TIL), макрофаги, ассоциированные с опухолью (Tumor-Associated Macrophages - TAM), фибробласты, ассоциированные с раком (Cancer-Associated Fibroblasts - CAF), и адипоциты, ассоциированные с раком (Cancer-Associated Adipocytes - CAA). Эти маркеры, ассоциированные с опухолью, определяют иммунные/опухолевые взаимодействия при ТНРМЖ, способствуя развитию химиорезистентности.

Выводы. Метаболические потребности раковых клеток и опухолевых масс полностью отличаются от потребностей здоровых клеток и тканей. Раковым клеткам требуется особая микросреда для злокачественной прогрессии. TME тесно связана с изменением или ремоделированием внеклеточного матрикса (Extracellular Matrix - ECM), иммунных клеток и других клеточных процессов при лекарственной устойчивости и рецидиве ТНРМЖ. Постоянный рост опухоли требует большого количества энергии (АТФ) и кислорода, которые окружающие кровеносные сосуды не могут удовлетворить, создавая гипоксическую зону, кислый pH и анаэробную среду в опухолевой массе.

Бобокулов А.У.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Самаркандский государственный медицинский университет. Самаркандский филиал РНЦЭМП. Узбекистан.

Научный руководитель – д.м.н. доцент Даминов Ф.А.

Цель исследования. Провести комплексный анализ результатов лечения больных с кровотечением из острых гастродуоденальных язв.

Материал и методы. В хирургических отделениях Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи Самаркандского филиала в течение последних 5 лет вылечены 86 больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями. Средний возраст больных составил 42,6 лет. По локализации острых язвенных поражений: у 21 (24,4%) больных - в двенадцатиперстной кишке (ДК), у 38 (44,2%) - в желудке, у 27 (31,4%) - множественные язвы в желудке и ДК. Больные с рефлюкс-эзофагитом разделены по классификацию Forest. Из них у 55 (63,9%) больных выявлены кровотечения по F1 (а и b), F2a - у 23 (26,7%), F2в - у 8 (9,4%) пациентов. Для выявления факторов риска повторных кровотечений использованы стандартные методы диагностики, а также, выявление тромбодинамики.

Результаты исследования. Все факторы являются абсолютным показанием для проведения профилактики язв желудка. Срок выполнения повторной ЭФГДС зависит от надежности выполненного первичного гемостаза, что в среднем составляет 1-3 дней. Первичный эндоскопический гемостаз был успешен у всех 12 пациентов с активным кровотечением. В группе высокого риска рецидива проводился эндоскопический контроль гемостаза, контрольную ЭФГДС выполняли через 1-3 суток после первичного обследования. При каждой ЭФГДС оценивали качество гемостаза, риск рецидива кровотечения и проводили профилактику кровотечения. Все пациенты получали стандартизированную консервативную терапию: внутривенное болюсное введение ингибиторов протонной помпы с последующей непрерывной инфузией после эндоскопического гемостаза в течение 72 часов, (пантопрозол, контролок болюсно 40 мг и по 8мг/час непрерывно). С 3х суток перевели на пероральные формы ингибиторов протонной помпы.

Рецидив кровотечения после первичного эндогемостаза отмечен у 2 пациентов (2,5%), все они были из группы высокого риска. При этом отмечено, что у всех пациентов рецидив кровотечения возник на фоне нарастания органной недостаточности. Повторный эндогемостаз был эффективен у 1 больного. Двое больных в связи с неэффективностью консервативной терапии и повторного эндогемостаза, оперированы. У всех пациентов с рецидивом кровотечения, острые язвы были множественными и локализовались в желудке. Объем хирургического вмешательства: гастротомия с прошиванием язв.

Выводы. Профилактика возникновения и последующих рецидивов кровотечения из острых гастродуоденальных язв заключается, прежде всего, комплексного динамического контроля лабораторных анализов и эндоскопическим путём.

Бобомуродова М.Б., Абдурасулов Р.Н., Мамаджонов И.А.
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ И ОТКРЫТАЯ ХИРУРГИЯ: СРАВНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ И
ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Кафедра общей хирургии № 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н., доцент Зокиров Р.А.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность лапароскопической и открытой хирургии у пациентов с заболеваниями органов брюшной полости, выявить преимущества и недостатки каждого метода, а также разработать рекомендации по выбору оптимальной тактики лечения.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 129 пациентов, перенесших хирургические вмешательства по поводу заболеваний органов брюшной полости. Пациенты были разделены на две группы:

• **Группа 1 (n=62)** – пациенты, перенесшие лапароскопические операции (лапароскопическая холецистэктомия, аппендэктомия, герниопластика).

• **Группа 2 (n=67)** – пациенты, которым проведены аналогичные вмешательства открытым методом.

Для оценки эффективности методов анализировались следующие параметры:

- продолжительность операции,
- длительность госпитализации,
- частота послеоперационных осложнений (инфекционные осложнения, послеоперационные грыжи, кровотечения, перитонит),
- интенсивность болевого синдрома (по шкале ВАШ),
- сроки полной реабилитации.

Результаты исследования. Средняя продолжительность операции в группе лапароскопии составила **52±9 минут**, тогда как в группе открытой хирургии – **74±13 минут** ($p<0.05$). Средняя длительность госпитализации после лапароскопических операций составила **3,6±1,2 дня**, тогда как после открытых операций – **6,8±2,1 дня** ($p<0.001$). Инфекционные осложнения наблюдались у **6,4%** пациентов после лапароскопии и у **13,4%** после открытых операций ($p<0.05$). Послеоперационные грыжи выявлены у **4,8%** пациентов после лапароскопии и у **10,4%** после открытых операций в течение 12 месяцев наблюдения. У 2 пациентов (1,5%) после открытых вмешательств развился послеоперационный перитонит, потребовавший повторной операции.

Оценка болевого синдрома показала, что в первые сутки после операции средний уровень боли по **шкале ВАШ** составил **3,4±1,1 балла** после лапароскопии и **6,7±1,4 балла** после открытых операций ($p<0.001$). Пациенты после лапароскопии требовали значительно меньших доз анальгетиков. Полная физическая активность восстанавливалась через **10±3 дней** после лапароскопических операций и через **21±5 дней** после открытых вмешательств.

Выводы. Лапароскопическая хирургия демонстрирует значительные преимущества перед открытыми методами, включая снижение частоты осложнений, меньшую травматичность и более короткую госпитализацию. Однако открытые вмешательства остаются незаменимыми в сложных клинических случаях, требующих сложных реконструктивных манипуляций и при экстренных состояниях (разлитой перитонит, массивные кровотечения). Перспективные направления развития включают внедрение роботизированной хирургии, 3D-навигации и совершенствование лапароскопических инструментов, что позволит расширить показания к минимально инвазивным операциям.

Бобохонов С.Г., Мирзоева Ш.М., Акрамова Б.
ПРОФИЛАКТИКА РЕЗУС-СЕНСИБИЛИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ
ПРЕПАРАТА АНТИРЕЗУС «РЕЗОНАТИВ»

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н. Мавлонова С.Н.

Цель исследования. Ретроспективная оценка эффективности и безопасности антирезус-Rh(D)-Ig Резонатив® при использовании для профилактики иммунизации у резус-отрицательных женщин при беременности.

Материал и методы. Проведен анализ медицинских карт 196 женщин с Rh(D)-отрицательной кровью, получивших антирезусный Ig Резонатив® в период 2015–2021 гг. в ГЦЗ №13 в г. Душанбе. Введение Ig проводилось в соответствии с клиническими рекомендациями «Резус-иммунизация. Гемолитическая болезнь плода» и инструкцией к препарату и при плановой дородовой профилактике в случае резус-положительной принадлежности крови мужа. Во всех случаях перед введением препарата был получен отрицательный результат на наличие антирезусных антител в крови пациенток. В исследование включены пациентки, получавшие по крайней мере одну дозу 300 мкг (1500 МЕ) препарата Резонатив®.

Результаты исследования. Анализ медицинских карт 196 женщин, получивших Резонатив®, показал, что средний возраст пациенток составил 32,3 (4,77) года, индекс массы тела – 22,2 (4,3) кг/м². В анамнезе у пациенток не было переливаний крови, абдоминальных травм при беременности, массивных акушерских кровотечений, наложения шва на шейку матки. С первой беременностью наблюдались 96 (49%) женщин. У 100 (51%) женщин беременность наступила повторно, из них у 33 предыдущая беременность прервалась до 22-й недели (неразвивающаяся беременность, самопроизвольный выкидыш), роды в анамнезе имели 65 пациенток. Первую беременность завершили медицинским абортom 2 пациентки, что составило 1% от всех резус-отрицательных женщин, включенных в анализ. Всего было введено 227 доз антирезусного Ig Резонатив. Нежелательных явлений, связанных с исследуемым препаратом, включая анафилаксию или аллергические реакции, не было. Также не было сообщений о таких побочных эффектах, как боль в месте инъекции, зуд, головная боль, ощущение жара или холода, тошнота.

Родились 198 детей. Средняя масса тела новорожденных составила 3409,6 (525,9) г. Резус-отрицательную принадлежность крови имели 26 (13,1%) детей, в остальных 172 (86,9%) случаях дети были с положительным резус-фактором. После родов у матерей, родивших детей с положительной резус-принадлежностью крови, проведен анализ на наличие антирезусных антител. У всех 172 пациенток антирезусных антител не обнаружено, что позволило провести послеродовую профилактику резус-иммунизации в соответствии с клиническим протоколом в течение 72 ч после родов в условиях родильного дома.

Выводы. В этом исследовании анти-D IgG Резонатив® продемонстрировал эффективную защиту резус-отрицательных женщин от иммунизации резус-антигеном. Каких-либо специфических побочных реакций, связанных с использованием препарата, не наблюдалось. Кроме того, антирезусный Ig не вызвал иммунной реакции ни у одной пациентки. При наблюдении резус-положительных детей не выявлено ни одного случая развития ГБПН.

Бобохонова М.Н., Табарова Т.Т.

РАДИОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСПЛАЗИИ И ВНУТРИЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ КАРЦИНОМЫ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Кафедра онкологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Умарзода С.Г.

Цель исследования. Оптимизация методов лечения дисплазии и интраэпителиального рака шейки матки у женщин молодого возраста с применением радиоволновой хирургии.

Материал и методы. Материалом для исследования явились 151 пациентка: 116 (76,8%) с предопухолевыми процессами и 35 (23,2%) раком шейки матки ранней стадии, получившие лечение в ГУ «Республиканский Онкологический научный центр» МЗСЗНРТ. Для комплексного обследования использованы общеклинические методы, гинекологический осмотр, кольпоскопия, цитология, морфологическое исследование биопсийного материала, лучевые методы диагностики, а также ПЦР на ВПЧ.

Результаты исследования. Из 116 больных дисплазией шейки матки дисплазия I степени установлена у 35(23,2%), II степени 43(28,5%) и III степени 38(25,1%). При кольпоскопии у 59(50,9%) больных обнаружены аномальные признаки, которые могли находиться в зоне, либо вне зоны трансформации. Цитологическое исследование мазков из шейки матки обнаружило наличие патологических мазков III, IV и V типов у 110(94,8%) пациенток. III тип мазков, отражающий нарушение морфологии ядер – дискариоз, выявлен в 89(80,9%) случаях, у 18(16,4%) больных выявлены мазки IV типа, подозрительные на наличие злокачественного процесса и у 3(2,7%) выявлен V тип мазка – явный рак. При ПЦР на наличие ВПЧ инфекции у 92 (79,3%) больных из 116 исследованных женщин был выявлен вирус папилломы человека (ВПЧ): высокоонкогенные типы (16, 18, 31, 33 типы) ВПЧ - у 48 (52,2%) женщин; низкоонкогенные типы (6, 11 типы) ВПЧ в 44 (47,8%) случаях. Радиохирургическое лечение проведено 79(68,1%) больным и диатермоконизация 37(31,8%) пациенткам дисплазией шейки матки. В результате диспансерного наблюдения больных с дисплазией шейки матки рецидив чаще наблюдался в группе пациенток с дисплазией III степени после диатермоконизации -3(30%), после радиохирουργии у 2(7,7%).

Выводы. Радиохирургическое лечение дисплазии шейки матки различной степени у женщин молодого возраста является более эффективным по сравнению с диатермоконизацией. Частота интраоперационных кровотечений при радиохирургическом лечении ниже (1,3%), чем при диатермоконизации (10,8%), что обеспечило скорейшую реабилитацию женщин и возвращение их к привычному ритму жизни. Из 76 (96,2%) больных, получивших радиохирургическое лечение с безрецидивным течением, в последующем 41 (53,9%) имели беременности. Радиохирургическая конизация при внутриэпителиальном раке шейки матки является эффективным методом органосохраняющего лечения у женщин молодого возраста, в 48,6% случаев женщины имели беременности. Отсутствие сложностей в ее выполнении, ускоренное заживление послеоперационной раны позволяют использовать данный метод и в амбулаторных условиях, сокращая сроки пребывания больных в стационаре.

Болтаева М.М.

ОСНОВНЫЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ТКАНИ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ФЕТАЛЬНОЙ ГИПОКСИИ

Кафедра акушерства и гинекологии №2 БГМИ имени Абу Али ибн Сина. Узбекистан.

Научный руководитель д.м.н., профессор Негматуллаева М.Н.

Цель исследования. Изучение основных патологических изменений в ткани плаценты при фетальной гипоксии.

Материал и методы. Материалом патологоанатомического исследования послужили кусочки ткани плаценты и пуповины, которые фиксировали в 10% нейтральном формалине. Срезы окрашивали гематоксилином-эозином и по Ван Гизону и толуоидином - синим, анализировали в универсальном микроскопе Лейка, нужные участки сфотографировались.

Результаты исследования. Нами было изучены основные патологии в ткани плаценты при фетальной гипоксии. Одним из наиболее частых признаков гипоксического состояния плода являются фибриноидные отложения. Они представили скопление фибрина в плаценте и часто ассоциировали с нарушением микроциркуляции. Такие изменения могут приводить к ухудшению доставки кислорода и питательных веществ к плоду.

При гипоксии средней тяжести у второй группы, взятые на учет в конце второго триместра беременности, не получившие соответствующую профилактическую терапию при макроскопическом исследовании. Фибриноидные отложения также присутствует как области с более плотной структурой и интенсивной окраской. Также хорошо видно дегенеративные изменения, которое включают нарушения структуры ворсинок, такие как их уплощение или фраг-

ментация. В одном месте этого микропрепарата имеется тромбозов сосудов, проявлялось как плотные структуры без выраженной клеточной активности. Это свидетельствует о наличии патологических изменений в плаценте, связанных с гипоксией.

Гипоксия плода — это недостаток у плода кислорода, что препятствует нормальному его развитию. Заболевание приводит к нарушениям жизнедеятельности плода. Когда плод находится в животе матери, он не может дышать самостоятельно. Легкие ребенка еще находятся в не расправленном состоянии и наполнены жидкостью, поэтому воздух не может попадать в них и активно циркулировать. Но для жизни плода необходим кислород. Все необходимые компоненты плод получает через кровь матери, важнейшим элементом этого является плацента. Если процесс питания плода всеми необходимыми веществами нарушается, то происходит голодание. Если плод не потребляет достаточно кислорода, то возникает гипоксия. Гипоксию плода могут вызвать различные причины. В наших наблюдениях гипоксия плода из 54 случаев у 47 произошёл в период протекания беременности, только в 7 случаев непосредственно во время родов. Гипоксия плода также влияет на пуповину, вызывая морфологические изменения, которые варьируются в зависимости от степени тяжести. Эти изменения касаются как сосудов пуповины, так и её окружающих структур. При гипоксии легкой степени в сосудах обнаружили минимальные изменения. Из 17 пуповин только в 7 случаях обнаружили незначительное сужение артерий, но сосуды сохраняли нормальную структуру. Желе Уортона сохранял нормальную консистенцию и количество, защищая сосуды пуповины от внешних воздействий.

Выводы. Таким образом при **лёгкой гипоксии** изменения были минимальные изменения, это степень является компенсированным. При гипоксии средней **тяжести** проявлялось нарушение сосудистой сети и начались дегенеративные изменения ворсинок, заметно отмечено нарушения кровообращения и обмена веществ в тканях пуповины. А при **тяжёлой гипоксии** плацента теряет способность выполнять свои функции из-за некротических процессов, тромбозов и ишемии.

Болтаева М.М.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТКАНИ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ГИПОКСИЧЕСКОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Кафедра «Акушерства и гинекологии №2» БГМИ имени Абу Али ибн Сина. Узбекистан.

Научный руководитель д.м.н., профессор Негматуллаева М.Н.

Цель исследования. Изучение изменения ткани плаценты при перинатальной патологии гипоксически-ишемического генеза.

Материал и методы. Материалом патологоанатомического исследования послужили кусочки ткани плаценты и пуповины, которые фиксировали в 10% нейтральном формалине. Срезы окрашивали гематоксилином-эозином и по Ван Гизону и толуоидином - синим, анализировали в универсальном микроскопе Лейка, нужные участки сфотографировались.

Результаты исследования. Нами было изучено нормальные анатомические размеры плаценты, входящей в контрольную группу, гистологическая характеристика, т.е. покровные трофобласты сосочки плаценты, гематотрофобластический барьер, соотношение строма и кровеносные сосуды, а также информация об инвазивных изменениях. Результаты показали, что форма плаценты преимущественно круглая, средний диаметр - 20,7 см, средняя масса - 604,6 г, толщина - в наружной части - 1,6, в средней части - 4,9 см. Материнская поверхность матери почти одинакова, состоит из кусочков разного размера, средняя площадь $390,4 \pm 24,6$ см², текстура мягко-эластичной консистенции, часто светло-красного цвета. Средняя масса новорожденных составила 3167 ± 85 г, индекс плацента/плод - 0,178, то есть подтверждено, что 0,178 г плацентарной ткани соответствует 1 г веса ребенка. При гистологическом исследовании ткани плаценты установлено, что наибольшую площадь занимают терминальные сосочки, т.е. 50,8%, стержневые сосочки - 16,0%, а промежуточное пространство - 21,8% площади. Среди терминальных сосочек с 5 и более капиллярами занимают $63,5 \pm 6,2\%$ ($R < 0,01$), сосочки с числом менее 5 капилляров - $21,7 \pm 2,3\%$, сосочки безкапиллярные составляет $10,8 \pm 0,8\%$. Морфологически терминальные сосочки плаценты в большинстве случаев имеют одинаковое строение, количество капилляров в их содержимом достаточное, они тонкостенные, хорошо кровоснабжаются, трофобласты на их поверхности однослойные тонкие, появились гематотрофобластические границы, в их составе имеются лишь вторичные инволютивные изменения. Установлено, что она занимает 10,4% площади. Морфологические изменения в ткани плаценты в контрольной группе при физиологических родах нами не было выявлено: Плацента имел дисковидную форму, диаметром около $17,5 \pm 2,30$ см, толщиной 2–3 см в центральной части, и весом около 525±,30 граммов. Размеры варьировались в зависимости от индивидуальных особенностей организма. Исследованные плаценты имели две поверхности - материнскую и плодную. Материнская поверхность (децидуальная) шероховатая, темно-красного цвета с бороздами, разделяющими плаценту на дольки (котиледоны). Количество котиледонов обычно варьировали от 14 до 29. Плодная поверхность гладкая, покрыта амнионом, через который видны сосуды, отходящие от пуповины. Пуповина прикрепляется к центральной части плаценты и имеет длину около 50–60 см. В пуповине на поперечном срезе было две артерии и одна вена, окруженные студенистым веществом (желе Уортона), которое защищает сосуды от перегибов и сдавления.

Выводы. Таким образом, у обследованных женщин контрольной группы в ткани плаценты заметных патологий, таких как некроз, отёк, тромбы и воспалительный инфильтрат не выявлено. Плаценты были полностью отслоены после родов без признаков патологий.

Болтаева Н.К., Усмонкулов М.К., Худаярова Ф.З.
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ

Самаркандский Государственный Медицинский Университет. Узбекистан.
Научный руководитель – Раджабов Ж.П.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения осложнённых форм эхинококкоза печени путем разработки и внедрения новых хирургических и профилактических методик, направленных на минимизацию послеоперационных осложнений, снижение частоты рецидивов и повышение качества жизни пациентов.

Материал и методы. Всего анализу подвергнуты результаты комплексной диагностики и хирургического лечения 116 пациентов осложненными формами эхинококкоза печени (ОФЭП), поступивших в отделение хирургии многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета.

Результаты исследования. Из 116 больных у 65 (56,0%) пациентов эхинококкоз печени был выявлен впервые и у 51 (44,0%) больного эхинококкоз был рецидивным. Из них у 32 больных рецидив был первичный. Из 32 больных 18 пациентов первую операцию перенесли в нашей клинике в различные годы. 15 больных в анамнезе перенесли две операции и у 4 больных три операции в других стационарах. В зависимости от количества кист в основном преобладали больные с одиночными паразитарными кистами печени – 84 (72,4%). При этом характерной локализацией паразитарных кист была правая доля печени – у 47 (55,9%) больных. В левой доле печени эхинококковые кисты локализовались у 37 (44,1%) больных. Множественные паразитарные кисты печени встречались у 32 (27,6%) больных. В структуре перечисленных осложнений в более половине случаев констатированы цистобилиарные свищи – у 74 (63,8%) больных. Нагноение содержимого кисты наблюдалось у 50 (43,1%) больных. Из-за прорыва кисты во внутривнутрипеченочные желчные протоки, у 11 (9,5%) больных была механическая желтуха. Мы не наблюдали клинический случай механической желтухи, обусловленной сдавлением извне желчевыводящих путей гигантским эхинококком печени. У 4 (3,4%) больных имело место такое грозное осложнение, как прорыв кисты в брюшную полость. В план обследования были включены развернутые общие анализы крови и мочи, комплекс биохимических анализов. Среди инструментальных методов исследования применялись рентгенография, УЗИ, МСКТ и по показаниям МР-холангиография. Обзорная рентгенография грудной клетки производилась с целью исключения сочетанного эхинококкового поражения легких.

Выводы. Предложенный диагностический алгоритм топической верификации локализации эхинококкоза печени с балльной оценкой тяжести течения заболевания, учитывающей количеств кист, их размеры, а также характер и наличие осложнений, позволил в 40,3% случаев в основной группе выполнить адекватную эхинококкэктомии малоинвазивными способами в частности из минидоступа (33,9%) и эндовидеохирургическим способом (6,4%) и тем самым сократить частоту традиционных широких доступов до 59,7%, а продолжительность операции с $87,8 \pm 4,9$ до $63,5 \pm 2,9$ и $37,7 \pm 3,1$ минут, соответственно из минидоступа и эндовидеохирургическим способом

Болтаева Н.К., Усмонкулов М.К., Худаярова Ф.З.
ЭНДОСКОПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Самаркандский Государственный Медицинский Университет. Узбекистан.
Научный руководитель – Раджабов Ж.П.

Цель исследования. Оценить значимость эндоскопии в комплексном лечении осложненного эхинококкоза печени.

Материал и методы. В 25 наблюдениях на первом подготовительном этапе больных с эхинококкозом печени, осложнившимся механической желтухой, выполнена инструментальная декомпрессия эндоскопическая папиллосфинктеротомия, эндоскопическая санация желчного дерева, эндоскопическая дилатация стриктур и эндоскопическое назобилиарное дренирование, обеспечивающая купирование острого приступа и ликвидацию холангита. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия была произведена 15 больным. В ходе проведения эндоскопическая папиллосфинктеротомия производили инструментальное удаление фрагментов хитиновой оболочки, дочерних кист эхинококка. Нормализация показателей билирубина и результатов других исследований, а также общего состояния пациента наступала соответственно на 8-11 сутки с момента разрешения холестаза. Сочетанная эндоскопическая папиллосфинктеротомия и назобилиарное дренирование применено 10 пациентам. Показаниями для сочетанного выполнения этих манипуляций считались: выраженная картина паразитарного холангита - 6 и отек области большого дуоденального соска - 4, что препятствовало пассажу желчи. Во время выполнения эндоскопического удаления хитиновых оболочек в 4 случаях обнаружено явление катарального холангита, в 4 случаев - эрозивного холангита и в 2 случае картина эрозивно-язвенного холангита. В послеоперационном периоде желчные протоки промывали 0,5% раствором Бетадина и антибиотиками через полихлорвиниловый катетер. Нормализация показателей билирубина у этих больных наступала соответственно на 10-11 и 16-17 сутки после вмешательства. После улучшения состояния больных проведено контрастирование желчевыводящих путей. В 5 (62,5%) случаях контрастное вещество попадало в полость эхинококковой кисты, а в 3 (37,5%) случаях эхинококковая киста не контрастировалась, что указало на эффективность консервативного лечения цистобилиарных свищей.

Результаты исследования. На основании вышесказанного, очевидно, что в комплексном лечении больных эхинококкозом печени, осложненном механической желтухой, декомпрессивные вмешательства являются важным звеном. При этом нужно подчеркнуть также высокую эффективность методов в снижении интоксикации и купировании печеночной недостаточности. Патогенетически обоснованная пердоперационная подготовка больных с ос-

ложненным эхинококкозом печени, включая дезинтоксикационные, антиоксидантные, гепатопротекторные средства в комплексе с другими лекарственными препаратами и декомпрессивными вмешательствами представляются ведущими звеньями в комплексе лечения этого тяжелого контингента больных. При этом очевидна их высокая эффективность в снижении интоксикации и купировании скрытой печеночной недостаточности. Наиболее эффективным при осложненном эхинококкозе печени механической желтухой были эндоскопическая папиллосфинктеротомия и назобилиарное дренирование, которые позволили разрешить холестаз в течение 8-10 суток от начала декомпрессии соответственно и выполнить радикальное оперативное вмешательство в наиболее благоприятных условиях.

Выводы. Лечебный эффект предоперационного инструментального вмешательства у больных с осложненным эхинококкозом печени объясняется ликвидацией желчной гипертензии, отведением токсической желчи, что способствует скорейшему купированию холангита.

Ботиров Ф.И., Одинаева З.Б. .

РЕЦИДИВ НЕЙРОВАСКУЛЯРНОГО КОНФЛИКТА ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Кафедра нейрохирургии и сочетанных травм ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Рахмонзода Х.Дж.

Цель исследования. Установить причины возникновения рецидива нейроваскулярного конфликта тройничного нерва.

Материал и методы. В качестве исследования были взяты истории болезни 10 пациентов с диагнозом «рецидив нейроваскулярного конфликта тройничного нерва с тригеминальными болями на лице» на кафедре нейрохирургии и сочетанных травм ГОУ ТГМУ им. Абуали Ибни Сино на базе ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» в отделении нейрохирургии за период 2021-2024 гг. Возраст пациентов варьировал от 44 до 68 года. Из них 7 (70%) женщины и 3 (30%) мужчины. Соотношение женщин к мужчинам 2,3:1. Средний возраст составил 56 лет. У всех пациентов на основании клинического обследования и проведенной магнитно-резонансной томографии головного мозга был установлен рецидив нейроваскулярного конфликта тройничного нерва. Всем пациентам согласно протоколу проведена реоперация микроваскулярной декомпрессии путём ретросигмовидного доступа.

Результаты исследования. Результаты исследования были взяты из выписки протоколов МРТ-головного мозга и хода операций. Согласно выписке протоколов операций в 3 случаях причиной рецидива была дислокация тефлоновой подушки; в 4 случаях местный арахноидит с развитием спаек между подушкой и нервом; в 3 случаях недостаточная изоляция нерва от окружающих структур головного мозга. На основании выписки протоколов МРТ-головного мозга во всех случаях было выявлено интимное расположение корешка тройничного нерва с близлежащим сосудом.

Выводы. По результатам нашего исследования частой причиной рецидива нейроваскулярного конфликта тройничного нерва является местный арахноидит с частотой 40%. На втором месте стоят в равной степени дислокация тефлоновой подушки и недостаточная изоляция нерва с частотой 30% соответственно. Таким образом для снижения частоты возникновения рецидива нейроваскулярного конфликта тройничного нерва с появлением мучительных тригеминальных болей на лице следует избежать возникновения послеоперационных спаек в области мостомозжечкового угла, а также провести полное отделение нерва и его изоляции от окружающих структур головного мозга.

Бутаева Ш.М.

СНИЖЕНИЕ СЛУХА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Центр симуляционного обучения ГОУ ХГМУ. Таджикистан.

Научный руководитель – Камолзода К.И.

Цель исследования. Своевременная диагностика и реабилитация тугоухости у лиц пожилого возраста.

Материал и методы. Исследование проводилось в 2023-2024 гг. Республиканской клинике Дангаринского района, нами было обследовано 44 пациента (24 мужчины и 20 женщин) в возрасте от 67 до 80 лет. Всем пациентам были применены следующие методы исследования: передняя риноскопия, отоскопия, фарингоскопия, субъективные и объективные методы исследования слуха, в виде тональной пороговой аудиометрии (ТПА) и импедансометрии (тимпанометрия и акустическая рефлексометрия).

Результаты исследования. Среди причин понижения слуха были нервный стресс у 5 пациентов (11,3%), старческие переживания у 10 пациентов (22,7%). После переливания плазмы, профессиональные болезни (шумная обстановка) – у 11 (25%), остеохондроз шейного отдела позвоночника, инсульт, гипертоническая болезнь – 8 пациентов, что составило 18,1%, хронический средний отит – у 10 (22,7%). По данным тональной пороговой аудиометрии, у всех обследованных лиц была выявлена тугоухость, причем у 10 человек (22,7%) нарушение слуха было по смешанному типу, а у 33 по нейросенсорному типу. I степень – 11 (25%), II степень – у 20 (45,4%), III степень – у 8 (18,1%), IV степень – у 5 (11,3%) пациентов. Данной категории больных рекомендовано слухопротезирование цифровым слуховым аппаратом.

Выводы. Профилактическое посещение поликлиник по месту жительства и врача-сурдолога каждые 5-6 месяцев является эффективным основным мероприятием для ранней диагностики и реабилитации лиц пожилого возраста, также выявлена тяжесть тугоухости.

Валиев Б.К., Отаев Ш.З., Шарифов С.А.
СИНДРОМ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ

Научный руководитель – д.м.н., профессор Назаров Ш.К.
Кафедра хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова
ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Изучить клиническое течение синдрома энтеральной недостаточности у пациентов с распространённым гнойным перитонитом.

Материал и методы. В основу проведенного исследования положены результаты комплексного исследования 58 больных с различной степени синдрома энтеральной недостаточности у пациентов с распространённым гнойным перитонитом находившихся на лечении в хирургических отделениях ГУ «городской центр неотложной медицинской помощи города Душанбе» с 2013 по 2024 гг. Этиологическим моментом возникновения стадий энтеральной недостаточности у пациентов с распространённым гнойным перитонитом были деструктивные формы острого аппендицита осложнившиеся – у 17(29,3%) пациентов, острая кишечная непроходимость – у 9(15,5%) пациентов, перфорация полых органов – у 13(22,4%) пациентов, Распространённый гнойный перитонит на фоне панкреонекроза у 19(32,7%) больных. панкреонекроз осложнился развитием распространённого гнойного перитонита. В комплексе при поступлении были лабораторно исследованы общие и биохимические исследования крови и мочи с определением уровня белка, показателей билирубина, концентрации мочевины и креатинина, показателей печеночных проб и уровня С-реактивного белка, уровни амилазы в сывороточной крови и диастазы в моче, показателей ПОЛ, интерлейкинов, прокальцитонина, ферритина. Микробиологию содержимого брюшной полости изучали после лапаротомии и в период программных санаций брюшной полости. Обработку результатов исследования проводили методами прикладной статистики с использованием MS Excel и программного пакета для статистического анализа «Statistica v. 10.0». Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. СЭН I степени установлен в 19 (32,7%) случае, СЭН II степени - в 17 (29,3%), СЭН III степени в 22 (37,9%) случаях. Распределение больных по выраженности СЭН менялось в зависимости от стадии перитонита. У больных в реактивной стадии перитонита диагностирована только I и II степень СЭН. Больные со II–III степенью СЭН составили 37,9% пациентов в токсической стадии перитонита, а в группе с абдоминальным сепсисом они составили 93,1% выборки, из которых лишь у 9(15,5%) имели II степень СЭН. Прямая корреляционная направленность зависимости выраженности СЭН от тяжести перитонита была подтверждена статистически ($r=2,378$, $p < 0,05$). У пациентов с I степенью СЭН при интраоперационной оценке индекса брюшной полости в 11(18,9%) случаях был менее 6 баллов, что соответствует слабо выраженным изменениям в брюшной полости. У пациентов со II степенью СЭН чаще регистрировалось выраженное поражение брюшины: в 13(22,4%) наблюдений индекс брюшной полости находился в диапазоне 7–12 баллов, а у 7(12,0%) превышал 12 баллов. При СЭН III степени у большинства больных индекс брюшной полости составлял от 7–12 баллов, только у 11(18,9%) пациентов он превышал 13 баллов. У пациентов с распространённым гнойным перитонитом была подтверждена корреляционная зависимость увеличения индекса брюшной полости от усугубления дисфункции кишечника ($r=1,839$, $p < 0,05$). У больных с I степенью СЭН этот показатель в среднем был равен $0,83 \pm 0,609$ балла, что статистически не отличалось от среднего значения для реактивной стадии перитонита - $0,93 \pm 0,351$ балла ($t_{\text{Ст}}=1,351$, $p > 0,05$). Схожие равноценные данные были получены при сравнении среднего значения гематологического показателя интоксикации токсической стадии перитонита и II степени СЭН ($t_{\text{Ст}}=2,608$, $p > 0,05$), а также абдоминальным сепсисом III степени СЭН ($t_{\text{Ст}}=1,501$, $p > 0,05$).

Выводы. В ходе проведённого исследования установлено, что при распространённом гнойном перитоните имеется прямая корреляционная направленность зависимости выраженности СЭН от тяжести стадии перитонита и она подтверждена статистически ($r=2,307$, $p < 0,05$).

Валиева К.Э., Обидов Дж.И., Юлдошев У. Р.
ВТОРОЕ ДЫХАНИЕ: КАК ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ МЕНЯЕТ ЖИЗНЬ ПАЦИЕНТОК С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра онкологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель - д.м.н. Юлдошев Р.З.

Цель исследования. Оценить влияние реконструктивной пластической операции после мастэктомии на качество жизни пациенток с раком молочной железы.

Материал и методы. В исследование включены 38 пациенток, перенесших мастэктомию с последующей реконструкцией молочной железы в период с 2023 по 2025 годы. Средний возраст пациенток составил $47,2 \pm 6,8$ лет. Пациентки были разделены на группы по следующим критериям: использование имплантов-20 пациенток и лоскутные техники-18 пациенток. Методы исследования включали анализ медицинской документации, анкетирование пациенток с использованием шкалы SF-36, оценку эстетических и функциональных результатов хирургического вмешательства, а также анализ частоты послеоперационных осложнений

Результаты исследования. Пациентки, перенесшие реконструкцию с использованием аутологических тканей, в 88,9% случаев отмечали хорошие косметические результаты и отсутствие послеоперационных осложнений, однако пациентки нуждались на пролонгированных реабилитационных процедурах. В группе пациенток до 50 лет степень удовлетворенности реконструкцией составила 91,7%, тогда как среди пациенток старше 50 лет — 71,4%. Женщины с ранней стадией заболевания воспринимали операцию как завершение лечения и возвращение к нормальной жизни

(92,8%), в то время как пациентки с поздней стадией заболевания испытывали больше тревожности (60,0%). Качество жизни по шкале SF-36 улучшилось в 84% случаев, особенно в аспектах самооценки и социальной адаптации.

Выводы. Реконструктивная пластическая хирургия после мастэктомии оказывает значительное влияние на физическое и психологическое состояние пациенток. Выбор метода реконструкции и индивидуальные особенности играют ключевую роль в удовлетворенности результатом. Использование аутологических тканей обеспечивает более естественный внешний вид, но требует длительной реабилитации.

Вахобов М.Ф., Охунова Ш.М., Сулейманова Ф.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СУХИХ ГОРЯЧИХ КОМПРЕССОВ В ТЕРМОТЕРАПИИ СИНДРОМА СУХОГО ГЛАЗА ПРИ ДИСФУНКЦИИ МЕЙБОМИЕВЫХ ЖЕЛЁЗ

Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - доцент кафедры, к.м.н. Останаева П.М.

Цель исследования. Оценка клинической эффективности сухих и влажных горячих компрессов при лечении синдрома сухого глаза, обусловленного дисфункцией мейбомиевых желёз.

Материал и методы. В исследование включены 30 пациентов (60 глаз) с диагнозом синдрома сухого глаза, тяжёлой степени по шкале OSDI (Ocular Surface Disease Index), связанного с дисфункцией мейбомиевых желёз. Все участники получали стандартную терапию, включавшую применение слезозаменителей с гипермеллозой и декстраном (по 1 капле 4 раза в день), и были рандомизированно распределены на три группы:

Группа 1 (n=10): применение сухих горячих компрессов (2 раза по 10 мин. в день);

Группа 2 (n=10): применение влажных горячих компрессов (2 раза по 10 мин. в день);

Контрольная группа (n=10): без применения горячих компрессов.

Эффективность терапии оценивалась посредством опросника OSDI, измерения неинвазивного времени разрыва слёзной плёнки (NIBUT), а также оценки степени окклюзии и атрофии мейбомиевых желёз с помощью мейбмиографии. Период наблюдения составил 6 недель.

Результаты исследования. По итогам 6-недельного наблюдения во всех группах зафиксированы следующие изменения:

I. NIBUT: увеличение времени стабильности слёзной плёнки:

Группа 1: с $7,8 \pm 2,32$ до $14,9 \pm 1,41$ секунд.

Группа 2: с $7,5 \pm 2,11$ до $11,6 \pm 2,18$ секунд.

Контрольная группа: с $8,1 \pm 2,21$ до $10,2 \pm 1,17$ секунд.

II. Состояние мейбомиевых желёз (по данным мейбмиографии):

Группа 1: уменьшение признаков воспаления, гиперпросветления и степени закупорки желёз в 70% случаев.

Группа 2: улучшение показателей в 50% случаев.

Контрольная группа: незначительное улучшение, без клинически значимого эффекта.

III. Субъективная симптоматика (по шкале OSDI):

Группа 1: снижение выраженности симптомов с тяжёлой степени ($OSDI \leq 50-65$ баллов) до лёгкой степени ($OSDI \leq 10-20$ баллов).

Группа 2: снижение выраженности симптомов с тяжёлой степени ($OSDI \leq 50-60$ баллов) до умеренной степени ($OSDI \leq 20-30$ баллов).

Контрольная группа: снижение выраженности симптомов с тяжёлой степени ($OSDI \leq 50-55$ баллов) до умеренной степени ($OSDI \leq 30-40$ баллов).

IV. Побочные эффекты: при применении влажных горячих компрессов в трёх случаях зафиксирована мацерация кожи в периорбитальной области.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что сухие горячие компрессы являются эффективным методом лечения синдрома сухого глаза за счёт оптимального прогрева мейбомиевых желёз без избыточной влажности. Простота использования данного метода способствует большей приверженности пациентов к терапии.

Вохидов О.А., Юсупов А.М., Каримов С.С.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Городская клиническая больница №1 имени С. Урунова г. Худжанд Согдийской области

Научный руководитель - д.м.н., доцент Курбанов С.Х.

Цель исследования. Улучшить исходы эндопротезирования тазобедренного сустава путём профилактики ассоциированных с ней венозных тромбоэмболических осложнений.

Материал и методы. Проведен ретро- и проспективный анализ результатов ЭТС у 116 пациентов с переломами и патологиями проксимального отдела бедренной кости и тазобедренного сустава. В частности, были изучены частота и характер развившихся ВТЭО в различные сроки после выполненных операций, которые тем или иным образом были связаны с проведенными вмешательствами. Возраст пациентов варьировал от 45 до 72 лет. Основными показаниями для выполнения ЭТС явились: диспластический коксартроз (n=44; 37,9%); перелом шейки бедренной кости (n=48; 41,4%); посттравматический коксартроз и ложный сустав шейки бедра (n=24; 20,7%). Эти больные получили стандартную профилактическую терапию и составили контрольную группу. Физические методы профилактики включали в себя эластическое бинтование конечностей и раннюю активизацию больных, медикаментозные –

применение антикоагулянтов, антиагрегантов и антитромбоцитарных препаратов. В основную группу были включены 110 пациенты идентичного возраста и с указанными выше патологиями, которые получили оптимизированную профилактическую терапию. Она включила в себя одновременного применения двух антикоагулянтов и двух антиагрегантов, постоянную компрессию конечности и вибромассаж конечности.

Результаты исследования. В основной группе ВТЭО развились только у 2 (1,8%) пациентов тогда как в группе контроля эти осложнения были отмечены в 14 (12,1%) наблюдениях, что имеет статистическое различие ($p < 0,05$). Указанные осложнения характеризовались флеботромбозом глубоких вен ($n=5$) и тромбофлебитом ствола большой подкожной вены ($n=11$) оперированной конечности. К счастью, среди оперированных пациентов обеих групп случаи тромбоза легочной артерии не отмечались. Факторами риска развития ВТЭО явились морбидное ожирение, сахарный диабет, увеличение длительности операции, исходная анемия и объем потерянной при операции крови, а также возраст пациентов.

Выводы. Для профилактики ВТЭО необходимо всем пациентам до операции выполнить дуплексное сканирование венозной системы конечностей на предмет выявления застарелых тромбов или же патологического их расширения. После выполненных операций необходимо выполнение постоянного мониторинга состояния венозной системы оперированной конечности с целью ранней диагностики и своевременного лечения тромботических осложнений.

Ганиев А.Э., Шомуродов Ж.Р., Сафаров Ш.Ф.

МЕСТНАЯ ХИМИЧЕСКАЯ РЕЛАКСАЦИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Кафедра хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова

ГОУ ТГМУ им.Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - профессор Назаров Ш.К.

Цель исследования. Оценить релаксирующие действие препарата БОТОКС на мышцы передней брюшной стенки при хирургическом лечении послеоперационных ventральных грыж.

Материал и методы. В рамках данного исследования были проанализированы результаты оперативного лечения 36 больных, госпитализированных в период с 2016 по 2024 годы в хирургические отделения ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи», являющегося клинической базой кафедры хирургических заболеваний №1 имени академика К.М. Курбонова ГОУ Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино. Исследование проводилось с учетом определенных критериев для включения больных: возраст пациента свыше 20 лет; наличие ventральной грыжи больших размеров или гигантской послеоперационной грыжи; наличие хронического заболевания в фазе субкомпенсации или декомпенсации. Исследование анамнеза, с учетом характера и объема, перенесенных пациентами первичных хирургических вмешательств, выявило, что операции на желудке, желчном пузыре и желчевыводящих путях, а также оперативные вмешательства, связанные с острой спаечной кишечной непроходимостью и перитонитом различного генеза, проводились с наибольшей частотой. В ходе анализа распространенности сопутствующих заболеваний среди больных с большими ПОВГ было выявлено превалирование случаев ИБС, артериальной гипертензии и ХОБЛ. Обработку результатов исследования проводили методами прикладной статистики с использованием MS Excel и программного пакета для статистического анализа «Statistica v. 10.0». Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. В каждом случае применялся препарат Ботокс. Через две недели выполнялось контрольное ультразвуковое исследование и компьютерная томография для оценки эффективности препарата и размеров грыжевого дефекта. По результатам УЗИ и контрольных КТ органов брюшной полости было установлено уменьшение размеров грыжевых ворот в среднем на $2,3 \pm 0,7$ см, значимая релаксация широких мышц живота. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила $63,9 \pm 5,1$ мин. Интраоперационно было отмечено расслабляющее действие на мышцы передней брюшной стенки. В послеоперационном периоде все пациенты получали обезболивание согласно трехступенчатой схеме, согласно Всемирной Организации Здравоохранения. В послеоперационном периоде всем исследуемым пациентам было проведено дуплексное сканирование сосудов - поверхностной надчревной артерии, нижней надчревной артерии и а. Circumflexa ilium profunda, осуществлялось в В-режиме с анализом центрального кровяного давления. При анализе кровотока применялся импульсно-волновой доплеровский режим (PW), и измерены максимальная скорость кровотока в систоле (V_{max}) и минимальная скорость в диастоле (V_{min}), а также рассчитан индекс сопротивления. В рамках цветного доплеровского анализа зафиксированы такие параметры, как диаметр сосудов, средняя скорость потока крови (V_{mean} , выраженная в см/сек), объем потока (V_{vol} , указанный в мл/мин), и конгестивный индекс для анализа состояния воротной, селезеночной и верхних брыжеечных вен. В ходе выполненного исследования пиковая систолическая скорость кровотока по верхней надчревной артерии (а. epigastrica superior) оказалась заметно выше - $0,40 \pm 0,02$ ($p > 0,01$) м/с чем в норме. Кроме того, наблюдалось снижение индекса резистентности кровотока в данной артерии до уровня $0,66 \pm 0,03$ ($p > 0,01$). Средний диаметр артерий а. epigastrica superior снизился до $2,1 \pm 0,2$ ($p > 0,01$), что может быть связано с вазоспазмом.

Рецидивов и летальных исходов не было. Средняя продолжительность койко-дня данной группы пациентов составила - $8,2 \pm 1,9$ дней.

Выводы. Применение Ботокса в качестве предоперационной подготовки перед вентрапластикой послеоперационных ventральных грыж позволяет снизить размеры грыжевых ворот, тем самым упрощает устранение грыжевого дефекта и служит профилактикой предотвращения развития абдоминального компартмент-синдрома.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЁННОГО АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА

Кафедра хирургических болезней №1 им. академика Курбонова К.М.

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Назаров Ш.К.

Цель исследования. Оценить возможности применения видео-лапароскопических методов хирургического вмешательства у пациентов с острым деструктивным аппендицитом, осложнённым распространённым перитонитом.

Материалы и методы. В период с 2021 по 2024 годы было проведено 186 операций по поводу острого аппендицита. Из них 121 пациент был мужчиной (65%), 65 — женщинами (34,9%). Средний возраст пациентов составил $44,5 \pm 1,6$ лет (в возрасте от 18 до 71 лет). У 73 пациентов (39,2%) аппендицит был осложнён различными формами перитонита, и у 68 из них (93,1%) использовался лапароскопический метод. Лапароскопическая аппендэктомия была выполнена 65 пациентам, а 8 пациентам (10,9%) была проведена конверсия в лапаротомию. Распространённость перитонита оценивалась по классификации РАСХИ (2017). Послеоперационные осложнения были классифицированы согласно системе Clavien-Dindo (2004).

Результаты исследования. Из 65 пациентов, прооперированных лапароскопическим методом, у 23 (35,3%) был диагностирован диффузный перитонит, а у 2 пациентов (3%) — разлитой перитонит. Пациентов, перенёсших эндо-хирургическое вмешательство, активизировали в первые 24 часа после операции. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила от 7 до 9 дней. Показанием для лапаротомии был разлитой перитонит с парезом кишечника, требующий открытой интубации. Послеоперационные осложнения наблюдались у 4 пациентов (12,3%). Среди 23 пациентов с диффузным перитонитом, которым была проведена лапароскопическая операция, у двух (8,6%) развились внутрибрюшные абсцессы, которые были дренированы под УЗ-наведением с хорошим результатом (Ша тип) и средней продолжительностью госпитализации 10 и 12 дней. В случае с разлитым перитонитом у обоих пациентов возникли послеоперационные осложнения: несостоятельность культи аппендикса и ранняя спаечная кишечная непроходимость. Для их лечения была проведена интенсивная терапия жизнеугрожающих состояний (IV тип). Продолжительность госпитализации этих пациентов составила от 20 до 22 дней. Летальных исходов после лапароскопической аппендэктомии не было.

Выводы. Лапароскопическая аппендэктомия может быть безопасно выполнена при диффузном аппендикулярном перитоните в отсутствии выраженного пареза кишечника, не требующего назоинтестинальной интубации. Применение лапароскопических методов хирургического лечения в данной группе пациентов способствует сокращению продолжительности стационарного лечения.

Ганиев А.Э., Шомуродов Ж.Р., Маликов М.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ НЕНАТЯЖНЫХ МЕТОДОВ ВЕНТРОПЛАСТИКИ

Кафедра хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - профессор Назаров Ш.К.

Цель исследования. Анализ результатов хирургического лечения пациентов с вентральными грыжами различных локализаций с использованием сетчатых имплантов.

Материалы и методы исследования. В рамках исследования были проанализированы результаты оперативного лечения 136 больных, госпитализированных в период с 2007 по 2023 годы в хирургические отделения ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи», являющегося клинической базой кафедры хирургических болезней №1 имени академика К.М. Курбонова ГОУ Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино. Наблюдаемые больные были распределены на две отдельные группы: основная группа (69 больных) и контрольная группа (67 больных). Больным первой группы ($n=69$) герниопластика проводилась с применением биологически инертных сетчатых аллопротезов. Исследуемым больным из второй группы ($n=67$) выполнялись традиционные операции с использованием аллопластического материала. Средний показатель ИМТ в анализируемой группе больных составил $37,2 \pm 0,8$ кг/м² ($>0,05$), то есть существенно превышал нормальные уровни. Для оценки восстановительного процесса функций прямых мышц живота применялись функциональные тесты, разработанные экспертами Мейо Клиник (США). Обработку результатов исследования проводили методами прикладной статистики с использованием MS Excel и программного пакета для статистического анализа «Statistica v. 10.0». Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Учитывая выявленные выраженные дистрофические изменения в тканях передней стенки живота, на фоне сахарного диабета, в ходе исследования у 31 (44,9%) пациента основной группы были выявлены некоторые изменения функциональных показателей тестового удержания нижних конечностей и удержания положения тела до операции. Методика «Onlay» была применена у 19 (13,9%) пациентов. Критериями для выбора данной методики пластики являлись: толщина подкожно-жирового слоя не менее 5,0 см, небольшой объём грыжевых ворот, толщина мышечного слоя передней брюшной стенки менее 3,0 см, толщина прямой мышцы менее $0,927 \pm 0,181$ ($p > 0,001$) см, а ширина прямой мышцы менее $6,648 \pm 0,474$ ($p > 0,001$) см. Усовершенствованная методика была применена у 14 (10,2%) пациенток женского пола и 5 (3,67%) пациентов мужского пола. Способ усовершенствованной методики «sublay» был применен у 29 (21,3%) пациентам. Показанием к данной методике пластики служил толщина подкожно – жирового слоя не менее 5,0 см., средний объём грыжевых ворот, толщина мышечного слоя передней брюшной стенки больше 4,0 см. Толщина прямой мышцы менее $0,127 \pm 0,18$ ($p > 0,001$), ширина прямой мышцы

менее $7,648 \pm 0,47$ ($p > 0,001$) см. Данная усовершенствованная методика была выполнена 22 (16,1%) пациентам мужского пола и 7 (5,1%) пациентам женского пола. Методика усовершенствованной техники «TAR» была применена у 21 (15,4%) пациента. К показаниям для применения данной методики пластики относились: толщина подкожно-жирового слоя не менее 5,0 см, средний объем грыжевых ворот, толщина мышечного слоя передней брюшной стенки более 4,0 см, толщина прямой мышцы менее $0,927 \pm 0,18$ ($p > 0,001$) см, ширина прямой мышцы менее $7,848 \pm 0,39$ ($p > 0,001$) см. Данная методика была реализована у 14 (10,2%) пациентов мужского пола и 5 (3,6%) пациентов женского пола.

Выводы. Выбор метода интраоперационного размещения аллопластического материала должен исходить строго индивидуально и от степени изменения и развития мышечно-апоневротического каркаса передней брюшной стенки.

Гафуров М.М.¹, Мухаббатов Х.Дж.², Шукуров Д.А.^{1,2}

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СУЖЕНИЕ ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ

1. ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан

2. Кафедра урологии им. профессора Осими А.С. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - Аминов З.А.

Цель исследования. Оценить особенности диагностики и современные подходы к лечению стеноза лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС).

Материал и методы. В исследование включены 80 пациентов (возраст 12–45 лет) с диагнозом стеноза ЛМС. Пациенты были разделены на две группы: Группа 1 ($n=40$) - больные с врожденным стенозом ЛМС; Группа 2 ($n=40$) больные приобретенной формой стеноза (после воспалительных заболеваний или травм).

Контрольную группу составили 30 здоровых пациентов. Применены следующие методы диагностики: ультразвуковое исследование (УЗИ) почек и мочевыводящих путей; обзорная и экскреторная урография; компьютерная томография с контрастированием в трех фазах; доплерография почечных сосудов; ретроградная и антеградная пиелография в сложных случаях.

Результаты исследования. Врожденный стеноз ЛМС диагностирован у 62,5% пациентов, приобретенная форма – у 37,5%. Основные симптомы: у 78% больных отмечены рецидивирующие боли в поясничной области, у 55% – периодические эпизоды пиелонефрита; Средний индекс обструкции по данным исследования составил $45,3 \pm 3,7\%$ в группе с врожденной патологией и $38,9 \pm 4,1\%$ в группе с приобретенной формой. У 85% больных с стеноза ЛМС потребовалась провести реконструктивные операции. У 15% больных со сопутствующим заболеванием в тяжелом состоянии первично было произведено с целью улучшения состояния при помощи эндоскопических вмешательств пункционная нефростомия и стентирование. Во всех случаях больным была проведена компьютерная томография с контрастированием в трех фазах.

Выводы. Стеноз ЛМС чаще имеет врожденный характер, однако приобретенные формы также встречаются. Для точной диагностики необходим комплексный подход, включающий УЗИ, КТ с контрастированием в трех фазах и доплерографию. В большинстве случаев требуется хирургическая коррекция, но при тяжелых состояниях больных возможно паллиативное лечение. Перспективным направлением является широко использование современных методов исследования и усовершенствование эндоскопических методов лечения.

Гафуров М.М.¹, Мухаббатов Х.Дж.², Обидов Ш.Ш.²

АНАЛИЗ ДОЛГОСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ НОЧНОГО ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ

1. ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан

2. Кафедра урологии им. профессора А.С. Осими ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - Аминов З.А.

Цель исследования. Оценить долгосрочные результаты комплексного лечения ночного энуреза у детей и выявить факторы, влияющие на эффективность терапии.

Материал и методы. В ретроспективное исследование включены 35 детей (мальчики – 22, девочки – 13) в возрасте от 5 до 14 лет с диагнозом энурез, наблюдавшихся в период с 2015 по 2024 год. Средняя продолжительность наблюдения составила от 6 месяцев до 3 лет. Диагностический комплекс включал: сбор анамнеза, включая семейную предрасположенность и наличие сопутствующих неврологических или урологических заболеваний; ведение дневника мочеиспускания (частота эпизодов недержания, объем мочеиспускания); ультразвуковое исследование мочевыводящих путей; общий анализ мочи и бактериологическое исследование при подозрении на инфекцию; урофлоуметрию и оценку остаточной мочи для исключения дисфункции мочевого пузыря.

Методы лечения включали: поведенческую терапию (режим ограничения жидкости перед сном, пробуждение по расписанию, ведение дневника успехов) – 35 (100%) пациентов; медикаментозное лечение (десмопрессин, антихолинэргические препараты) – 20 (57,1%) пациентов; физиотерапию (электростимуляция мочевого пузыря, магнитотерапия) – 15 (42,8%) пациентов; психотерапию (когнитивно-поведенческая терапия, работа с тревожностью) – 5 (14%) пациентов.

Оценка эффективности проводилась по следующим критериям: динамика частоты эпизодов ночного энуреза; длительность ремиссии после прекращения лечения; частота рецидивов в течение года после терапии; влияние на качество жизни ребенка и его семьи.

Результаты исследования. Полное исчезновение симптомов ночного энуреза через 6 месяцев наблюдалось

у 68% пациентов; В группе поведенческой терапии частота успеха составила 55%, а в группе комбинированного лечения (поведенческая терапия + медикаментозное лечение) – 80% ($p<0,05$); физиотерапевтические методы увеличили эффективность медикаментозного лечения на 15% по сравнению с одной только фармакотерапией; у 22% пациентов отмечены рецидивы через 12 месяцев после окончания терапии, чаще у детей с сопутствующей неврологической патологией. Факторами риска сохранения энуреза оказались семейная предрасположенность, наличие гиперактивного мочевого пузыря и позднее начало лечения (после 10 лет).

Выводы. Комплексный подход к лечению ночного энуреза у детей, включающий поведенческую терапию, медикаментозное лечение и физиотерапию, является наиболее эффективным. Комбинированное лечение показывает лучшие результаты, чем изолированные методы терапии. Своевременное начало лечения (до 7-8 лет) повышает вероятность успешного исхода и снижает риск рецидивов. Дети с сопутствующими неврологическими нарушениями требуют более длительного наблюдения и персонализированной тактики лечения. Вовлечение родителей в процесс терапии повышает приверженность к лечению и улучшает прогноз.

Гафуров Ш.Ф.

ЛЕЧЕНИЕ ЛОЖНОГО СУСТАВА ЛАДЬЕВИДНОЙ КОСТИ КИСТИ МЕТОДОМ ДИСТРАКЦИИ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н. профессор Курбонов С.Х.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения ложного сустава ладьевидной кости кисти путём применения метода distraction.

Материал и методы. В данной работе анализированы результаты обследования и оперативного лечения 15 больных с ложными суставами ладьевидной кости кисти, которые проходили лечение на базе кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино (ортопедическое отделение ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш») в период с 2020 по 2024 гг.

Все пациенты были обследованы с использованием клинического (жалобы, анамнез, осмотр), антропометрического (объём движений в кистевых суставах и сила кисти) и рентгенологического методов.

При поступлении больные жаловались на боли в кисти, усиливающиеся после физической нагрузки, ограничение движений в лучезапястном суставе (ротация, сгибание и разгибание), снижение мышечной силы. Рентгенологическое и КТ- исследование имели решающее значение в дифференциальной диагностике и определении стадии дегенеративных изменений ладьевидной кости.

Комплексное лечение ложных суставов ладьевидной кости методом distraction было проведено всем пациентам. Использовались distraction аппараты из одного кольца и одного полукольца. Под общей анестезией с помощью электродрели проводили по одной спице Киршнера через дистальный метафиз первой пястной кости и обе кости предплечья в нижней трети, в среднефизиологическом положении предплечья между пронацией и супинацией - 45° и положении отведения первой пястной кости. Монтировали distraction аппарат.

В зависимости от стадии патологического процесса проводили этапную distraction кистевого сустава по 0,1 мм в сутки с периодической фиксацией на distraction аппарате с растяжением сустава не более 9 мм. Вовремя distraction пациенты занимались лечебной гимнастикой, добиваясь полного объема движений во всех суставах пальцев, местно применялось также физиотерапевтическое лечение. В процессе лечения у больных уменьшались отек и боли в области повреждения, увеличивались объём движений в пальцах и сила кисти. Для оценки динамики регенерации производили рентгенологическое исследование кистевого сустава в двух проекциях через 4-6 недель, и перед снятием аппарата. После снятия аппарата накладывали заднюю гипсовую лонгету сроком на 6-8 нед., пациенты продолжали занятия лечебной гимнастикой с дозированной нагрузкой на кистевой сустав и физиотерапию. В дальнейшем рекомендовалось постепенное увеличение нагрузки на кисть с ношением напульсника.

Результаты исследования. Ближайшие результаты лечения в сроки от 6 мес. изучены у всех пациентов и оценены как хорошие. Отдаленные результаты лечения в сроки от 1 года до 3 лет изучены у 80% пациентов. Результаты расценивали как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные

Хорошие результаты отмечались у (60%), удовлетворительные результаты у (35%), неудовлетворительные результаты у (5%) больных.

Выводы. Достигнутые результаты свидетельствуют о высокой эффективности предлагаемого метода лечения асептических некрозов ладьевидной кости запястья. Применение метода distraction в лечении ложных суставов ладьевидной кости кисти атравматично и позволяет в большинстве случаев получить положительные отдаленные результаты (95%).

Гафурова Н.Г., Умарзода М.А., Гафурова С.А.

ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В СОЧЕТАНИИ С АКУШЕРСКИМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В ГЕНЕЗЕ АКУШЕРСКОГО ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Абдуллаева Р.А.

Цель исследования. Изучить факторы риска развитие острого повреждения почек у женщин с гипертензивными нарушениями в сочетании с акушерскими кровотечениями.

Материал и методы. Было проведено когортное ретроспективное и проспективное исследования за период с 2012 по 2023 гг. на базе кафедры акушерства и гинекологии №1. Материалом для исследования послужили данные о 213 женщинах, у которых течение беременности, родов и послеродовый период осложнились острым повреждением

почек. Обследуемый контингент был разделён на 4 группы в зависимости от причин ОПП на фоне акушерского осложнения. В данном исследовании мы обсудим ОПП на фоне гипертензивных нарушений в сочетании с акушерскими кровотечениями. Проспективная выборка случаев ОПП была выполнена на базе Родильного дома №1 г. Душанбе и Городского клинического центра реанимации и детоксикации г. Душанбе. Вариационная статистика включала в себя вычисление долей (%) для относительных показателей и средних значений со стандартной ошибкой ($M \pm m$) для абсолютных величин.

Результаты исследования. В ходе данного исследования, обследуемый контингент женщин был разделён на 2 группы: основная группа, которая включала выживших женщин с ОПП на фоне акушерского осложнения, как гипертензивные нарушения в сочетании с акушерскими кровотечениями, и группу сравнения, включающую женщин, умерших от ОПП при сочетании вышеизложенной патологии.

Среди 213 исследованных женщин было обнаружено 41 (19,2%) женщина с данной акушерской патологией ($p > 0,05$). Из 41 женщины 15 (35,6%) выжившие и составили основную группу, а 26 (63,4%) умершие и составили группу сравнения ($p < 0,05$). Детальный сравнительный анализ между двумя группами показал, что острое повреждение почек (ОПП) было выявлено в 1,7 раза чаще у умерших женщин. Сравнительная оценка по месту проживания показала, что женщин сельской местности было значительно больше с статистически значимой разницей ($p < 0,05$) — 31 (75,6%) в общей выборке. Детальный анализ показал, что в обеих группах преобладали жительницы провинции: 13 (31,7%) — в основной группе и 18 (43,9%) — в группе сравнения. Жителей города оказалось лишь 10 (24,4%) в сумме по обеим группам.

Сравнительный анализ женщин по среднему возрасту не выявил значимой разницы между группами и составил $29,5 \pm 6,0$ лет у выживших и $31 \pm 7,3$ лет у умерших ($p > 0,05$). Распределение по возрастным категориям показало, что подростковый возраст был представлен лишь двумя женщинами, по одной в каждой группе. Преобладал оптимальный репродуктивный возраст в основной группе — 11 (73,3%) женщин, с статистически значимой разницей по сравнению с группой сравнения, в которой данный возраст был обнаружен лишь у 14 из 26 женщин (53,8%). Поздний репродуктивный возраст встречался чаще среди умерших женщин: 10 из 26 (38,4%) по сравнению с 3 из 15 (20%) среди выживших.

Выводы. Проведённое исследование показало, что удельный вес гипертензивных нарушений в сочетании с акушерскими кровотечениями в структуре ОПП имеет значительное влияние на неблагоприятные исходы, включая материнскую смертность. Это объясняется тем, что сочетание двух критических акушерских осложнений значительно увеличивает риск фатальных исходов, приводит к более выраженному повреждению жизненно важных органов и способствует развитию полиорганной недостаточности. Из этого следует улучшить прегравидарную подготовку, активного и качественного наблюдения для уменьшения летальных исходов в антенатальном уровне, чаще первого уровня оказания ПМСП в сельской местности.

Гафурова Н.Г., Гафурова С.А., Манижаи К.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК В АКУШЕРСТВЕ ПРИ ПРИСОЕДИНЕНИИ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ, ТАКИХ КАК ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

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

Научный руководитель—к.м.н., доцент Абдуллаева Р.А.

Цель исследования. Изучить клинику острого повреждения почек у женщин с гипертензивными нарушениями в сочетании с акушерскими кровотечениями.

Материал и методы. Было проведено когортное ретроспективное и проспективное исследование, охватывающее период с 2012 по 2023 годы, на базе кафедры акушерства и гинекологии №1. Для анализа были использованы данные о 213 женщинах, у которых во время беременности, родов или в послеродовый период развилось острое повреждение почек. В рамках данного исследования особое внимание уделено острым повреждениям почек, связанным с гипертензивными расстройствами в сочетании с акушерскими кровотечениями. Проспективная выборка случаев острого повреждения почек проводилась на базе Родильного дома №1 и Городского клинического центра реанимации и детоксикации города Душанбе. Вариационный анализ статистических данных включал расчёт долей (%) для относительных показателей и вычисление средних значений с учётом стандартной ошибки ($M \pm m$) для абсолютных величин.

Результаты исследования. Демографический показатель занятости обследованных женщин показал, что почти все женщины из основной группы 14 из 15 (93,3%) имели среднее образование и были безработными, лишь одна имела высшее образование и занимала должность служащей ($p < 0,05$). В группе сравнения 84,6% женщин имели среднее образование, из которых 80,7% были домохозяйками. 15,4% (4 женщины) имели высшее образование, а 19,2% (5 женщин) работали.

Все выжившие женщины после верификации ОПП были переведены в Городской научно-клинический центр реанимации и детоксикации (ГНКЦР и Д) с родовспомогательных учреждений второго и третьего уровня для проведения заместительной почечной терапии (ЗПТ). 17 (65,4%) умерших женщин также были переведены в центры, однако, к сожалению, летальный исход был неизбежен.

Диагноз острое повреждение почек (ОПП) был установлен у 5 женщин (33,3%) с 3-го уровня, 8 женщин (53,4%) с 2А уровня и 3 женщины (13,3%) с 2В уровня оказания медицинской помощи родовспомогательных учреждений республики среди выживших женщин, которые впоследствии были переведены в ГНКЦР и Д ($p < 0,05$).

Среди умерших женщин с ОПП, переведённых с 2А уровня, было 17 женщин (65,4%); с 2В уровня — 4 женщины (15,4%); с 3-го уровня — 5 женщин (19,2%). Перевод женщин с 2А уровня был в 4,2 раза чаще, чем с 2В, и в

3,4 раза чаще, чем с 3-го уровня.

Тщательный анализ времени возникновения родов показал, что среди всех женщин с гипертензивными нарушениями в сочетании с акушерскими кровотечениями роды происходили в 2,1 раза чаще в ночное время, с статистически значимой разницей ($p < 0,05$): 28 родов (68,3%) ночью и 13 родов (31,7%) днём. Однако в группе с фатальным исходом роды происходили в 2,2 раза чаще в ночное время (8 родов, 30,7%) по сравнению с дневными родами (18 родов, 69,2%). В группе сравнения у каждой третьей женщины роды происходили в дневное время.

Выводы. Таким образом, установлено, что диагностика угрожающего жизни состояния, связанного с ОПП, чаще всего происходила на втором уровне оказания медицинской помощи в родовспомогательных учреждениях, в основном в ночное время. Это подтверждает необходимость более тщательного мониторинга женщин, особенно в городских и районных медицинских учреждениях, а также на этапе ПМСП до родов, в родах и в послеродовом периоде. Улучшение качества наблюдения и своевременное вмешательство помогут снизить количество фатальных исходов и улучшить общий исход беременности.

Гиёсзода М.А.

ЗНАЧИМОСТЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ В ОСВОЕНИИ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА ПО УРОЛОГИИ

Кафедра урологии, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., ассистент - Мустафакулов С.С.

Цель исследования. Оценить влияние практических навыков на освоение учебного материала по урологии и их роль в формировании профессиональных компетенций студентов.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие студенты 5 курса медицинского факультета, изучающие урологию. Испытуемые были разделены на две группы: I группа (основная гр. $n=70$) активно участвовала в практических занятиях, включая манипуляции на симуляторах, работу с пациентами и клинические разборы; II группа (гр. сравнения $n=70$) преимущественно изучала теоретический материал. Оценка эффективности обучения проводилась с использованием тестирования, объективного структурированного клинического экзамена (ОСКЭ) и анкетирования студентов.

Результаты исследования. Анализ показал, что студенты основной группы, активно вовлечённые в практическую деятельность, продемонстрировали более высокий уровень освоения урологического материала. Они лучше справились с диагностикой, интерпретацией клинических данных и проведением базовых урологических манипуляций.

В контрольной группе студенты показали хорошие теоретические знания, но испытывали трудности при выполнении практических задач. Полученные результаты подтверждают, что интеграция практических занятий в учебный процесс повышает уровень усвоения знаний, развивает клиническое мышление и повышает уверенность студентов при работе с пациентами. Практико-ориентированный подход формирует важные профессиональные компетенции, необходимые будущим врачам-урологам.

Выводы. Практические навыки играют ключевую роль в обучении урологии. Оптимальное сочетание теоретической подготовки и практического обучения позволяет студентам не только осваивать материал более эффективно, но и быть готовыми к профессиональной деятельности в условиях клинической практики. Рекомендуются усиление практической составляющей в образовательных программах по урологии с использованием современных симуляционных технологий и активного участия студентов в клинической работе.

Гиёсиев И.К., Тохиров Ф.С., Джурсев Ш.М.

ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ РИСКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ИНТЕРВЕНЦИЙ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ и СЗН РТ. Таджикистан

Научный руководитель - д.м.н., профессор Султанов Д.Д.

Цель исследования. Анализ частоты и факторов риска хирургических осложнений после эндоваскулярных вмешательств.

Материал и методы. Проанализированы исходы эндоваскулярных лечебно-диагностических интервенций у 1749 больных. Лиц мужского пола было 1198 (68,5%), женского – 551 (31,5%). Возраст пациентов колебался от 8 месяцев до 87 лет (средний возраст $41,2 \pm 8,4$ лет). От общего числа больных в 1342 (76,7%) случаях были выполнены диагностические исследования, в 407 (23,3%) - лечебные. Рентгеноэндоваскулярное исследование проводилось на ангиографической системе «Infinix VS-I», Toshiba (Япония). Использовался катетер типа «Pig tail». Введение контрастного вещества осуществлялось автоматическим иньектором в объеме 40-60 мл.

Результаты исследования. Различные хирургические осложнения после проведения лечебно-диагностических манипуляций отмечались у 16 (0,91%) пациентов. В частности, в трех случаях развились осложнения, закончившиеся фатальным исходом. У остальных 13 больных возникшие осложнения были скорректированы традиционным хирургическим путем. Так, в 5 случаях вследствие грубой манипуляции развились осложнения, связанные с пункцией артерии и проведением катетера в сосудистое русло (вторичное кровотечение и гематома, тромбоз артерии, образование аневризмы в месте пункции). Во всех случаях, при тромбозе бедренных артерий, была выполнена тромбэктомия с резекцией и аутовенозным протезированием измененного сегмента бедренной артерии.

При вторичном кровотечении и обширной гематоме было выполнено опорожнение гематомы и шов на дефект артерии. Ложная аневризма бедренной артерии была ликвидирована открытым хирургическим путем с пластикой дефекта артерии аутовенозной пластикой.

В 4 случаях отмечались осложнения со стороны венечных артерий: в двух случаях расслоение интимы и тромбоз коронарной артерии, перфорация коронарной артерии (1) и тромбоз стента (1) с последующим развитием инфаркта миокарда. Последующая консервативная терапия способствовала выздоровлению больных.

В двух случаях вследствие несоответствия диаметра окклюдера и стента с диаметром ДМПП и подключичной артерии, отмечалась миграция последних в дистальном направлении. Оба осложнения были корригированы хирургическим путем с хорошими результатами.

У 3 пациентов отмечалась ТЭЛА. В одном случае ее причиной являлась неправильная компрессия места пункции артерии вследствие чего произошла компрессия бедренной вены с образованием тромба в дистальной ее части и в последующем развитием ТЭЛА. В двух случаях развилась интраоперационная внезапная смерть вследствие ТЭЛА, источник которой не удалось установить.

Выводы. Частота различных хирургических осложнений после трансфеморальной аортоартериографии составляет 0,91%, а летальные исходы не превышают 0,2%. Такая частота осложнений по сравнению с литературными данными является минимальной, и доказывает высокий технический уровень выполнения лечебно-диагностических рентгено-эндоваскулярных вмешательств на сердечно-сосудистой системе

Голомидов А.А.

КОРРЕКЦИЯ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Кафедра хирургии №2 и кафедра общей и клинической патофизиологии

Ордена Трудового Красного Знамени медицинский институт им. С.И. Георгиевского

КФУ им. В.И. Вернадского. Россия

Научный руководитель – д.м.н., профессор Харченко В.З.

Цель исследования. Улучшить непосредственные результаты лечения больных острым панкреатитом путем усовершенствования существующих способов консервативной коррекции внутрибрюшной гипертензии.

Материал и методы. Исследование основано на клинко-инструментальном мониторинге результатов комплексного лечения 37 больных с верифицированным диагнозом острый панкреатит (ОП) за 2024 год в стационарных условиях хирургического отделения №1 ГБУЗ Республики Крым «Симферопольская клиническая больница скорой медицинской помощи №6». В зависимости от выбранной лечебной тактики больных ОП разделили на две группы: 18 больных составили группу сравнения (48,65%) и 19 пациентов основную группу (51,35%). Пациентам группы сравнения проводили консервативное лечение, согласно, отечественных клинических рекомендаций. С целью профилактики возникновения внутрибрюшной гипертензии (ВБГ) пациентам основной группы дополнительно проводили ее фармакологическую коррекцию по авторской методике (заявка на патент РФ на изобретение №2024118416 от 01.07.2024). Измерение внутрибрюшного давления (ВБД) осуществляли непрямым способом через мочевого пузыря по Kron и Iberti.

Результаты исследования. В наше исследование были включены больные с ОП алкогольного генеза, который, согласно существующим протоколам лечения, требует проведения интенсивной терапии. Оперативные вмешательства показаны в случае возникновения гнойных осложнений, причем при локальных накоплениях жидкости предпочтительны пункционно-дренирующие вмешательства под контролем сонографии. При анализе данных мониторинга ВБД у больных ОП группы сравнения было установлено, что в результате проведения стандартной комплексной консервативной терапии отмечалось повышение ВБГ более 15 мм рт. ст., которое коррелировало с прогрессированием воспаления в поджелудочной железе и окружающих ее тканях. У части больных признаки ВБГ не только не стихали в течение первой недели, а также имели тенденцию к медленному росту до более 23 мм рт. ст. Это проявлялось ухудшением клинической картины, лабораторных и инструментальных (сонографических) данных. Прогрессирование указанных явлений в дальнейшем послужило причиной к выполнению оперативного вмешательства у двух больных, а также к развитию полиорганной недостаточности, которая привела к смерти двух больных. У больных основной группы было отмечено постепенное снижение уровня ВБГ ниже 15 мм рт. в течение первой недели. В последующем уровень ВБГ зависел от характера морфологических изменений в поджелудочной железе и окружающих ее тканях, что послужило основанием к выполнению оперативного вмешательства у одного больного, и еще у одного пациента выполнению пункционного вмешательства под контролем сонографии. Проведение на фоне комплексного лечения данной категории больных предлагаемых мер по коррекции ВБГ позволило улучшить течение ОП и избежать у большинства больных развития органной дисфункции. У пациентов основной группы нормализация функции кишечника (вздутие живота, отхождение газов, самостоятельный стул) была достигнута в течение недели у 17 (88,47%) больных, а в группе сравнения – у 11 (61,11%) пациентов.

Выводы. Использование в комплексном лечении ОП предложенного лечебного алгоритма по коррекции ВБГ позволяет улучшить непосредственные результаты лечения данной категории пациентов, достоверно снижая частоту осложнений и летальность.

Гуломзода Ф.Ф., Хайдаров А.Э., Мираков Б.Т.

АСЕПТИЧЕСКИЙ НЕКРОЗ ГОЛОВКИ БЕДРА ПОСЛЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЁННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Мирзоева С.М.

Цель исследования. Изучить причины асептического некроза головки бедра после консервативного лечения врожденного вывиха бедра у детей раннего возраста, выработать тактику и меры профилактики некроза.

Материалы и методы. Нами на базе НМЦ РТ «Шифобахш» изучены амбулаторные карты 180 детей с диагнозом врожденного вывиха бедра в возрасте от 3 месяцев до 1 года. Девочек было - 102 (56,7%), мальчиков - 78 (43,3%).

Диагностика врожденного вывиха бедра у детей в возрасте до 6 месяцев проводилась клинически и с помощью УЗИ тазобедренного сустава, после 6 месяцев использовали рентгенологические исследования.

Результаты исследования. Анализ материала показал, что из 180 обследованных дисплазия тазобедренного сустава выявлена у 76 (42,4%), детей, врожденный вывих бедра у 104 (57,6%). Опыт консервативного лечения врожденного вывиха бедра у детей показал, что в рассматриваемом возрастном интервале главным является принцип постепенного, щадящего функционального лечения. Необходимо поэтапное применение методов лечения шинами или вправление гипсовой повязкой. У 52 детей в возрасте от 6 месяцев до 1 года лечение проводилось функциональным методом.

С целью снижения тонуса приводящих мышц и улучшения кровоснабжения применяли физиотерапевтические процедуры: УФО, массаж, магнитотерапию, электрофорез с хлористым кальцием, витаминотерапию, препараты кальция и фосфора. Наблюдение показало, что через 2-3 года после лечения частота асептического некроза головки бедра функциональным методом составляла 2,7%, после закрытого вправления вывиха головки бедра и наложения гипсовых повязок - 11,4%. Анализ отдаленных результатов выявил следующие причины возникновения асептического некроза головки бедра: поздно начатое лечение, травмирование головки бедренной кости при закрытом ручном вправлении, форсированное отведение нижних конечностей, ранняя нагрузка на тазобедренные суставы, повторное вправление вывиха бедра при рецидивах.

Выводы. Таким образом, анализ материала показал, что консервативное лечение врожденного вывиха бедра у детей раннего возраста с постепенным отведением и в сочетании с физиотерапевтическими процедурами и реабилитационными мероприятиями в 97,3% случаев позволяет получить хорошие функциональные результаты. При клинических симптомах начинающегося асептического некроза головки бедра рекомендуется немедленное освобождение ребёнка от фиксации и назначение физиотерапевтических процедур для улучшения кровоснабжения головки.

Гуломов И.И., Давлатов С.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СВЕЖИМ ВЫВИХОМ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Шарипов М.А.

Цель исследования. Оценить функциональные результаты хирургического лечения больных со свежим вывихом акромиального конца ключицы.

Материал и методы. Настоящая работа выполнена в отделении детской травматологии на базе НМЦ «Шифобахш». Всего больных было 40. Возраст больных составил от 18 до 55 лет. Женщин было - 8 а мужчин - 32. Больных распределили в 3 группы. Больных, получивших спортивную травму, было 20 (50%). С уличной травмой было 8 (20%) больных, с дорожно-транспортной травмой составило - 12 (30%) больных. Для определения степени повреждения вывиха акромиально-ключичного сочленения был использован метод компьютерной томографии и рентгеновские исследования, которые определяли по 3-м степеням. При первой степени имеется незначительное расхождение между акромиальным концом ключицы и акромиальным отростком. При второй степени отмечается выступание ключицы над акрамионом на расстоянии не более половины её диаметра. При третьей степени ключица выступает над лопаткой по своему диаметру. Всем больным были произведены оперативные методы лечения в течение от 1 до 6 часов с момента поступления в клинику. У 30 больных была проведена операция с реконструктивными пластинами, у 10 больных были использованы спицы Илизарова, где была наложена гипсовая повязка после оперативного лечения по методу Вайнштейна-Смирнова сроком на 1,5 месяца. Больные после операции с реконструктивными пластинами носили бандажи в течение 12 дней. Также в отделении больные получали антибиотики, болеутоляющие препараты с ежедневной перевязкой области раны. После проведенного оперативного вмешательства все больные находились под наблюдением врача-травматолога. Спустя 1,5 месяца после операции, больные выполняли упражнения для укрепления мышечной ткани и восстановления суставов плечевого пояса. Им была проведена этапная рентгенография акромиально-ключичного сочленения на 12 и 45 день после выписки.

Результаты исследования. Фиксации реконструктивными пластинами позволили пациентам в послеоперационном периоде проводить иммобилизации бандажом в раннем периоде, начиная с 14 дней после операции, проводилась реабилитация. Были произведены оценки результатов лечения со свежим травматическим вывихом акромиального конца ключицы. Хорошие функциональные результаты были получены через 2 месяца после операции у 37 больных, удовлетворительные результаты - у 2 больных, у 1 больного отмечалась миграция спиц, где была произведена повторная операция Г-образным фиксатором.

Выводы. Таким образом, своевременное проведение оперативного лечения по поводу свежих повреждений акромиально-ключичного сустава дало хорошие результаты после ранней реабилитации.

Гуломов И.И., Абдулхайров А.Н.

СОЗДАНИЕ ОПОРНОЙ ФУНКЦИИ КОНЕЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ВЫВИХОМ БЕДРА

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Шарипов М.А.

Цель исследования. Оценить исходы оперативного лечения детей с деструктивным вывихом бедра.

Материал и методы. Работа выполнена в отделении детской травматологии на базе НМЦ «Шифобахш». Всего

было 30 больных с деструктивным вывихом бедра. Возраст больных составил от 3 до 10 лет. Девочек было – 6, а мальчиков – 24. Больные находились с 2011 по 2023 годы. В основном учитывали клиническое, рентгенологическое и магнитно-резонансное и компьютерно-томографическое исследования. Оптимальным возрастом для оперативного лечения патологического вывиха бедра, по нашим данным, является 3-5- летний возраст ребёнка, так как к этому времени у большинства больных заканчивается процесс оссификации структур тазобедренного сустава, когда ещё не сформировались вторичные деформации и процессы регенерации хорошо выражены. Планирование оперативного вмешательства у больных основывалось при оценке нарушений анатомических соотношений в тазобедренном суставе, его функций, нарушений пространственной ориентации костей формирующих сустав, а также при нарушении размеров, формы и целостности костей проводилось с учётом выделенных симптомов и возраста пациента. Выбор метода оперативного вмешательства зависел от возраста больного, обширности разрушения головки, шейки бедра вертлужной впадины, степени смещения бедра. При деструктивном вывихе бедра применялась дифференцированная оперативная тактика в зависимости от степени тяжести деструкции проксимального отдела бедренной кости и вертлужной впадины. Были произведены следующие реконструктивно-восстановительные операции: открытое вправление головки или шейки бедренной кости с межвертельно-деторсионной, укорачивающей, варизирующей остеотомией – у 22 детей; открытое вправление головки или шейки бедренной кости с межвертельно – деторсионной, укорачивающей, варизирующей остеотомией с пластикой вертлужной впадины по Salter – у 8 детей.

Результаты исследования. Результаты лечения оценивались в соответствии с достижением анатомических и функциональных результатов. Операции открытого вправления головки и шейки бедренной кости сводились к вскрытию тазобедренного сустава, ревизии проксимального конца бедренной кости и впадины, обязательному иссечению рубцовой ткани. После медиализации сустава перемещения фрагментов подвздошной кости, сохранившаяся часть шейки и головки бедренной кости погружалась под вновь образованную крышу вертлужной впадины. С ростом детей постепенно нарастала латерализация бедренной кости, которая способствовала восстановлению функции средней и малой ягодичных мышц. Достигнуто движение в суставе в пределах нормы.

Выводы. Хирургическое лечение детей с деструктивными вывихами бедра предусматривает: на первом этапе – стабилизацию тазобедренного сустава, на втором – восстановление длины нижней конечности. Показания к тому или иному виду внутрисуставного оперативного вмешательства должны ставиться строго индивидуально для каждого больного, в зависимости от возраста больного, вида и степени деформации тазобедренного сустава.

Гулшанова С.Ф., Достиев У.А., Муллоев И. Дж.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХИРУРГИЧЕСКИМИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н. Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Разработка и внедрение оптимизированного алгоритма послеоперационного ведения для снижения частоты осложнений и улучшения клинических исходов.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 150 пациентов, перенесших хирургическое лечение гастроэнтерологических заболеваний. Средний возраст пациентов составил $48,3 \pm 7,1$ года; мужчины – 56% (84 человека), женщины – 44% (66 человек). Пациенты были разделены на две группы:

- **Группа 1** (75 человек): стандартное послеоперационное ведение.
- **Группа 2** (75 человек): оптимизированное ведение, включавшее раннюю мобилизацию, профилактическую антибактериальную терапию, контроль параметров дыхательной функции и коррекцию гемодинамики.

Оценивались частота осложнений (инфекции, тромбоэмболии, дыхательная недостаточность), длительность госпитализации и показатели реабилитации. Для анализа использовались методы однофакторного анализа (ANOVA) и тест χ^2 , уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. Частота инфекционных осложнений в группе с оптимизированным ведением снизилась с 16% до 7% ($p < 0,01$).

- Случаи тромбоэмболий составили 3% во второй группе по сравнению с 8% в первой группе ($p < 0,05$).
- Средняя длительность госпитализации уменьшилась с $9,4 \pm 2,2$ до $6,9 \pm 1,7$ дней.
- Пациенты второй группы продемонстрировали более быстрые сроки восстановления дыхательной функции (в среднем $4,2 \pm 0,8$ дня против $6,1 \pm 1,1$ дней в первой группе, $p < 0,05$).

Выводы. Оптимизация послеоперационного ведения, включающая раннюю мобилизацию и индивидуализированный подход к терапии, существенно снижает частоту осложнений и улучшает результаты лечения пациентов. Данный алгоритм рекомендуется для внедрения в практическую хирургию.

Гулшанова С.Ф., Достиев У.А., Муллоев И. Дж.

РОЛЬ ДИЕТОТЕРАПИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ВОССТАНОВЛЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н. Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценка влияния диетотерапии на течение послеоперационного периода и результаты лечения пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 120 пациентов. Средний возраст – $47,5 \pm 6,7$ года; мужчины составили 53% (64 человека), женщины – 47% (56 человек). Пациенты были разделены на две группы:

- **Группа 1** (60 человек): стандартное послеоперационное питание.
- **Группа 2** (60 человек): индивидуализированная диетотерапия, включающая сбалансированное соотношение макро- и микронутриентов, а также этапный переход на полноценное питание.

Оценивались динамика восстановления функций желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), частота осложнений (инфекции, нарушения моторики ЖКТ) и длительность госпитализации. Для статистического анализа использовались методы корреляционного анализа и χ^2 при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. В группе с индивидуализированной диетотерапией восстановление моторики ЖКТ происходило на 2,5 дня быстрее ($4,7 \pm 1,1$ против $7,2 \pm 1,3$ дней, $p < 0,01$).

- Частота инфекционных осложнений в группе 2 снизилась на 35% (с 20% до 13%, $p < 0,05$).
- У пациентов с индивидуализированной диетой наблюдалось улучшение показателей альбумина крови (увеличение на 15%, $p < 0,01$), что свидетельствует о восстановлении белкового обмена.
- Средняя длительность госпитализации сократилась с $10,1 \pm 2,5$ до $7,6 \pm 2,0$ дней.

Выводы. Применение индивидуализированной диетотерапии в послеоперационном периоде значительно ускоряет восстановление функций ЖКТ, снижает частоту осложнений и сокращает сроки госпитализации. Данный подход рекомендуется для включения в стандартную схему послеоперационного ведения пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями.

Гулшанова С.Ф., Достиев У.А., Муллоев И. Дж.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н. Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценка эффективности различных схем профилактики тромбоэмболических осложнений у пациентов в послеоперационном периоде.

Материал и методы. В исследование включены данные 130 пациентов, перенесших хирургическое лечение гастроэнтерологических заболеваний. Средний возраст пациентов – $49,2 \pm 7,4$ года; мужчины составили 57% (74 человека), женщины – 43% (56 человек). Пациенты разделены на две группы:

- **Группа 1** (65 человек): стандартная профилактика (низкомолекулярные гепарины в фиксированных дозах).
- **Группа 2** (65 человек): усиленная профилактика, включающая индивидуальный подбор доз антикоагулянтов на основе уровня D-димера и функциональных тестов свертываемости крови.

Оценивались частота ТЭО, кровотечений, гемодинамические параметры и длительность госпитализации. Использовались методы статистического анализа (χ^2 , t-критерий) при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования.

- Частота ТЭО в группе 2 составила 4,6%, что значительно ниже, чем в группе 1 (12,3%, $p < 0,01$).
- Кровотечения как осложнение антикоагулянтной терапии наблюдались в 1,5% случаев в группе 2 и в 3,8% случаев в группе 1.
- У пациентов с усиленной профилактикой сроки нормализации гемодинамики сократились на 2 дня ($5,3 \pm 1,2$ против $7,5 \pm 1,8$ дней, $p < 0,05$).
- Средняя длительность госпитализации в группе 2 составила $6,8 \pm 2,0$ дней, что на 15% меньше, чем в группе 1 ($8,1 \pm 2,3$ дней, $p < 0,05$).

Выводы. Индивидуализированный подход к профилактике ТЭО на основе лабораторного мониторинга значительно снижает риск тромбозов, уменьшает частоту осложнений антикоагулянтной терапии и сокращает сроки госпитализации. Данный подход рекомендован для внедрения в стандартные протоколы послеоперационного ведения пациентов.

Гурезова М.Ф., Хушвахтзода М.Х.

ИГРОВАЯ АУДИОМЕТРИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ТУГОУХОСТИ

Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель - Исупова Ш.Ф.

Цель исследования. Оценка слуха у детей дошкольного возраста с помощью метода игровой аудиометрии.

Материал и методы. В условиях сурдологического и детского ЛОР отделения ГУ НМИЦ «Шифобахш», после оториноларингологического осмотра, аудиологическому обследованию подвергались 95 детей, (30 мальчиков, 35 девочек), из общего числа детей у 30 – нормальная слуховая функция составляла контрольную группу. Величина тональных порогов у этих детей по сравнению с взрослыми превышала величину тональных порогов на 10 дБ ($\pm 0,5$).

Исходя из этого соображения, нами разработана такая модификация игровой аудиометрии, которая может быть применена для диагностики тугоухости у детей дошкольного возраста.

Результаты исследования. Из общего числа детей у 30 отмечалось нарушение слуха по типу звукопроведения, связанное с поражением среднего уха на почве воспалительного процесса. Всем детям произведено 3-х кратное аудиологическое обследование после длительной слуховой тренировки. У детей с нарушениями слуховой функции по типу нарушения звукопроведения кривая аудиограммы имела горизонтальную плоскость с достаточным костно-воздушным интервалом и нормальным порогом костной звукопроводимости. Эти данные свидетельствуют о поражении звукопроводящей системы.

У 35 детей выявлено нарушение слуха по типу нарушения звуковосприятия, связанное с поражением слухо-

вой функция на почве воспалительного процесса рецепторного аппарата улитки. Кривая аудиограммы имела нисходящую плоскость с отсутствием костно-воздушного интервала и высоким порогом слуховой чувствительности на уровне высоких частот (2000, 4000, 8000) свыше 70 дБ при относительной сохранности слуха в зоне более низких частот.

Выводы. Итак, игровая аудиометрия в условиях сурдологического центра является эффективным методом исследования функции кохлеарного анализатора у детей дошкольного возраста. Полученные результаты достаточно убедительны и дают возможность широкого применения в аудиологической практике.

Гуриев Х. Дж.

ТРАНСАНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ АГАНГЛИОНАРНОЙ ЗОНЫ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У НОВОРОЖДЁННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра детской хирургии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н. Рахмонов Ш. Дж.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения болезни Гиршпрунга у новорождённых и детей грудного возраста.

Материалы и методы. В клинике детской хирургии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино на базе ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» с 2017 по 2025 годы прооперировано 65 больных с БГ в возрасте до одного года.

Результаты исследования. Из 65 больных у 40 имело место острое течение болезни. Они поступили в первые 35 дней после рождения с клиникой врождённой кишечной непроходимости, и 25 детей поступили в грудном возрасте. Для подтверждения диагноза произведена контрастная ирригография. У 60 детей обнаружен аганглиоз ректосигмоидной части толстой кишки, с профилактической целью для вторичного мегаколона мы вставили лаваж выше зоны аганглиоза. У 4 детей был обнаружен ректальный аганглиоз, а у 1 больного - субтотальная форма, ему была наложена правосторонняя илеостомия.

Всем больным произведена операция низведения аганглионарной зоны толстой кишки трансанальным доступом. Этапы операции трансанального низведения толстой кишки по Дела-торе Мондрагона выполнялись следующим образом: 1) фиксации слизистой оболочки прямой кишки к ректатору; 2) держалка слизистой оболочки прямой кишки за зубчатую линию: отсечение слизистой оболочки прямой кишки по окружности и начало мобилизации цилиндра; 3) выделение серозно-мышечного цилиндра на протяжении 4-5 см; 4) вскрытие серозно-мышечного цилиндра по окружности; 5) низведение мобилизованной толстой кишки на промежность через серозно-мышечный цилиндр; 6) отсечение низведённой кишки выше зоны аганглиоза, 7) формирование колоанального анастомоза. При изучении ближайших результатов оперативного лечения по методу Дела-торе-Мондрагона у новорождённых и детей грудного возраста выздоровели все 65 прооперированных больных. У 5 детей после операции отмечено сужение в месте колоанального анастомоза. Им произведено бужирование и рассасывающее лечение. Послеоперационное рубцовое сужение ликвидировано без оперативного вмешательства. А у 4 больных после операции отмечен энкопрез, в последующем наблюдались на реабилитации.

Выводы. В результате небольшого опыта, на наш взгляд, оптимальным методом оперативного лечения болезни Гиршпрунга у новорождённых и детей грудного возраста является трансанальное низведение аганглионарной зоны по методу Дела-торе-Мондрагона, при котором продолжительность операции сокращается, тем самым послеоперационные абдоминальные осложнения уменьшаются, и послеоперационный период протекает гладко. Операцию трансанальной резекции аганглионарной зоны БГ считаем целесообразным проводить в раннем возрасте.

Давлатджонова Х.Д.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ

Кафедра хирургических болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель - Рахимов Ф.Р.

Цель исследования. Изучить эффективность эмболизации маточных артерий при раке шейки матки.

Материал и методы. Была изучена эффективность эмболизации маточных артерий при раке шейки матки осложнившийся кровотечением у 7 больных в отделении рентгеноваскулярной хирургии РНЦССХ Республики Таджикистан. Возраст пациенток составил от 24 до 47 лет. Медиана возраста пациентов составила 33.5 лет. Диагноз рак шейки матки установлена на основании клинико-анамнестических данных, такие как кровянистые выделения, нарушение менструации, похудание, выделение из половых путей, а также результатов УЗИ, КТ, МРТ с внутривенным контрастированием, колпоскопии с биопсией и исследование онкомаркеров. На момент поступления у всех больных диагностирован рак шейки матки III-IV степени осложнившийся кровотечением.

Результаты исследования. Ангиографический успех процедуры эмболизации маточных артерий при раке шейки матки составил 100%. В качестве эмболизирующего материала были использованы эмболы размером 355-500 микрон, 500-700 микрон а также 700-900 микрон компании COOK или Embo-Gold. Рентгеноваскулярные вмешательства проводились на ангиографических системах «InfinitxVS-I» TOSHIBA в 2024 году. Доступом для проведения процедуры в 5 случаях была правая лучевая а в 2 случаях правая бедренная артерии. Вмешательство было выполнено под местной анестезией с седативной поддержкой под мониторным наблюдением параметров жизненно важных органов и систем. Средняя продолжительность вмешательства была в пределах 60±20,5 минут. Послеоперационный период протекал гладко. Через день после вмешательства все пациентки были выписаны на амбулаторное

лечении, под наблюдением онкогинеколога. В период от 3 до 6 месяцев после эмболизации эпизоды кровотечения не отмечались и параметры общего анализа крови приблизились к норме.

Выводы. Эмболизация маточных артерий при раке шейки матки осложнившаяся кровотечением, является весьма эффективным, миниинвазивным вмешательством, а также самостоятельным методом остановки кровотечения.

**Давлатов Дж. Дж.^{1,2}, Хамроев Б.М.¹, Мухаббатов А.Дж.
ДЕФЕКТ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ПРИ СВИЩАХ ПРЯМОЙ КИШКИ**

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино. Таджикистан¹

Кафедра хирургии ГОУ Республиканский медицинский колледж²

Научный руководитель - д.м.н. Мухаббатов Дж.К.

Цель исследования. Способ определения дефекта анального сфинктера у больных со свищами прямой кишки.

Материал и методы. За период с 2020 по 2024г в отделении колопроктологии ГУ ГМЦ №2 г. Душанбе обследованы 87 больных с хроническим парапроктитом (свищи прямой кишки). В зависимости от расположения свищевого хода были выявлены: интрасфинктерные-32(36,8%), трансфинктерный-36(41,4%), экстрасфинктерные-19(21,8%) формы. У 15(7,6%) пациентов были рецидивирующие формы параректальных свищей. Возраст пациентов варьировал от 18 до 75 лет. Основную часть заболевших составили лица трудоспособного возраста 87,2%. Из них 78,2% были лица мужского пола и 21,8% женского.

Результаты исследования. Изучение жалоб больных со ССПК показало, что основной жалобой у всех больных, было наличие свищевого отверстия с гнойным отделяемым, а другие симптомы отличались в зависимости от характера структурных изменений АС в том числе дефект АС. У пациентов с ДАС отмечался болевой синдром и боли появлялись периодически, спонтанно и имели характер по типу невралгии, что составляет 29,4%.

Дефект или диастаз волокон АС при СПК на УЗИ выглядели в виде различной степени гипоехогенности протяженностью от 0,5см до более 3,0 см в одной части наружного анального сфинктера. Необходимо отметить, что при заднем расположении дефекта АС, расстояние между отсеченными концами сфинктера относительно было меньше в отличие от бокового расположения дефекта АС.

Дефекты внутреннего сфинктера также выглядели в виде различной степени гипоехогенности протяженностью от 0,3 до 1,2 см и чаще по задней стенке прямой кишки. Наиболее диагностическую информативность УЗИ показало в дефектах формы анального сфинктера, по сравнению с другими СИАС. Частота правильного определения ДАС методом УЗИ по отношению к интраоперационной ревизии составила 100%.

Выводы. Информативность УЗИ (чувствительность, специфичность и общая точность) в диагностике выявления СИАС, в том числе ДАС при свищах прямой кишки, составила 97,0%, 92,2% и 94,0% соответственно.

**Давлатов Дж. Дж.^{1,2}, Мухаббатов А.Дж.^{1,2}, Аннаев М.Б.
ПЕКТЕНОЗ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ПРИ СЛОЖНЫХ СВИЩАХ ПРЯМОЙ КИШКИ**

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино. Таджикистан¹,

Кафедра хирургии ГОУ Республиканский медицинский колледж²

Научный руководитель - д.м.н. Мухаббатов Дж.К.

Цель исследования. Способ определения пектеноза анального сфинктера у больных со сложными свищами прямой кишки.

Материал и метод. В отделении колопроктологии ГУ ГМЦ №2 с 2019 по 2023 годы для диагностики структурных изменений анального сфинктера (АС), в том числе пектеноза анального сфинктера (ПАС) у 87 больных со сложными свищами прямой кишки (ССПК), были проведены клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования. Возраст пациентов варьировал от 18 до 76 лет. Мужчин было 68(78,2%), женщин –19 (21,8%). Основную часть заболевших составили лица трудоспособного возраста, что составляет 92,4%.

Результаты исследования. Изучение жалоб больных со ССПК показало, что основной жалобой у всех больных, было наличие свищевого отверстия с гнойным отделяемым, а другие симптомы отличались в зависимости от характера структурных изменений АС. Боли в заднем проходе у больных со ССПК осложненный ПАС по всей пораженной половине стенки прямой кишки.

Признаки ПАС проявлялись в виде различной деформации контура сфинктера в разные стенки прямой кишки. Ультразвуковое исследование позволило диагностировать не только ПАС, но и степень его тяжести у больных со ССПК, тотальный ПАС, т.е. тотальное поражение всех порций АС установлено у 37,1% больных и у 62,9% пациентов - точечный и сегментарный степени тяжести. Изученные показатели лабораторных методов исследования при ПАС со ССПК отмечались повышенные показатели эндотоксикоза, что выражалось в увеличении СОЭ и СРБ крови, и эти изменения были связаны с тем, что наряду с воспалительными процессами АС, были гнойно-воспалительные процессы в параректальной области (гнойная полость и затёки).

Информативность УЗИ (чувствительность, специфичность и общая точность) в диагностике выявления СИАС в том числе РС при сложных свищах прямой кишки составили 99%, 89,1% и 96,9% соответственно.

Выводы. Сложные свищи прямой кишки в 65,5% наблюдений сопровождаются (осложняются) органическими изменениями в структуре анального сфинктера, которые проявляются в виде ПАС в 27,6% случаев.

Давлатов Дж. Дж.^{1,2}, Нозимов Ф.Х.¹, Сафолова Ф.М.¹.
РЕАКТИВНЫЙ СФИНКТЕРИТ ПРИ СЛОЖНЫХ СВИЩАХ ПРЯМОЙ КИШКИ
Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино. Таджикистан¹
Кафедра хирургии ГОУ Республиканский медицинский колледж²
Научный руководитель- д.м.н. Мухаббатов Дж.К.

Цель исследования. Способ определения реактивного сфинктерита у больных со сложными свищами прямой кишки.

Материал и методы. В отделении колопроктологии ГУ ГЦЗ №2, с 2019 по 2023 на основе критерий оценки изменений анального сфинктера (АС), в том числе реактивного сфинктерита при ССПК, у 87 больных были проведены клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования. Основную часть заболевших составили лица трудоспособного возраста от 21 до 62 лет, что составляет 92,4%. Среди них было мужчин 68(78,2%) и женщин 19(21,8%).

Результаты исследования. Изучение жалоб больных со ССПК показало, что основной жалобой у всех больных, было наличие свищевого отверстия с гнойным отделяемым, а другие симптомы отличались в зависимости от характера структурных изменений АС. Боли в заднем проходе у больных со ССПК осложненный РС локализовались в области наружного свищевого отверстия.

При УЗИ РС у больных со ССПК с наличием гнойной полости, расположенной около или в толще волокна анального сфинктера, выглядит более гиперэхогенной, чем нормальные ткани сфинктера. В зависимости от вовлечения в патологический процесс могут быть в различной части АС. В динамике в этих местах развиваются соответствующие РС признаки и проявляются при УЗИ гиперэхогенностью. Часть тканей АС с признаками РС набухает и при УЗИ контуры выходят за пределы нормального АС и являются отличительным признаком РС. Информативность УЗИ (чувствительность, специфичность и общая точность) в диагностике выявления СИАС в том числе РС при сложных свищах прямой кишки составили 75%, 94,2% и 89,9% соответственно. Изученные показатели лабораторных методов исследования при РС со ССПК отмечались повышенными показателями эндотоксикоза, что выражалось в увеличении СОЭ и СРБ крови, и эти изменения были связаны с тем, что наряду с воспалительными процессами АС, были гнойно-воспалительные процессы в параректальной области (гнойная полость и затёки).

Выводы. Сложные свищи прямой кишки в 65,5% наблюдений сопровождаются (осложняются) органическими изменениями в структуре анального сфинктера, которые проявляются в виде реактивного сфинктерита в 18,4% случаев.

Давлатов С.А., Гуломов И.И.
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СВЕЖИМ ВЫВИХОМ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Шарипов М.А.

Цель исследования. Оценить функциональные результаты хирургического лечения больных со свежим вывихом акромиального конца ключицы.

Материалы и методы. Настоящая работа выполнена в отделении детской травматологии на базе НМИЦ «Шифобахш». Всего больных было 40. Возраст больных составил от 18 до 55 лет. Женщин было -8 а мужчин -32. Больных распределили в 3 группы. Больных получивших спортивную травму, было 20 (50%). С уличной травмой было 8 (20%) больных, с дорожно-транспортной травмой составило 12 (30%) больных. Для определения степени повреждения вывиха акромиально-ключичного сочленения был использован метод компьютерной томографии и рентгеновские исследования, которые определяли по 3-м степеням. При первой степени имеется незначительное расхождение между акромиальным концом ключицы и акромиальным отростком. При второй степени отмечается выступание ключицы над акрамионом на расстоянии не более половины её диаметра. При третьей степени ключица выступает над лопаткой по своему диаметру. Всем больным были произведены оперативные методы лечения в течение от 1 до 6 часов с момента поступления в клинику. У 30 больных была проведена операция с реконструктивными пластинами, у 10 больных были использованы спицы Илизарова, где была наложена гипсовая повязка после оперативного лечения по методу Вайнштейна-Смирнова сроком на 1,5 месяца. Больные после операции с реконструктивными пластинами носили бандажи в течение 12 дней. Также в отделении больные получали антибиотики, болеутоляющие препараты с ежедневной перевязкой области раны. После проведённого оперативного вмешательства все больные находились под наблюдением врача-травматолога. Спустя 1,5 месяца после операции, больные выполняли упражнения для укрепления мышечной ткани и восстановления суставов плечевого пояса. Им были проведена этапная рентгенография акромиально-ключичного сочленения на 12 и 45 день после выписки.

Результаты исследования. Фиксации реконструктивными пластинами позволили пациентам в послеоперационном периоде проводить иммобилизации бандажом в раннем периоде, начиная с 14 дней после операции, проводилась реабилитация. Были произведены оценки результатов лечения со свежим травматическим вывихом акромиального конца ключицы. Хорошие функциональные результаты были получены через 2 месяца после операции у 37 больных, удовлетворительные результаты - у 2 больных, у 1 больного отмечалась миграция спиц, где была произведена повторная операция Г-образным фиксатором.

Выводы. Таким образом, своевременное проведение оперативного лечения по поводу свежих повреждений акромиально-ключичного сустава дало хорошие результаты после ранней реабилитации.

Давлатов Ш.Ш., Негматов С.Н., Ботуров У.Н.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАЛОИНВАЗИВНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - Парпиев Ф.М.

Цель исследования. Оценка эффективности и улучшение результатов хирургического лечения переломов проксимального отдела бедренной кости у пожилых пациентов.

Материалы и методы. Работа основана на анализе результатов оперативного лечения и наблюдения 22 пострадавших с переломами проксимального отдела бедренной кости, лечившихся в травматологических отделениях ГУ НМЦРТ «Шифобахш» за период 2022-2025 гг. Мужчин было - 12 (54,5%), женщин - 10 (45,5%). Возраст больных колебался от 38 до 86 лет. Большую часть - 15 (71,4%) пациентов составляли люди пожилого и старческого возраста. В структуре травматизма доминировало падение на бок - 16 (76,2%). Из них в первые трое суток в клинику доставлено - 14 больных, от 3-х до 10-ти суток - 5 и более 10-ти суток - 2.

Результаты исследования. Применение интрамедуллярного блокирующего остеосинтеза является малоинвазивной, малотравматичной операцией, что позволяло осуществлять его в максимально ранние сроки после поступления пациентов в стационар. Это значительно улучшало результаты лечения и снижало возможные до и послеоперационные осложнения. В пред- и послеоперационном периодах с целью профилактики тромбоэмболических осложнений всем больным назначали низкомолекулярный гепарин и эластичное бинтование нижних конечностей. Большому числу больных операция производилась под спинно-мозговой анестезией, что позволило у пациентов старшей возрастной группы избежать гиповентиляционных осложнений и других нарушений в раннем послеоперационном периоде. Преимущество интрамедуллярного остеосинтеза в том, что место перелома не обнажают, а после закрытой репозиции отломков вводят фиксатор через небольшой разрез с помощью направителя под контролем ЭОП (электронно-оптический преобразователь). Введение гвоздя в костномозговой канал вдали от места перелома максимально снижает риск послеоперационных инфекционных осложнений.

Средняя продолжительность операции составила 30-40 минут, а кровопотеря не более 100 мл. В связи с минимальной кровопотерей во время операции не было необходимости в переливании препаратов крови и кровезаместителей. Дополнительная внешняя иммобилизация после операции не требовалась. Больных активизировали на 2-й или 3-й день после операции. В комплексном лечении пациентов старшей возрастной группы включали препараты кальция в сочетании с бисфосфонатами, что способствовало не только ускорению сращения переломов и увеличения плотности костей, но и профилактике возникновения новых переломов. Все пациенты пожилого и старческого возраста занимались специальной программой физических упражнений, направленной на ускоренное восстановление. Это позволило сократить сроки реабилитации и улучшить качество жизни больных в послеоперационном периоде. Большинство оперированных пациентов отмечали исчезновение или значительное уменьшение болевого синдрома, что дало им возможность в ближайшие дни после операции самостоятельно себя обслуживать и восстановить опороспособность конечности.

Выводы. При лечении переломов проксимального конца бедренной кости у пациентов пожилого возраста среди оперативных методов предпочтение отдаётся блокирующему интрамедуллярному остеосинтезу, т.к. является малоинвазивной и малотравматичной, даёт больше стабильности и отпадает необходимость внешней иммобилизации, кроме того, сократить сроки пребывания больных в стационаре, уменьшить период реабилитации и повысить качество жизни пациентов.

Давлатова Г.Б., Эшонова М.А., Шарипова Н.Л.
К ВОПРОСУ О ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМЕ
Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».
Республиканский глаукомный диспансер. Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Юнусова З.И.

Цель исследования. Изучить возрастные, региональные и видовые особенности первичной глаукомы.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Республиканского глаукомного диспансера ГУ Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш». Были отобраны 310 амбулаторных карт больных с первичной глаукомой, обратившихся в Республиканский глаукомный диспансер с января по декабрь 2024 года. Мужчины составили 180 человек, что составило 58%, женщин - 130 человек, соответственно 42%. Всем пациентам была проведена визометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, гониоскопия по Гольдману, эхобиометрия, периметрия, тонометрия по Маклакову, 2-х часовая тонометрия, тонография.

Результаты исследования. Все пациенты были распределены на возрастные группы: 1 группа (40 - 50 лет) - 52 человека, что составило 17 %, 2 группа (51 - 60 лет) - 140 человек, что составило 45%, 3 группа (61 и выше) - 118 человек, соответственно 38%. Распределение по регионам следующее: Душанбе - 69 человек, что соответствует 22%, РРП - 80 человек, что соответствует 26%, Хатлонская область - 150 человек, что составляет 48% от общего количества пациентов, Согд - 11 человек, соответственно, 4%. Из 310 пациентов у 270 диагностирована открытоугольная глаукома, что в процентном отношении составило 87% от общего количества пациентов (из них 121 пациент прооперирован и 149 пациентам выработан режим закапывания капель), у 15 пациентов диагностирована закрытоугольная глаукома, соответственно, 5% (все пациенты были прооперированы) и у 25 пациентов диагностирована смешанная глаукома, соответственно 8% (из них 4 пациента прооперированы и 21 пациенту выработан режим закапывания капель).

Выводы. Открытоугольная глаукома встречается чаще других видов первичной глаукомы и составляет 87%. В большинстве случаев, первичная глаукома чаще встречается у мужчин (58%), лидирующее место пациентов с первичной глаукомой приходится на 2 возрастную группу (51-60 лет), что составило 45%. Таким образом, пациентам в возрасте 51-60 лет рекомендовать раз в полгода измерять внутриглазное давление.

Давлатшозода Д.Р., Суфиев М.Х.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА НЕОДОНТОГЕННЫХ КОСТНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра хирургических дисциплин №3

ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

Научный руководитель – Абдуллоев Н.Н.

Цель исследования. Анализ результатов радиологических исследований у больных с верифицированными опухолями ЧЛЮ (челюстно-лицевой области) и околоносовых пазух, а также определение эффективности и достоверности соответствующих методов диагностики.

Материал и методы. Было проведено ретроспективное изучение результатов радиологических методов визуализации 34 больных с доброкачественными и злокачественными костными опухолями ЧЛЮ и околоносовых пазух, на базе Республиканской клинической больницы Дангаринского района в период с 2016 по 2022 гг.

Результаты исследования. В ходе ретроспективного анализа было отмечено, что процентное соотношение мужчин и женщин составило 58,8% (20 пациентов) и 41,2% (14 пациентов). Средний возраст пациентов составил 31 год. В первую очередь стоит отметить, что во всех исследованных случаях костных опухолей ЧЛЮ в качестве метода визуализации использовалась КТ. Было определено, что злокачественные опухоли локализуются в большинстве случаев в нижней челюсти. Внешний вид злокачественных опухолей имел во всех случаях схожие черты: неправильную форму, нечеткие контуры, неровные края. Стоит отметить, что во всех случаях плотность образований была высокой. Наличие деструкции костной ткани определялась также в разной степени при всех типах злокачественных опухолей (саркома Юинга, остеосаркома, хондросаркома, фибросаркома) с прорастанием в окружающие структуры: носовую полость и твердое небо – 7 %, верхнечелюстную пазуху – 14 %, орбиту – 13% случаев и 33% случаев в слюнные железы.

Для доброкачественных опухолей во всех случаях характерны такие общие черты как четкие ровные контуры, высокая интенсивность и отсутствие деструкции костной ткани. Тем не менее, определялись специфические черты у определенных типов опухолей такие как вид «матового стекла» при фиброзной дисплазии (ФД) в 100% случаев. Так же ФД в отличие от остальных опухолей демонстрировала способность к прорастанию окружающих тканей: передней стенки гайморовой пазухи в 25% случаев и нижней стенки орбиты в 25% случаев. Отличительные черты в случае доброкачественных образований в основном определялись в их локализация. Так, ФД поражала в 50% случаев верхнюю челюсть, а в 25% случаев нижнюю челюсть и лобную кость. Гигантоклеточная опухоль в 86% случаев поражала нижнюю челюсть, тогда как остеома в 70% лобную кость. Также следует отметить, что такой характерный признак злокачественных опухолей как агрессивная периостальная реакция не удалось распознать на КТ. По-видимому, это связано с тем, что кости в данной области не являются трубчатыми и гораздо мельче в размерах.

Выводы. КТ является наиболее эффективным методом визуализации костных опухолей ЧЛЮ, демонстрируя высокую достоверность при постановке диагноза. Опухоли имеют особенности при визуализации, которые необходимо учитывать при дифференциальной диагностике доброкачественных образований от злокачественных.

Давлатшозода Д.Р., Гулов Б.Б., Рахмонов М.А.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ПОЧЕК В УСЛОВИЯХ НЕОТЛОЖНОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Кафедра хирургических дисциплин №3

ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

Научный руководитель – Айниев Б.С.

Цель исследования. Изучить эффективность, качества и скорости диагностики пострадавших с травмой почек с применением компьютерной томографии, с целью дальнейшего своевременного выбора рациональной хирургической тактики в кратчайшие сроки после факта травмы и предупреждения развития грозных осложнений.

Материал и методы. В данное исследование было включено 23 пациентов, обследованные в период с 2016 по 2019 годы в Республиканской клинической больнице Дангаринского района. Проведено сопоставление данных компьютерной томографии. У 20 пациентов исследование проводилось с использованием болюсного внутривенного контрастирования при помощи автоматического инъектора.

Результаты исследования. Согласно полученным данным ретроспективному анализу ранее проведенных исследований было отмечено, что процентное соотношение мужчин и женщин составило 87% (20 пациентов) и 13% (3 пациента). Средний возраст пациентов составил 25 лет. В результате анализа данных, полученных при проведении мультиспиральной компьютерной томографии с использованием болюсного внутривенного введения контрастного вещества посредством автоматического инъектора, установлено, что было выявлено изолированная травма одной почки у 11 больных, сочетанная с повреждениями других паренхиматозных органов живота. В 8 случаях травма была односторонняя, как при изолированном, так и при сочетанном травматизме. В 1 случае была двусторонняя травма почек сочетанной с повреждениями других паренхиматозных органов живота и груд-

ной полости. В большинстве случаев (более 45%) на основании данных компьютерной томографии установлены II и III степень повреждения, в 1% всех случаев выявлена IV степень повреждения с наличием экстравазации контрастного вещества и затека мочи в забрюшинное пространство.

Выводы. Наиболее высокоинформативным, быстрым и достоверным методом обследования пострадавших с закрытой травмой почек в условиях неотложной лучевой диагностики, являющейся «золотым стандартом», остается компьютерная томография с применением неинвазивной ангиографии с целью незамедлительного определения оптимального и верного решения хирургической тактики в течение первых 24-х часов с момента травмы.

Давронзода М.Д., Умарализода С.А., Парвизи К.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА

Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Холматов Дж.И.

Цель исследования. Определение возможностей современных лучевых методов исследования в диагностике воспалительных изменений верхнечелюстных синусов.

Материал и методы. период с 2022 г. по 2024 г. в отделении лучевой диагностики Национального медицинского центра РТ «Шифобахш» были обследованы 166 пациентов с верхнечелюстными синуситами различной этиологии. У 110 больных (66,2%) была подтверждена одонтогенная этиология заболевания. Анализ распределения больных в соответствии с возрастом и полом показал, что из обследованных больных с верхнечелюстными синуситами большинство — 91 (54,8%) человек — были в молодом и зрелом возрасте от 21 года до 60 лет. Пациентов старше 60 лет было 19 (11,4%) человек, средний возраст пациентов составил 48 лет (от 21 до 81 года). Преобладали лица женского пола (62 (37,3%) женщины и 48 (28,9%) мужчин) трудоспособного возраста. Сопоставление клинических проявлений одонтогенного верхнечелюстными синуситами и рентгенологической картины позволило условно объединить пациентов в две группы: 66 (39,7%) пациентов с острым воспалительным процессом в верхнечелюстном синусе имели соответствующие клинические симптомы заболевания, а 44 (26,5%) пациента жалоб со стороны верхнечелюстных синусов не предъявляли (воспалительный процесс в верхнечелюстном синусе был хроническим).

Результаты исследования. Анализ результатов лучевой диагностики выявил признаки одонтогенного верхнечелюстного синусита в 110 из 166 случаев (66,2%). Из них 66 пациентов (39,7%) имели явные клинические симптомы заболевания, такие как головная боль, субфебрильная температура, нарушение сна, тяжесть в одной половине лица при наклоне головы, заложенность носа с одной стороны, и были направлены на лучевое исследование оториноларингологами. Остальные 44 пациента (26,5%) не предъявляли жалоб, связанных с верхнечелюстными синусами, и были направлены на обследование стоматологами и челюстно-лицевыми хирургами по следующим показаниям: 22 пациента (13,2%) — для уточнения стоматологического статуса, 12 (7,3%) — перед дентальной имплантацией, 10 (6%) — для послеоперационного контроля после вмешательств на верхней челюсти. В этих случаях воспаление верхнечелюстного синуса было обнаружено случайно. Компьютерная томография в каждом случае позволила точно определить форму заболевания, определить объем поражения синусов, оценить состояние нижней костной стенки синуса, выявить нарушение ее целостности и связь лунки зуба с синусом, обнаружить очаг воспаления в пародонте, а также инородные тела в верхнечелюстном синусе.

Выводы. Высокотехнологичные методы лучевой диагностики играют важную роль в комплексном обследовании верхнечелюстного синусита. Использование компьютерной томографии помогает выявить причины синусита и выбрать оптимальную тактику лечения. Компьютерная томография рекомендуется пациентам до и после эндодонтического лечения, установки стоматологических имплантатов, а также при хирургических вмешательствах на верхней челюсти, чтобы своевременно обнаружить возможные патологические изменения верхнечелюстных синусов, в том числе бессимптомные.

Дадобоев З.А., Рахимова З.И.

МЕТОД ВРЕМЕННОЙ ИНТУБАЦИИ СЛЕЗНОНОСОВОГО КАНАЛА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АКТИВНОГО ДРЕНАЖА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ДАКРИОЦИСТИТОМ

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Детское отделение областного центра микрохирургии глаза им. Ф. Шарифова. Худжанд.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Каримзода Х.Дж.

Цель исследования. Изучить эффективность активного дренажа, имплантированного в слезный мешок детям с врожденным дакриоциститом.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 15 пациентов (7 мальчиков и 8 девочек) в возрасте от 1,5 до 5,5 лет, средний возраст – $2,7 \pm 1,7$ года, в условиях детского отделения областного центра микрохирургии глаза им. Ф. Шарифова. Все пациенты были обследованы с использованием следующих методов: цветной слезно-носовой пробы Веста, диагностического промывания слезно-носового протока, объективного признака наличия флегмоны слезного мешка, жалоб на гноетечение из слезных путей и анамнеза, указывающего на многократные попытки лечебного промывания слезно-носового хода с отрицательными результатами.

Результаты исследования. Все пациенты наблюдались через 7 дней, 1 месяц и 1 год после проведения лечения с целью оценки его эффективности.

Через 1 месяц после лечения все 15 пациентов не имели жалоб на слезостояние или гноетечение. Проба Веста продолжала показывать положительный результат через 2 минуты. При диагностическом промывании протока также не было выявлено препятствий для свободного прохождения жидкости.

Через 1 год: все пациенты продолжали оставаться без жалоб на флегмону, эктазию слезного мешка, эпифору и гноетечение. Результат пробы Веста оставалась положительными. Все пациенты имели проходимость слезных

ходов, что подтверждено диагностическим промыванием.

Клинические изменения по симптомам. Флегмона слёзного мешка: до лечения флегмона наблюдалась у 10 (66,7%) из 15 пациентов. После лечения, через 7 дней, 1 месяц и 1 год, флегмона была полностью устранена у всех пациентов, и повторных случаев не было зафиксировано.

Эпифора: до лечения эпифора была диагностирована у 8 (53,3%) из 15 пациентов. После лечения, через 7 дней, 1 месяц и 1 год, эпифора исчезла у всех пациентов. Эти результаты также продемонстрировали статистически значимое улучшение по сравнению с исходными данными.

Гноеотделение: в начале исследования гноеотделение было выявлено у 7 из 15 пациентов (46,7%). После лечения, через 7 дней, 1 месяц и 1 год, все пациенты сообщили об исчезновении гноеотделения.

У всех 15 пациентов пробы Веста через 2 минуты дала положительный результат на всех этапах наблюдения (через 7 дней, 1 месяц и 1 год), что указывает на восстановление нормальной проходимости слезно-носового протока у всех пациентов.

По данным диагностического промывания слезно-носового протока у всех пациентов через 7 дней, 1 месяц и 1 год после лечения не было выявлено препятствий для прохождения промывной жидкости в носовую полость.

Выводы. Таким образом, результаты исследования подтверждают высокую эффективность предложенного метода лечения при рецидивах врождённого рецидивирующего дакриоцистита у детей грудного и младшего возраста. Метод позволяет восстановить проходимость слезно-носового протока по естественным путям, быстро купировать воспаление. Разработанная методика обладает высокой перспективностью и может быть рекомендован для использования в медицинских учреждениях с учетом его преимуществ: простоты, минимальной травматичности и доступности для различных возрастных групп пациентов.

Далери С., Сафедов Ф. Х.

МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ ПУЗЫРНОГО СЕГМЕНТА МОЧЕТОЧНИКА У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

ГУ Национальный медицинский центр РТ «Шифобахш». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Азизов А. А.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения дисплазия пузырного сегмента мочеточника у новорожденных и детей грудного возраста.

Материал и методы. За 2019-2024 годы в клинику детской хирургии ТГМУ им Абуали ибни Сино на базе НМЦ РТ поступили 40 детей грудного возраста с дисплазией пузырного сегмента мочеточника. Возраст детей составил от 1 дня до 6 месяцев - 15 (36,5%), от 6 месяцев до года - 25 (62,5%). Городские-16 (39,0 %), сельские-24 (60%). Двустороннее поражение у 18 (45%) детей, правостороннее поражение у - 5 (12,2%) и левосторонняя поражения отмечено у – 17 (42,5%) детей. Больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 18 (45%) больных, которым была наложена временная, лечебная уретрокутанеостома с целью декомпрессии органа и мочеточника сроком на 4-6 мес. с последующим улучшением общего состояния и ликвидацией вторичного пиелонефрита детям выполняли радикальную, реконструктивную операцию – цистоуретероанастомоз по методике Политано-Ледбеттера. Вторую сравнительную группу составили – 22 (55%) детей, которым был наложен первичный цистоуретероанастомоз в различных модификациях.

Результаты исследования. При изучении результатов лечения у больных, которым была наложена уретрокутанеостома в последующем проведена радикальная, на УЗИ отмечалось сокращение размеров чашечно-лоханочной системы и мочеточника, а в анализах крови нормализация уровня креатинина. У всех детей результаты лечения оценены как хорошие. У детей, которым был выполнен первичный цистоуретероанастомоз, хорошие результаты отмечены у 16 (40%), удовлетворительные результаты отмечались у 6 (15%) больных, у них отмечено частое обострение вторичного пиелонефрита. Неудовлетворительные результаты отмечались у 4 (10%) больных, у которых на УЗИ сохранялись признаки уртерогидронефроза 2-3 степени с частыми обострениями хронического пиелонефрита.

Выводы. Установлено, что детям раннего возраста с дисплазией пузырного сегмента мочеточника преимущественно с двух сторон, с наличием уртерогидронефроза 4-5 степени, тяжелым соматическим фоном, с признаками хронической почечной недостаточности альтернативным методом коррекции порока является наложение уретрокутанеостомы с последующим, спустя 4-6 месяцев, выполнением радикальной операции.

Далери С., Атоев И. К.

ВТОРИЧНЫЙ НЕФРОЛИТИАЗ, ВСЛЕДСТВИЕ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

ГУ Национальный медицинский центр РТ «Шифобахш». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Азизов А. А.

Цель исследования. Диагностика пороков развития МВП, проводящих к вторичному нефролитиазу у детей.

Материал и методы. В основу данной работы положен анализ наблюдений и хирургического лечения 120 больного с нефролитиазом в возрасте от 1 до 15 лет, оперированных в клинике детской хирургии ТГМУ имени Абуали ибни Сино за 2017-2024 годы. Детей в возрасте от 1 до 5 лет было 49, от 6 до 10 - 46 и от 11 до 14 лет – 25. Мальчиков было больше, чем девочек (76 против 44). Пороки развития мочевыделительной системы, сопровождающиеся МКБ, выявлено у 45 детей, что составляет 24% .

Результаты исследования. Объем оперативного вмешательства при нефролитиазе, развившегося на фоне порока развития верхних мочевых путей определили в зависимости от стадии ХПН. У детей с I-II стадиями ХПН оперативное вмешательство производилось одномоментная ликвидация препятствий мочевых путей обусловленной пороком развития с удалением камней. При врожденных сужениях лоханочно-мочеточникового сегмента, пиелoureteroанастомоз по Андерсону-Хайнесу (Anderson-Hynes, 1949) производился 16 больным при солитарных (10) и множественных камнях (6). Клапаны лоханочно-мочеточникового сегмента наблюдались у 6 больных, санация конкрементов также сочеталась с пиелoureteroанастомозом. У 10 больных в процессе обследования выявлен калькулезный гидронефроз, причиной которого были дополнительные сосуды, идущие к нижнему полюсу почки. Операцией выбора у двоих из них являлась резекция суженного участка ЛМС с антивазальным пиелoureteroанастомозом. В пяти случаях производилась предложенная нами операция по перемещению сосуда и фиксации его лоскутом лоханки, у 3 больных причиной калькулезного гидронефроза кроме конкрементов, были небольшие по величине абберантные сосуды, перевязки и иссечение которых не вызывали ишемии паренхимы почки. После этих операций уродинамика восстанавливалась полностью.

При вторичном нефролитиазе нередко причиной образования камней являются различные варианты удвоения почки. У 6 больных диагностирован неполное удвоение почек, полное удвоение у двоих и у одного больного утроение почки. Тактика при удвоении почки сводилось к наложению межлоханочных и межмочеточниковых анастомозов. Геминефрутерэктомия при III-степени гидронефроза в одной из удвоенных почек нами производилась в 2-х случаях.

Выводы. Детям с вторичным нефролитиазом на фоне врожденных пороков развития почек необходима радикальная тактика, заключающаяся в сочетании санации чашечно-лоханочной системы от камней с реконструктивно-восстановительной операцией: уретеролиз, калликокаликостомия, пиелoureteroанастомоз, по показаниям геминефрутерэктомия, антивазальный пиелoureteroанастомоз или перемещение абберантного сосуда предложенными нами методами.

Далери С., Сафедов Ф. Х

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ УДВОЕННОГО ПОЧЕК И МОЧЕТОЧНИКОВ У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

ГУ Национальный медицинский центр РТ «Шифобахш». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Азизов А.А.

Цель исследования. Целью настоящего исследования является улучшение методов диагностики и хирургического лечения детей с удвоением почек и мочеточников.

Материал и методы. За 2019-2024 годы в отделении детской урологии клиники детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино находились на обследовании и лечении 49 (32 девочки и 17 мальчиков) с различными вариантами удвоенной почки, в том числе, односторонним удвоением было 39, а двусторонним 10 больных. Всем больным были проведены экскреторная урография, систография и доплерография сосудов почек. Полное удвоение почек выявлено у 21 больного, а неполное удвоение у 28 больных. В 7 случаях аномалия осложнилась образованием камней в почках и мочеточниках. В 10 случаях на серии экскреторных урограмм выделительная функция почек не выявлялась (в 3-х случаях нефункционирующий нижний сегмент, в 5 случаях нефункционирующий верхний сегмент, в двух случаях верхний и нижний сегменты). Пузырно-мочеточниковый рефлюкс при проведении цистографии выявлены у 5 больных (в 3-х случаях в верхнем сегменте, в 1 случае в нижнем сегменте и в обоих сегментах у одного больного)

Результаты исследования. При разновидности удвоения верхних мочевых путей известны многочисленные методы диагностики и оперативной коррекции. Так, при неполных удвоениях почек и мочеточников, когда развивается гидронефроз или образуются вторичные камни, применяется операция термино-латеральный или латеро-латеральный анастомоз с удалением камней. С целью коррекции указанного порока в нашей клинике предложен и успешно применяется способ диагностики и улучшения уродинамики.

При разновидности, когда разделенная почечная лоханка с расщепленным мочеточником, два мочеточника соединяются в один и открывается в мочевой пузырь одним устьем, 9 больным в клинике предложен и применен атравматический способ улучшения уродинамики – создание широкого соустья обеих мочеточников, удлиняющих фисус в два раза больше, чем до операции. Данная операция легко выполняется и является простым способом ликвидации нарушений уродинамики при неполном удвоении мочеточника. Операция- уретероцистоанастомоз с антирефлюксной защитой произведена 6 больным. Геминефрутерэктомия верхнего сегмента произведена 5 больным, иссечение нижнего сегмента-3 больным. У двух больных применялась нефрутерэктомия. При патологии контрлатеральной почки в двух случаях произведена нефролитостомия, в 4 случаях- неопиелoureteroанастомоз.

У 9 детей, диагностированных неполное удвоение почек с пиелонефритом, уродинамика грубы не была нарушена. Они получили консервативное лечение и взяты на диспансерный учет. Непосредственные и отдаленные результаты в 80% случаев оказались хорошими, в 20%- удовлетворительными.

Выводы. Таким образом, удвоенные почки являются наиболее часто встречаемой аномалией в детском возрасте и многообразное сочетание ее патологии требует дифференцированного подхода к диагностике и выбору хирургической коррекции. Своевременная диагностика и адекватная коррекция удвоения почек, ведущих к нарушению уродинамики, предотвращают осложнения в виде гидронефротической трансформации, образования камней, пиелонефрита и развития хронической почечной недостаточности у детей.

Далери С., Бадалов Ш. А., Азизов А. А.
ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И ДРЕНИРОВАНИЕ УДВОЕННЫХ ЛОХАНОК И МОЧЕ-
ТОЧНИКОВ НА ФОНЕ УРЕТЕРОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

ГУ Национальный медицинский центр РТ «Шифобахш». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Азизов А. А.

Цель исследования. Усовершенствование способов хирургической коррекции и дренирования мочи удвоенных почек и мочеточников обусловленное уретероцеле у детей.

Материал и методы. За 10 лет (с 2014г по 2024г.) было ретроспективно анализировано 80(100%) историй болезней больных с уретероцеле, обусловленным удвоением почки и мочеточников. Из них гетеротопическая форма уретероцеле была обнаружена у 46 (57,5%), ортотопическая форма у 34(43,5%), двусторонняя полная удвоенная с уретероцеле в одном из мочеточников -5 (6,25%). Двусторонний уретероцеле – 2 (2,5%). Уретероцеле + сочетанными аномалиями -10 (12,8%). Уретероцеле+вторичные камни 6 (7,5%). Сочетанные уретероцеле с дивертикулом мочевого пузыря 2 (2,5%). Уретероцеле+наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) - 4 (5,1%). Девочек - 45 (56,2%), мальчиков -34 (42,5%). Соотношение девочек и мальчики 3/1.

Из них сельские -50 (62,5%), городские- 30 (37,5%). Возраст детей колебался от 3 месяцев до 18 лет.

Все больные были разделены на две группы: Основная -53 человека, которые были на обследовании и лечении с 2020 по 2024гг. Контрольная -27 больных, которые получили лечение с 2014 по 2019гг.

Исследования выполнены в отделении детской урологии клиники детской хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино при ГУ «Национальном медицинском центре Республики Таджикистан «Шифобахш»».

Результаты исследования. При разновидности форм уретероцеле на фоне удвоенных лоханок и мочеточников известны многочисленные методы оперативных коррекций. У 45 больных основной группы проводили органосохраняющие операции. Неосистоуретероаностомоз с антирефлюксной защитой по Козэну произведен у 9 больных. Уретерокутанеостома у 6 больных. Эписистотомия (Уретероцеллэктомия) с интубацией мочеточников у - 14 больных. Терминолатеральный анастомоз у 2 больных. У 28 больных проведены органосохраняющие операции с отсутствием или резким снижением функции верхнего сегмента удвоенной почки: Геминефруретерэктомия верхнего сегмента произведена у 23 больных. У 5 больных при полной утрате функции почки произведена нефруретерэктомия. При наличии вторичных камней в уретероцеле у 6 больных произведена уретеролитотомия с удалением камней. У 9 больных произведена повторная операция. У 7 детей с диагнозом неполное удвоение почки с пиелонефритом с малым нарушением уродинамики проведено консервативное лечение.

Выводы. Выбор оперативной коррекции и дренирование мочевыделительной системы, несмотря на высокую степень выраженности у детей компенсаторных процессов, в отличие от взрослого организма, зависит от многих факторов: от возраста ребенка, общего состояния детского организма, одностороннего или двустороннего поражения, степени выраженности потери функции почки и мочеточника.

Целенаправленная деривация мочи во время операции и наблюдение за состоянием дренажей в послеоперационном периоде даёт возможность объективно оценить потерю функции почки и выбрать наиболее оправданную патогенетически обоснованную комплексную терапию.

Демидов Д. В., Горячкин М. В., Марьин А. В.
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОНОГРАФИИ

Кафедра госпитальной хирургии с курсами травматологии и ортопедии, офтальмологии, Национальный исследовательский Мордовский государственный университет. Россия.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Давыдкин В.И.

Цель исследования. Оценить возможности сонографии в диагностике и лечении ГДЗЛП и их осложнений.

Материал и методы. Обследовано 387 больных, которым выполнено с диагностической целью 897 ультразвуковых исследований грудной клетки от 1 до 10 каждому пациенту. Для проведения эхоскопии использованы ультразвуковые аппараты Toshiba Aplio 400 и Mindray Mx7. Среди обследованных больных было 346 (89,4 %) мужчин и 41 (10,6 %) женщин. Наибольшую долю – 275 (71,1 %) составили пациенты с ГДЗЛП, в том числе – 133 (34,4 %) с эмпиемами плевры и 142 (36,7 %) с абсцессами легких. При обнаружении жидкости в плевральной полости определялись: локализация, глубина залегания, размеры, форма, интенсивность и структура. Затем под контролем УЗИ при ограниченных, небольших по объему жидкостных образованиях проводилась пункция плевральной полости с эвакуацией жидкости.

Результаты исследования. У больных эмпиемой плевры с помощью ультразвука определялось наличие жидкости, ее локализация, структура (наличие плотных включений), но и толщина плевральных листков, состояние подлежащей легочной ткани. Сонография позволяла определить наличие осумкования, а также дифференцировать осумкование от субплеврально расположенного абсцесса. Абсцесс визуализировался как неоднородное гипо- или анэхогенное образование с гиперэхогенными включениями, с газом внутри, окруженное, как правило, капсулой с более высокой плотностью. С помощью эхоскопии возможно определение размеров, глубины залегания, наличие капсулы, ее толщины, структуры содержимого, состояние окружающей легочной ткани и фиксация висцерального листка к париетальному листку плевры.

Сонография позволила осуществить выбор трансторакального микродренирования с управляемой санацией абсцессов легких (ТТМД) при недостаточной эффективности лечения, бронхологических методов санации, прогрес-

сировании нагноения, наличии в полости пристеночных секвестров. ТТМД использовано у 87 пациентов с абсцессами легких (из них 55 (63,2 %) – острые абсцессы). Дренирование осуществлялось под эхоскопическим контролем. В 81,8 % случаев при острых абсцессах легких наблюдалось полное выздоровление, в 9,2 % – прогрессирование заболевания. Летальных исходов в этой группе не было. При управляемой санации полости хронического абсцесса 0,06 % раствором гипохлорита натрия выздоровление наступило у 16 (50 %) больных, прогрессирование нагноения – у 4 (12,5 %), а у 12 (37,5 %) – достигнута стойкая ремиссия.

Выводы. Возможность динамического наблюдения за течением процесса, а также ультразвуковой контроль за проведением пункций и дренирования эмпием плевры и абсцессов легких делает сонографию весьма ценным методом в диагностике и лечении ГДЗЛП. Применение ТТМД считаем методом выбора при неэффективности бронхологических методов санации при абсцессах легких.

Джабборов У.У., Достиев У.А.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА И ЧАСТОТЫ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Достиев А.Р.

Цель исследования. Оценить частоту, степень тяжести кровотечений при НЯК и выявить ключевые факторы риска их развития.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный и проспективный анализ 160 пациентов с НЯК. Пациенты были разделены на две группы: Ретроспективная группа (n=96), Проспективная группа (n=64). Для оценки частоты кровотечений учитывались клинические данные, показатели гемоглобина, эндоскопическая картина поражения кишечника и факторы риска, такие как прием НПВС, уровень альбумина, длительность заболевания и наличие сопутствующих инфекций.

Результаты исследования. Общая частота кровотечений в ретроспективной группе составила 41,7%, а в проспективной — 39,1%. В ретроспективной группе тяжелые кровотечения наблюдались у 8,3% пациентов, средние — у 20,8%, легкие — у 12,5%.

В проспективной группе аналогичные показатели составили 7,8%, 18,8% и 12,5% соответственно. Средняя длительность кровотечений составила $4,2 \pm 0,5$ дня в ретроспективной группе и $3,8 \pm 0,4$ дня в проспективной группе. Среди факторов риска, значимо влияющих на частоту и тяжесть кровотечений, были выявлены: длительный анамнез заболевания (>5 лет), низкий уровень альбумина, обострения НЯК. Курение и длительный прием кортикостероидов.

Выводы. Анализ факторов риска позволил выявить ключевые предрасполагающие механизмы развития кровотечений при НЯК. Оптимизация терапии, контроль за применением НПВС и коррекция гипоальбуминемии могут значительно снизить риск развития тяжелых форм кровотечений и улучшить прогноз пациентов.

Джабборов У.У., Достиев У.А.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ ТЯЖЕСТИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ, ОСЛОЖНЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Достиев А.Р.

Цель исследования. Оценить клинико-лабораторные показатели пациентов с НЯК в зависимости от степени кровотечения, выявить ключевые патофизиологические механизмы и определить наиболее значимые предикторы осложнений.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ пациентов с различной степенью кровотечения при НЯК. Пациенты разделены на контрольную группу и группы с легким, средним и тяжелым кровотечением. Оценивались клиническая активность заболевания (Mayo Score), уровень провоспалительных цитокинов, маркеры системного воспаления и кишечного барьера.

Результаты исследования. Анализ клинико-лабораторных показателей пациентов с НЯК выявил, что с увеличением тяжести кровотечения значительно возрастали уровни IL-6, IL-8, TNF- α , CRP и лейкоцитов, отражая выраженную активацию воспалительного процесса. Индекс Mayo Score коррелировал со степенью кровотечения, увеличиваясь от $1,57 \pm 0,34$ в контрольной группе до $2,81 \pm 0,74$ при тяжелых формах заболевания. Повышение фекального кальпротектина и лактоферрина у пациентов со средней и тяжелой степенью кровотечения указывало на разрушение кишечного барьера и интенсивное воспаление. Достоверное увеличение CRP и количества лейкоцитов подтверждало генерализацию воспалительного ответа, сопровождающегося системными изменениями. Полученные данные свидетельствуют о высокой диагностической значимости воспалительных маркеров, что позволяет прогнозировать риск тяжелых кровотечений и оптимизировать терапию.

Выводы. Анализ клинико-лабораторных данных показал, что тяжесть кровотечения при НЯК сопровождается гиперактивацией воспалительной реакции и повреждением кишечного барьера. Значительное повышение IL-6, IL-8, TNF- α , CRP, фекального кальпротектина и лактоферрина может служить предиктором тяжелых осложнений. Оптимизация терапии, включающая индивидуализированные схемы лечения и контроль за воспалительными маркерами, позволит снизить частоту кровотечений и улучшить прогноз пациентов.

Джаббаров У.У., Достиев У.А.

РОЛЬ СИСТЕМНЫХ И КИШЕЧНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МАРКЕРОВ В РАЗВИТИИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Достиев А.Р.

Цель исследования. Определить диагностическую и прогностическую значимость воспалительных маркеров крови и кишечного барьера у пациентов с различной степенью кровотечения при НЯК.

Материал и методы. Проведен анализ клинико-лабораторных показателей у пациентов с НЯК, разделенных на группы по степени кровотечения. Оценивались IL-6, IL-8, TNF- α , CRP, уровень лейкоцитов, фекальный кальпротектин и лактоферрин, а также индекс Mayo Score.

Результаты исследования. Тяжесть кровотечения коррелировала с увеличением Mayo Score, ростом провоспалительных цитокинов IL-6 (до 23.07 ± 3.93 пг/мл), IL-8 (до 36.59 ± 6.75 пг/мл), TNF- α (до 27.51 ± 5.89 пг/мл), а также уровней CRP (до 18.58 ± 3.58 мг/л) и лейкоцитов (до $12.18 \pm 2.15 \times 10^9$ /л). Существенное повышение фекального кальпротектина и лактоферрина у пациентов со средней и тяжелой степенью кровотечения свидетельствовало о разрушении кишечного барьера и выраженной воспалительной реакции.

Выводы. Анализ воспалительных маркеров у пациентов с НЯК показал их важную прогностическую ценность при оценке риска кровотечения. Достоверное повышение IL-6, IL-8, TNF- α , CRP и фекальных маркеров может указывать на высокий риск тяжелых осложнений, что требует более интенсивного лечения и мониторинга пациентов.

Джаббарова Г. И., Зохирид Нариман

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОВАРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н. Коимдодова Б. К

Цель исследования. Совершенствование методов диагностики и терапии овариальной недостаточности у женщин с гиперпролактинемией путем оценки клинико-лабораторных показателей и эффективности современных терапевтических стратегий.

Материал и методы. В проспективное исследование включены 30 пациенток с гиперпролактинемией, разделенные на три группы в зависимости от этиологии заболевания: 1-я группа (n=12) – пациентки с гиперпролактинемией, обусловленной микро- или макроаденомами гипофиза; 2-я группа (n=6) – пациентки с идиопатической гиперпролактинемией; 3-я группа (n=12) – пациентки с гиперпролактинемией медикаментозного генеза.

Обследование включало анализ анамнестических данных, клинический осмотр, определение уровня пролактина, фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), эстрадиола, прогестерона и тиреотропного гормона (ТТГ). Инструментальная диагностика выполнялась с использованием ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза и магнитно-резонансной томографии (МРТ) гипофиза.

Пациентки получали агонисты дофамина (каберголин в стартовой дозе 0,5 мг/неделя с последующей коррекцией до поддерживающей дозы, либо бромкриптин в дозе 1,25–2,5 мг/сут). Длительность терапии составила 6 месяцев с ежемесячным мониторингом уровня пролактина и гормонального профиля, восстановления менструальной функции и овуляции.

Результаты исследования. Установлены различия в клинико-лабораторных показателях пациенток различных групп ($p < 0,05$). Наиболее выраженные нарушения овариальной функции наблюдались у пациенток с гиперпролактинемией, обусловленной аденомами гипофиза, что подтверждалось снижением уровня эстрадиола и увеличением ФСГ/ЛГ-индекса.

Применение агонистов дофамина позволило нормализовать уровень пролактина у 91% пациенток. Восстановление овуляторной функции зафиксировано у 67% пациенток с медикаментозной гиперпролактинемией, у 58% – с гиперпролактинемией, обусловленной аденомами гипофиза, и у 83% – с идиопатической формой заболевания.

Выводы. Этиологический фактор гиперпролактинемии играет ключевую роль в формировании степени овариальной недостаточности. Комплексная диагностика, включающая гормональное тестирование и инструментальные методы, позволяет определить индивидуальные риски нарушения репродуктивной функции. Терапия агонистами дофамина демонстрирует высокую эффективность, способствуя нормализации уровня пролактина и восстановлению овуляции, однако требует персонализированного подхода в зависимости от генеза заболевания.

Джабаров С.Н., Мираков Б.Т.

АНАЛИЗ ПРИЧИНЫ ДЕФЕКТОВ ПОМОЩИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н. ассистент Абдулов М.С.

Цель исследования. Изучить причины тактических и технических ошибок при лечении переломов длинных костей конечности.

Материал и методы. Работа основана на анализе оперативного лечения 83 больных с переломами длинных трубчатых костей, находившихся на лечении в ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» в период с 2022 по 2024 гг. Возраст боль-

ных составил от 23 до 50 лет. Мужчин – 57, женщин – 26. Преобладали мужчины трудоспособного возраста. В 76 % травмы были получены при дорожно-транспортных происшествиях. Перелом бедренной кости - у 23 больных, перелом костей голени - у 30 больных, перелом плечевой кости - у 12 больных, перелом костей предплечья - у 18 больных.

Результаты исследования. На основании анализа лечения 83 больных с известными отделенными результатами отмечены ошибки в 21 наблюдениях, которые подразделены на:

а) ошибки предоперационного планирования (тактические) – 8;

б) ошибки технические – 11;

в) ошибки послеоперационного ведения – 2;

К ошибкам первой группы отнесены: неправильный выбор методов лечения перелома (4), неправильный выбор металлоконструкции (2) и неправильный доступ (2). Считаем, что эти факторы в последующем способствовали смещению фрагментов, что привело к несращению перелома или формированию ложного сустава.

Наиболее часты ошибки технического характера, среди которых недостаточная репозиция отломков (4), неправильное расположение фиксатора (3) или неправильный подбор его длины (1), оставшийся диастаз между отломками (3).

Основной ошибкой в после операционном периоде является преждевременная нагрузка на оперированные конечности, которая привела к развитию нарушения оси конечности.

Выводы. Таким образом, анализ наших исследований показал, что допущенные тактические и технические ошибки при оперативном лечении больных с переломами длинных трубчатых костей различной локализации, характере и степени тяжести переломов оказались неблагоприятными факторами, вызвавшими развитие различных инфекционных и ортопедических осложнений. Для значительного снижения количества ошибок, процента и тяжести осложнений при оперативном лечении переломов длинных костей требуется строгое соблюдение следующих условий: -правильная организация лечебно- диагностического процесса; - верный выбор тактики лечения, правильное выполнение техники операции и применение современных фиксаторов при лечении переломов длинных костей.

Джабаров С.Н., Акрамов О.С., Бурихони Начмидин, Назарова З.У.

КОСТНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ПЯТОЧНОЙ КОСТИ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – старший преподаватель Мухамедова И.Г.

Цель исследования. Проанализировать результаты замещения костной полости, образующейся после санации гнойно-некротического очага у больных с хроническим остеомиелитом пяточной кости.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 7 больных с хроническим остеомиелитом пяточной кости. Больные были подвергнуты оперативному лечению в ортопедическом отделении НМЦ РТ «Шифобахш» по поводу данного заболевания. По данным ретроспективного анализа истории болезни лиц мужского пола было 4 (57,2%), женского – 3 (42,8%). По возрасту от 20 до 65 лет. В 3 (42,8%) случаях обширные поражения привели к развитию хронического артрита голеностопного сустава, в одном (14,3%) случае – трофическим проявлениям мягких тканей размером до 2,5-3 см, по подошвенной поверхности стопы с оголением пяточной кости, пораженной гнойным процессом и в двух (28,6%) - к грубым, спаянным с подлежащими тканями рубцам. Всем больным после санации гнойно-некротического очага в зависимости от размеров образовавшейся костной полости проводилось замещение её костными трансплантатами.

Результаты исследования. Ретроспективный анализ показал, что у - 3 (42,8%) больных с локализацией процесса на уровне пяточного бугра при хорошо сохранных мышечных и кожных покровах, пластика дефекта была выполнена с использованием аутокости; у одного (14,3%) больного - для замещения образовавшейся большой полости произведена комбинированная пластика; в остальных 3-х случаях выполнена пластика ксенотрансплантатами.

Изучение результатов костно-пластических операций показало, что в 2 (66,7%) случаях оперированных с аутопластикой, в одном (33,3%) случае использования ксенотрансплантата и в одном с использованием комбинированных трансплантатов наблюдавшиеся различные осложнения в виде нагноения раны, краевых и распространенных некрозов мягких тканей, абсцессов области оперативного вмешательства привели к заживлению раны вторичным натяжением. В 3 (42,8%) случаях удалось купировать процесс в ране и сохранить трансплантат. Образование обширного дефекта кожи, невозможность ушить рану наглухо без напряжения, наличие грубых спаянных с костью рубцов, возникших в результате неоднократных операций, у двух (28,6%) больных привело к неудачному исходу. У одного (14,3%) больного нагноение раны привело к рецидиву остеомиелитического процесса и к частичному удалению костного трансплантата. В другом случае отмечалось нагноение всей раны с отторжением костного матрикса и с продолжением нагноительного процесса в кости, что привело к удалению костного трансплантата с последующей ампутацией конечности на уровне голени.

Контрольные обзорные рентгенограммы, выполненные в различные сроки послеоперационного периода, показали признаки плотного заполнения костной полости трансплантатами с четкими контурами. Стойкий положительный эффект отмечен в 66,7% - у перенесших костную аутопластику и 66,7% - пластикой ксенотрансплантатами.

Выводы. Полученные результаты показали, что костная пластика при учете тяжести и объема поражения кости обеспечивает положительные результаты, реализуя потенциальные возможности костной ткани.

Джаборова Н.О., Салимов Ф.М., Рахмонов Дж.К.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННЫХ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ

Кафедра хирургических болезней № 2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ
Научный руководитель - д.м.н., профессор Султанов Д.Д.

Цель исследования. Обобщить результаты первого опыта применения эндоваскулярных технологий в комплексном лечении артерио-венозных (АВ) мальформаций.

Материал и методы. Нами анализированы результаты лечения 9 больных с АВ мальформациями нижних конечностей рентгеноэндоваскулярным методом. В данное исследования не были включены пациенты с болезнью Паркса-Вебера-Рубашова с АВ-мальформациями. Возраст больных колебался от 5 до 24 лет. Трое больных были ранее оперированы, т.е., перенесли скелетизацию бедренных артерий и одной из артерий голени. Ввиду прогрессирования заболевания были повторно оперированы.

Для диагностики АВМ были использованы цветное дуплексное сканирование (ЦДК), рентгеноконтрастная ангиография, МРТ-ангиография с контрастированием.

Результаты исследования. У всех 9 больных болезнь началась с рождения, однако по разным причинам они обращались в стационар в более поздние сроки. Начальными признаками АВМ являлись гипертрофия и отеки пораженной конечности. По мере прогрессирования заболевания появлялись патологические расширения подкожных вен на бедре и голени, сосудистые пятна в виде телеангиоэктазий, кожный варикоз, а гипертрофия больной ноги увеличивалась. Видимая пульсация АВМ и дрожаний не были отмечены. У трех больных отмечалось расширение в виде гемангиоматозных узлов подкожных вен латеральной стороны голени и бедра.

На ЦДК выявлялись расширение диаметра поверхностной бедренной артерии, или берцовых артерий по сравнению со здоровой стороной. Скорость кровотока в бедренной, подколенной артериях и в задней большеберцовой артерии у медиальной лодыжки превышала противоположные одноименные артерии почти в два раза.

На ангиограмме были обнаружены гиперваскуляризованные зоны в бассейне расширенных питающих артерий. Также характерным было раннее поступление контраста в эти артерии из-за усиления кровотока и раннее контрастирование вен из-за сброса через АВ фистулы. У всех больных отмечалась микрофистулярная форма АВМ. Заметного усиления кровотока в глубоких магистральных венах не отмечалось, за исключением одного случая, где кровоток был усилен в бедренной вене.

Всем больным была проведена эндоваскулярная эмболизация ветвей магистральных артерий в разных уровнях, питающих АФМ. В 4-х случаях были эмболизированы ветви общей, поверхностной и глубокой бедренных артерий в различных вариациях. Среди них в 2-х случаях из 4-х дополнительно были эмболизированы межкостные артерии. В 5 случаях эмболизированы ветви внутренней подвздошной артерии в комбинации с эмболизацией ветвей глубокой бедренной артерии. Следует отметить, что часто (в 5 из 9) были вовлечены в мальформацию и внутренняя подвздошная артерия. В 3-х случаях вторым этапом были иссечены гемангиоматозно расширенные п/к вены голени и бедра.

Положительный результат был достигнут во всех случаях, отмечалось уменьшение объема конечности от 3 до 5 см и замедлялось прогрессирование болезни. Полное излечение болезни является невозможным, тем не менее результат был оценен как максимально радикальный.

Выводы. Артерио-венозные мальформации характеризуются быстрым ростом, особенно в период полового созревания. Эндоваскулярная эмболизация питающих мальформацию артерий как первый этап комплексного лечения является методом выбора. В отличие от перевязки артерий при этом методе, остается возможность повторной эмболизации, а вторым этапом лечения является оперативное иссечение образований или склерооблитерация по показаниям.

Джамиева С.Б., Нуралиева М.Т., Алиева Н.А.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ВИТЕЛЛИФОРМНАЯ ДЕГЕНЕРАЦИЯ МАКУЛЫ

Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Карим-заде Х. Дж.

Цель исследования. Описать клинический случай вителлиформной дегенерации сетчатки, диагностические особенности, дифференциальную диагностику и тактику введения пациента.

Материалы и методы. Приведён клинический случай пациентки Р.А., 48 лет, которая поступила с жалобами на постепенное снижение зрения в обоих глазах в течение последних 5-6 лет. Ей было проведено комплексное офтальмологическое обследование, включающее визометрию, тонометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, статическую периметрию (Humphrey, USA) и оптическую когерентную томографию (ОКТ).

Результаты исследования. Наследственный анамнез отягощён (со слов пациентки возможно аналогичные проявления у отца). Острота зрения с наилучшей коррекцией составила 0,3 на правом глазу, 0,4 - на левом. При обратной офтальмоскопии с применением линзы 60D выявлены желтовато-белые круглые субретинальные, вителлиформные очаги в макулярной и парамакулярных зонах обоих глаз. Внутриглазное давление было в пределах нормы (17 и 18 мм рт. ст). На периметрии обнаружена центральная относительная скотома. На оптической когерентной томографии выявлено накопление гиперрефлективного материала под пигментным эпителием сетчатки. Клиническая картина соответствовала типичной форме болезни Беста, связанной с мутацией гена. Дифференциальный диагноз включал возрастную макулодистрофию, которая была исключена с помощью ОКТ. Кровоизлияний и хориоидальной

неоваскулярной мембраны не было обнаружено.

Выводы. Вителлиформная дегенерация макулы (болезнь Беста) - редкая наследственная дистрофия сетчатки, приводящая к прогрессирующему снижению центрального зрения. Случай подчёркивает важность комплексной диагностики вителлиформной дегенерации, включая ОКТ, для своевременного выявления заболевания и предупреждения осложнений таких, как хороидальная неоваскуляризация и кровоизлияния. В настоящий момент специфическая терапия болезни Беста отсутствует; пациентке рекомендовано динамическое наблюдение.

Джобиров Ш.И., Шарипов З.Р.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ КОАГУЛОГРАММЫ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ НА СЕРДЦА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ и СЗН РТ. Таджикистан

Научный руководитель - к.м.н., доцент Хамидов Дж.Б.

Цель исследования. Изучить некоторые особенности показателей коагулограммы до и после операции на сердца с использованием искусственного кровообращения (ИК).

Материал и методы. Анализированы результаты исследования гемостазиограммы у 104 пациентов, перенесших операции на сердца под ИК. Средний возраст пациентов составила $62,8 \pm 4,4$ года, большинства из них явились лицами мужского пола – 96 человек.

Каждый четвертый пациент ($n=27$; 25,9%) был оперирован по поводу приобретенного клапанного порока сердца, остальные ($n=77$; 74,1%) – ишемической болезни сердца с поражением обеих венечных артерий.

Были изучены время свертывания крови (ВСК) по Ли-Уайту, показатели международного нормализованного отношения (МНО), продолжительность активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), протромбиновое время (ПТВ) и индекса (ПТИ), тромбиновое время (ТВ), количество фибриногена (ФГ). Указанные показатели были определены до и в ранние часы после проведения оперативных вмешательств и в последующем подвергнуты статистической обработке.

Результаты исследования. Исходно у пациентов отмечено изокоагуляция и все параметры находились в пределах референсных значений. Однако, после проведения оперативных вмешательств на фоне ИК и применения гепарина и протамина сульфата для его нейтрализации различные параметры коагулограммы претерпевали значительные изменения. Так, на фоне проведенных операций отмечалось значимое снижение гематокрита на 9,1%, увеличение ВСК на 42%, уменьшение протромбинового времени на 17,2% ($p < 0,001$), протромбинового индекса на 9,5%, увеличение АЧТВ на 53,7% ($p < 0,05$) и увеличение содержания фибриногена на 97,1% ($p < 0,001$), что свидетельствует о развившемся выраженной системной гипокоагуляции.

Однако у этой категории пациентов отмечено увеличение МНО на 33,8%, а количество тромбоцитов и эритроцитов из-за их повреждения снизились на 11,2% и 13,6% соответственно, хотя входили в рамки референсных значений ($p < 0,001$). Указанные изменения были скорректированы своевременно путем внутривенного вливания как отмытых эритроцитарных масс, так и свежезамороженной плазмы и криопреципитата содержащего факторы свертывания крови.

Выводы. У пациентов кардиохирургического профиля исходно отмечается изокоагуляция. Операции с использованием искусственного кровообращения сопровождаются значительным дисбалансом про- и антикоагулянтных систем крови с развитием выраженной гипокоагуляции, которую необходимо принимать во внимание при послеоперационном введении пациентов.

Джойлобов М.Р.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кафедра общей хирургии №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент М.Х. Набиев

Цель исследования. Предупреждение развития гнойных осложнений при синдроме диабетической стопы на догоспитальном этапе.

Материал и методы. В основу данного исследования положены результаты клинического наблюдения и лечения 183 больных с осложнёнными формами СДС, госпитализированных в Центр эндокринной и гнойно-септической хирургии, развёрнутый на базе хирургического отделения ГУ ГМИЦ №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 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. Основными причинами госпитализаций 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 осложнённой 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 осложнёнными 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 (6,5%) больных. Остальным 148 (80,9%) больным произведены малые хирургические вмешательства. Общая летальность составила 8,2%. Основными причинами смерти больных были острая сердечно-сосудистая недостаточность и продолжающийся эндотоксикоз. 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. Семейные врачи при выявлении больных не только с осложнёнными формами синдрома диабетической стопы, но и при обнаружении наличия диабетической стопы I степени, должны направлять больных в специализированные отделения для профилактического лечения.

Вывод. Таким образом, раннее выявление больных с синдромом диабетической стопы семейными врачами и проведение профилактического обучения 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.

Джойлобов М.Р.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ВЫБОРЕ УРОВНЯ АМПУТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЁННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кафедра общей хирургии №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент М.Х. Набиев

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения при осложнённых формах синдрома диабетической стопы.

Материал и методы. В основу данного исследования положены результаты клинического наблюдения и лечения 79 больных с осложнёнными формами СДС (диабетическая стопа IV-V ст. по Вагнеру), госпитализированных в Центр эндокринной и гнойно-септической хирургии, развёрнутого на базе хирургического отделения ГУ ГМЦ №3. Среди них мужчин было 51 (64,5%), женщин – 28 (35,5%). Возраст больных колебался от 30 до 70 лет. Тип, тяжесть течения и стадия СД были определены согласно классификации ВОЗ (1985). СД 1-типа выявлен у 2 (2,5%), СД 2-го типа – у 77 (97,5%).

Результаты исследования. На фоне комплексного лечения с целью дистализации уровня ампутации и сохранения опорной функции стопы при сохранённом магистральном кровотоке, у 42 больных применяли двухэтапную оперативную тактику, на первом этапе была произведена трансметатарзальная ампутация, в последующем осложнившаяся некрозом оставленных кожно-фасциальных лоскутов, по мере очищения ран от некротических масс и появления здоровых грануляций произведено пластическое замещение дефектов свободным, перфорированным, полнослойным кожным лоскутом. У 12 больных с распространённым и прогрессирующим гнойно-некротическим поражением стопы с переходом на голень, произведена ампутация на уровне верхней трети голени с рассечением культи и иссечением всех сухожилий. При этом одновременно произведена некрэктомия и внутрикожно вдоль краёв раны, отступая на 1,5-2 см проксимальнее, проведены две спицы Киршнера. Свободные концы обеих спиц сближали и фиксировали лигатурой так, чтобы не было натяжения краёв рассечённой культи голени. После очищения раны культи от некроза, ликвидации признаков воспаления и появления грануляции производили формирование культи с активно-проточным дренированием и орошением раствором декасан.

Выводы. Таким образом, применение ангиографии, определяя проходимость сосудов на нижних конечностях, как высокоинформативного и метода исследования позволяет оценить характер, уровень и протяжённость поражения магистральных артерий нижних конечностей. Это, в свою очередь, помогает определить оптимальный уровень ампутации и снизить частоту реампутаций. Основным моментом в лечении больных с ОФ СДС является правильный выбор уровня ампутации, при котором необходимо придерживаться функционально-щадящей тактики с сохранением коленного сустава с перспективой последующего протезирования, что способствует предотвращению развития рецидивов СДС и улучшению качества жизни больных.

Джойлобов М.Р.

КОРРЕКЦИЯ ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМАХ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кафедра общей хирургии №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент М.Х. Набиев

Цель исследования. Целью нашего исследования является изучение состояния иммунного статуса и клиническая оценка эффективности отечественного иммуномодулятора тимогина в лечении осложнённых форм синдрома диабетической стопы (ОФ СДС).

Материал и методы. Были обследованы и пролечены 125 больных с осложнёнными формами синдрома диабетической стопы, которые были разделены на две группы, сопоставимые по полу, возрасту, давности заболевания и тяжести течения патологического процесса. Первую (основную) группу составили 65 пациентов, которые наряду с

принятым комплексом оперативно-медикаментозного лечения получали иммуномодулятор тимостин 1,0 мл (157 мкг) внутримышечно 1 раз в день в течение 14 дней. Вторую (контрольную) группу составили 60 пациентов с ОФ СДС, которым проводили стандартную оперативно-медикаментозную терапию, они получали иммуномодулятор тималин. Провели иммунологическое исследование клеточного и гуморального звеньев иммунитета методом ИФА на аппаратах Cobase 411 и Cobas INTEGRA 400 plus.

Результаты исследования. Расширенное иммунологическое исследование выявило изменения во всех звеньях иммунной защиты. В крови снижалось содержание CD_3 CD_{16} CD_4 CD_{32} , отмечался Т-иммунодефицит, угнетение функции Т-лимфоцитов, а также гиперактивация фагоцитарной функции. Концентрация в крови IgA и IgG в 50% случаев оставалась в норме, что говорит о слабом иммунном ответе, а у 50% больных показатели Ig M и IgG были повышены. После ежедневной инъекции 10 мг тимостина к 8-10 суткам в 90% случаев показатели Ig M и IgG были повышены. Проведённые исследования показали высокую эффективность тимостина, как препарата, улучшающего регенеративные процессы у больных с осложнёнными формами СДС. Положительные результаты от применения тимостина были отмечены у 90,7% больных с сокращением срока стационарного лечения с $41,1 \pm 3,8$ до $24,1 \pm 2,1$ суток.

Выводы. Таким образом, по результатам наших исследований проведение иммуностимулирующей терапии необходимо сочетать с коррекцией углеводного обмена, купированием инфекционного процесса, критической ишемии и антикоагулянтной терапии. Только совокупность этих лечебных мероприятий способна обеспечить нормализацию иммунологических показателей и снизить риск распространения гнойно-некротического процесса и эндогенной интоксикации.

Джумаев М.Н., Махмадализода Ф.М., Нейматзода О.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В АКТИВНОЙ ФАЗЕ

Кафедра хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова

ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”. Таджикистан

ГУ “Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии” МЗиСЗН РТ

Научный руководитель - д.м.н., профессор Султанов Д.Д.

Целью исследования. Разработка методов коррекции венозной гемодинамики при осложнённых формах ХВН нижних конечностей, а также улучшение результатов хирургического лечения трофических язв.

Материал и методы. В настоящее исследование нами были включены 106 больных с трофическими язвами, из них 68 больных с посттромботическими поражениями глубоких вен разных сегментов нижних конечностей и 38 с варикозной болезнью нижних конечностей. Открытая язва имелась у 94 пациентов, зажившая – у 12. Возраст больных варьировал от 26 до 70 лет. Мужчин было 76, женщин – 30.

Больным наряду с ангиологическим обследованием проводилось дуплексное сканирование сосудов нижних конечностей, а при тяжелых формах некоторым больным выполнена флебография.

Результаты исследования. Нами разработана тактика хирургического лечения, которая направлена на коррекцию основных патогенетических механизмов нарушения венозной гемодинамики. У большинства больных ($n=96$) выполнены различные варианты комбинированных операций, однокомпонентная операция была выполнена лишь 7 больным. Больным с варикозной болезнью ($n=38$) стандартная флэбэктомия сочеталась с резекцией задней большеберцовой вены (РЗБВ) и иссечением притекающих вен под язвой по нашей методике.

У больных с ПТВ ($n=68$) были выполнены различные комбинированные операции. Так, первой группе пациентов при наличии относительной недостаточности сохранившихся клапанов поверхностной бедренной вены (17 больных) были выполнены коррекция клапанов двумя путями: экстравазально – эластической спиралью Веденского ($n=10$) и интравазально по разработанной нами способом ($n=7$) в сочетании с РЗБВ и иссечением притекающих вен под язвой, а также операция Линтона ($n=5$) с иссечением притекающих вен под язвой.

Во второй группе (39) больным производили подфасциальную перевязку перфорантных вен по Савельеву-Константиновой и РЗБВ, флэбэктомия на голени и иссечение притекающих вен под язвой.

Третью группу составили больные, которым были выполнены однокомпонентные операции - операция Линтона ($n=3$), эндоскопическая диссекция перфорантных вен ($n=4$). Всем больным с трофическими язвами была произведена перевязка вен, притекающих под язвой ($n=99$).

В отдаленном периоде (до 5 лет) отмечалось снижение степени ХВН, т.е. переход на более легкую степень наблюдался у 41 больных, у 18 больных ХВН оставалась на исходном уровне, отмечалось заживление язв во всех 94 случаях. При открытых язвах отмечалась грануляция с последующим рубцеванием через 1-1,5 месяца.

Выводы. Хирургическая коррекция венозного кровотока не излечивает больного, но приводит к стойкой ремиссии заболевания, а при адекватной реабилитации после операции к значительному регрессу ХВН. Иссечение вен, притекающих под язвой, является обязательным компонентом при лечении осложнённых форм ХВН.

Джураев И.С., Гоибов В.А., Бобокалонова С.А.

УЛУЧШЕНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА

Кафедра хирургических болезней №1 имени академика Курбонова К.М.

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Каримов П.Ш.

Цель исследования. Оптимизация непосредственных результатов лечения острого билиарного панкреатита (ОБП), применением разработанного лечебно-диагностического алгоритма.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 137 пациентов с ОБП за период с 2012 до 2023 гг. в отделениях хирургии ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи». Пациенты были разделены на две группы. Основная группа включала 65 больных, а контрольная группа 72 больных. Средний возраст составил $62,17 \pm 2,83$ лет. Женщины преобладали над мужчинами (73,7%, $n=101$ против 26,3%, $n=36$). Диапазон времени начала приступа панкреатита до поступления в клинику составил $5,11 \pm 1,89$ суток. В работе проведен анализ диагностики и лечения ОБП традиционными и мини инвазивными способами.

Результаты исследования. Анализ проведенного исследования показал, что БП, сопутствующий острым гнойным холангитом, при проведении соответствующей консервативной терапии, отмечены отрицательные сдвиги основных маркеров воспаления (ФНО-а, IL-6, IL-8) в плазме крови, первые, 3-е и 4-е сутки, а показатель IL-4 - на 7 сутки после оперативного вмешательства с дальнейшим ее снижением. Однако сочетанное применение мини-инвазивных вмешательств с консервативной терапией эффективно снижало содержание ФНО-а, IL-4 и IL-6 в желчи больных с ОБП на 72,0%, 47,6% и 80,3% соответственно после лечения.

Пациентам контрольной группы ($n=72$) были применены открытые методы холецистэктомии, холедохотомии с дренированием ГХ. Двухэтапные операции были предприняты у 26,4% ($n=19$) пациентов, где в качестве 1-го этапа произведена ЭПСТ.

Сравнительные результаты послеоперационного течения показали отчетливое преимущество разработанного лечебно-диагностического алгоритма, выражающееся значительным снижением среднего пребывания до $8,3 \pm 1,1$ суток ($26,8 \pm 2,2$ суток у пациентов контрольной группы), осложнений в послеоперационном периоде – до 6,1% (19,4% в контрольной группе).

Выводы. Разработанный лечебно-диагностический алгоритм введения больных с ОБП, позволяет наиболее точно верифицировать и прогнозировать возможные осложнения, а также мини инвазивно корригировать патологию, улучшая непосредственные результаты лечения.

Джураев Ш.М., Зулфалиев Ш., Одил Сидолим ЭФФЕКТИВНОСТЬ УРГЕНТНОЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ и СЗН РТ. Таджикистан
Научный руководитель - д.м.н., профессор Султанов Д.Д.

Цель исследования. Изучить распространенность элевации сегмента ST у больных острым коронарным синдромом (ОКС) после стентирования коронарных артерий с целью снижения риска развития реинфаркта и внезапной смерти.

Материал и методы. В исследование были включены 102 больных в возрасте от 40 до 75 лет. Диагноз ОКС с элевацией сегмента ST основывался на клинико-анамнестических данных, эпизодах болевого синдрома и изменениях конечной части желудочкового комплекса по результатам ЭКГ в 12 общепринятых отведениях, результатах эхокардиографии (ЭхоКГ) и данных селективной коронароангиографии.

Критерием ишемии миокарда на ЭКГ явилось правило «1х1х1», т.е. элевации сегмента ST ишемического типа на 2 мм и более, сохранение этой элевации сегмента ST не менее 1 минуты, длительность времени между отдельными эпизодами элевации не менее 1 минуты. Коронароангиография и эндоваскулярное стентирование коронарных артерий проводилась в рентгенооперационной по стандартной методике. Критерием гемодинамически значимого поражения являлось сужение коронарного сосуда более 75% по диаметру, при поражении ствола левой коронарной артерии (ЛКА) – более 50% по диаметру.

Результаты исследования. У 37 пациентов (36,3%) было выполнено стентирование с предшествующей баллонной ангиопластикой, а у 65 больных (64,7%) – прямое стентирование. Всем больным были установлены стенты с лекарственным покрытием. Всем пациентам при выписке из стационара была рекомендована терапия бета-адреноблокаторами, антиагрегантами, статинами и ингибиторами АПФ. Контрольное стационарное обследование проводилось в средне-отдаленные сроки после операции (в среднем через 9-12 месяцев), которое включало оценку клинической симптоматики, лабораторных исследований, ЭКГ в покое, суточное мониторирование ЭКГ, ЭхоКГ.

Все пациенты имели значимое поражение коронарного русла: однососудистое – 24 человек (23,5%), двухсосудистое 28 - человек (27,5%), трехсосудистое – 48 человек (47,1%). У 70,6% больных были поражения передней нисходящей и огибающей артерий, у 20,6% - огибающей артерии, и у 8,8% - сочетанное поражение передней нисходящей артерии, огибающей и правой коронарной артерий.

При проведении суточного мониторирования ЭКГ выяснилось, что после стентирования коронарных артерий частота и распространенность элевации сегмента ST значительно уменьшается (в целом на 75,5%), что, в свою очередь, приводит к снижению риска развития реинфаркта и внезапной смерти у этих пациентов. После стентирования инфаркт зависимых коронарных артерий ($n=100$) нормализация элевации сегмента ST имело место в 35,3% случаев, на 2 мм - у 25,5% и на 14,7% случаев снижение сегмента ST от 1 до 2 мм, что имеет прогностическое значение.

За исследуемый период нефатальный повторный инфаркт миокарда развился у двоих пациентов. По данным контрольной ЭхоКГ фракция выброса левого желудочка в средне-отдаленные сроки после операции составила в среднем $54,5 \pm 4,5\%$ (прирост на 3,8%). Также у всех больных отмечалось достоверное снижение конечно-диастолического и конечно-систолического объема левого желудочка ($p < 0,01$).

Выводы. На фоне основной терапии больных ОКС с элевацией сегмента ST, проведение стентирования коронарных артерий на 75,5% уменьшает частоту и распространенность элевации сегмента ST по данным суточного мониторирования ЭКГ. Благодаря этому снижается риск фатальной аритмии, повторного инфаркта миокарда и внезапной смерти у этих пациентов.

Джураева Н.М.

ТРАНСКАТЕТЕРНАЯ ОККЛЮЗИЯ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА

Кафедра хирургических болезней № 2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - доцент Баратов А.К.

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности транскатетерной окклюзии открытого артериального протока (ОАП) у пациентов различного возраста.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 60 случаев транскатетерной окклюзии ОАП у пациентов в возрасте от 6 месяцев до 53 лет. Пациентов мужского пола было 12 (20%), женского - 48 (80%). Во всех случаях диагноз врождённого порока был установлен на догоспитальном этапе. В стационаре диагноз был подтверждён клинически и с помощью ультразвукового исследования. Процедуры проводились в условиях рентгеноперационной на цифровых ангиографах «Infiniti CC» и «Infiniti VS-i» (Toshiba, Japan). Дети до 12 лет были оперированы под общим обезболиванием, остальные - под местной анестезией. Сосудами доступа были общая бедренная артерия и общая бедренная вена. В 5 наблюдениях при малых диаметрах ОАП для их закрытия были использованы спирали фирмы COOK. В остальных случаях применены окклюдеры различных производителей (Lifetech, Amplatzer, MementoPart и др.). Размеры окклюдеров варьировались от 4/6 мм до 16/18 мм.

Результаты исследования. При контрольной аортографии, выполненной сразу после установки окклюдера или спирали, в 19 случаях (31,7%) отмечен минимальный и в 1 (0,16%) наблюдении - значительный лево-правый сброс контраста. При повторной аортографии через 20 минут сбросов не отмечено. Осложнения зафиксированы в 2 (0,33%) случаях. У 1 пациентки имела место миграция спирали по причине неправильно выбранного её размера. Спираль была сразу же удалена при помощи эндоваскулярной ловушки, без открытого оперативного вмешательства. Впоследствии этой больной был успешно установлен окклюдер. В другом случае попытка установки окклюдера с расчётным размером 10/12 мм не увенчалась успехом: сразу же был имплантирован окклюдер большего размера (12/14 мм). Летальных исходов не отмечено. Среднее время госпитализации составило 1-2 дня.

Выводы. Транскатетерная окклюзия ОАП является эффективным, безопасным и малоинвазивным методом лечения и в ряде случаев может выступать в качестве альтернативы открытым хирургическим вмешательством.

Дилшодов С. А., Азатуллоев Е.И., Мирзоев А.Дж.

ЗНАЧЕНИЕ ОПЕРАЦИОННОГО ДОСТУПА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА С ПЕРЕХОДОМ НА ПИЩЕВОД.

¹Кафедра онкологии ГОУ ТГМУ им. «Абуали ибни Сино». Таджикистан

²ГУ «РОНЦ» МЗ РТ. Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Юлдошев Р.З.

Цель исследования. Изучение эффективности хирургического доступа у больных раком желудка с переходом на пищевод.

Материал и методы. Анализированы результаты различных доступов у больных раком желудка с переходом на пищевод для обеспечения радикальности выполняемой операции.

Результаты исследования. Тотально-субтотальное поражение желудка с переходом на пищевод за период 2020-2025 годы имело место у 52 больных, которые получили хирургическое лечение в отделение торакоабдоминальной онкологии ГУ РОНЦ МЗ РТ. Морфологическую верификацию имели 88% пациентов, неоадьювантную химиотерапию получали 15(28,8%) больных. Из общего количество в 12(23%) случаях было выполнено лапаротомия слева (доступ Оссава-Герлока), лапаротомия с диафрагматомией в 23(44,2%) случаях. Абдомино-медиастинальный доступ имел место у 17(32,6%) больных. При выборе операционного доступа учитывались такие параметры, как тип роста опухоли, протяженность поражения пищевода, гистологический тип опухоли и длина абдоминального отдела пищевода, а также физиологическая операбельность пациентов.

Ретроспективный анализ показал, что выявление раковых клеток по линии резекции пищевода по аральному краю часто имел место у больных после лапаротомно-медиастинальных, лапаро-диафрагматомных доступов, чем доступ Оссава-Герлока (18% и 27%соответственно). Изучение годичной, 3-х и 5-ти летней выживаемости больных у 28(53,8%) больных показал, что заметной различии в общей выживаемости не имеется. Соответственно такой травматичный лапара-торакотомный доступ должен иметь весовые показание для выбора.

Выводы. Для рака желудка с переходом на пищевод характерно распространение раковых клеток по подслизистому слою в аральном направлении до 10см. Также высока вероятность выявления раковых по линии резекции после лапаротомных, лапара-диафрагматомных доступов.

Дилшодов С. М., Туйчиев Н.Т. Мирзоев А.А.

РЕЗУЛЬТАТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА РЕЗЕЦИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА.

1. Кафедра онкологии ГОУ ТГМУ им. «Абуали ибни Сино». Таджикистан

2. ГУ «РОНЦ» МЗ РТ. Таджикистан

Научный руководитель - д.м.н. Юлдошев Р.З.

Цель исследования. Изучить результаты хирургического лечения больных раком резецированного желудка.

Материал и методы. За период 2010-2024 года, на базе отделение торакоабдоминальной онкологии ГУ РОНЦ МЗ РТ хирургическому лечению подверглись 11 больных, оперированные по поводу злокачественных новообразований оставшийся части желудка. Из общего количество оперированных больных 3 (27,2%) ране подвергались

различным вариантам оперативного вмешательства по поводу язвенного процесса дуоденума, один больной (9%) по поводу полипоза выходного отдела желудка двое пациентов (18,2%). Период выявления рака культи желудка у данной категории больных составляет от 7 до 13 лет. У 7 (63,6%) больных установленным раком культи желудка в анамнезе операция была выполнена по поводу рака дистального отдела желудка 5 (45,4%) и проксимального отдела у 2 (18,2%) пациентов. Срок возврата болезни диагностирован в срок от 2 до 5 лет. Морфологическая верификация опухоли имела место у 9 больных, что составил 82%.

Результаты исследования. При изучении результатов операции было установлено, что экстирпация оставшейся части желудка удалось выполнить 8 (72,7%), в 3 случаях, из-за гиподиагностики интраоперационно выявлено генерализация онкопроцесса, что привело к формированию энтеростомы. Специфические послеоперационные осложнения имели место у 2 (19%) больных после радикальных операций. Послеоперационная летальность составила 9%. Выживаемость удалось анализировать у 6 больных, при выполнении R0 резекции 5 летней продолжительность жизни составила 20%.

Выводы. Вероятность развития рака по линии анастомоза после резекции желудка имеет место с возвратом болезни в течение 5-7 лет. Выполнение радикальных оперативных вмешательств имеет место у 72% больных и частота послеоперационных осложнений доходить до 20%.

Додихудоев Р.А., Фарзонаи Иброхим

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ХОЛАНГИОГЕННЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Кафедра хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбанова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Холматов П.К.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения острого гнойного холангита и его осложнений.

Материал и методы. Располагая опытом комплексной диагностики и хирургического лечения 52 пациентов с холангиогенными абсцессами печени (ХАП), находившихся на лечении в период с 2020 по 2024 г. Женщин было 38 (73,2%), мужчин - 14 (38,1%). Возраст больных - от 27 до 75 лет. Причины ХАП: холедохолитиаз - в 36 (70,8%) наблюдениях, рубцовые стриктуры желчных протоков травматического генеза в 12 (25,1%), стеноз большого дуоденального сосочка - в 3 (4,1%) случаях. Для диагностики ХАП проводили клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, включая УЗИ, КТ, МРТ и ЭРПХГ.

Результаты исследования. Тяжесть состояния больных с ХАП во всех наблюдениях была обусловлена эндотоксикозом и выраженной печеночной недостаточностью. Так, в 98% случаях наблюдали высокие показатели уровня маркеров эндогенной интоксикации (МСМ - $0,985 \pm 0,12$ ед., ЛИИ - $6,1 \pm 1,0$ ед., МДА - $6,1 \pm 1,2$ ммоль/л) и цитолитических ферментов (АлАт - $1,3 \pm 0,9$ ммоль/л, АсАт - $1,2 \pm 0,8$ ммоль/л).

Высокоинформативными инструментальными методами диагностики ХАП являлись УЗИ и КТ, которые позволили в 89-90% наблюдений выявить наличие гнойников в печени, расширение внутривнутрипеченочных желчных протоков, а также наличие конкрементов и стриктуры желчных протоков. Для диагностики ХАП в 8 (16,7%) случаях прибегли к ЭРПХГ.

Для лечения ХАП применяли традиционные открытые вмешательства в 31 (64,6%) наблюдении, миниинвазивные и эндоскопические - в 17 (35,4%) случаях, во время которых, наряду с лечением ХАП, производили коррекцию причины, способствующей возникновению заболевания. Обязательным компонентом лечения ХАП являлось назначение антибактериальной, инфузионно-трансфузионной терапии с введением препаратов в портальное русло и в желчевыводящие пути через наружный дренаж холедоха.

В послеоперационном периоде в 15 (30,3%) наблюдениях отмечали осложнения из них 6 (12,1%) летальными исходами.

Выводы. Диагностика ХАП должна быть комплексной, что позволяет выбрать наиболее оптимальный способ лечения.

Додихудоев Р.А., Фарзонаи Иброхим

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

Кафедра хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбанова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Холматов П.К.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных СМ, выбор оптимальной хирургической тактики.

Материал и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 47 больных ЖКБ, осложненной СМ. Продолжительность болезни составила в среднем $5,4 \pm 3,9$ года. Из инструментальных методов обследования для верификации диагноза применяли ультрасонографию (УСГ), эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), магнитно-резонансную холангиопанкреатографию (МРХПГ). Чувствительность метода ЭРХПГ составила 86,2%, МРХПГ - 80,0% и УСГ - 72,3%.

Результаты исследования. Первым этапом лечения 32 (68,1%) больных выполняли эндоскопическую папиллотомию с ревизией и санацией желчных протоков, исследование завершили билиарным стентированием или назобилиарным дренированием у 7 из них.

У 42 (89,1%) больных проведена холецистэктомия с восстановлением проходимости желчных протоков открытым методом. Из них 31 (73,8%) больному при проходимости большого дуоденального сосочка (БДС) использовали внешнее дренирование билиарного дерева по Келли-Вишневу-Робсон. Остальным 11 (26,2%) пациентам провели гепатикоеюностомию на выключенной по Роу-петле тонкой кишки. У 5 (10,6%) больных холецистэктомия с внешним дренированием гепатикохоледоха провели лапароскопическим методом.

Осложнения после этих операций возникли у 3 (6,4%) больных. От нарастающей дыхательной недостаточности умер один пациент.

Выводы. У больных с СМ возможно проведение операций лапароскопическим методом с хорошими результатами. При хорошей проходимости БДС во время операции показано внешнее дренирование гепатикохоледоха, при сомнительной или отсутствующей его проходимости - наложение билиодигестивного анастомоза, предпочтительно гепатикохоледохоэностомию по Roux.

Додихудоев Р.А., Асламзода Р.А., Сафаров Ш.Ф.

СВОЕВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Кафедра хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино».

Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Назаров Ш.К.

Цель исследования. Изучить интенсивность и прогностическую значимость лабораторных и инструментальных методов исследования в комплексной диагностике инфицированного панкреонекроза.

Материал и методы. В основу проведенного исследования положены результаты комплексного исследования 30 больных с инфицированным панкреонекрозом, находившихся на лечении в хирургических отделениях ГУ «городской центр неотложной медицинской помощи города Душанбе» с 2002 по 2023 гг. Выполнялись общие и биохимические исследования крови и мочи с определением уровня белка, показателей билирубина, концентрации мочевины и креатинина, показателей печеночных проб и уровня С-реактивного белка, уровни амилазы в сывороточной крови и диастазы в моче, показателей ПОЛ, интерлейкин, прокальцитонин, ферритин. Ультразвуковое исследование проводилось на эхотомографе HDI 5000 фирмы «Philips» и Elegra фирмы «Siemens» в режиме серой шкалы, тканевой гармоник, цветового и энергетического доплеровского картирования по стандартной методике. Исследовано кровотоки по бассейнам верхнебрыжечной артерии (ВБА), печеночной артерии (ПА), селезеночной артерии (СА) и панкреатодуоденальные артерии (ПДА). Обработку результатов исследования проводили методами прикладной статистики с использованием MS Excel и программного пакета для статистического анализа «Statistica v. 10.0». Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Инфицированный панкреонекроз и его осложнения диагностированы у 30 (35,2%) пациентов. Чаще всего у 19 (22,3%) больных с инфицированной формой панкреонекроза на момент госпитализации отмечалось наличие постоянных болей в верхней абдоминальной области, с их иррадиацией в поясничные области, обе лопатки, а также в загрудинную область. У 23 (27,0%) больных на момент поступления был диагностирован парез, выраженный кишечника. Со стороны развернутого анализа крови установлено анемия тяжелой степени, показатели красной крови были на уровне $2,9 \pm 0,5$ ($p > 0,05$), уровень лейкоцитоза достигал $16,4 \pm 3,1 \times 10^9/\text{л}$ ($p < 0,001$), и что касается лимфоцитов увеличение до $16,7 \pm 1,35$ ($p > 0,05$), а СОЭ до $25,3 \pm 1,3$ ($p < 0,05$). В биохимических показателях крови, гипопроteinемии до $52,0 \pm 2,8$ ($p > 0,05$), повышение йодной до $1,5 \pm 0,4$ ($p > 0,05$) и сулемовой проб до $2,7 \pm 0,6$ ($p > 0,05$), амилазы до $321,0 \pm 8,6$ ($p < 0,001$) панкреатической амилазы до $145,6 \pm 4,6$ ($p < 0,05$) и щелочной фосфатазы до $26,9 \pm 3,4$ ($p < 0,05$). Специфические маркеры С-реактивный белок был в пределах $22,1 \pm 1,4$ мг/л ($p < 0,05$), а МДА достигал $11,2 \pm 0,4$ мкмоль/л ($p < 0,05$), Прокальцитонин $10,9 \pm 0,1$ нг/мл ($p < 0,001$) и Интерлейкина-6 провоспалительного цитокина были на уровне $18,1 \pm 1,1$ пг/мл ($p < 0,05$). При исследовании показателей свертываемости крови у больных с инфицированным панкреонекрозом, признаки слабо выраженной гиперкоагуляции, прежде всего, за счет понижения уровня фибриногена до $2,1 \pm 0,10$ ($p > 0,05$), снижения протромбинового индекса до $83,21 \pm 1,59$ ($p > 0,05$) и снижения толерантности к гепарину до $375,1 \pm 18,2$ ($p < 0,01$). У 14 больных в первые 3-5 суток после госпитализации наблюдалось снижение количества тромбоцитов до $148,6 \pm 12,8$ ($p < 0,01$). В ходе исследования для уточнения диагностики местных и общих проявлений УЗ-исследование проводилось при поступлении, у 30 (35,2%) пациентов было диагностировано наличие острого деструктивного панкреатита с выраженными инфильтративными изменениями в тканях железы. При проведении доплерографии было обнаружено увеличение диаметров ВБА, ПДА СА. Увеличение показателей ОСК наблюдались по печеночной артерии - на 29-32% ($p > 0,01$), по верхней мезентериальной и панкреатодуоденальной артериям - на 18-19% ($p > 0,01$), а уменьшение данных показателей наблюдалось по селезеночной и верхней мезентериальной венам - на 32% ($p > 0,01$). В ходе исследования у всех 30 (35,2%) пациентов основной группы для верификации и идентификации развития инфекционного процесса и выбора тактики оперативного вмешательства было проведено контрастное мультиспиральное КТ-исследование с оценкой её эффективности. Из косвенных признаков у 30 (35,2%) пациентов с инфицированной формой панкреонекроза отмечалось наличие выраженного перипанкреатита, нечеткое определение крупных рядом расположенных сосудов с наличием в них деформационных изменений, наличие уровня жидкости в абдоминальной полости, а также и в плевре. В 85,9% случаев у больных при жидкостных скоплениях в полости малого сальника наблюдалась картина очаговой неоднородности.

Выводы. Ультразвуковой метод исследования (чувствительность - 83,1%, специфичность- 96,3%, общая точность-93,1%), мультиспиральная компьютерная томография (чувствительность -87,1%, специфичность -89,3, общая точность- 95,6%), по показаниям болюсная компьютерная томография (чувствительность-89,3%, специфичность- 91,1%, общая точность-96,7%), диагностическая видеолaparоскопия, УЗ-исследование с режимами цветного доплеровского картирования и энергетического доплера в диагностике локальных осложнений острого деструктивного панкреатита в сочетании, дают полную характеристику текущей фазе заболевания, позволяют уточнить и дополнить данные клинического обследования в тактике лечения больных. Исследования уровня ПОЛ, СРБ, прокальцитонин и интерлейкина-6 при остром панкреатите и его локальных осложнений являются специфическими маркерами в дополнении диагностики уровней поражения органа с определением степени гнойно-воспалительного процесса.

Донов О.Ш., Валиева К.Э., Саломзода Б.А.
ДУОДЕНАЛЬНАЯ КАРЦИНОМА, ПРОБЛЕМА И ПУТИ РЕШЕНИЯ
Кафедра онкологии ГОУ ТГМУ им. «Абуали ибни Сино». Таджикистан
ГУ «РОНЦ» МЗ РТ. Таджикистан
Научный руководитель - д.м.н. Юлдошев Р.З.

Цель исследования. Изучить результаты диагностики и лечения дуоденального рака.

Материал и методы. Анализу подверглись клинические данные 14 больных установленным диагнозом раком двенадцатиперстной кишки. Возраст больных от 28- 65год, мужчины составили 65%, 35% женщины. Все пациенты подверглись полноценным методам диагностики в отделении торакоабдоминальной онкологии РОНЦ РТ МЗ. Все больные жаловались на боли в эпигастральной области в правом подреберье, тошноту, рвоту, потеря веса в среднем 6-10 кг. Кровавая рвота имело место у 3 больных, что составляет 21,4%, мелена имело место у 4 (28,6%) пациентов, длительность мелены составляла более 1 месяца. Все больные подверглись всесторонними диагностическими процедурам, куда входит эндоскопическая гастро - дуоденоскопия с биопсией, КТ исследования с контрастированием. При изучении топики опухолевого процесса было установлено, что поражение верхней горизонтальной части дуоденума установлена у 3 пациентов 21% у нисходящий части у 7 пациентов 50% имело место поражение нисходящей части дуоденума, из них у 3 имело место поражения медиальной с вовлечением в опухолевый процесс Фатерого соска вызывая дистальный блок холедоха. У четырех пациентов субтотальное поражение дуоденума.

Результаты исследования. У 12 больных имело место морфологическая верификация опухолевого процесса. При изучении гистологической исследований высокий степень дифференцировки опухоли установлено у 3 пациентов, умеренно – дифференцированная у 8 больных, низкая степень дифференцировки имело место у 1 больного. Все больные подверглись различным вариантам оперативным вмешательствам. Гастро-панкреато-дуоденальная резекция была проведена у 10 пациентов, четверо пациентов подверглись различным вариантам симптоматических операций, учитывая гипо диагностику на предоперационном этапе у 4 больных интраоперационно было выявлено генерализация опухоли, канцероматоз, что привело к различным формированиям симптоматическим операциям.

Выводы. Рак двенадцатиперстной кишки характеризуется агрессивным течением клинического характера, стенозом двенадцатиперстной кишки и кровотечением(36%) в высокими послеоперационными осложнениями (31.3%).

Достиев У.А., Муллоев И.Дж.
ВОЗВРАТНЫЕ ИНФЕКЦИИ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА: КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ, ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино . Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценить частоту, клинические особенности и факторы риска развития возвратных инфекций почечного трансплантата, а также эффективность современных стратегий профилактики и лечения.

Материал и методы. Проведен анализ 200 пациентов, перенесших трансплантацию почки, разделенных на две группы: основную (n=120) с возвратными инфекциями и контрольную (n=80) без инфекционных осложнений. Оценивались уровни креатинина, С-реактивного белка (CRP), IL-6, прокальцитонина, а также данные ПЦР-диагностики ЦМВ и ВК-вируса. Степень повреждения трансплантата оценивалась по биопсии и доплеровскому исследованию сосудов.

Результаты исследования. Частота возвратных инфекций составила 60%, из них ЦМВ-инфекция выявлена у 35%, ВК-вирусная нефропатия у 15%, бактериальные инфекции мочевых путей у 45%, грибковые осложнения у 5% пациентов. Средний уровень креатинина в основной группе составил 2.3 ± 0.5 мг/дл, что значительно выше, чем в контрольной группе (1.5 ± 0.3 мг/дл, $p < 0.001$). У пациентов с возвратными инфекциями отмечено повышение IL-6 (35.4 ± 7.2 пг/мл) и CRP (15.8 ± 3.4 мг/л) по сравнению с контрольной группой (IL-6 = 12.7 ± 3.1 пг/мл, CRP = 5.6 ± 2.2 мг/л, $p < 0.001$). Биопсия трансплантата у пациентов с вирусными инфекциями выявила выраженный интерстициальный фиброз и тубулярную атрофию в 40% случаев.

Выводы. Возвратные инфекции почечного трансплантата являются серьезной угрозой для сохранения функции пересаженной почки, особенно при вирусных и бактериальных поражениях. Повышенные уровни IL-6, CRP и прокальцитонина могут служить важными биомаркерами раннего выявления инфекционных осложнений. Оптимизация иммуносупрессивной терапии, своевременное применение противовирусных и антибактериальных препаратов, а также регулярный мониторинг инфекционных агентов с использованием ПЦР-диагностики и биопсии трансплантата позволят снизить риск развития рецидивирующих инфекций и продлить срок функционирования почечного трансплантата.

Достиев У.А., Муллоев И.Дж.
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ВОЗВРАТНЫХ ИНФЕКЦИЙ У РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино . Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Определить диагностическую ценность лабораторных маркеров воспаления и инфекционной активности у пациентов с возвратными инфекциями почечного трансплантата.

Материал и методы. Проведен анализ 160 пациентов после трансплантации почки, из которых 98 имели возвратные инфекции. Оценивались уровни креатинина, CRP, IL-6, прокальцитонина, фибриногена, а также ПЦР-диагностика ЦМВ и ВК-вируса. Дополнительно проводился анализ клинических факторов, включая возраст, длительность иммуносупрессивной терапии и наличие сопутствующих заболеваний.

Результаты исследования. Пациенты с возвратными инфекциями имели достоверно повышенные уровни IL-6 (40.3 ± 6.5 пг/мл, $p < 0.001$), CRP (19.6 ± 4.8 мг/л, $p < 0.001$) и прокальцитонина (3.2 ± 0.6 нг/мл, $p < 0.001$) по сравнению с пациентами без инфекционных осложнений. Наиболее частыми возбудителями были ЦМВ (35%) и ВК-вирус (18%), при этом у 52% пациентов с вирусной инфекцией отмечались признаки интерстициального фиброза и трубчатой атрофии по данным биопсии. Основными клиническими предикторами возвратных инфекций являлись пожилой возраст, высокий уровень иммуносупрессии, длительный прием кортикостероидов и низкий уровень сывороточного альбумина (< 3.5 г/дл, $p < 0.01$).

Выводы. Возвратные инфекции почечного трансплантата сопровождаются выраженной воспалительной реакцией, что подтверждается повышенными уровнями IL-6, CRP и прокальцитонина. Высокий риск рецидивов инфекций наблюдается у пациентов с пожилым возрастом, длительной иммуносупрессивной терапией и гипоальбуминемией.

Достиев У.А., Муллоев И.Дж.

ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА ВОЗВРАТНЫХ ИНФЕКЦИЙ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Выявить ключевые предикторы развития возвратных инфекций у пациентов после трансплантации почки и оценить эффективность различных стратегий профилактики.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 150 пациентов после трансплантации почки, из которых 90 пациентов имели в анамнезе минимум один эпизод возвратной инфекции. Были изучены демографические данные, наличие сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, гипертония), уровень креатинина, IL-6, прокальцитонина, CRP, а также результаты ПЦР-анализа на ЦМВ и ВК-вирус. В рамках исследования оценивались эффективность антивирусной, антибактериальной профилактики и коррекции иммуносупрессивной терапии.

Результаты исследования. У пациентов с возвратными инфекциями уровень IL-6 (38.2 ± 5.6 пг/мл) и CRP (18.1 ± 4.2 мг/л) был значительно выше, чем у пациентов без инфекционных осложнений (IL-6 = 11.9 ± 2.7 пг/мл, CRP = 5.2 ± 1.8 мг/л, $p < 0.001$). Вирусная реактивация (ЦМВ, ВК-вирус) наблюдалась в 42% случаев, а бактериальные инфекции мочевых путей – у 48% пациентов. Основными факторами риска развития инфекционных осложнений были пожилой возраст (≥ 60 лет), длительный прием высоких доз такролимуса и микофенолата, гипоальбуминемия и сахарный диабет. Назначение противовирусной профилактики (ганцикловир, валганцикловир) и пересмотр схемы иммуносупрессии позволили снизить частоту повторных инфекций на 30% в течение первого года после трансплантации.

Выводы. Факторы риска возвратных инфекций почечного трансплантата включают пожилой возраст, высокий уровень иммуносупрессии, наличие сахарного диабета и снижение уровня альбумина. Достоверное повышение IL-6 и CRP у пациентов с инфекционными осложнениями может служить предиктором возвратных инфекций. Эффективная профилактика, включающая индивидуализированный подбор иммуносупрессивной терапии, противовирусную профилактику и мониторинг инфекционных агентов, позволяет значительно снизить частоту инфекционных осложнений и продлить функционирование трансплантированной почки.

Достиева З.А., Салимова З.Дж., Абдуллоев М.З.

МЕТОДИКА ВЫЯВЛЕНИЯ МАРКЕРОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Кафедра общей хирургии № 1 им. профессора А.Н. Каххорова ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Салимов Дж. С.

Цель исследования. Разработать и оценить методику выявления маркеров эндотелиальной дисфункции у пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью.

Материал и методы. Проведён анализ 120 пациентов с ОСКН, госпитализированных в хирургическое отделение. Пациенты были разделены на две группы: Основная группа ($n=60$) - пациенты с выраженными признаками эндотелиальной дисфункции. Контрольная группа ($n=60$) - пациенты с минимальными нарушениями эндотелиальной функции.

Методика включала:

1. Определение уровня эндотелина-1 в плазме крови методом иммуноферментного анализа (ИФА).
2. Измерение концентрации оксида азота (NO) в сыворотке крови с использованием спектрофотометрического метода.
3. Оценку уровня фактора фон Виллебранда методом коагулометрии.
4. Измерение уровня С-реактивного белка (CRP) с помощью высокочувствительного латексного теста.
5. Сравнение полученных данных с клиническими проявлениями ОСКН и результатами инструментальных методов диагностики (УЗИ, доплерография).

Результаты исследования. У пациентов основной группы уровень эндотелина-1 составил 15.6 ± 3.4 пг/мл, что значительно превышало показатели контрольной группы (7.8 ± 2.1 пг/мл, $p < 0.001$). Концентрация оксида азота (NO) в основной группе была снижена (12.1 ± 3.2 мкмоль/л против 22.4 ± 4.5 мкмоль/л в контрольной группе, $p < 0.001$). Уро-

вень фактора фон Виллебранда в основной группе составил $180 \pm 25\%$, что также было выше, чем в контрольной группе ($120 \pm 18\%$, $p < 0.001$). С-реактивный белок (CRP) в основной группе достигал 28.4 ± 6.7 мг/л, что коррелировало с тяжестью воспалительного процесса. Корреляционный анализ показал сильную связь между уровнем эндотелина-1 и клиническими проявлениями ОСКН ($r = 0.82$, $p < 0.001$), а также отрицательную корреляцию между концентрацией NO и тяжестью ишемии кишечной стенки ($r = -0.76$, $p < 0.001$).

Выводы.

1. Разработанная методика выявления маркеров эндотелиальной дисфункции (эндотелин-1, NO, фактор фон Виллебранда, CRP) является высокоинформативной и позволяет оценить тяжесть состояния пациентов с ОСКН.
2. Повышенные уровни эндотелина-1, фактора фон Виллебранда и CRP, а также снижение концентрации NO коррелируют с выраженностью ишемии и воспалительных изменений.
3. Использование данной методики в клинической практике способствует ранней диагностике эндотелиальной дисфункции, прогнозированию течения заболевания и выбору оптимальной тактики лечения.
4. Внедрение стандартизированных протоколов выявления маркеров ЭД может улучшить исходы лечения пациентов с ОСКН и снизить частоту осложнений.

Достиева З.А., Сафарова М.М., Саидова П.К.

ИЗУЧЕНИЕ КОРРЕЛЯЦИИ ДАННЫХ ДОППЛЕРОГРАФИИ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Кафедра общей хирургии № 1 им. профессора А.Н. Каххорова ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино". Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Салимов Дж.С.

Цель исследования. Оценить взаимосвязь между показателями доплерографии и маркерами эндотелиальной дисфункции у пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью.

Материал и методы. Проведён анализ 80 пациентов с ОСКН, госпитализированных в хирургическое отделение. Пациенты были разделены на две группы: Основная группа ($n=40$) - пациенты с выраженными признаками эндотелиальной дисфункции. Контрольная группа ($n=40$) - пациенты с минимальными нарушениями эндотелиальной функции.

Оценивались: показатели доплерографии: скорость кровотока в сосудах кишечной стенки (систолическая и диастолическая скорость), индекс резистентности (ИР). Уровень маркеров эндотелиальной дисфункции: эндотелина-1, оксида азота (NO). Клинические проявления ОСКН (болевой синдром, вздутие живота, рвота). Корреляция между данными доплерографии и уровнями эндотелина-1 и NO.

Результаты исследования. У пациентов основной группы отмечалось значительное снижение скорости кровотока в сосудах кишечной стенки (систолическая скорость - 12.3 ± 2.1 см/с, диастолическая скорость - 4.8 ± 1.2 см/с) по сравнению с контрольной группой (систолическая скорость - 18.7 ± 3.4 см/с, диастолическая скорость - 7.2 ± 1.5 см/с, $p < 0.001$). Индекс резистентности (ИР) в основной группе составил 0.82 ± 0.05 , что значительно превышало показатели контрольной группы (0.68 ± 0.04 , $p < 0.001$).

Уровень эндотелина-1 в основной группе составил 16.5 ± 3.8 пг/мл, что было значительно выше, чем в контрольной группе (8.2 ± 2.5 пг/мл, $p < 0.001$). Концентрация оксида азота (NO) в основной группе была снижена (12.4 ± 3.1 мкмоль/л против 22.7 ± 4.6 мкмоль/л в контрольной группе, $p < 0.001$). Корреляционный анализ показал сильную положительную связь между индексом резистентности и уровнем эндотелина-1 ($r = 0.78$, $p < 0.001$), а также отрицательную корреляцию между скоростью кровотока и концентрацией NO ($r = -0.72$, $p < 0.001$).

Выводы.

1. Допплерографическое исследование позволяет выявить значительные изменения кровотока в сосудах кишечной стенки у пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью, что коррелирует с выраженностью эндотелиальной дисфункции.
2. Повышение индекса резистентности и снижение скорости кровотока ассоциируются с повышением уровня эндотелина-1 и снижением концентрации оксида азота, что подтверждает роль эндотелиальной дисфункции в патогенезе ОСКН.
3. Использование доплерографии в сочетании с определением маркеров эндотелиальной дисфункции может повысить точность диагностики и помочь в прогнозировании тяжести состояния пациентов.
4. Разработка комплексных диагностических протоколов, включающих доплерографию и лабораторные маркеры, может способствовать улучшению исходов лечения при ОСКН.

Ёрова Х.Х.

ЭТИОЛОГИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА

Кафедра общей хирургии №1 им. Каххорова А.Н. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н. Муродова Ш.М.

Цель исследования. Выявление причин недостаточности мышц тазового дна.

Материал и методы. На базе общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино было исследовано 150 пациентов с недостаточностью мышц тазового дна. Средний возраст пациенток был от 18 до 49 лет. У всех больных изучены анамнестические данные и параллельно оценивалось качество жизни с помощью авторского опроса «Пролапс тазовых органов, дисфункция тазового дна и качество жизни», который был составлен на основе Kings Health Quastionnaire. Проводилось физикальное обследование, изучались клиничко-биохимические анализы крови и мочи. Осуществлялись инструментальные исследования (вагинальное исследование с помощью зеркала, ректальное исследование).

дование, УЗИ органов малого таза и промежности, ректороманоскопия).

Результаты исследования. В ходе исследования были выявлены основные факторы, способствующие развитию недостаточности мышц тазового дна (НМТД). Установлено, что роды через естественные родовые пути являются значимым предрасполагающим фактором, особенно в случаях длительного или стремительного течения, рождение крупного плода, узкий таз, асинклитическое вставление головки, а также при наличии разрывов промежности, использования акушерских пособий и послеродовых травм. Также выявлена связь между возрастными и гормональными изменениями, в частности, снижением уровня эстрогенов в период менопаузы и развитием ультразвуковых признаков патологии мышц тазового дна. Дополнительными факторами риска стали хронические запоры, избыточный вес, регулярные тяжёлые физические нагрузки, хронический кашель и заболевания, влияющие на соединительную ткань. Кроме того, установлено, что гинекологические и урологические оперативные вмешательства, такие как гистерэктомия и пластика влагалища, могут приводить к ослаблению мышечно-связочного аппарата тазового дна. Важную роль играет также малоподвижный образ жизни, способствующий снижению тонуса мышц тазового дна.

Выводы. Таким образом, исследование подтвердило, что развитие недостаточности мышц тазового дна обусловлено комплексом факторов, среди которых ведущими являются естественные роды, возрастные и гормональные изменения, хронические нагрузки на тазовое дно, а также особенности соединительной ткани и проведённые оперативные вмешательства.

Ёрова Х.Х.

ВЛИЯНИЕ РОДОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА

Кафедра общей хирургии №1 им. Каххорова А.Н. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н. Муродова Ш.М.

Цель исследования. Определение влияния родов на формирование недостаточности мышц тазового дна.

Материал и методы. С 2024 года на клинической базе кафедры общей хирургии (ГКБ №1 им. К.Т. Таджикива) проводится исследование, направленное на изучение влияния различных типов родоразрешения на формирование недостаточности мышц тазового дна. В исследовании приняли участие 150 женщин в возрасте от 18 до 50 лет, которые были разделены на три группы: первородящие - 37 (24,6%), многорожавшие - 84 (56%) и женщины, родившие путём кесарева сечения - 29 (19,3%). В рамках исследования использовались комплексные методы диагностики, включая анкетирование и ультразвуковое исследование промежности. Для установления взаимосвязи между типом родоразрешения и развитием недостаточности мышц тазового дна был проведён статистический анализ с расчётом критерия Пирсона.

Результаты исследования. Для оценки статистической значимости различий между женщинами, родившими через естественные родовые пути (ЕРП), и женщинами, не имеющими такого опыта, был использован критерий согласия Пирсона. Этот тест был выбран как наиболее подходящий для анализа качественных данных из двух выборок. Исследование выявило значимую статистическую связь между наличием в анамнезе родов через ЕРП и частотой постановки УЗ - заключения патологии мышц тазового дна: рассчитанное значение критерия составило 13,82 при уровне значимости ($p < 0,001$). В то же время сравнение женщин, перенесших кесарево сечение, с теми, у кого в анамнезе отсутствовало кесарево сечение, не выявило статистически значимой зависимости частоты патологии мышц тазового дна ($p > 0,05$). Также не были установлены статистически значимые различия ($p > 0,05$) при анализе влияния таких факторов, как рождение крупного плода и наличие разрывов в родах у женщин, родивших через ЕРП. Эти показатели не оказали значимого влияния на частоту выявления патологии мышц тазового дна при ультразвуковом исследовании в сравнении с женщинами, перенёвшими естественные роды без указанных факторов риска.

Среди многорожавших пациенток ($n=84$) у 97.6% ($n=83$) была выявлена недостаточность мышц тазового дна (НМТД). При этом гипермобильность уретры наблюдалась у 12.04% ($n=10$), дислокация - у 16.8% ($n=14$), ректоцеле и цистоцеле - у 60.2% ($n=50$), а изолированная НМТД - у 10.8% ($n=9$). Среди первородящих пациенток ($n=37$) у 59.4% ($n=22$) была выявлена недостаточность мышц тазового дна (НМТД). При этом гипермобильность уретры наблюдалась у 40.9% ($n=9$), дислокация - у 13.6% ($n=3$), ректоцеле и цистоцеле - у 27.2% ($n=6$), а изолированная НМТД - у 18.1% ($n=4$). Среди нерожавших, перенесших кесарево сечение, НМТД встречалась - у 31.03% ($n=9$), сочетание гипермобильности уретры и НМТД - у 44.4% ($n=4$), а изолированная гипермобильность уретры - у 55.6% ($n=5$). Наиболее частой жалобой при НМТД являлись дискомфорт или боль во время полового акта, а также ощущение выпячивания или инородного тела в области промежности. У пациенток, перенесших кесарево сечение, наиболее частыми жалобами были дискомфорт или боль при половом акте, а также частые и внезапные позывы к мочеиспусканию.

Выводы. Роды через естественные родовые пути являются достоверным фактором риска развития ультразвуковых признаков патологии мышц тазового дна ($p < 0,05$), тогда как кесарево сечение не оказывает статистически значимого влияния на их возникновение. При этом была выявлена корреляционная зависимость между клиническими проявлениями недостаточности мышц тазового дна и ультразвуковыми признаками патологии.

Ёрова Х.Х.

РОЛЬ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В РАЗВИТИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА

Кафедра общей хирургии №1 им. Каххорова А.Н. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н. Муродова Ш.М.

Цель исследования. Оценить связь между дисплазией соединительной ткани (ДСТ) и развитием недостаточности мышц тазового дна (НМТД) у женщин, а также определить влияние генетических факторов на предрасположенность к данной патологии.

Материал и методы. На базе общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино было исследовано 150 пациентов с недостаточностью мышц тазового дна. Средний возраст пациенток составил от 18 до 49 лет. Критериями включения были признаки недостаточности мышц тазового дна и подтвержденные данные дисплазии соединительной ткани. Анализировались социальный статус, репродуктивный анамнез, возраст появления первых симптомов и время обращения за хирургическим лечением. Оценивались биохимические маркеры, предрасполагающие к слабости соединительной ткани, включая определение уровня гомоцистеина, кальция, фосфора, магния, цинка и меди. Дополнительно изучалась наследственная предрасположенность и сопутствующие проявления дисплазии соединительной ткани (ДСТ), такие как грыжи, плоскостопие, сколиоз, гипермобильность суставов и варикозная болезнь. Методы диагностики включали клинический осмотр, анкетирование по «Pelvic Floor Impact Questionnaire» (PFIQ), ультразвуковое исследование промежности и лабораторный анализ биохимических маркеров.

Результаты исследования. Анализ данных показал, что недостаточность мышц тазового дна была значительно более распространена среди пациенток с признаками дисплазии соединительной ткани (ДСТ). В 79,3% (n=119) случаев женщины жаловались на чувство тяжести, тянущие боли и дискомфорт в нижней части живота, сопровождающиеся опущением стенок влагалища. У 20,7% (n=31) пациенток наблюдались комбинированные формы недостаточности, включающие стрессовое недержание мочи (5,4%), нарушение дефекации (6,1%) и пролапс тазовых органов (9,2%). Средний период от появления первых симптомов до обращения за хирургической помощью составил 8 лет, что указывает на длительное игнорирование признаков заболевания. Биохимическое исследование выявило значимые изменения в маркерах соединительнотканного метаболизма. У 68% пациенток были зарегистрированы повышенные уровни гомоцистеина, у 54% - сниженные уровни кальция и магния, а у 47% - дисбаланс фосфора, цинка и меди. Эти изменения были наиболее выражены у пациенток с тяжёлыми формами недостаточности мышц тазового дна. Дополнительно было выявлено, что у пациенток с отягощённым семейным анамнезом риск развития данной патологии значительно выше: у женщин первой линии родства вероятность развития недостаточности составила 42,5%, а у дочерей пациенток риск увеличивался в 2,8 раза по сравнению с общей популяцией. Также установлена высокая частота сопутствующих проявлений ДСТ: грыжи (34,1%), плоскостопие (28,6%), сколиоз (21,3%), гипермобильность суставов (39,2%) и варикозная болезнь (45,7%).

Выводы. Таким образом, полученные данные подтверждают роль дисплазии соединительной ткани в патогенезе НМТД и подчёркивают значимость биохимических и генетических факторов в развитии данной патологии. Полученные результаты указывают на необходимость раннего скрининга женщин с признаками ДСТ для профилактики недостаточности мышц тазового дна. Выявленные изменения в биохимических маркерах могут служить потенциальными мишенями для ранней диагностики и коррекции нарушений соединительнотканного метаболизма.

Ёфтов С.Р., Раджабов А.А.

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н. ассистент Абдулоев М.С.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения переломов длинных костей конечности у больных с сочетанной травмой, выбор оптимального вида остеосинтеза путём создания алгоритма оперативного лечения.

Материал и методы. Проанализированы результаты остеосинтеза у 83 пострадавших с переломами длинных костей конечностей, лечившихся в период 2022-2024 годы в специализированной отделении ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш». Объём исследования, подготовка пострадавших к операции осуществлялись в соответствии с клиническим протоколом. Оперативное вмешательство проводилось через 48-72 часов с момента поступления больного в стационар после установки диагноза и стабилизация общего состояния больных. Закрытая репозиция, интрамедуллярная фиксация переломов длинных костей блокируемым стержнем с применением малоинвазивной технологии выполнены у 13 (15,6 %) больных. У 27 (32,5 %) больных с оскольчатыми переломами длинных костей применяли открытую репозицию с фиксацией интрамедуллярного остеосинтеза блокирующими стержнями. Открытая репозиция с фиксацией костных отломков на костного остеосинтеза пластинами использована у 26 (31,3 %) больных со спиральными переломами, и в 10 (12%) случаях при внутри суставных переломах была применена пластинка с угловой стабильностью. У 7 (8,4%) больных с открытыми переломами длинных костей была выполнена первичная хирургическая обработка раны и внеочаговый остеосинтез с использованием аппарата внешней фиксации. С целью профилактики развития отёка, тромбоэмболии, гнойно-воспалительных осложнений после операции назначали комплекс стандартных лечебных мероприятий, включающий антибактериальную терапию, препарат клексан и цитофлавин.

После погружного остеосинтеза во внешней иммобилизации повреждённой конечности необходимости не было, однако пациентам рекомендовали ограничить движения в суставах до 5-7° в течение 2-3 недель и в течение 6-8 недель исключить осевые нагрузки. Основанием для увеличения или ограничения нагрузок на повреждённую конечность являлись результаты рентгенологического контроля.

Результаты исследования. Проведённый анализ в период 12 -18 месяцев после операции показывает отличные и хорошие результаты. Субъективно все пациенты были довольны результатом лечения, возможность ранних движений и дозированных нагрузок позволяет быстрее восстановить функцию конечности и трудоспособность больного в период до 12-14недель. В целом, разработанный алгоритм улучшил результаты лечения путём ранней активизации пациентов, уменьшение срока постельного режима и стационарного лечения.

Выводы. Разработанный алгоритм оперативного лечения больных с переломами длинных костей позволил решить вопросы о показаниях временной и окончательной фиксации переломов и способе остеосинтеза. Внедрение в клиническое применение инновационной технологии при остеосинтезе переломов длинных костей позволяет снизить количество осложнений и повысить эффективность лечения переломов длинных костей конечностей у больных с сочетанной травмой.

Зиёзода М.Р., Хасанова Г.К., Муртазои Э.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ КАТАРАКТЫ ПОСЛЕ ПРОНИКАЮЩИХ РА-
НЕНИЙ ГЛАЗА У ДЕТЕЙ

Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Глазные отделения ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Карим-заде Х. Дж.

Цель исследования. Изучить характер и клинические особенности травматической катаракты после проникающих ранений глазного яблока у детей.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили результаты комплексного обследования 90 детей в возрасте от 0 до 15 лет, мальчиков было 66 (73,3%), а девочек - 24 (26,7%), получивших различные травматические повреждения глаз и получившие стационарное лечение на базе детского глазного отделения ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Всем больным проводились стандартные офтальмологические методы исследования: визометрия, тонометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, а также специальные: рентгенография орбиты, А/В-сканирование глаз.

Результаты исследования. Согласно распределению по возрасту видно, что наибольшее число повреждений органа зрения происходит у детей от 3 до 6 лет, что, по-видимому, связано с особенностями психики данного возраста, когда дети в процессе познания наиболее часто играют бытовыми предметами и наносят себе различные травмы. Следующей по встречаемости является возрастная группа от 7 до 10 лет (34,4%), которая в основном получает травму глаза в процессе игр с острыми предметами. В возрасте же до трёх лет проникающие ранения глаз встречаются крайне редко (1,1%). После 11-летнего возраста проникающие ранения глаз постепенно начинают уменьшаться, что связано с более сознательным подходом детей к различным играм.

Следует отметить, что проникающие ранения правого глаза встречались несколько чаще (51,1%), чем на левом глазу (48,9%), хотя разница была статистически незначимой.

Тщательный сбор анамнестических сведений показал, что травмы могут быть нанесены различными бытовыми предметами.

Наиболее часто встречающимися, травмирующими факторами глаз у детей являются стрелы и камни (соответственно 23,3 и 21,1%), реже всего (3,3%) травмы глаз случаются при воздействии ручки (карандаша). Как свидетельствуют результаты наших исследований, 74,4% больных поступили в течение первого месяца со дня травмы. 10% детей поступили через 1-6 мес. после травмы. 14,5% детей поступили в поздние сроки после получения травмы, т.е. спустя 6 мес. и до 3-х лет после получения травмы.

Наиболее часто (45,6%) больные поступали с посттравматической набухающей катарактой, что служило основанием для проведения неотложного хирургического вмешательства. У 33,3% (30 детей) пациентов наблюдалась посттравматическая катаракта, а у 15,6% (14 детей) - афакия. Постконтузионная катаракта была зарегистрирована у 5,6% (5 детей). Среди осложнений проникающего ранения наиболее часто встречались косоглазие (24,4%; 22 ребёнка), пленчатая катаракта (8,9%; 8 детей), факоевит (6,7%; 6 детей), гемофтальм (5,6%; 5 детей), вторичная глаукома (4,4%; 4 ребёнка). У 30 детей (33,3%) было обнаружено внутриглазное инородное тело.

Травмы глаза с развитием катаракты приводят к значительному снижению зрительных функций. Так, предметное зрение отсутствовало у 55,6% пациентов, острота зрения в пределах 0,01-0,04 наблюдали у 38,9% пациентов, до 0,1 было лишь у одного пациента.

Выводы. Наибольшее число проникающих повреждений органа зрения происходит у детей в возрасте от 3 до 6 лет (42,2%), что связано с особенностями психики данного возраста, когда дети в процессе познания наиболее часто играют бытовыми предметами и наносят себе различные травмы. Особо часто встречающимися травмирующими факторами глаз у детей являются стрелы и камни (соответственно 23 и 20,6). Среди форм поражения хрусталика при травмах глазного яблока превалирует набухающая катаракта (45,6%), которая сопровождается быстроразвивающимся обскуриционным косоглазием (24,4%), вторичной глаукомой (4,4%) и факогенным увеитом (6,7%).

Зиёзода М.Р., Джураева Ш.У., Сафаров Х.А.
ТРАНССКЛЕРАЛЬНАЯ ДИОДЛАЗЕРНАЯ ЦИКЛОФОТОКОАГУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РАЗ-
ЛИЧНОЙ ФОРМОЙ ГЛАУКОМЫ В ТЕРМИНАЛЬНОЙ БОЛЯЩЕЙ СТАДИИ

2-е глазное отделение ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Х.Дж. Карим-заде

Цель исследования. Исследование эффективности применения циклофотокоагуляции при различных клинических формах глаукомы в терминальной болящей стадии.

Материал и методы. Методом трансклеральной диодлазерной циклофотокоагуляции (ТС ДЛ ЦФК) было прооперировано 64 пациента (66 глаз) в первом и во втором глазном отделении ГУ «НМЦ РТ – Шифобахш» в период с 2019 по 2021гг. Мужчин было 59,1% (n=39), а женщин - 40,9% (n=27). Возраст варьировал от 19 до 80 лет и составил в среднем 59,9±15,6. Продолжительность койко-дней колебалась от 2 до 14 дней (в среднем 5,1±2,7дней). Городских жителей было 51,5% (n=34), а жителей села – 48,5% (n=32). До операции уровень внутриглазного давления (ВГД) на максимальном режиме гипотензивных капель варьировал от 28 до 59 мм рт.ст. (в среднем 41,7 мм рт.ст.). Постоянный, выраженный болевой синдром присутствовал у всех больных.

Результаты исследования. Интраоперационные осложнения не наблюдались. В раннем послеоперационном периоде отмечали следующие осложнения: гифема - в 8 глазах (12,1%), гемофтальмы - в 6 глазах (9,1%), фибрин - в 8-и (12,1%) случаях. Все осложнения были устранены медикаментозным путём. На первый день после операции

уровень ВГД значительно снизился, но оставался выше среднего – пальпаторно Тп+. Уровень ВГД на 7-й день после операции варьировал от 16 до 32 мм рт.ст., в среднем 23,53 мм рт.ст. Через 1 месяц после операции ВГД колебалось от 16 до 26 мм рт.ст., в среднем 21,23 мм рт.ст. и оставалось на нормальном уровне после 6 месяцев – колебание от 16 до 26 мм рт.ст., а в среднем - 19,42 мм рт.ст. Болевой синдром был купирован во всех случаях.

Выводы. Трансклеральная циклофотокоагуляция при различных клинических формах глаукомы в терминально болящей стадии является хорошей альтернативой фистулизирующей, крио- и диатермохирургии. Гипотензивный эффект операции связан с деструкцией цилиарных отростков и снижением выработки внутриглазной жидкости, а также вазодилататорным действием, которое обусловлено выбросом медиаторов воспаления.

В раннем послеоперационном периоде в 80% случаев удалось добиться компенсации ВГД и во всех случаях – купирования болевого синдрома. ВГД у большинства больных с рефрактерной глаукомой стабилизировалось через 7 дней после операции и оставалось стабильным на протяжении периода наблюдения.

Зокиров И.А., Хошимов Г.Ю., Аскарлов Ш.Т.

НАШИ НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННЫХ НЕОСЛОЖНЁННЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПОЗВОНОЧНИКА И КОНЕЧНОСТЕЙ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан.

Научный руководитель - старший преподаватель Аскарлов А.Т.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения сочетанных переломов позвоночника и конечностей.

Материалы и методы. В отделении травматологии НМЦРТ «Шифобахш» с 2020 по 2025 годы под наблюдением находилось 18 больных в возрасте от 20 до 56 лет с неосложнёнными переломами позвоночника. Мужчин было - 11 (61,11%), женщин - 7 (38,89%).

Механизм травмы: падение с высоты - 4 (22,22%), автодорожные - 11 (61,11%), прочие - 3 (16,67%). Переломы поясничного отдела позвоночника составили - 13 (72,22 %) случаев, грудного - 4 (22,22 %), шейного - 1 (5,56%).

Результаты исследования. Сочетание переломов позвонков с повреждениями других локализаций опорно-двигательной системы распределилось следующим образом: грудь - 3 (16,67%), таз - 2 (11,11%), череп – 2 (10,4), конечности - 11 (61,4%). Всем пострадавшим проведено консервативное лечение переломов позвоночника. Мы стремились к возможно раннему оперативному лечению сопутствующих повреждений опорно-двигательного аппарата, особенно крупных сегментов конечностей. Предпочтительно стабильному остеосинтезу, при смещённых переломах проводили остеосинтез аппаратом Илизарова у 5 (45,46%) больных, остеосинтез пластинами - у 3 (27,27%) больных и интрамедуллярный остеосинтез - 3 (27,27%) пациентов.

Выводы. Стабильный остеосинтез переломов конечностей исключал применение внешней иммобилизации, позволял рано начать реабилитацию этих повреждений и улучшал возможности, сроки и исходы повреждений позвоночника.

Зокирова М.Р.

РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ЭКССУДАТИВНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ

Кафедра «Оториноларингологии и детской оториноларингологии»

Ташкентский педиатрический медицинский институт. Узбекистан.

Научный руководитель – доктор Phd, Саломов К.М.

Цель исследования. Совершенствование ранней диагностики первичного и рецидивирующего экссудативного среднего отита у детей для предотвращения осложнений, снижения частоты рецидивов и улучшения качества жизни пациентов.

Материал и методы. Данная работа проводилась в ЛОР-отделении клиники ТашПМИ. Под наблюдением находилось 20 детей (40 ушей) в возрасте от 2 до 18 лет, страдающих первичным экссудативным средним отитом и рецидивирующим экссудативным средним отитом (РЭСО). Среди них было 7 мальчиков (35%) и 13 девочек (65%), что свидетельствует о преобладании девочек среди пациентов. Большинство детей были в возрасте от 2 до 7 лет, однако случаи РЭСО также нередко регистрировались у детей старшего возраста. Всем пациентам была проведена комплексная инструментальная и лабораторная диагностика, включающая аудиометрию, тимпанометрию, отоскопию и эндоскопию ЛОР-органов.

Результаты исследования. В ходе исследования у 12 пациентов (60%) были диагностированы аденоидные вегетации третьей степени, что стало причиной развития РЭСО и потребовало проведения хирургического лечения. У 8 пациентов (40%) был выявлен аллергический фон, включая дерматит, пищевые аллергии, а также сезонный аллергический ринит. У 2 пациентов (10%) наблюдались поствоспалительные синуситы и воспаление носоглотки. У 6 пациентов (35%) был выявлен первичный экссудативный средний отит, тогда как среди оставшихся 65% диагностировали рецидивирующий экссудативный средний отит. По результатам аудиометрии у 5 больных (25%) выявлена тугоухость первой степени (26–40 дБ). У 12 пациентов (60%) отмечалась тугоухость второй степени (41–54 дБ), а у оставшихся 15% (3 пациента) слух снизился до третьей степени тугоухости (55–70 дБ). Всем пациентам было проведено шунтирование барабанной полости с целью удаления экссудата.

Выводы. Рецидивирующий экссудативный средний (РЭСО) отит у детей чаще всего связан с аденоидными вегетациями, аллергическим фоном и поствоспалительными изменениями. Своевременная диагностика и комплексное лечение, включая шунтирование барабанной полости и устранение предрасполагающих факторов, позволяют предотвратить снижение слуха и улучшить качество жизни пациентов.

Зохир Н.
САТҲ, САБАБҲО ВА ПЕШГИРИИ САРАТОНИ ГАРДАНАКИ БАЧАДОН
Кафедраи акушерӣ ва гинекологияи №2, ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино. Тоҷикистон
Роҳбари илмӣ - н.и.т., дотсент Қозидавлатзода Б.

Мақсади таҳқиқот. Дар Тоҷикистон сатҳи скрининг паст буда, огоҳии занон дар бораи ин беморӣ маҳдуд аст. Ин таҳқиқот барои муайян кардани сатҳи гирифтӣ, омилҳои хавф ва роҳҳои бехтар намудани пешгирии беморӣ анҷом дода мешавад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Занони бемор 50 нафар аз 30–50 сола. Гузаронидани Пап-тест (таҳлили ситологӣ) ва санҷиши HPV. Пурсишнома барои арзёбии сатҳи огоҳии занон. Сабти маълумоти эпидемиологӣ ва муайян кардани омилҳои хавф.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Занон бо дисплазияи гарданаки бачадон (10–15%). Бо HPV-и хавфи баланд (5–8%). Бо нишонаҳои ибтидоии саратони гарданаки бачадон (3–5%). Бештар занон қаблан ҳеҷ гоҳ Пап-тест насупоридаанд (50%). Танҳо (10–15%) занон дар бораи вакцинаи HPV маълумот доранд. Дар (60%) ҳолатҳо сатҳи дониши занон дар бораи скрининг ва пешгирии беморӣ нокифоя буд. Дар (25%) занон медонистанд, ки вакцинаи зидди HPV вучуд дорад. Дар (35%) ҳолатҳо занон тасаввуроти нодуруст дар бораи роҳҳои пешгирии беморӣ доштанд. Эктропион (4,1%), полипи канали гарданаки бачадон (1,5%), гипертрофия ва деформатсия (7%) - ро ташкил медиҳад.

Хулосаҳо. Бо дарназардошти аҳамияти ин таҳқиқот, васеъ намудани барномаҳои скрининг ва вакцинагузаронӣ метавонад сатҳи гирифтиро коҳиш диҳад. Танҳо бо чораҳои пешгирикунанда ва ташхиси барвақтӣ метавонем саломати занонро бехтар ҳифз намоем.

Зубайдов С.Ф.
МЕЪЁРҲОИ АРЗЁБИИ ПЕШГУЌИИ НАТИҶАБАХШИИ УСУЛИ ҒАЙРИҶАРРОҲИИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОР БА БАНДШАВИИ ШАДИДИ ПЕШОБ ДАР ЗАМИНАИ АДЕНОМАИ ҒАДУДИ ПРОСТАТА
Кафедраи урология ба номи Осимӣ А.С. МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино». Тоҷикистон
Роҳбари илмӣ - Мухаббатова Х.Ҷ.

Мақсади таҳқиқот. Муайян кардани меъёрҳои пешгуӣи натиҷабархшии усули ғайриҷарроҳии муолиҷаи бандшавии шадиди пешоб (БШП) дар заминаи аденомаи ғадуди простата (АҒП)

Мавод ва усулҳо. Натиҷаи муолиҷаи 43 беморе таҳлил карда шуд, ки дар МД “Маркази ҷумҳуриявии илмӣ-клиникии урология” бо ташхиси БШП дар заминаи АҒП дар давраи аз соли 2022 то 2024 бистарӣ шуда буданд. Синни миёнаи беморон 66,8 (55-84) солро ташкил медиҳад. Ҳаҷми миёнаи простата $77,2 \pm 3,3$ мл-ро ташкил медиҳад. Дар мавриди 41 бемор «ҳиссаи миёна» ошкор карда шуд. Ҳаҷми масона аз 600 то 1800 мл-ро ташкил менамуд. Пештар 36 бемор аз хусуси симптомҳои роҳҳои поёнии пешоббарор (СРПП)-и АҒП муолиҷаи дорӯй (МД) қабул карда, 7 бемори дигар муолиҷаи дорӯй қабул накарда буданд. Ба тамоми беморон ба муҳлати аз 7 то 10 рӯз қастараи уретралӣ насб карда шуд. Суппозитория бо воситаҳои зиддиинфeksiонии нестероидӣ, алфа-адреноблокаторҳо (тамсулозин ё силодозин), антибиотик таъйин карда шуд. Баъди 7 рӯз пешобкунӣ мустақилона мушоҳида гардид. Нақши параметрҳои зерин таҳлил карда шуд: синни бемор, қабули пешакии алфа-адреноблокаторҳо, зуҳурёбии СРПП то лаҳзаи БШП аз рӯйи маълумоти IPSS, дараҷаи протрузияи дохилимасонагӣ ва мавҷудияти «ҳиссаи миёна», ғафсии девораи масона, ҳаҷми пешоби гирифташуда.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Баъди гирифтани қастараи уретралӣ дар мавриди 26 бемор пешобкунӣ мустақилона барқарор гардид. Дар 17 маврид пешобкунӣ мустақилона барқарор нагардид: ба 8 бемор эпистостомии троакари гузошта шуда, зимни 9 ҳодиса муолиҷаи ҷарроҳии АҒП (аденомэктомия) ба амал оварда шуд. Натиҷаи таҳлилҳо нишон дод, ки тибқи маълумоти IPSS дар беморони тахти таҳқиқ то БШП бандшавии СРПП бартариат дошт. Дар гурӯҳи бемороне, ки усули ғайриҷарроҳӣ натиҷабархш буд ($n=26$), чунин хусусиятҳо мушоҳида мегардад: синни миёна $63,4 \pm 2,3$ сол, сатҳи IPSS то лаҳзаи БШП $6,3 \pm 1,3$ бал, пештар алфа-адреноблокаторҳо қабул накардаанд, протрузияи дохилимасонагӣ - 5 мм, набудани «ҳиссаи миёна», ҳаҷми миёнаи пешоби гирифташуда $913,6 \pm 44,7$ мл-ро ташкил медиҳад. Дар гурӯҳи беморон ($n=17$)-е, ки пешобкунӣ мустақилона барқарор нагардид синни $75,1 \pm 3,4$ сол, сатҳи IPSS $19,4 \pm 3,2$ бал буда, беморон алфа-адреноблокатор ($5,1 \pm 1,2$ сол) қабул кардаанд, протрузияи дохилимасонагӣ 13 мм ва зиёда аз онро ташкил медиҳад ё «ҳиссаи миёна» мушоҳида мегардад, ҳаҷми миёнаи пешоби гирифташуда $1240,4 \pm 96,5$ мл-ро ташкил медиҳад.

Хулосаҳо. Ҳамин тавр, усули ғайриҷарроҳии БШП дар мавриди беморони гирифтор ба АҒП дар синни камтар аз 63-сола бо СРПП то лаҳзаи БШП, набудани “ҳиссаи миёна” ва ё протрузияи дохилимасонагии камтар аз 1 см, инчунин ҳаҷми пешоби гирифташуда ба камтар аз 1,1 л барои муваффақият имконияти зиёд дорад.

Ибадулаева В.Р., Косимов А.Х., Хайдаров З.Б.
ЛОСКУТ ГУНДЕРСОНА ПРИ СУБАТРОФИЯХ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА
Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - старший преподаватель кафедры Каримов М.Б.

Цель исследования. Оценка эффективности метода конъюнктивального покрытия роговицы по Гундерсону у пациентов с субатрофией глазного яблока для последующего косметического протезирования.

Материал и методы. Исследование проводилось в 1-ом глазном отделении ГУ Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш». В рамках исследования хирургическому лечению подверглись 12 пациентов (12 глаз) в возрасте от 25 до 35 лет, которые были госпитализированы с диагнозом: субатрофия глазного

яблока. Основной причиной развития субатрофии у обследованных пациентов явились последствия различных травм органа зрения. Всем пациентам было выполнено покрытие роговицы конъюнктивальным лоскутом с целью подготовки к последующему протезированию, преследовавшему преимущественно косметическую цель. Дооперационное и послеоперационное офтальмологическое обследование включало комплекс диагностических процедур: визометрию, биомикроскопию, А- и В-сканирование глазного яблока.

Результаты исследования. Хирургическое вмешательство заключалось в мобилизации конъюнктивального лоскута в верхнем или нижнем секторе глаза (в зависимости от наличия рубцовых посттравматических изменений) и его последующем перемещении на деэпителизованную роговицу с целью создания оптимальной поверхности для установки глазного протеза. Техника операции конъюнктивального покрытия по Гундерсону включала обезболивание путём субконъюнктивального введения 0,5-1,0 мл 2% раствора лидокаина по лимбу, что обеспечивало эффективную диссекцию конъюнктивы от теноновой капсулы. Затем выполнялась круговая перитомия по лимбу (360°), после чего в верхней или нижней половине глазного яблока конъюнктив тупо отслаивалась от теноновой капсулы на 10-14 мм от лимба. Роговица обрабатывалась 70% раствором этанола для полной деэпителизации, что способствовало лучшему приживлению конъюнктивального лоскута. Отслоенная конъюнктив перемещалась на обработанную роговицу и фиксировалась узловыми швами (10-0) у верхнего или нижнего лимба с захватом эписклеральной ткани. Для предотвращения ретракции лоскута на расстоянии 10-15 мм от лимба выполнялись концентрические горизонтальные насечки конъюнктивы. Операция завершалась закапыванием антибактериальных капель для профилактики инфекции. Швы снимались через 14-20 дней. После операции пациенты находились под наблюдением от 3 месяцев до 1 года. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия (ципрофлоксацин 0,3%) в течение 7 дней и кортикостероидная терапия (дексаметазон 0,1%) по убывающей схеме в течение 1 месяца. Для успешного результата важными факторами являлись полное удаление эпителия роговицы, снижающее риск образования субконъюнктивальных кист, а также надёжная фиксация лоскута швами с захватом эписклеральной ткани в области лимба. У 11 из 12 пациентов (91,7%) заживление прошло без осложнений. У одного пациента (8,3%) произошло смещение лоскута вниз с оголением верхней части роговицы, что потребовало повторного наложения фиксирующих швов. После завершения восстановительного периода всем пациентам было проведено косметическое протезирование с использованием тонкостенных глазных протезов.

Выводы. Конъюнктивальное покрытие роговицы по Гундерсону является эффективным хирургическим методом подготовки пациентов с субатрофией глазного яблока к косметическому протезированию. Данный метод отличается относительной простотой выполнения, не требует энуклеации глазного яблока и позволяет сохранить анатомическую целостность орбиты. Высокий уровень приживления лоскута и минимальный риск послеоперационных осложнений подтверждают целесообразность широкого клинического применения данной методики у пациентов с субатрофией глазного яблока посттравматического генеза.

Ибадулаева В.Р., Нозири Н.Х., Сабзалиева Ш.У.
ОПТИЧЕСКИЕ ИЛЛЮЗИИ И МЕХАНИЗМЫ ИХ ВОСПРИЯТИЯ

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – старший преподаватель Рахимова З.И.

Цель исследования. Анализ природы оптических иллюзий, механизмов их возникновения и восприятия, а также нейрофизиологических процессов, лежащих в их основе. Рассматриваются основные виды зрительных иллюзий, факторы, влияющие на их восприятие, и роль мозга в интерпретации визуальной информации. Изучение данного феномена позволяет не только понять особенности зрительной системы, но и выявить потенциальные области применения знаний о зрительном восприятии в медицине, психологии, дизайне и разработке технологий искусственного интеллекта.

Материал и методы. Обзор основан на анализе современных научных публикаций за последние 10 лет, представленных в базах PubMed, Scopus, Web of Science, eLIBRARY, CyberLeninka. Включены исследования по нейрофизиологии зрения, когнитивным процессам и психофизиологии восприятия. Применены сравнительный и контент-анализ, изучены данные функциональной магнитно-резонансной томографии (fMRI), электроэнцефалографии (ЭЭГ) и психометрических тестов, позволяющих оценить индивидуальные различия в восприятии иллюзий.

Результаты исследования. Оптические иллюзии возникают вследствие особенностей обработки зрительной информации мозгом, включая механизмы контраста, перспективы, движения и адаптации. Ключевую роль в их восприятии играют корковые отделы зрительной системы, включая зрительную кору (V1–V5), лобные и теменные доли, а также подкорковые структуры, ответственные за обработку движения и глубины.

Оптические иллюзии делятся на несколько типов:

- 1) Геометрические – изменение восприятия формы и размеров объектов (иллюзия Мюллера-Лайера, иллюзия Понцо).
- 2) Физиологические – адаптация к цвету, контрасту, яркости (эффект Мак-Калла, иллюзия Германовской сетки).
- 3) Когнитивные – зависимость восприятия от опыта и ожиданий (иллюзия Непера, иллюзия «утка-кролик»).
- 4) Двигательные – кажущееся движение неподвижных объектов (иллюзия автокинетического движения, эффект реверсивного движения).

Нейронаучные исследования показывают, что иллюзии связаны с предсказательной обработкой информации мозгом: зрительная система не просто фиксирует объекты, а предугадывает их характеристики, основываясь на прошлом опыте и контексте. Это объясняет различия в восприятии иллюзий у разных людей, а также феномен зрительных искажений при психоневрологических расстройствах.

Выводы. Оптические иллюзии являются результатом сложного взаимодействия сенсорных и когнитивных

процессов, отражая особенности работы зрительной системы и нейропластичности мозга. Их изучение важно как для фундаментальной науки, так и для прикладных областей: офтальмологии, неврологии, психологии, искусственного интеллекта, дизайна и виртуальной реальности.

Применение знаний об иллюзиях открывает перспективы для диагностики и терапии зрительных нарушений, улучшения пользовательского опыта в цифровых технологиях и оптимизации систем искусственного зрения. Дальнейшие исследования позволят создать новые методы диагностики когнитивных и офтальмологических расстройств, а также разрабатывать интерфейсы с учетом особенностей зрительного восприятия.

**Ибадуллаева В.Р., Нозири Н.Х., Сабзалиева Ш.У.
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ЗРЕНИЕ**

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – старший преподаватель Каримов М.Б.

Цель исследования. Систематизация современных данных о взаимосвязи психоэмоциональных расстройств и нарушений зрения, а также анализ механизмов их влияния друг на друга. Рассмотрение физиологических и нейробиологических аспектов данной взаимосвязи, влияния депрессии, тревожных расстройств и хронического стресса на течение офтальмологических заболеваний, а также последствий зрительных патологий для психического состояния пациента. Анализ современных методов диагностики и подходов к коррекции психоэмоциональных нарушений у пациентов с офтальмологическими заболеваниями.

Материал и методы. Обзор основан на анализе отечественных и зарубежных научных публикаций за последние 10 лет, представленных в базах PubMed, Scopus, Web of Science, eLIBRARY, CyberLeninka. Включены исследования, содержащие сведения о влиянии психоэмоциональных расстройств на офтальмологические заболевания и наоборот. Учитывались работы с применением объективных методов диагностики (психометрические тесты, нейровизуализация, функциональные офтальмологические исследования). Исключены исследования с низким уровнем доказательности.

Результаты исследования. Анализ показал, что депрессия, тревожные расстройства и хронический стресс могут оказывать негативное влияние на зрительные функции. Ключевыми патогенетическими механизмами являются повышение уровня кортизола, нарушение ауторегуляции сосудов, снижение кровоснабжения сетчатки и зрительного нерва. Установлена связь между депрессией и повышенным риском глаукомы, синдрома сухого глаза, транзиторных нарушений аккомодации. Прогрессирующие офтальмологические заболевания, такие как возрастная макулярная дегенерация и глаукома, повышают вероятность развития депрессии, тревожных состояний и социальной изоляции. Помимо органических нарушений, психоэмоциональные расстройства могут проявляться функциональными изменениями зрения. К ним относят истерическую слепоту, туннельное зрение, снижение цветового восприятия, зрительную усталость и фотофобию.

Недостаточная диагностика психоэмоциональных расстройств у пациентов с офтальмологической патологией приводит к ухудшению качества жизни и снижению эффективности лечения. Кроме того, психоэмоциональный стресс может влиять на субъективное восприятие зрения, вызывая ощущение ухудшения остроты зрения без объективных изменений, что требует дифференциальной диагностики.

Выводы. Существует двусторонняя связь между психоэмоциональными расстройствами и заболеваниями зрительного аппарата. Депрессия и тревожные состояния могут усугублять офтальмологическую патологию, а заболевания глаз, в свою очередь, могут провоцировать развитие психических нарушений. Недостаточное внимание к этому взаимодействию может приводить к задержке диагностики и неэффективности стандартных методов лечения.

Офтальмологи должны учитывать психический статус пациента и при необходимости направлять его к специалистам. Комплексный междисциплинарный подход, включающий офтальмологическое лечение, психотерапевтическую помощь и методы когнитивно-поведенческой коррекции, может повысить качество жизни пациентов и улучшить прогноз. Дальнейшие исследования должны быть направлены на разработку алгоритмов диагностики и новых стратегий реабилитации, включающих как медикаментозные, так и психологические методы воздействия.

**Идиев Н.М., Алимов С.У., Пулодов С.Э.
ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ХОЛАНГИТОМ**

Кафедра хирургических болезней №1 им. акад. Курбонова К.М. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н., доцент Сараев А.Р.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов с острым холангитом, путем оптимизации применения декомпрессионных вмешательств.

Материал и методы. В основу работы положен опыт лечения 120 больных, находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях Центра скорой медицинской помощи г. Душанбе за период с 2014 по 2024 год с механической желтухой литиазного генеза, осложненной холангитом. Все пациенты отнесены к двум группам: ретроспективная, в которой проанализированы 92 истории болезни по изучаемой проблеме, а обнаруженные закономерности и сделанные выводы сформулированы в лечебно-диагностический алгоритм, примененный у 28 больных, составивших проспективную выборку. При этом сравнивались результаты применения транспапиллярных вмешательств (эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ), ЭПСТ и назобилиарное дренирование (НБД) □ группа I, n = 54) и эндобилиарных операций (ЧЧХС и НВБД (наружно-внутреннее билиарное дренирование) □ группа II, n = 38). Руководствуясь разработанной в клинике классификации стадий острого холангита больных с механической желтухой литиазного генеза, пациенты распределены по подгруппам. Нами использованы признаки, характеризую-

шие тяжесть, длительность и выраженность холестаза и показатели системного ответа на эндогенную интоксикацию. Оценка эффективности применения изучаемых методов декомпрессии производилась с помощью анализа темпов нормализации клинико-лабораторных показателей, числа осложнений и летальности.

Результаты исследования. При сравнении подгрупп больных в стадии острого холангита (без билиарного сепсиса) с компенсированным системным ответом достоверно значимой разницы в полученных результатах не отмечено. В среднем клинико-лабораторные показатели нормализовались к 2-3 суткам. Меньший процент осложнений был зафиксирован при выполнении ЭПСТ – 2,22 %. При сравнении результатов лечения пациентов в стадии билиарного сепсиса достоверно лучшие показатели и меньшее число осложнений были получены в выборке с ЧЧХС (7-8 суток, 3,03 %), по сравнению с обоими видами наружно-внутреннего дренирование □ 8-9 суток (9,4 и 7,4 % соответственно) и без дренирования – 9-10 суток (18,2%). В стадии септического шока с декомпенсированным системным ответом скорейшее восстановление клинико-лабораторных показателей и меньший процент осложнений оказались в подгруппе с наружным дренированием в среднем – 9-10 суток (12,0%). Полученные данные позволили рекомендовать наружное эндобилиарное дренирование для купирования подпеченочного холестаза у больных с острым холангитом в стадии билиарного сепсиса и септического шока и эндодиапефические трапапиллярные операции у пациентов в стадии острого холангита (с компенсированным системным ответом). Применение данной методики позволило снизить количество осложнений при первично выполненных ретроградных вмешательствах до 2,94%, а при использовании методики «крандеву» вовсе избежать их.

Выводы. Применение тактики на основе градации больных по стадиям острого холангита в соответствии с ключевым фактором патогенеза гнойной альтерации билиарного тракта и системного воспалительного ответа позволило оптимизировать постдекомпрессионный этап лечения и создало условия для наиболее оптимальной последовательности всего лечебного процесса, адекватной тяжести состояния пациентов при данной патологии.

Идиев Н.М., Вахобов И.А., Пулодов С.Э.

ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Кафедра хирургических болезней №1 им. акад. К.М. Курбонова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н., доцент Сараев А.Р.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения у больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки путём оптимизации выбора способа оперативного вмешательства с применением прогностической шкалы Воеу.

Материал и методы. Проведен анализ 143 больных, оперированных в хирургических отделениях Центра скорой медицинской помощи г. Душанбе за период с 2018 по 2024 год, у которых было выполнено ушивание перфоративной язвы желудка и ДПК. Мужчин было 98 (68,5%), женщин – 45 (31,5%). Пациенты имели возраст от 19 до 77 лет. Средний возраст составил 52,4 лет. ПЯЖ желудка имела место у 41 (28,7%), а ДПК - у 102 (71,3%) больных. Все пациенты были распределены на 2 группы. 1-ю группу составили пациенты, которые находились на лечении с 2018 по 2020 год (n=68). 2-ю группу составили пациенты, которые находились на лечении с 2021 по 2024 год (n=75), у которых способ хирургического лечения определяли на основании шкалы Воеу.

Результаты исследования. В 1 группе попытка лапароскопического ушивания перфоративной язвы выполнялась у 45 (66,2%) больных по шкале ASA I-II степени. Лапаротомия с последующим ушиванием перфоративного отверстия открытым способом выполнялась у 23 (33,8%) больных. Число конверсий составила 7 больных (10,3%). Послеоперационный койко-день в данной группе больных составил $9,6 \pm 2,3$ сут. Общая летальность в 1-й группе составила 4,8%.

Во 2 группе попытка лапароскопического ушивания перфоративной язвы выполнялась у 47 (62,7%) больных, у которых при определении способа хирургического лечения использовались шкала Воеу. Противопоказаниями к лапароскопическому ушиванию перфоративной пилородуоденальной язвы явились: количество баллов по Воеу больше одного; диаметр перфоративного отверстия более 1 см; разлитой перитонит с дилатацией петель кишки, требующей декомпрессии; сочетание перфорации с кровотечением, стенозом либо пенетрацией; выраженный спаечный процесс в брюшной полости; повторная перфорация или кровотечение в анамнезе; переход язвенного дефекта на заднюю стенку двенадцатиперстной кишки. Выполнить ушивание язвы с полноценной санацией брюшной полости удалось у 46 (97,9%) пациентов. Длительность оперативного вмешательства составила $86,7 \pm 14,3$ мин. Конверсий было 1 (2,2%). После видео-лапароскопического ушивания перфоративной язвы осложнения наблюдались у 3 (6,4%) больных. Нагноение троакарных ран 2. Послеоперационная пневмония у 1 больного. Летальных исходов после видеолапароскопического ушивания перфоративной язвы не было. Послеоперационный койко-день составил $4,1 \pm 1,7$ сут. У 1 (2,1%) пациента не удалось технически выполнить операцию лапароскопическим способом, что послужило показанием к выполнению лапаротомии. У 28 (37,3%) больных, у которых имелись противопоказания к лапароскопическому способу согласно шкале Воеу, оперативное вмешательство выполнено из лапаротомного доступа. Длительность лапаротомного вмешательства составила $83,7 \pm 11,8$ минут. После лапаротомного ушивания перфоративной язвы наблюдались 6 (21,4%) осложнений из них 2 умерли (10,7%). Послеоперационный койко-день в данной группе больных составил $8,7 \pm 2,5$ сут. Общая летальность во 2-й группе составила 4,2%.

Выводы. Лапароскопическое ушивание является эффективным и малоинвазивным способом лечения, что приводит к уменьшению числа конверсий, послеоперационных осложнений, сроков госпитализации, снижению летальности и улучшению результатов хирургического лечения. Использование прогностической шкалы Воеу позволяет обоснованно применять оптимальный способ хирургического лечения, выполнить оперативное вмешательство у 62,7 % больных лапароскопическим способом и уменьшить число конверсий до 2,2%.

Идиева Ш.Х.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ У БЕРЕМЕННЫХ И РОЖЕНИЦ С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - академик НАНТ, д.м.н., профессор №1 Додхоева М.Ф.

Цель исследования. Изучение медико-социальных аспектов у беременных женщин и рожениц с аномалиями развития половых органов.

Материал и методы. В исследовании были включены 232 беременные женщины с различными аномалиями развития половых органов, родоразрешенные в Городском родильном доме №1 г. Душанбе, в период 2015-2024 гг. На основании проведенных исследований было установлено, что пациентки основной группы имели различные формы аномалий развития половых органов: у 101 женщин (43,5%) была диагностирована двурогая матка, в том числе у 9 из них двурогая матка сочеталась с удвоением влагалища, а в одном случае и с удвоением шейки матки, у 107 (46,1%) – седловидная матка, причем в 2-х случаях седловидная матка сочеталась с перегородкой в полости матки; у 4 женщины (1,7%) была выявлена изолированная перегородка внутри матки, у 7 (3%) — однорогая матка, у 3-х (1,2%) - изолированная перегородка внутри влагалища и в 3-х случаях удвоение матки (1,2%). Также имело место единичные случаи аплазии и гипоплазии шейки матки, аплазия яичника и маточной трубы с одной стороны, рудиментарный рог и атрезия цервикального канала. Следует отметить, что в 15 сл. (6,5%) аномалия развития матки сочеталась с врожденной единственной почкой, в 2 сл. (0,9%) с удвоением почек, в 2 сл. (0,9%) отмечалась тазовая дистопия почек и в 3 сл. (1,3%) гипоплазия почек.

Результаты исследования. Анализ показал, что частота аномалий развития матки с каждым годом увеличивалась. Если в 2015 году соотношение аномалии развития матки к родам составила 1:483, то в 2024 году этот показатель был равен 1:159. Первородящих среди обследованных женщин было 94 сл. (40,5%), повторнородящих – 115 сл. (49,6%) и многорожавших 23 сл. (9,9%). Нами также установлено, что у женщин с аномалиями развития матки протогенетический интервал в 144 сл. (62,1%) составила до года, в 69 сл. (29,7%) от 1 до 3 года, в 12 сл. (5,2%) от 3 до 5 лет и в 3 сл. (1,3%) более 5 лет, что говорит о снижении фертильности указанного контингента. Возраст поступивших беременных и рожениц колебался в диапазоне 17 – 50 лет, средний возраст составил $26,3 \pm 4,2$ лет. Возраст 4-х пациенток соответствовал юному репродуктивному периоду, в основном преобладали женщины в активном репродуктивном возрасте 89,2% (207 сл.) и всего 9 % (21 сл.) – позднему репродуктивному периоду. Из общего число беременных и рожениц 81,5% (189 сл.) оказались домохозяйками, 10,3% (24 сл.) – работницы и 8,2 % (19сл.) студентами. Согласно подсчёту индекса массы тела, у 61 (26,3%) женщин выявлен дефицит массы тела, у 31 (13,4%) женщин установлена избыточная масса тела и у 18 (7,8%) – ожирение различной степени, у остальных 122 (52,5%) - индекс массы тела была в пределах нормы. Средний индекс массы тела составил 23,6. Средняя прибавка в весе за период беременности среди женщин с аномалиями развития матки составила $11,3 \pm 3,8$ кг. Следует отметить что в 7 случаях установлен родственный брак у родителей, в 83 сл. (35,8 %) женщины были рождены в период 1992-1997, т.е. в конфликтном и постконфликтном периоде.

Выводы. Таким образом, результаты проведенных исследований показали о динамическом увеличении частоты аномалий развития матки, снижения их фертильности, высокую частоту пациенток с большим протогенетическим интервалом, преимущественно активный репродуктивный возраст и высокую частоту дефицита массы тела указанного контингента. Следовательно, данное исследование указывает на необходимость тщательной предбрачной и прегравидарной подготовки женщин с аномалиями развития гениталия.

Изатшоев А.А., Фурохов И.Ё., Саидзода К.И.

СПОСОБ УРЕТЕРОНЕОЦИСТОАНАСТОМОЗА ПО МЕТОДУ НАШЕЙ КЛИНИКИ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК

Кафедра хирургических дисциплин №1, ГОУ ХГМУ. Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент Пиров Б.С.

Цель исследования. Усовершенствовать способ уретеронеоцистоанастомоза при трансплантации почек для улучшения послеоперационных результатов.

Материал и методы. В основе данного исследования лежит ретроспективный и перспективный анализ 134 (100%) больных, которым наложен уретеронеоцистоанастомоз различными методами. Основная группа включала 15 (11%) человек, которым проведена по методу Клиники контрольная группа состояла из 119. Им наложен уретеронеоцистоанастомоз по Лич-Грегуару 95 (74%), DropIn - 19 (14%), Мебелью-Шумакову 5 (3,7%).

Результаты исследования. Нами внедрена в практику модифицированная методика наложения уретеронеоцистоанастомоза по методике клиники 15 (11%). Отличительная черта данного способа состоит в наложении непрерывного шва между слизистой мочеточника и мочевого пузыря, которая не отмечается при Drop-In. Осложненный на 41% купировано консервативным методом, а в 11,7%- оперативным методом. Только в 1 (0,75%) на фоне этих осложнений произошла утрата трансплантата.

Выводы. Усовершенствованная нами методика направлена на избежание сосудистых и нервных повреждений мочевого пузыря, максимально сокращается количество и виды осложнений, которые имеют очень важную роль для улучшения результатов трансплантации, уменьшения материальных затрат, следовательно, продолжительности госпитализации в послеоперационном периоде. При проведении трансплантации почек по предложенному нами методу уретеронеоцистоанастомоза, который является модификацией методики DropIn, осложнения в послеоперационном периоде составили 1,8%, что по сравнению с тем же DropIn - 3%. Усовершенствование хирургической техники даёт

хорошую возможность улучшить результаты трансплантации почек в послеоперационном периоде. При нашем исследовании осложнение у основной группы составило 2,5%, а в контрольной группе - 21,7%.

Изатшоев А.А., Ибрагимова Ф., Саидзода К.И.
УРОФЛОУМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХПН ДО И ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК

Кафедра хирургических дисциплин №1
Хатлонский государственный медицинский университет. Таджикистан.
Научный руководитель - Холзода Ш.И.

Цель исследования. Усовершенствовать способы, методы обследования больных, нуждающихся в трансплантации почек и улучшение послеоперационных результатов.

Материал и методы. В основе данного исследования лежит ретроспективный и проспективный анализ 25 (100%) больных, которым проведена урофлоуметрия в пред и послеоперационном периоде. Обследование проведено у пациентов в возрасте от 16 до 56 лет. Этот метод проводится перед и после операции и являясь важным фактором для обнаружения патологических изменений в мочевом пузыре. Основная группа состояла из 15 (60%), а контрольная группа из 10 (40%) пациентов.

Результаты исследования. Наибольшая скорость мочеиспускания у мужчин - от 15 мл/с, у женщин - 20 мл/с. Средняя объемная скорость у здоровых мужчин составляет 10-15 мл/с. Максимальная скорость составляет 4,5-9,5 мл/сек. Время испускания урины зависит от проходимости уретры и пузырно-уретрального сегмента. Норма 20 секунд период ожидания не должен превышать 40 секунд. У женщин в возрасте до 50 лет максимальная объемная скорость потока мочи, как правило, составляет более 25 мл/с. А после 50 лет - более 18 мл/сек. Точные результаты получают при объеме урины от 100 мл до 500 мл.

Все показатели урофлоуметрии у пациентов до и в раннем послеоперационном периоде снизились от нормальных показателей от 2 до 6 раз. Кроме объема выделенной мочи, до операции на 60% задержка выделенной мочи стала больше. Для пациента следует достаточно точно выявить проблемы с мочевым пузырем и процедуру можно повторять много раз, наблюдая в динамике лечебного процесса. Чем больше длительность болезни, тем меньше стабильность детрузора и количество выделяемой мочи.

Выводы. Таким образом, использование урофлоуметрии для больных, нуждающихся в пересадке почек, является важным компонентом исследования. Для больных ХБП 4-5 стадии, чем дольше продолжительность болезни, тем меньше стабильность детрузора и количество выделяемой мочи, тем выше осложнение со стороны уретропенецистоанастомоза. Применение этой методики обследования достоверно и полноценно определяет наличие патологического и функционального нарушения нижнего этажа мочевыводящего пути, который немаловажное значение имеет для установки показания к операции и избежания от различных послеоперационных осложнений.

Ильин Е.В., Марьян А.В., Аленцин К. А.
ТРАНСКУТАННЫЕ МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕАТОГЕННЫХ ОСТРЫХ ЖИДКОСТНЫХ КОЛЛЕКЦИЙ

Кафедра госпитальной хирургии с курсами травматологии и ортопедии, офтальмологии, Национальный исследовательский Мордовский государственный университет. Россия.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Давыдкин В.И.

Цель исследования. Изучить результаты ТКПДВ в лечении ПК.

Материал и методы. С 2022 по 2024 гг. ТКПДВ под визуальным УЗ-контролем выполнены 26 пациентам с ПК. Из них у 5 (19,2%) больных с диаметром ПК от 3,0 до 5,0 см проведены одномоментные пункции с эвакуацией содержимого. У 20 (~6,2%) больных с ПК от 6,0 до 14,0 см применена методика пункционно-дренажного лечения стилет-катетерами типа Pig Tail 10-22 Fr.

Результаты исследования. Ликвидацию полости удалось достичь у всех пациентов. Средние сроки стационарного лечения составили 13,8±2,5 дня. Неполные и несформированные свищи отмечены у 4 (15,4%) больных, у которых сохранялось отделяемое из полости кисты ко дню завершения стационарного этапа лечения. Пациенты вписывались на амбулаторное наблюдение с дренажом, который удалялся спустя 1-1,5 мес. при прекращении отделяемого. Формирования стойких панкреатических свищей не было. Летальных исходов не отмечено. В отдаленном периоде (от 1 года до 3 лет) прослежены результаты лечения у 21 (80,8%) больного. Средний срок наблюдения составил 2,2±0,5 года. Так как ПК не имеют специфической клиники после ТКПДВ всем пациентам проводили УЗИ гепатодуоденальной зоны или КТ. При обследовании жидкостные образования не были выявлены ни в одном случае. У 7 (26,92%) больных изменения в ПЖ были незначительными. У остальных 19 больных выявлено повышение эхоплотности ПЖ, неоднородность ее структуры. У 4 (15,4%) пациентов отмечено формирование кальцинатов, вирусной гипертензии. У 2 (7,7%) больных рецидивирующее течение панкреатита было обусловлено стенозом и дилатацией протока. Им была выполнена вирсунгоэнтомоия с удовлетворительными результатами.

Выводы. ТКПДВ под УЗ-контролем являются эффективным методом лечения ПК. Рецидивов ПК после применения ТКВ нами не выявлено.

Иноятзода Д., Султонов Х.К.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра общей хирургии №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Научный руководитель – к.м.н., доцент М.Х. Набиев

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с узловыми образованиями щитовидной железы.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 67 больных с различными формами заболеваний щитовидной железы за период 2018-2019 гг., госпитализированных в хирургическое отделение ГУ ГМЦ №3 г. Душанбе, мужчин было 6 (8,955%), женщин 61 (91,044%). Возраст больных варьировал от 15 до 70 лет. Наибольшее число составили больные в возрасте от 31 до 53 лет (46,26%) и более 60 лет. Срок нахождения больных в стационаре с момента поступления составили от 8 до 23 дней. Оперативные вмешательства были выполнены всем больным. При обследовании пациентов выявляли жалобы, анамнез заболевания, его длительность, наличие сопутствующей патологии, приём препаратов. При осмотре и пальпации оценивали степень увеличения щитовидной железы (визуальное), эластичность, смещаемость, наличие компрессионного синдрома. С целью определения цитологического характера изменений в ткани железы использовали в дооперационном периоде аспирационную тонкоигольную пункционную биопсию под контролем УЗИ. Уровень гормонов крови определялся с помощью иммунохемилюминесцентного анализа на аппарате «Immulite 2000» с использованием набора реагентов «ТТГ-ИФА-БЕСТ». При морфологическом исследовании оценивали критерии, позволяющие определить характер и степень повреждения ткани щитовидной железы, наличие признаков пролиферации. Препараты ткани щитовидной железы, полученной при оперативном лечении, фиксировали в формалине и проводили окраску срезов гематоксилином и эозином, изучение проводили с помощью световой микроскопии (микроскопы ЛОМО - СП6).

Результаты исследования. Для лечения заболеваний щитовидной железы в хирургическом отделении ГУ ГМЦ №3 применяли радикальные операции: пациентам были проведены оперативные вмешательства в объёме резекции щитовидной железы у 15 (22,38%) больных, гемитиреоидэктомии у 24 (35,82%), субтотально-субфациальная резекции щитовидной железы у 22 (32,83%) и тиреоидэктомии у 6 (8,955%) больных. Энуклеация узла проводилась, как правило, при небольших размерах зоба, при выявлении одиночного узла щитовидной железы без признаков тиреотоксикоза, увеличения железы с одной стороны, при наличии интраоперационно визуально неизменённой ткани, достаточной для формирования культи. Тотальная тиреоидэктомия проводилась при значительном увеличении щитовидной железы, при множественных узлах, при отсутствии визуально неизменённой ткани при тиреотоксикозе различной степени тяжести. Во время операции и после осложнений в виде кровотечения, тиреотоксического криза и поражения паращитовидных желёз не было.

Выводы. Таким образом, для улучшения результатов хирургического лечения необходимо всесторонне обследовать больных с узловыми образованиями щитовидной железы, чтобы до операции определить объём операции, который снижает количество послеоперационных осложнений.

Исмаева К.А.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТИМПАНОСКЛЕРОЗОМ

Кафедры оториноларингологии и детской оториноларингологии.
Ташкентский педиатрический медицинский институт. Узбекистан.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Амонов Ш.Э.

Цель исследования. Анализ эффективности хирургического лечения пациентов с тимпаносклерозом.

Материал и методы Исследование проводилось в период с 2019 по 2021 гг. в клинике ООО «Happy Life» среди 65 пациентов с диагнозом тимпаносклероза в возрасте от 18 до 69 лет ($37,63 \pm 0,82$ лет). В выборке преобладали женщины – 38 (58,4%), мужчины составили 27 (41,5%). Пациентам проводилось комплексное обследование, включающее: Отомикроскопию; Тональную аудиометрию; Мультиспиральную компьютерную томографию височных костей.

При отомикроскопии оценивались: состояние кожи наружного слухового прохода, наличие отделяемого, целостность барабанной перепонки, тип и локализация перфорации, степень ретракции.

Результаты исследования. Среди обследованных пациентов выявлено:

- Субтотальная перфорация барабанной перепонки – у 35 (53,8%);
- Тотальная перфорация – у 20 (30,7%);
- Краевая перфорация – у 5 (7,69%);
- Без перфорации – 5 (7,69%).

Двустороннее поражение диагностировано у 23 (35,38%) пациентов, одностороннее – у 42 (64,6%). Дооперационно диагноз тимпаносклероза был установлен у 10 (6,8%) пациентов, интраоперационно – у 55 (84,6%). Аудиологическое исследование выявило у большинства больных смешанную или кондуктивную тугоухость II–III степени с костно-воздушным интервалом 30,5–37 дБ. Выбор тактики хирургического лечения осуществлялся интраоперационно, учитывая локализацию очагов тимпаносклероза, сохранность звукопроводящей цепи и состояние барабанного устья слуховой трубы.

Хирургическое лечение. Одноэтапное хирургическое вмешательство проведено 60 (92,3%) пациентам; Двухэтапное – 4 (6,07%); Трёхэтапное – 1 (1,5%). На первом этапе операции выполнены у 60 (92,3%) пациентов с открытыми формами тимпаносклероза и у 5 (7,9%) – с закрытыми. На втором этапе у 4 (2,1%) больных проведена операция по

поводу рецидива перфорации, у 1 (1,5%) – по поводу смешанной тугоухости без дефекта тимпанальной мембраны. Типы выполненных операций: Тимпанопластика I типа – 28 (43,07%); Закрытая тимпанопластика – 16 (24,6%); Тимпанопластика IV типа – 13 (16,92%); Оссикулопластика – 8 (9,23%). Операции выполнялись преимущественно заушным доступом под интубационным наркозом. Данный доступ обеспечивал оптимальный обзор и удобство при выполнении сложных этапов вмешательства, таких как подготовка ложа для трансплантата, ревизия барабанного устья слуховой трубы, удаление очагов тимпаносклероза.

Для реконструкции звукопроводящей цепи использовались: Титановые частичные и полные оссикулярные протезы; реже – протезы-пистоны. Выбор типа и размера протеза зависел от локализации тимпаносклеротических бляшек и состояния звукопроводящей цепи.

Выводы. Хирургическое лечение тимпаносклероза, включающее санацию среднего уха, реконструкцию оссикулярной цепи и восстановление барабанной перепонки, является эффективным методом восстановления слуха. Одноэтапные вмешательства с применением титановых оссикулярных протезов демонстрируют высокую эффективность и улучшают слуховые показатели.

Исмоили Убайдулло

ГОСПИТАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ НОСОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Кафедра оториноларингологии им. профессора Ю.Б. Исхаки ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель: к.м.н., доцент Ахорова З.А.

Цель исследования. Изучить госпитальные результаты оказанной специализированной помощи при рецидивирующих носовых кровотечениях (РНК).

Материал и методы. Анализированы результаты оказанной помощи 22 пациентам с РНК госпитализированных в первом ЛОР отделении НМЦ Республики Таджикистан являющиеся клинической базой кафедры оториноларингологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Мужчин было 12 (54,5%), женщин – 10 (45,5%). Возраст пациентов варьировал от 17 до 71 лет, составив в среднем $54,8 \pm 15,3$ лет. Причиной развития РНК в 4 (18,2%) случаев явилось гипертонический криз, у 5 (22,7%) пациентов суб- и атрофический ринит, в 2 (9,1%) наблюдениях травма мягких тканей носа, и в 2 (9,1%) случаев перенесенные операции – гайморополипоэтомидотомия и септопластика с вазотомией. В одном случае геморрагия наступила вследствие разрыва венозной гемангиомы переднего отдела перегородки носа. Вместе с тем в 8 (36,4%) случаев причиной РНК остались не выясненным. Во всех случаях пациенты были экстренно госпитализированы и начаты мероприятия для достижения гемостаза.

Результаты исследования. Все пациенты отмечали неоднократные носовые кровотечения в ближайшие три дня до госпитализации. С этой целью попытки неоднократного самостоятельного достижения гемостаза путем тампонады переднего отдела носа ватным тампоном, а также прикладыванием льда не увенчались успехом. Со слов пациентов средний объем потери крови составило более 250 мл.

Нами с целью достижения гемостаза во всех случаях было выполнено передняя тампонада носа. Во всех случаях при тампонировании проявили настороженность по не оказывать дополнительной травмы на слизистую носа. С целью повышения эффективности гемостаза в 10 (45,5%) случаев тампоны предварительно были намочены раствором транексамовой кислотой. Средняя время достижения гемостаза составила $4,2 \pm 0,5$ минут. Кроме того, всем пациентам было назначены гемостатические препараты, а пациентам с гипертоническим кризом – комбинированная гипотензивная терапия.

Эффективность тампонады носа с проведенной консервативной терапией составила 90,9%. В 2 (9,1%) отмечался рецидив геморрагии – у пациента с венозной гемангиомой и у больного с невыясненной причиной кровотечения. В первом случае проведена удаление гемангиомозота с наложением гемостатических швов, во втором перевязка ветвей наружной сонной артерии. Проведенные оперативные вмешательства позволили достичь окончательного гемостаза.

Выводы. Эффективность специализированной помощи на госпитальном этапе отмечается у всех пациентов. К числу эффективных методов достижения непосредственного гемостаза при рецидивирующих носовых кровотечениях относится тампонада носа с консервативной терапией. Предварительная обработка носовых марлевых тампонов раствором транексамовой кислоты позволяет повысить качества гемостаза.

Исоев Ю.К.¹, Сайдахмадов Ш. Б.²

СОПОСТАВИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ, ФАКТОРОВ РИСКА И ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СОСУДИСТЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, ШЕИ И СВОДА ЧЕРЕПА (ДСОЧЛОШСЧ)

¹Кафедра онкологии и лучевой диагностики ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

²Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Н.И.Базаров

Цель исследования. Изучение особенностей клиники, диагностики и сравнительная оценка эффективности лечения доброкачественных сосудистых опухолей челюстно-лицевой области, шеи и свода черепа.

Материал и методы. Произведен сравнительный анализ клинических данных историй болезни 83 больных с различными доброкачественными сосудистыми опухолями челюстно-лицевой области, шеи, свода черепа и оценена эффективность лечения в условиях Государственного учреждения «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ с 2015 по 2018 годы.

Результаты исследования. Результаты эффективности лечения среди 28 (100%) больных контрольной группы (КГ) с ДСОЧЛОШСЧ показали у 19(68%) отменные результаты, у 5(18%) - хорошие результаты, у 3 (11%) - удовлетворительные, у 1(3%) пациента был получен -неудовлетворительный результат. Результаты эффективности лечения среди 55(100%) больных основной группы(ОГ) со ДСОЧЛОШСЧ показало у 39(72%) отменные результаты, у 12(22%) - хорошие результат, у 3(5%) - удовлетворительные результаты, у 1(2%) пациента было получена- не удовлетворительный результат. Качество жизни у 96% пациентов КГ ДСОЧЛОШСЧ по шкале Карновского улучшилось от минимальных 60% до 100%, а при ОГ ДСОЧЛОШСЧ-у 98% больных улучшилось минимальных от 60% до 100%.

Выводы. Традиционные способы лечения КГ с ДСОЧЛОШСЧ позволили добиться излечения 97% больных, а комбинированные способы лечения при ОГ ДСОЧЛОШСЧ позволили добиться излечения 99% пациентов.

Исоев Ю.К.¹, Сайдахмадов Ш. Б.²

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СОСУДИСТЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, ШЕИ, СВОДА ЧЕРЕПА И ДРУГИХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ □ (СОЧЛОШСЧДЛ)

¹Кафедра онкологии и лучевой диагностики ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”. Таджикистан

²Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Н.И.Базаров

Цель исследования. Изучение особенностей клиники, диагностики и оценка эффективности лечения сосудистых опухолей челюстно-лицевой области, шеи, свода черепа и других локализаций.

Материал и методы. Произведен ретроспективный анализ клинических данных историй болезни 35 больных с различными сосудистыми опухолями челюстно-лицевой области, шеи, свода черепа и других локализаций оценена эффективность лечения в условиях Государственного учреждения «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ с 2015 по 2016 годы.

Результаты исследования. Оценка эффективности лечения у 35(100%) больных с СОЧЛОШСЧДЛ показала, что у 24(68,57%) – отменный результат, у 5(14,29%) – хороший результат и у 3(8,57%) пациентов получен неудовлетворительный результат. Качество жизни пациентов по шкале Карновского от минимальных 60% улучшилось до 100%.

Выводы. Адекватные методы лечения при СОЧЛОШСЧДЛ позволили добиться удовлетворительных и отменных результатов у 91% больных, что ускорило реабилитацию, и улучшило качество жизни этих больных.

Исоков З.Ф., Коситов Д.Д., Муродзода И.О.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ ПО ВОЗРАСТАМ

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель - д.м.н., доцент Рахмонов Х.Дж.

Целью исследования. Изучение причин возникновения и возрастные особенности распределения хронических субдуральных гематом (ХСГ).

Материал и методы. Изучено нами медицинские карты госпитализированных 35 больных в нейрохирургическое отделение №2 и детской нейрохирургической отделение в ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» в период 2022-2025 гг. с установленным диагнозом «Хроническая субдуральная гематома». Всем больным проводились клинико-неврологические, офтальмологические и комплекс дополнительных (краниография, КТ, МРТ) методов исследования.

Результаты исследования. Основной контингент этих больных в клинику поступил через месяц и более времени после травмы – 28 (80,0%), до 1 месяца поступили 7 (20,0%) больных. Наиболее частой причиной возникновения ХСГ являлись черепно-мозговые травмы (82,9%), далее следовала артериальная гипертензия (11,4%). В остальных случаях (5,7%) причина возникновения ХСГ оставалась не выясненной. Преобладали мужчины (77,1%), по сравнению с женщинами (22,9%), из них дети до 18 лет составили-13(37,2%), от 19 до 60 лет-18(51,4%), старше 60 лет-4(11,4%), что свидетельствует о том, что ХСГ в подавляющем большинстве случаев наблюдаются у лиц наиболее трудоспособного возраста (51,4%) и у детей (37,2%).

Выводы. Хронические субдуральные гематомы развиваются вследствие черепно-мозговых травм и артериальной гипертензии, встречаются часто у лиц трудоспособного возраста и у детей. Выяснение указанных закономерностей хронических субдуральных гематом могут способствовать разработке профилактических мер по их снижению.

Исомадинов Х.Г., Юлдошев Х.Ф., Султанов Э.Д.

ГОСПИТАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СИНХРОННОЙ ГИБРИДНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА И ГОЛОВНОГО МОЗГА

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии». Таджикистан

Научный руководитель - член-корр. НАНТ, д.м.н., профессор Гоибзода А.Дж.

Цель исследования. Изучить госпитальные результаты синхронной гибридной реваскуляризации миокарда и головного мозга.

Материал и методы. Анализированы результаты одномоментно выполненных операций направленных на открытую или эндоваскулярную реваскуляризацию миокарда и головного мозга у 21 пациентов с ишемической бо-

лезни сердца и головного мозга. Возраст пациентов в среднем составил $67,2 \pm 6,8$ лет, абсолютное большинство из них (19) явились мужчинами страдающие от сочетанного поражения коронарных и каротидных артерий. У 17,6% пациентов имелся II, у 76,5% - III и в 5,9% наблюдений IV класс стенокардии. В 82,4% случаев хроническая сосудисто-мозговая недостаточность носила симптомный характер. Во всех случаях пациентам одномоментно проводилось классическая каротидная эндартерэктомия (КЭЭ) под местной анестезией и эндоваскулярная реваскуляризация миокарда.

Показаниями к одномоментной реваскуляризации головного мозга и сердца в наших наблюдениях явились: сохранение клинических проявлений ИБС на фоне консервативной терапии; поражение ствола левой коронарной артерии более 50%; пролонгированное и многососудистое поражение венечных сосудов по шкале SYNTAX > 23; сложная анатомия коронарных артерий, где не возможно имплантация стентов; выраженный кальциноз стенок коронарных сосудов; значимый стеноз/окклюзия внутренней сонной артерии с развёрнутой клинической картиной ХСМН; нестабильная изъязвленная атеросклеротическая бляшка внутренней сонной артерии в не зависимости от степени стеноза.

Результаты исследования. В большинстве случаев ($n=18$; 80,9%) после КЭЭ проводилось пластика бифуркации сонной артерии аутовенозной заплатой. Средняя время пережатия внутренней сонной артерии составила $19,5 \pm 3,7$ минут, средняя продолжительность вмешательства на каротидных сосудах – $55,2 \pm 8,6$ минут.

Продолжительность чрескожного коронарного вмешательства составила $78,2 \pm 15,6$ минут, только у одного пациента не было выполнена полная реваскуляризация миокарда.

Нагноение раны отмечалось только у 1 (4,8%) пациента, транзиторная ишемическая атака наблюдался в 2 (9,5%) случаев. Случаи госпитального летального исхода не было. Средняя продолжительность наблюдения за пациентами составила $24,6 \pm 4,4$ дней. В это период не отмечено развитие инфаркт миокарда или инсульта головного мозга. Тридцатидневная выживаемость составила 100%.

Выводы. Синхронная гибридная реваскуляризация головного мозга и миокарда является эффективным в плане профилактики и снижения частоты нежелательных сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с сочетанными атеросклеротическими поражениями каротидного бассейна и коронарных артерий. Малая количество выборки в нашем исследовании, а также недостаточность многоцентровых проспективных исследований по вопросу сравнение результатов одномоментного и поэтапного восстановления артериального кровоснабжения миокарда и головного мозга требуют продолжить научные исследования в этом направлении.

К. Шариф, Джумаев Т.Д., Эгамбердиев М.И.
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

1. ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ. Таджикистан
2. Кафедра онкологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель - д.м.н., профессор Сангинов Д.Р.

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и лечения неосложнённого рака ободочной кишки.

Материал и методы. Проанализированы результаты диагностики и лечения 68 больных, находящихся в отделение онкопроктологии ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ за 2022 г. Основой для анализа, послужили истории болезни и амбулаторные карты больных. Мужчин было 47 (69%), женщин 21 (31%). Возрастная вариация составила от 22 до 82 гг, пик заболеваемости приходится на возраст 45-59 (41,2%) лет. Для уточнения диагноза всем больным проведена УЗИ, а также КТ ($n=63$), колоноскопия ($n=41$) и ирригография ($n=6$).

Результаты. Опухолевый процесс локализовался в слепой и восходящей части толстого кишечника у 26 (38,2%) больных, в сигмовидной кишке у 20 (29,4%), в нисходящем отделе у 15 (22,05%) и в поперечно-ободочной кишке у 7 (10,2%) больных. У всех больных морфологически верифицирован диагноз, при этом до операции у 4 – 5,8% больных.

Все больные подверглись оперативному вмешательству. Радикальные операции выполнены у 54 (79,4%) больных, паллиативные у 14 (20,5%), при местно метастатическом раке двум больным проведено комбинированное хирургическое вмешательство. Правосторонняя гемиколэктомия проведена у 26 (38,2%), левосторонняя у 21 (30,8%), резекция сигмовидной кишки 13 (19,1%) больным, резекция поперечно-ободочной кишки у 7 (10,2%), одному больному наложен двустольный анус. Послеоперационное нагноение раны развился у 16 (23,5%) больных. Из 11 больных с колостомой в сроки 4-6 месяцев 8 больным восстановили непрерывность кишечника. Адывантную химиотерапию получили 28 (41,1%) больных. У 11 (16,1%) больных в сроки до 3 лет развился рецидив опухоли.

Выводы. Актуальность вопросов диагностики и лечения рака ободочной кишки связаны с стабильной тенденцией к росту заболеваемости и поздней диагностики процесса. Хирургическое вмешательство является основным методом лечения. Комбинированное лечение применяется при местно-распространенном и метастатическом РОК.

Кабилев Х.И., Гулов Ф.М., Зиёев Ш.Х.
МЕТОДИКА ПРИМЕНЕНИЯ ДЕКТРАНА И ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ

Кафедра общей хирургии № 1 им. профессора А.Н. Каххорова ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино". Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Кобилев И.И.

Цель исследования. Оценить эффективность применения декстрана и гиалуроновой кислоты для профилактики спайкообразования после операций на органах брюшной полости.

Материалы и методы исследования. Проведён анализ 90 пациентов, перенесших операции на органах брюшной полости. Пациенты были разделены на три группы:

- группа 1 (n=30) - применялся 6% раствор декстрана в качестве барьерного средства;
- группа 2 (n=30) - использовался гель на основе гиалуроновой кислоты;
- группа 3 (n=30) - стандартное хирургическое лечение без применения барьерных средств (контрольная группа).

Оценивались:

- частота формирования спаек через 6 месяцев после операции (по данным ультразвукового исследования и диагностической лапароскопии);
- выраженность воспалительной реакции (уровень С-реактивного белка, интерлейкина-6);
- частота послеоперационных осложнений.

Результаты исследования. Частота формирования спаек в группе 1 составила 20%, в группе 2-15%, тогда как в контрольной группе - 50% ($p < 0.001$). Уровень С-реактивного белка через 7 дней после операции был значительно ниже в группах с применением барьерных средств (группа 1- 12.4 ± 3.1 мг/л, группа 2- 10.8 ± 2.7 мг/л) по сравнению с контрольной группой (18.6 ± 4.2 мг/л, $p < 0.001$).

Применение гиалуроновой кислоты показало наибольшую эффективность в снижении частоты спайкообразования, что связано с её способностью образовывать устойчивый барьер и снижать воспалительную реакцию. Декстран также продемонстрировал высокую эффективность, однако его действие было менее продолжительным.

Выводы.

1. Применение барьерных средств, таких как декстран и гиалуроновая кислота, значительно снижает частоту формирования спаек после операций на органах брюшной полости.
2. Гиалуроновая кислота обладает более выраженным профилактическим эффектом за счёт длительного действия и способности снижать воспалительную реакцию.
3. Использование декстрана и гиалуроновой кислоты является безопасным и не увеличивает частоту послеоперационных осложнений.
4. Внедрение данных методик в клиническую практику может способствовать улучшению исходов хирургического лечения и снижению частоты рецидивов спаечной болезни.

Кавраков Ш.Дж., Сафаров Н.Х., Шукуров Д.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИИ ПО МАРМАРУ ПРИ ПАТОСПЕРМИИ

Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан.

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии», Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Саъдуллозода Ф.С.

Цель исследования. Дать сравнительный анализ эффективности варикоцелэктомии по методу Мармара при патоспермии с оценкой изменений количественных и качественных параметров эякулята, а также влияния коррекции варикоцеле на восстановление репродуктивной функции.

Материалы и методы. В исследование были включены данные 100 мужчин в возрасте от 21 до 55 лет, страдающих патоспермией и клиническим варикоцеле. Оценивались стандартные показатели спермограммы - объём эякулята, концентрация сперматозоидов, процент прогрессивно-подвижных форм и общее число подвижных сперматозоидов, а также качественные характеристики (распределение патогенных форм, таких как астенозооспермия и олигоастенозооспермия). Результаты сопоставлялись с дооперационными данными, а статистический анализ проводился с использованием Student's t-теста и U-критерия Манна-Уитни (уровень значимости $p < 0.05$).

Результаты исследования. Современные исследования показывают, что после варикоцелэктомии по методу Мармара происходит статистически значимое улучшение основных показателей эякулята. Так, согласно одному из проспективных исследований, концентрация сперматозоидов увеличивается в среднем на 40 % (например, с $63,8 \pm 15,4$ до $89,0 \pm 17,3$ млн/мл, $p < 0,05$), процент прогрессивно-подвижных сперматозоидов - почти в два раза (с $13,2 \pm 4,4\%$ до $24,4 \pm 6,3\%$, $p < 0,001$), а общее число подвижных сперматозоидов - увеличивается более, чем на 75% (с $88,6 \pm 21,3$ до $156,0 \pm 26,1$ млн, $p < 0,01$). Кроме того, качественный анализ показал, что примерно у 35% пациентов показатели эякулята улучшаются до нормозооспермии, а в общей группе улучшения наблюдаются у 62-70% пациентов. Эти данные коррелируют с мета-анализами, где отмечается улучшение параметров спермограммы после микрохирургической коррекции варикоцеле у 70% субфертильных мужчин, а частота наступления беременности у партнёров после операции достигает 36-41%.

Выводы. Проведённый анализ подтверждает, что варикоцелэктомия по методу Мармара является эффективной методикой коррекции патоспермии. Операция приводит к значительному улучшению как количественных, так и качественных показателей спермы. Благодаря низкому уровню осложнений и рецидивов данный метод можно рекомендовать как «золотой стандарт» хирургического лечения варикоцеле у мужчин с патоспермией.

Кадиров Д.Д., Ивашов И.В., Грачалов А.В.

3D МОДЕЛИРОВАНИЕ В ХИРУРГИИ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОГО ПЕРЕХОДА

Кафедра Факультетской хирургии № 2 им. Г.И. Лукомского ИКМ им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова. Россия

Научный руководитель – д.м.н., профессор Хоробрых Т.В.

Цель исследования. Оценка эффективности применения 3D моделирования при выполнении рецидивных грыж пищеводного отверстия диафрагмы и повторных реконструктивных вмешательств в области пищеводно-желудочного перехода.

Материалы и методы. В рамках данной работы было рассмотрено 20 пациентов, ранее перенесших хирургические вмешательства в зоне кардиоэзофагеального перехода по поводу рецидивной ГПОД и поступившие в клинику для повторного хирургического лечения. Основная группа - проспективный набор - (n=12) с предварительным виртуальным планированием с использованием данных мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с контрастированием, которые обрабатывались с помощью программы для трехмерных объектов (Inobitec Medical Imaging Software - трехмерное преобразование изображений, 3D Slicer image computing platform). Группа сравнения – ретроспективный набор - (n=8) без предварительного виртуального моделирования. Все операции в обеих группах выполнены одними и теми же хирургическими бригадами с опытом данных операций более 100. Создание трехмерной модели с точной реконструкцией пищеводно-желудочного перехода основывается на инструментальном обследовании (Компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием), которая необходима для улучшения предоперационной навигации, понимания взаимоотношения органов (пищевод, желудок), сосудистой архитектуры. Проведен сравнительный анализ таких показателей, как точность модели, длительность операции, объем кровопотери, частота интраоперационных нежелательных событий (аномалии топографо-анатомических структур), число конверсий при лапароскопическом доступе, оценка рецидива рефлюкс-эзофагита после операций.

Результаты исследования. В первой группе было выявлено повышение точности операций, уменьшение длительности хирургического вмешательства, интраоперационной кровопотери, количества непрогнозируемых интраоперационных событий. Во второй группе наблюдалась большая частота ранних интра- и послеоперационных осложнений.

Выводы. 3D моделирование позволяет обеспечить более точную визуализацию важных анатомических структур и интраоперационную навигацию, выбрать оптимальный вариант доступа и уменьшить техническую сложность хирургического вмешательства, уменьшая риски интра- и послеоперационных осложнений.

Камолов Ф.С., Мамнурова Р.Ш., Таабалдиева Н.Ш.

ДИАГНОСТИКА МНОЖЕСТВЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ГОЛОВНОГО МОЗГА

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Бобожонов М.Н.

Цель исследования. Диагностика множественного эхинококкоза головного мозга.

Материалы и методы исследования. Результаты обследования 13 больных с множественным эхинококкозом головного мозга в возрасте от 19 до 60 лет, находившихся на лечении на базе кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» за период с 1988 по 2023 годы.

Диагноз был установлен на основании клинико-неврологических, нейро- офтальмологических, ультразвуковых, эхоэнцефалоскопических (ЭХО-ЭС), компьютерно-томографических (КТ) и магнитно-резонансных томографических (МРТ) данных.

Результаты исследования. В результате исследования выявлено, что больные были госпитализированы в следующих фазах заболевания: в субкомпенсации (4), в умеренной декомпенсации (4), в грубой декомпенсации (5). Изолированный множественный эхинококкоз установлен у 7 больных и множественный сочетанный эхинококкоз - у 6. В анамнезе заболевания 4 больным была произведена: эхинококкэктомия печени, почки и селезёнки (1), селезёнки и печени (1), эхинококкэктомия лёгких (1), эхинококкэктомия печени (1). Из 13 у 2 больных при дообследовании установлен: у одного эхинококкоз в почке и селезёнке, у второго, который оперирован по поводу эхинококкоза в области мягких тканей подколенной ямки, выявлен эхинококкоз почки и селезёнки.

Доминирующими клиническими проявлениями множественного эхинококкоза головного мозга являются общемозговые симптомы (8-61,5%). Очаговые неврологические симптомы (3-23,1%), как правило, в начале заболевания бывают невыраженными. Грубая очаговая симптоматика в виде чувствительных и двигательных выпадений с афазией, периодическими эпилептическими припадками и психомоторным возбуждением отмечалась только у 2 (15,4%).

При офтальмоскопии состояние глазного дна было без патологии - у 2 (15,4%) больных, картина начального застойного диска - у 5 (38,4%), выраженный застойный диск - у 4 (30,8%), резко выраженный застойный диск - у 1 (7,7%), застойный диск в стадии атрофии диска зрительных нервов - у 1 (7,7%).

Результаты ЭХО-ЭС множественного эхинококкоза головного мозга показали, что средний размер смещения М-ЭХО был равен 9,9 мм.

При анализе данных КТ (5) и МРТ (8) паразитарные кисты были в виде округлых образований с чёткими ровными контурами у 6 (46,1%), овальной формы - у 4 (30,8%), другие формы - у 3 (23,1%). В одном случае киста с овальной формой сочеталась с выраженным перифокальным отёком, который был связан с нагноением эхинококковой кисты. В остальных случаях (92,3%) отсутствие вокруг кисты перифокального отёка. При анализе КТ во всех случаях выявляются участки гиподенсивно-гомогенной зоны плотности 2-13 ед. Н, с капсулой толщиной 1-3 мм. Размер диаметра эхинококковой кисты колебался от 1,5 до 9,0 см.

Выводы. Доминирующими клиническими проявлениями множественного эхинококкоза головного мозга являются общемозговые симптомы. КТ и МРТ являются высокодостоверными методами исследования, что позволяет визуализировать кисту, уточнить локализацию, размеры, количество и структуру, а также позволяет судить о соотношении кисты к здоровым участкам мозга, к ликворной системе и выбрать адекватные методы лечения.

Камолова М.В.

ПАТОЛОГИЯ СЕТЧАТКИ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ДАНГАРИНСКОГО РАЙОНА

Кафедра хирургических дисциплин №2 ГОУ ХГМУ. Таджикистан

Цель исследования. Оценить степень распространения и выявить причину патологий сетчатки среди населения Дангаринского района.

Материал и методы. В ходе исследования были использованы амбулаторные карты больных, обратившихся в центральную районную больницу (ЦРБ) Дангаринского района в промежутке с 2023 по 2024 годы. В качестве метода оценки состояния сетчатки и выявления патологий была проведена офтальмоскопия, визометрия с использованием таблицы Головина и Орловой, периметрия, биомикроскопия, оптическая когерентная томография (ОКТ) зрительного нерва и слоев нервных волокон сетчатки.

Результаты исследования. В течении указанного выше промежутка времени в ЦРБ Дангаринского района обратились 2883 больных в возрасте от 7 до 70 лет, среди которых у 1076 пациентов были выявлены заболевания сетчатки разного генеза.

Из общего числа обследованных пациентов с патологией сетчатки у 933 человека (32,4%) были обнаружены изменения сетчатки, связанные с гипертонией, у 97 пациентов (3,4%) - с сахарным диабетом.

Также выявлен 31 случай макулодистрофии (1,1%), 3 случая макулиты (0,1%), 3 случая хориоретинита (0,1%), 3 случая разрыва сетчатки при миопии (0,1%), 5 случаев миопического конуса (0,17%), 2 случая отслойки сетчатки при миопии (0,07%), 3 случая посттравматических разрывов сетчатки (0,1%) и 1 случай посттравматической отслойки сетчатки (0,03%).

Выводы. Результаты исследования показывают, что наиболее часто патология сетчатки наблюдается при гипертонической болезни (32,4%) и сахарном диабете (3,4%). Меньше всего распространена посттравматическая отслойка сетчатки. Раннее выявление этих изменений критически важно для профилактики прогрессирования заболеваний сетчатки и сохранения зрения.

Камолова М.В., Отохонов Ф.Х.

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ КАЛЬКУЛЁЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Кафедра хирургических болезней №4 ГОУ ХГМУ. Таджикистан

Научный руководитель - Холов А.Д.

Цель исследования. Проведение сравнительного анализа 2023 – 2024 гг. встречаемости калькулёзного холецистита среди населения Дангаринского района в условиях центральной районной больницы Дангары.

Материал и методы. Для изучения данного исследования проводили рассмотрение всех историй болезни пациентов с диагнозом «Калькулёзный холецистит» в хирургическом отделении центральной районной больницы Дангары в период с января 2023 года по октябрь 2024 года.

Результаты исследования. В период с января по ноябрь 2023 года было госпитализировано 35 больных с диагнозом «Калькулёзный холецистит», что составило 11% от всех зарегистрированных заболеваний в хирургическом отделении. Из них мужчин – 6 (17%), женщин - 29(83%). Вышеуказанные пациенты составляли возрастную категорию от 30 до 65 лет среди мужчин, и от 45 до 70 лет $\pm$ 5 лет среди женщин. В период с января по октябрь 2024 года было госпитализировано 24 больных с диагнозом «Калькулёзный холецистит», что составило 5,3% от всех зарегистрированных заболеваний на указанный период времени в хирургическом отделении. Из них мужчин – 10 (41%), женщин – 14 (59%). Пациенты, прооперированные по поводу калькулёзного холецистита в 2024 году, входили в ту же возрастную категорию, что и в 2023 г. Основные факторы, обуславливающие развитие калькулёзного холецистита: ожирение, нарушение водно-электролитного обмена и воспаление желчного пузыря. При поступлении у всех больных отмечались жалобы на боль в правом подреберье, тошноту, рвоту, не приносящие облегчения. При осмотре было установлено, что язык влажный, обложен беловатым налётом. Проводили физикальные методы исследования: пальпация, перкуссия и аускультация. При пальпации симптомы Френка, Мерфи и Ортенера - были положительными. После выявления клинических симптомов у больных, для уточнения диагноза, проводили инструментальные исследования, ультразвуковое исследование и рентгенографию брюшной полости. У всех больных проводили операцию – холецистэктомию традиционным методом под доступом срединной лапаротомии, так как в этом доступе мышца живота не повреждается.

Выводы. Несмотря на некоторое уменьшение, женщины, по-прежнему, преобладают среди пациентов, перенесших операцию по удалению желчного пузыря из-за камней. Возраст пациентов остаётся в диапазоне 30-60 лет, особенно часто заболевание встречается у женщин старше 45 лет.

Карим-заде Б.Д., Бегмуродов Р.И

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛАЗМАЛИФТИНГА И ПРЕПАРАТОВ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗАХ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ПОЖИЛЫХ ЛИЦ

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Лаборатория стволовых клеток ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Юнусов И.А.

Цель исследования. Оценить сравнительную эффективность плазмалифтинга и препаратов гиалуроновой кислоты при остеоартрозах коленного сустава у пожилых лиц.

Материал и методы. В 2024 году 23 пациентам выполнена инъекция аутоплазмы обогащенной тромбоцитами в полость коленного сустава и 41 пациенту инъекция гиалуроновой кислоты (Остеонил плюс 20 мг). Среди участников исследования было 25 мужчин (39%) и 39 женщин (61%), средний возраст которых составлял 64 года. Всем пациентам были выполнены клинические и лабораторно-инструментальные исследования. По результатам, которых

по классификации Келлгрена-Лоренса у 47 (73%) пациентов имелась 3 стадия и у 17 (27%) пациентов 4 стадия остеоартроза. **Альгофункциональный индекс Лекена** варьировал от 6 до 9 баллов у 45 (70%) и от 10 до 13 баллов у 19 (30%) пациентов. Инъекцию аутоплазмы в полость пораженного сустава выполняли 2 раза с перерывом 3 недели, средний объем составил 7,4 мл. Инъекцию препарата Остеонил плюс проводили согласно рекомендациям производителя, то есть 1-2 раза с перерывом 14 дней.

Результаты исследования. Все пациенты были под наблюдением в течение одного года. Результаты оценивали по изменениям **альгофункционального индекса Лекена при повторных осмотрах. По результатам было отмечено снижения индекса Лекена с 6-9 баллов до 4-6 баллов у 45 (70%) и с 10-13 до 7-9 баллов у 19 (30%)** пациентов во всех группах которым проводили терапию аутоплазмой и препаратами гиалуроновой кислоты.

Выводы. Таким образом, эффективность терапии аутоплазмой и препаратами гиалуроновой кислоты при лечении остеоартроза коленного сустава являются эффективными, однако учитывая, доступность и безопасность, плазмолифтинг является наиболее безопасным и доступным у пожилых лиц.

Карим-заде Б.Д., Юнусов И.А., Бегмуродов Р.И

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛАЗМАЛИФТИНГА И ПРЕПАРАТОВ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗАХ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ПОЖИЛЫХ ЛИЦ

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино,
Лаборатория стволовых клеток ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценить сравнительную эффективность плазмолифтинга и препаратов гиалуроновой кислоты при остеоартрозах коленного сустава у пожилых лиц.

Материал и методы. В 2024 году 23 пациентам выполнена инъекция аутоплазмы обогащенной тромбоцитами в полость коленного сустава и 41 пациенту инъекция гиалуроновой кислоты (Остеонил плюс 20 мг). Среди участников исследования было 25 мужчин (39%) и 39 женщин (61%), средний возраст которых составлял 64 года. Всем пациентам были выполнены клинические и лабораторно-инструментальные исследования. По результатам, которых по классификации Келлгрена-Лоренса у 47 (73%) пациентов имелась 3 стадия и у 17 (27%) пациентов 4 стадия остеоартроза. **Альгофункциональный индекс Лекена** варьировал от 6 до 9 баллов у 45 (70%) и от 10 до 13 баллов у 19 (30%) пациентов. Инъекцию аутоплазмы в полость пораженного сустава выполняли 2 раза с перерывом 3 недели, средний объем составил 7,4 мл. Инъекцию препарата Остеонил плюс проводили согласно рекомендациям производителя, то есть 1-2 раза с перерывом 14 дней.

Результаты исследования. Все пациенты были под наблюдением в течение одного года. Результаты оценивали по изменениям **альгофункционального индекса Лекена при повторных осмотрах. По результатам было отмечено снижения индекса Лекена с 6-9 баллов до 4-6 баллов у 45 (70%) и с 10-13 до 7-9 баллов у 19 (30%)** пациентов во всех группах которым проводили терапию аутоплазмой и препаратами гиалуроновой кислоты.

Выводы. Таким образом, эффективность терапии аутоплазмой и препаратами гиалуроновой кислоты при лечении остеоартроза коленного сустава являются эффективными, однако учитывая, доступность и безопасность, плазмолифтинг является наиболее безопасным и доступным у пожилых лиц.

Каримов М.А., Муллоев И.Дж., Косимов И. О.

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ И ФАКТОРОВ РИСКА РЕЦИДИВОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. Таджикистан
Научный руководитель - Достиев У. А.

Цель исследования. Выявление частоты и факторов риска рецидивов после хирургического лечения гастроэнтерологических заболеваний и разработка рекомендаций по их профилактике.

Материал и методы. Включены данные 120 пациентов, перенесших хирургическое лечение. Средний возраст – 48,3 ± 6,9 года; мужчины – 58% (70 человек), женщины – 42% (50 человек).

Пациенты наблюдались в течение года после операции.

Оценивались:

- Частота рецидивов.
- Сопутствующие состояния (ожирение, сахарный диабет, гипертония).
- Характер хирургического вмешательства (традиционные vs малоинвазивные методы).
- Соблюдение реабилитационных рекомендаций.

Использовались многофакторный регрессионный анализ и χ^2 при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. Общая частота рецидивов составила 18%. У пациентов с сопутствующими заболеваниями этот показатель был выше (24% против 12%, $p < 0,01$).

- Среди пациентов, перенесших традиционные операции, рецидивы наблюдались в 22% случаев, тогда как при малоинвазивных вмешательствах – в 13% ($p < 0,05$).
- Несоблюдение реабилитационных рекомендаций увеличивало риск рецидива в 1,5 раза.
- Основные факторы риска: ожирение (34% пациентов с рецидивами), сахарный диабет (28%), повышенное внутрибрюшное давление (25%).

Выводы. Рецидивы после хирургического лечения гастроэнтерологических заболеваний связаны с наличием сопутствующих патологий, выбором метода операции и соблюдением реабилитационных рекомендаций. Включение программ коррекции факторов риска в пред- и послеоперационный периоды позволит снизить частоту рецидивов и

улучшить долгосрочные результаты лечения.

Каримов М.А., Муллоев И.Дж., Косимов И. О.

АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. Таджикистан
Научный руководитель - Достиев У. А.

Цель исследования. Оценка отдаленных результатов хирургического лечения гастроэнтерологических заболеваний и факторов, влияющих на рецидивы и осложнения.

Материал и методы. В исследовании проанализированы данные 120 пациентов, перенесших хирургическое лечение гастроэнтерологических заболеваний с последующим наблюдением в течение года. Средний возраст пациентов составил $46,8 \pm 7,2$ года; мужчины – 54% (59 человек), женщины – 46% (51 человек). Оценивались:

- Частота рецидивов заболеваний.
- Качество жизни пациентов (по шкале SF-36).
- Частота поздних осложнений (спаечные процессы, нарушения моторики ЖКТ).
- Влияние сопутствующих заболеваний на исходы.

Для статистической обработки данных использовались многофакторный регрессионный анализ и χ^2 при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. Частота рецидивов через год составила 18%, причем у пациентов с ожирением этот показатель был выше (25%, $p < 0,05$).

- Качество жизни пациентов с применением малоинвазивных методов хирургии было на 30% выше, чем у пациентов, перенесших традиционные операции ($p < 0,01$).
- Поздние осложнения наблюдались у 12% пациентов, чаще всего это были спаечные процессы (8%) и нарушения моторики ЖКТ (4%).
- Пациенты без сопутствующих заболеваний имели лучшие результаты (снижение рецидивов до 10%) по сравнению с пациентами с хроническими патологиями (20%, $p < 0,05$).

Выводы. Анализ отдаленных результатов показывает, что малоинвазивные методы хирургии обеспечивают лучшие долгосрочные исходы и качество жизни пациентов. Сопутствующие заболевания значительно увеличивают риск рецидивов и осложнений. Рекомендуется дальнейшее внедрение малоинвазивных технологий и усиленный контроль пациентов с отягощенным анамнезом в послеоперационном периоде.

Каримов М.А., Муллоев И.Дж., Косимов И. О.

ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ИСХОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. Таджикистан
Научный руководитель - Достиев У. А.

Цель исследования. Оценка влияния сопутствующих заболеваний на результаты хирургического лечения гастроэнтерологических заболеваний и разработка рекомендаций по их коррекции в пред- и послеоперационном периодах.

Материал и методы. Обследованы 140 пациентов, перенесших хирургическое лечение гастроэнтерологических. Средний возраст пациентов – $50,1 \pm 7,4$ года; мужчины – 55% (77 человек), женщины – 45% (63 человека). Пациенты разделены на две группы:

- **Группа 1** (70 человек): пациенты с сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет, ожирение, гипертония).
- **Группа 2** (70 человек): пациенты без сопутствующих заболеваний.

Сравнивались частота послеоперационных осложнений, длительность госпитализации и отдаленные результаты лечения. Использовались методы однофакторного анализа (ANOVA) и χ^2 при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. Частота послеоперационных осложнений в группе 1 составила 26%, что значительно выше, чем в группе 2 (12%, $p < 0,01$).

- Средняя длительность госпитализации у пациентов с сопутствующими заболеваниями была больше на 3,2 дня ($9,8 \pm 2,5$ против $6,6 \pm 1,8$ дней, $p < 0,05$).
- Рецидивы заболеваний в течение года наблюдались у 21% пациентов в группе 1, что в 2 раза выше, чем в группе 2 (10%, $p < 0,01$).
- Коррекция сопутствующих состояний до операции (нормализация гликемии, снижение массы тела) позволила снизить риск осложнений на 18% ($p < 0,05$).

Выводы. Сопутствующие заболевания существенно ухудшают результаты хирургического лечения гастроэнтерологических заболеваний, увеличивая частоту осложнений и длительность госпитализации. Индивидуальная коррекция этих состояний в предоперационном периоде значительно улучшает клинические исходы и должна быть включена в стандартные протоколы ведения пациентов.

Каримов С.С., Юсупов А.М., Вохидов О.А.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ МИНИИНВАЗИВНЫМИ МЕТОДАМИ

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - д.м.н., профессор Курбанов С.Х.

Цель исследования. Изучить эффективность хирургического лечения переломов проксимального отдела большеберцовой кости при сочетанных травмах миниинвазивными методами.

Материалы и методы. Нами были изучены результаты хирургического лечения 19 пациентов с переломом проксимального отдела большеберцовой кости при сочетанных травмах, которые находились на стационарном лечении в отделение травматологии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», курируемой кафедрой травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», травматологическом отделении Худжандской городской клинической больницы №1 им. С. Урунова с 2024 года.

9 пациентам (1 группа, основная) с внутрисуставными переломами мыщелков большеберцовой кости были проведены оперативные вмешательства с применением артроскопического ассистирования. Для изучения эффективности терапии данным методом лечения всем больным была проведена оценка интенсивности боли по шкале ВАШ (Визуально-аналоговая шкала). Данные были сравнены с данными 10 больных (2 группа, сравнения) с аналогичной патологией, которым были проведены традиционные хирургические вмешательства.

Результаты исследования. По оценкам шкалы ВАШ в основной группе у 7 (77,7%) пациентов отмечали умеренную болезненность после оперативного вмешательства в течение суток до 6 баллов. У 2 пациентов (22,3%) отмечалась выраженная боль до 7-8 баллов в течение суток после операции. У этих пациентов для устранения болевого синдрома использованы ненаркотические анальгетики. На вторые сутки у всех исследуемых болевые ощущения сократились до 4-5 баллов, что способствовало снижению использования анальгетиков. По оценкам шкалы ВАШ во второй группе у 6 (60,0%) пациентов отмечали выраженную болезненность после оперативного вмешательства в течение суток до 8 баллов. У 4 пациентов (40,0%) отметили невыносимую боль до 10 баллов в течение суток после операции. У этих пациентов для устранения болевых ощущений использовались наркотические анальгетики. На вторые сутки у всех исследуемых болевые ощущения сократились до 7-8 баллов, что требовало продолжения использования наркотических анальгетиков. Артроскопическое ассистирование показало высокую эффективность и точность проведенных оперативных вмешательств. Так у всех больных с внутрисуставными переломами мыщелков 9 (1 группа) (100%) наблюдалось более точное сопоставление отломков, ранняя активизация вследствие мини-разрезов, ранняя разработка коленного сустава и сокращение койко-дней в стационаре, что можно ассоциировать с малотравматичностью этого вмешательства.

Выводы. Миниинвазивный метод благодаря малотравматичности способствует снижению болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде, а также более точному сопоставлению отломков, ранней активизации больных, уменьшению послеоперационных осложнений, снижению количества койко-дней больных с переломом проксимального отдела большеберцовой кости при сочетанных травмах.

Каримов Ш.З., Джураев Ш.М., Одил Саидолим

РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ НЕКОТОРЫХ ФОРМ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ и СЗН РТ. Таджикистан
Научный руководитель - д.м.н., профессор Султанов Д.Д.

Цель исследования. Анализ результатов радиочастотной абляции (РЧА) при наджелудочковой пароксизмальной тахикардии.

Материал и методы. Данное сообщение основано на анализе результатов обследования и хирургического лечения 25 пациентов с НЖРТ (АВУРТ и различными формами синдрома WPW) оперированных в РНЦССХ с 2019 по 2021 гг. в возрасте от 11 до 63 лет. Среды обследованных 11 (44%) явились лицами мужского и 14 (56%) женского полов. Большинство пациентов с НЖРТ относились к АВУРТ по типу slow-fast 13 (52%), с манифестирующей формой WPW - 3 (12%), скрытая форма WPW у 5 (20%), интермиттирующей форма WPW у 2 (8%) и типичная форма трепетания предсердий у 2 (8%) пациента.

Всем пациентам НЖРТ проводили внутрисердечные электрофизиологические исследования (Pucka CardioLab, GE, USA). Во время программированной ЭКС ЛП при АВУРТ - признаки продольной функциональной диссоциации АВ-узла на два канала. На фоне программированной ЭКС ЛП и на т. Венкебаха 240 ± 34 в мин индуцировались стойкие пароксизмы АВ-узловой тахикардии с ЧСС = 192 ± 21 удар в мин.

По методике Сельдингера дополнительно пунктировалась правая бедренная вена через которой вводился абляционный катетер Medtronic Mariner MCXL 7Fr под рентгеноскопическим и электрофизиологическим контролем устанавливался в проекцию медленных путей проведения от 2 до 8 аппликациями РЧ энергии параметрами $P = 44,8 \pm 5,2$ Вт; $T = 55,3 \pm 2,7^\circ\text{C}$; $I = 155,3 \pm 32,7$ Ohm и длительностью по 28 ± 7 сек. обработаны зоны P1 - P2 - M1 - M2 - A1 - A2 до коротких эпизодов ритма АВ - узла.

У больных WPW синдроме также после установления зоны локализации ДПЖС на внутрисердечном ЭФИ вводился абляционный катетер Medtronic Mariner MCXL 7Fr. Далее проводилась радиочастотная абляция ДПЖС с параметрами: $P = 44,8 \pm 5,2$ Вт; $T = 55,3 \pm 2,7^\circ\text{C}$; $I = 155,3 \pm 32,7$ Ohm и длительностью по 50 сек.

Результаты исследования. У 1 пациента со скрытой формой WPW после операции отмечен рецидив тахи-

кардии. При повторном ЭФИ выявлено дополнительное ретроградное проведение ДПЖС. Проведено повторная РЧА с прекращением проведения по ДПЖС, и после первых же воздействий получили ожидаемый результат. У больных с АВУРТ процедуры были эффективными. Рецидив тахикардии не отмечалось. Значимых периоперационных осложнений не наблюдалось.

Всем больным на вторые сутки после операции проведено суточное мониторирование ЭКГ – рецидивов тахикардии не выявлено. Все пациенты были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии на 2-3 сутки после операции.

Выводы. Радиочастотная абляция является эффективным, радикальным и относительно безопасным методом лечения больных НЖРТ и избавляет больных от пожизненного приема антиаритмических препаратов.

Каримова Ш.С.

ЛАКТАТ- ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОСЛЕ- РОВОДОВОГО ПЕРИОДА

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - Сайдалиева Д.А.

Цель исследования. Изучить эффективность применения лактата для диагностики степени тяжести послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний

Материал и методы. Всего проспективно был проведен анализ 25 сл. родов женщин, послеродовой период которых осложнился гнойно-воспалительными заболеваниями. Исследование проведено за период 2022-2024 года в городском родильном доме №1 г. Душанбе, который является клинической базой кафедры акушерства и гинекологии №1. Анализ проведен по специально составленной нами анкете, где учитывались медико-социальные и другие факторы развития гнойно-воспалительных заболеваний. При появлении клинических симптомов, всем родильницам в послеродовом периоде в первые 3-х суток было определено содержание лактата в крови.

Результаты исследования. 23 сл. (92,0%) родильниц находились в активном репродуктивном возрасте от 20 до 34 лет. Первородящих было 12 сл. (48,0%), повторнородящих и многорожавших было по 9 и 4 сл. (36,0% и 16,0%). Большинство женщин были домохозяйками - 19 сл. (76,0%). Отягощенный акушерский анамнез был установлен у преимущественно женщин, в том числе на неразвивающую беременность указали 4 (16,0%) пациенток, на кесарево сечение в анамнезе – 6 сл. (24,0%), на самопроизвольные выкидыши в анамнезе – 5 сл. (20,0%), на искусственное прерывание беременности – 4 сл. (16,0%). 20 родильниц (80,0%) были родоразрешены путем операции кесарева сечения, причём 85 % проведены в экстренном порядке. Лишь в 5 сл. (20,0%) роды закончились через естественные родовые пути. Настоящая беременность завершилась срочными родами у 20 (80,0%) пациенток, преждевременными – у 4 (16,0%). Осложнения в родах, которые могли послужить как фактор риска развития гнойно-воспалительных заболеваний, были следующие: гипертензивные нарушения – 6 сл. (24,0%), длительный безводный период более 12 часов - 9 сл. (36,0%), затянувшиеся / обструктивные роды - 9 сл. (36,0%) и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – 3 сл. (12,0%). В 7-х сл. (28,0%) отмечалось патологическая кровопотеря в родах, которое в 1-ом сл. привело к наложению гемостатического шва по Б-Линчу. В 1-ом сл. (4,0%) была произведена релапаротомия в связи с развитием разлитого перитонита и сепсиса на фоне несостоятельности швов на матке, в связи с чем для ликвидации гнойного очага была произведена гистерэктомия. Структуру гнойно-воспалительных осложнений составили: метроэндометрит в 20 сл. (80,0%), инфильтрация швов на матке – в 3 сл. (12,0%), нагноение швов передней брюшной стенки в 2 сл. (8,0%), перитонит в 1 сл. (4,0%), хориоамнионит в 9 сл. (36,0%), несостоятельность швов на матке в 1 сл. и сепсис в 1 сл. (4,0%). Всем указанным родильницам в послеродовом периоде при развитии клинических симптомов был проведен тест на определение содержания лактата крови, которое оказалось выше нормы во всех случаях и был в пределах от 2,1 до 13,4 ммоль/л в зависимости от тяжести заболевания. Следует подчеркнуть тот факт, что уровень лактата несколько оказался выше у родильниц с послеродовыми гнойно-воспалительными заболеваниями, роды которых осложнились патологической кровопотерей.

Выводы. Таким образом, полученные результаты исследований родильниц, послеродовой период которых осложнился гнойно-воспалительными заболеваниями, свидетельствуют о высокой информативности лактата, как диагностический критерий степени тяжести течения гнойно-воспалительных заболеваний родильниц, перенесших акушерские кровотечения в родах.

Киматов М.Р., Назаров З.Х., Мирзоев К.А.

АНАЛИЗ ДАННЫХ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ И ОЦЕНКА РАБОТЫ ДЕТСКОГО ЛОР- ОТДЕЛЕНИЯ ГУ НМЦ РТ «ШИФОБАХШ»

Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Давронзода М.Д.

Цель исследования. Анализировать данные о госпитализированных заболеваниях и оценить эффективность работы детского ЛОР-отделения ГУ НМЦ РТ «Шифобахш»

Материал и методы. Нами проведен анализ госпитализированной заболеваемости ЛОР-органов за период с 2019 по 2024 гг. на базе ЛОР-отделения Национального медицинского центра РТ «Шифобахш». Профильное специализированное отделение включает 30 штатных коек, является клинической базой кафедры оториноларингологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Анализ показателей работы коечного фонда ЛОР-отделения за пятилетний период показывает, что количество пролеченных больных с 2019 по 2024 год оставалось стабильно высоким. В 2022 году наблюдалось некоторое увеличение числа пациентов, проходивших стационарное лечение — 2415 человек, а в

2023 году количество больных снизилось до 2130 человек, что на 3,0% меньше, чем в предыдущие годы. В связи с этим, наибольший процент выполнения плана пролеченных больных был зафиксирован в 2022 году — 132,4%, а в 2023 году он снизился до минимального уровня — 116,8%. В целом, за период с 2019 по 2024 годы количество пролеченных больных и процент выполнения плана были выше запланированных показателей.

Результаты исследования. Исследование структуры госпитализированной заболеваемости ЛОР-органов показало, что самую большую нозологическую группу составляют болезни полости носа и околоносовых пазух (более 50,0%). На втором месте находится патология уха (около 25,0%), на третьем месте — болезни глотки (около 10,0%). Структура госпитализированной заболеваемости ежегодно повторяется. Анализ представленных статистических данных свидетельствует о стабильно высокой распространенности заболеваний полости носа и околоносовых пазух среди всей структуры госпитализированной оториноларингологической заболеваемости. В структуре заболеваний полости носа и околоносовых пазух преобладают гнойные заболевания околоносовых пазух: острые синуситы — 32,0% и хронические синуситы — 25,0%. На втором месте отмечается искривление перегородки носа (19,0%), затем идут травмы носа и придаточных пазух (7,0%), фурункулы, абсцессы носа и другие болезни кожи и подкожной клетчатки (7,0%), риниты, носовые кровотечения.

Выводы. Таким образом, на основании вышеизложенного материала можно сделать вывод, что в структуре госпитализированной заболеваемости ЛОР-органов ведущую группу составляют болезни полости носа и околоносовых пазух, среди которых преобладают гнойные заболевания околоносовых пазух: острые и хронические синуситы. Данные виды патологий требуют повышенного внимания к организации работы специализированных ЛОР-отделений с целью оптимизации деятельности коечного фонда. Среднее пребывание больных с заболеваниями ЛОР-органов на койке колеблется в пределах 7,5—8,5 дней, при этом основная часть пациентов направляется из городских поликлиник (в плановом порядке и, в ряде случаев, экстренно). Поэтому одним из условий оптимального функционирования стационарного звена организации медицинской помощи пациентам с ЛОР-заболеваниями является усиление интеграции и преемственности с амбулаторно-поликлиническими учреждениями.

Кодиров Д.И., Хасанов М.Т., Хусанов З.В.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Турдибоев Ш.А.

Цель исследования. Изучить влияние препарата нимотоп (Нимодипин) на течение геморрагического инсульта.

Материалы и методы исследования. Нами были изучены результаты лечения 188 пациентов с геморрагическим инсультом в острой стадии, поступивших на стационарное лечение в неврологическое и нейрохирургическое отделения в период с 2020 по 2021 годы. Практически всем госпитализированным больным произведён сбор жалоб, изучение анамнеза, общеклинический осмотр, оценка неврологических расстройств, нейровизуализационные методы исследования (КТ и МРТ), офтальмологические исследования, осмотр невропатолога и реаниматолога, а также фотодокументация. Пациенты были подразделены на две группы. В первую группу (основную) были включены 96 пациентов, которые принимали препарат нимодипин по 2 мл на изотоническом растворе хлорида натрия в течение 120 минут с обязательным контролем уровня АД и не позднее 3-х суток от момента заболевания. Во вторую группу (группа контроля) были включены 92 пациента и не использовался нимодипин.

Результаты исследования. У больных основной группы (принимавших нимотоп по 2мл в/в через инфузомат в течение 2 часа 3 раза в день) прояснение уровня сознания из сопора и глубокого оглушения в умеренное оглушение и ясное сознание отмечалось в 28 (29,2%) случаях, а у больных контрольной группы - в 24 (26,1%) случаях. Среди 74 больных основной группы переход грубого гемипареза в умеренный на 14 сутки наблюдался в 56 (58,4%) случаях, а у больных контрольной группы этот переход отмечался в срок до 1 месяца у 64 (69,6%) пострадавших. Также нарушение речи у 12 (12,5%) больных основной группы регрессировало до 2 недель, а среди больных контрольной группы в 4 (4,3%) случаях восстановление речи отмечалось в сроки до 2 недель. Общемозговые симптомы в основной группе на 14 сутки из 72 больных оставались только у 5 больных, а в контрольной группе из 67 больных они отмечались у 25 обследованных.

Выводы. Терапия геморрагического инсульта с использованием нимотопа имеет значимую эффективность в остром периоде заболевания с назначением комплексной терапии, которая приводит к более быстрому восстановлению функций мозга, чем в контрольной группе. С учётом общего состояния, неврологического статуса, возраста, а также томоденситометрических данных сортировки больных с геморрагическим инсультом можно добиться положительных результатов в лечении данной категории больных.

Кодиров З.А., Кодиров А.Р., Нейматзода О.

ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ЕГО РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ ЛИМФЕДЕМЫ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Кафедра хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Таджикистан

Кафедра хирургии №1 ГОУ «Таджикский национальный университет»

Научный руководитель - д.м.н., профессор Султанов Д.Д.

Цель исследования. Определить влияние резекционно-пластических оперативных вмешательств на изменения двигательной активности и качества жизни пациентов со слоновостью нижних конечностей.

Материал и методы. Проведена клиническая оценка двигательной активности и качества жизни 38 пациентов с деформирующими формами лимфедемы нижних конечностей до и в разные периоды после резекционно-пластических оперативных вмешательств. Среди пациентов всего трое явились лицами мужского пола, а остальные явились женщинами молодого или среднего возрастов, что кроме медицинской составляющей, также подтверждает социальную значимость этой проблемы. Самому молодому пациенту было 17 лет, взрослому – 65 лет.

У более чем трети пациентов ($n=30$; 78,9%) патология имела локализованный односторонний характер, в частности справа – 17, слева – 13 случаев. У 8 больных имелось слоновость не только обеих нижних конечностей, но и промежуточные, с развитием грубых деформаций этой зоны и нарушением мочеиспускания.

Во всех случаях пациентам проведена операция Караванова – дермолипофасциэктомия бедра и голени в изолированном или сочетанном варианте. Уровень двигательной активности пациентов определили с помощью International questionnaire on physical activity (IPAQ).

Результаты исследования. Опрос пациентов показал, что на почве увеличения объема пораженных конечностей и их деформации отмечалось прогрессирующее снижение уровня привычной двигательной их активности, как по времени, так и по локомоции. В частности, ни один пациент не смог выполнить интенсивную физическую нагрузку по типу полевых работ, бега, быстрой ходьбы, работы в придворных земельных участках и т.д. Более того, из-за болевого синдрома, увеличенного бедра и/или голени, а также деформированной конечности пациенты зачастую не могли удобно сидеть на корточки или же скрещенными ногами, а ни один из мужчин со слоновостью не мог ездить на велосипеде. Средняя сумма баллов, полученных при опросе пациентов составила $14,2 \pm 3,4$ баллов.

Тщательный опрос условий и характера жизни пациентов демонстрировал, что почти все пациенты имели дополнительное приспособление для более комфортного сидения и исправления нужды в наземных туалетах. Более того, ни один пациент активно не занимался спортом, так как ограниченная отвислая часть голени или бедра мешала активному движению за счет ограничения движения конечности.

Таким образом, до проведения корригирующих форму и объем нижних конечностей оперативных вмешательств все пациенты со слоновостью имеют низкую физическую активность, хотя абсолютное большинство из них имеет желание повысить уровень своей физической активности. После проведенных операций у 33 человек отмечалось поэтапное повышение уровня физической активности и значительно облегчились локомоторные движения в нижние конечности. Однако, у 5 пациентов с двухсторонними поражениями такого не было отмечено, так как они перенесли не только операцию на одну конечность, но и они по возрасту относились к лицам более старшей возрастной группы.

Качества жизни пациентов изменилось столь, что абсолютное большинство из них не нуждались в ручных вспомогательных средствах передвижения, а также могли совершать наклон и сидеть скрещенными ногами или на корточки. Показатели средней суммы баллов через 6 месяцев операции увеличились почти в три раза составив $41,5 \pm 5,3$ баллов.

Выводы. Слоновость нижних конечностей приводит к существенному снижению и ограничению физической активности пациентов. Резекционно-пластические операции с удалением большого объема измененной кожи и подкожной клетчатки приводят к устранению грубой деформации и улучшению локомоторных движений в нижние конечности, позволив тем самым ежедневно заниматься обычными или чрезмерными физическими упражнениями.

Кодиров З.А., Масандова Л.Р., Кодиров А.Р.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ГИПОПАРАТИРЕОЗА

ГУ «ГМИЦ №1 им. Карима Ахмедова г. Душанбе». Таджикистан

Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ «Таджикский национальный университет»

Научный руководитель - д.м.н. Сафарзода А.М.

Цель исследования. Изучить частоту и особенности течения послеоперационного гипопаратиреоза.

Материал и методы. Работа основана на ретроспективном анализе хирургического лечения 756 пациентов с доброкачественной хирургической патологией щитовидной железы (ЩЖ). Женщин было 706 (93,4%), мужчин – 50 (6,6%). Возраст больных колебался от 18 до 80 лет. Диффузно-токсический зоб (ДТЗ) был выявлен у 85 (11,2%) пациентов, узловой зоб (УЗ) – у 247 (32,7%), смешанный зоб (СЗ) – у 424 (56,1%). Основными операциями явились – гемитиреоидэктомия, тиреоидэктомия, субтотальная резекция ЩЖ.

Результаты исследования. Послеоперационный гипопаратиреоз отмечен у 12 (1,58%) пациентов, в том числе транзиторный – у 11 и стойкий – в 1 случае. Женщин было 9, мужчин 3, средний возраст их составил $44,7 \pm 4,7$ лет. Во всех случаях диагностировать гипопаратиреоз удалось в ранние сроки, что позволило в свою очередь избежать тяжелых жизнеугрожающих последствий.

Для коррекции данного осложнения всем пациентам была назначена консервативная терапия, направленная на коррекцию уровня кальция. В частности, пациентам были назначены препараты кальция и активных форм витамина Д в инъекционных формах, с регулярным контролем уровня кальция, магния и фосфора в сыворотке крови.

Одним из факторов развития гипопаратиреоза среди наших пациентов явилась увеличение длительности операции из-за объема ЩЖ. Так, у этой группы пациентов длительность выполненных операций была значительно больше ($135,5 \pm 8,5$ минуты) по сравнению с пациентами без этого осложнения ($85,5 \pm 5,5$ минуты). Это было обусловлено значительным объемом ЩЖ и возникшими вследствие этого интраоперационными техническими сложностями. Во всех случаях указанное осложнение развилось у пациентов страдающие ДТЗ, так как при данной форме патологии ЩЖ её объем был несколько раз больше, чем другие варианты зоба.

Выводы. Послеоперационный гипопаратиреоз может развиваться у 1,6% пациентов, в основном у лиц с большим по объему щитовидной железы, а также страдающие диффузно-токсическим зобом. Ранняя диагностика

позволяет произвести своевременную коррекцию уровня кальция и предотвращать связанные с ней жизнеугрожающие осложнения.

Корохов А.Т., Исобоева С.Р., Бобобеков Ф.А.

ОСТЕОТАНОМЕТРИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., профессор Сафаров А.С.

Цель исследования. Изучить возможность остеотанометрии в диагностике острого гематогенного остеомиелита проксимального отдела бедренной кости у детей.

Материал и методы. В исследование включены 52 пациента в возрасте от 2-х до 16 лет, получившие лечение в гнойно-септическом отделении кафедры детской хирургии ТГМУ имени Абуали ибни Сино с 2019 по 2024 гг. с диагнозом острый гематогенный остеомиелит проксимального отдела бедренной кости (ОГО ПОБК). Всем больным была проведена остеопункция с остеотанометрией проксимального отдела бедренной кости (ПОБК).

Результаты исследований. После остеопункции ПОБК и снятия мандрена из просвета иглы, убедившись, что игла находится в костномозговом канале (КМК), не выпуская содержимого КМК, к просвету иглы присоединяли аппарат Вальдмана и измеряли ВКД в течение 5 минут. При этом в раннем сроке заболевания (до 3 суток) измерение внутрикостного давления (ВКД) ПОБК проводилось трём больным. Из них в одном (33,3 %) случае отмечалось повышение ВКД в пределах 120–170 мм. вод. ст., которое свидетельствовало о начале воспалительного процесса с отёком в КМК. У остальных двух (66,7%) больных, которым была проведена остеотанометрия в раннем сроке заболевания, повышение ВКД составляло в пределах 170–250 мм. вод. ст. Однако с течением времени продолжающийся гнойно-воспалительный процесс в КМК приводил к развитию патологической остеоперфорации, выделению содержимого КМК в параоссальном пространстве, способствующему снижению ВКД. Поэтому даже в позднем сроке болезни (позже 20 суток) наблюдался умеренно высокий ВКД в пределах 120–170 мм вод. ст. у одного больного. При этом следует обратить внимание, что у большинства больных, то есть у 20 (38,5%), было зарегистрировано ВКД в пределах 260–400 мм вод. ст., что свидетельствовало об активном воспалительном процессе в КМК и ригидности костной ткани. То есть продолжающееся скопление патологической жидкости КМК и сопротивление костной ткани создавали повышение ВКД до высоких цифр. Наряду с этим, в нашем наблюдении в 5 (9,6%) случаях ВКД превышало 400 мм вод. ст., которое наблюдалось у больных, поступивших в сроки от 3 до 20 суток заболевания. Что свидетельствовало о грубом нарушении кровотока в ПОБК. Таким образом, повышение ВКД в пределах 120–170 мм. вод. ст. имело место у 9 (17,3%) больных, от 170 до 250 мм. вод. ст. - 18 (34,6%), от 250 до 400 мм.вод.ст. - 20 (38,5%) и всего у 5 (9,6%) пациентов ВКД перевешало 400 мм.вод.ст.

Выводы. 1. Остеопункция с остеотанометрией ПОБК даёт возможность подтверждения диагноза острого гематогенного остеомиелита данной локализации уже на раннем сроке ОГО ПОБК. 2. Сопоставление показателей остеотанометрии и сроков его выполнения способствует получению представления о состоянии костной ткани, о его ригидности, что имеет прогностическое значение. 3. Показатели остеотанометрии имеют значение и при выборе дальнейшей тактики лечения ОГО ПОБК.

Корохов А.Т., Рахмонова Г.З., Давлатов Ю.М.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА КОСТЕЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., профессор Сафаров А.С.

Цель исследования. Изучить возможность ультразвукового и рентгенологического исследования в диагностике острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава у детей.

Материал и методы. В исследование включены 35 больных в возрасте от 2 до 16 лет, получивших лечение в гнойно-септическом отделении кафедры детской хирургии ТГМУ имени Абуали ибн Сино с 2019 по 2024 год по поводу острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава у детей. Всем больным с диагностической целью было проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) наряду с рентгенографией (РГ) костей тазобедренного сустава.

Результаты исследований. При РГ патологические изменения в костно-суставной системе тазобедренного сустава и окружающих мягких тканях отмечались у 23 (65,7 %). Среди них наиболее часто наблюдалось исчезновение межмышечных прослоек у 8 (22,9 %) больных, «смазанность» линий, отделяющих клетчатку от мышц — 7 (20,0 %), и расширение суставной щели, связанное со скоплением патологически жидкости у 12 (34,3 %) больных, сужение суставной щели — в 6 (17,1 %) случаях. Специфические РГ симптомы болезни обнаружены только в период третьей недели болезни. Из них линейный периостит обнаружен у 3 (8,5 %) больных с острым гематогенным остеомиелитом (ОГО) проксимальных отделов бедренной кости (ПОБК) и очаги деструкции — в 4 (11,4 %) случаях. Наряду с этим в 8 (22,6 %) случаях обнаруживался остеопороз, в двух случаях наблюдался дистензионный подвывих и в одном — вывих головки бедренной кости. Необходимо отметить, что РГ картина ОГО кости таза обнаруживалась часто на несколько дней позже, чем при ОГО ПОБК. Только в двух случаях, когда наблюдались гнойные затёки в области бедра, в сроки 10–20 суток от начала заболевания обнаруживалось вышеописанное изменение в мягких тканях ПОБК. Очаги деструкции в кости таза отмечались в 3 (6,5 %) случаях, из них в двух случаях отмечались деструкции подвздошной кости, в одном — деструкции лобковой кости.

При УЗИ наиболее часто обнаруживаемым эхо-признаком болезни являлось изменение суставной капсулы в виде утолщения у 27 (77,2 %) больных и скопление внутрисуставной жидкости — у 27 (77,2 %) пациентов. Наряду с этим в 22 (62,8 %) случаях на межмышечном пространстве бедра определялась неоднородная жидкость. Из них в двух случаях неоднородная жидкость в межмышечном пространстве внутренней поверхности верхней трети распространялась в сторону костей таза. Данные косвенные признаки заболевания были выявлены уже на раннем сроке заболевания. Специфические симптомы гематогенного остеомиелита были выявлены в 15 (42,8 %) случаях. Из них у 7 (46,6 %) больных наблюдались очаги деструкции в шейке бедренной кости, и у 8 (53,4 %) — изменение надкостницы в виде периостальной реакции, которое было выявлено начиная с 7-х суток заболевания. При этом следует подчеркнуть, что вышеописанные признаки заболевания часто наблюдались в сочетанном варианте, в связи с чем часто выявленных УЗИ признаков и РГ признаков болезни больше, чем количество обследованных больных.

Выводы. 1. Косвенные признаки заболевания на УЗИ и РГ можно выявить уже в ранние сроки заболевания.

2. Специфические симптомы болезни на РГ становится возможным определить, начиная с третьей недели болезни и в то время УЗИ даёт возможность определить данные симптомы болезни начиная с конца первой недели болезни.

Корохов А.Т., Ятимов М.М., Давлатов Ю.М.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА КОСТЕЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель — к.м.н., профессор Сафаров А.С.

Цель исследования. Изучить возможность компьютерной томографии в диагностике острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава у детей.

Материал и методы. В исследование включены 16 больных в возрасте от 2 до 16 лет, получившие лечение в гнойно-септическом отделении кафедры детской хирургии ТГМУ имени Абуали ибни Сино с 2019 по 2024 год с диагнозом острый гематогенный остеомиелит костей тазобедренного сустава у детей. Всем больным с целью диагностики болезни была проведена компьютерная томография (КТ) костей тазобедренного сустава.

Результаты исследований. КТ была проведена у 16 больных в день поступления в стационар. Из них в 2 случаях больные после выполнения КТ в других медицинских учреждениях обратились в нашу клинику. При этом в сроки до 3 суток от начала заболевания КТ проводилась в 2 (12,5%) случаях. В сроки от 3 до 7 суток КТ проведена 6 (37,5%) больным, от 7 до 10 суток — 4 (25%), от 10 до 20 суток — 1 (6,3%) и от 20 до месяца — 3 (18,7%) пациентам. При этом наиболее часто было обнаружено: утолщение суставной капсулы у 13 (81,3%) больных, скопление патологической жидкости в полости тазобедренного сустава — у 8 (50,0%), изменение в параоссальной мягкой ткани — у 2 (12,5%) больных, патогномоничные признаки заболевания, такие как периостит и деструктивные изменения, отмечены у небольшого количества больных — 5 (31,3%) и 6 (18,8%) соответственно. Однако в сроки до 3 суток от начала болезни в одном (50%) случае отмечались только косвенные признаки заболевания в виде утолщения суставной капсулы и скопления патологической жидкости в полости тазобедренного сустава, в другом случае патологические изменения не были выявлены. При этом наиболее ранние патогномоничные КТ-признаки острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава (ОГО КТС) отмечены среди больных, поступивших в стационар на 3–7 сутки от начала болезни. Среди 6 (37,2%) больных в данном сроке утолщение суставной капсулы отмечено у 5 (83,3%) больных, скопление патологической жидкости в полости тазобедренного сустава — в 3 (50%) случаях и отёк параоссальной мягкой ткани — у 2 (33,3%) больных. Специфические симптомы болезни отмечались у 3 (50%) больных, при этом периостит — в 2 (33,3%) и деструкция в одном (16,6%) случае в области вертлужной впадины, соответствующей телу подвздошной кости. В сроки 7–10 суток от начала болезни — 4 (25%). Утолщение суставной капсулы отмечено у всех 4 (100%) больных, скопление патологической жидкости в полости тазобедренного сустава в 2 (50%) случаях, параартикулярный отёк — в 3 (75%), периостит — у 3 (75%) больных и деструкции — у 2 (50%) больных. У одного (6,3%) больного, прошедшего томографическое исследование в сроки 10–20 суток от начала болезни, отмечались деструкции в области суставной впадины с сужением суставной щели. В более поздние сроки болезни, от 20 до месяца, КТ было проведено у трёх больных, у всех были выявлены специфические симптомы болезни. При этом очаги деструкции в области шейки бедренной кости в 2 (66,7%) случаях и в одном (33,3%) случае — деструкции подвздошной кости. Отёк параоссальных мягких тканей — в одном (33,3%) случае, у 2 (66,7%) больных отмечено скопление патологической жидкости в полости тазобедренного сустава, параартикулярный отёк и утолщение суставной капсулы.

Выводы. Таким образом, следует отметить, что в ранние сроки заболевания обычно выявляются косвенные КТ признаки болезни, однако в последующие, более поздние сроки болезни увеличивается количество больных с патогномоничными КТ-признаками ОГО КТС.

Корчаев Т.М., Одинаев М.С., Амиркулов М.М.

УЛУЧШЕНИЕ СПОСОБОВ ДИАГНОСТИКИ, ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОБОДНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель — к.м.н., доцент Халимов Дж.С.

Цель исследования. Оптимизация методов диагностики и хирургического лечения ПГДЯ.

Материал и методы. За основу исследования взяты результаты клинических наблюдений и операции 116 пациентов с ПГДЯ в условиях ГУ ГЦСМП г. Душанбе. Также материал составлен на основании ретроспективного

анализа истории болезней. Возраст пациентов колебался от 16 до 76 лет. Преобладали лица мужского пола – 84 (72,4%) пациента, а женщины составили лишь – 32 (27,6%). При распределении больных установлено, что большинство больных с ПГДЯ были трудоспособного возраста: от 30 до 50 лет (89 больных -76,7%). Более 53,2% госпитализированных больных поступали в клинику в сроках от 24 до 72 часов. Всем пациентам проведены стандартные методы исследования, включая рентгенологические, эндоскопические и видеолапароскопию.

Результаты исследования. Больные были разделены на две группы – контрольную (n=50) и основную (n=66). Контрольной группе больных проведены традиционные вмешательства, а основной группе пациентов – лапароскопические операции. Основным объемом диагностических мероприятий, предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных соответствовал общепринятым современным стандартам и был одинаковым в обеих группах. Специального подбора больных для ушивания дефекта в условиях видеолапароскопической техники, кроме срока давности заболевания и характера перитонита не проводили. На выбор хирургического лечения также оказывала локализация гастродуоденальных язв и размеры перфоративного отверстия. У 31 (46,9%) пациента основной группы прободение язв локализовалось на желудке и у 35 (53,1%) на передней стенке ДПК. Лапароскопические ушивание произведены монофиламентной нитью Викрил 2/0 и 3/0 в виде узловых и Z-швов. Контроль на герметичность осуществлена посредством введения в назогастральный зонд разведенного раствора бриллиантовой зелени. Выявлено, что ушивание перфоративной язвы посредством лапаротомии сопровождается значительной травмой мягких тканей передней брюшной стенки (n=2), нагноение послеоперационных ран (n=4), грыжи, лигатурных свищей, спаечной болезнью (n=1). В основной группе больных летальных исходов не отмечены.

Выводы. При выборе метода операции ПГДЯ, учитывая состояние больных, следует отдать предпочтение малотравматичным методам операции (лапароскопии). Лапароскопическое ушивание перфоративных язв в силу малоинвазивности и эффективности, способствует быстрой реабилитацией пациентов с улучшенной характеристикой и качеством жизни.

Корчаев Т.М., Гиёсов Б.М., Гайратов И.Т.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЯЗВЕННЫМ ДУОДЕНАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ ТГМУ им.Абуали ибни Сино

Научный руководитель – к.м.н., доцент Халимов Дж.С.

Цель исследования. Оптимизация методов лечения пациентов с ОЯДК.

Материал и методы. Клинический материал включает диагностику и эндоскопическое лечение 104 больных, находившихся на лечение в ГУ ГЦСМП г.Душанбе. Характер кровотечения, объем кровопотери и лечебная тактика определялись после эффективного использования дополнительных клинико-инструментальных методов исследования. Для выбора наиболее рациональной хирургической тактики при ОЯДК, важное значение придавали изучению состояния гомеостаза в зависимости от тяжести кровопотери и локализации язвенного субстрата и методам ЭГ.

Результаты исследования. Исследования показали, что при ОЯДК наблюдаются значительные изменения в показателях гемостаза. Так, показатели протромбинового индекса были в значительной степени низкие ($77,2 \pm 1,32$) по сравнению с нормой и у больных с ЯБ без кровотечений ($98,4 \pm 2,1$). Наблюдалось также снижение толерантности плазмы к гепарину ($350 \pm 18,2$) и снижение концентрации фибриногена ($3,02 \pm 0,2$). Указанные выше показатели были значительно нарушены при прогрессировании тяжести кровопотери, они достигали критического своего уровня, развития гипокоагуляции и ДВС-синдрома. Система гемостаза почти всегда включается в компенсаторно-приспособительные реакции организма, становясь неперенным звеном многих патологических состояний. Обследование на хеликобактериоз провели у 58 пациентов, при этом различной тяжести хеликобактериоза диагностировали у 51 больного (87,9%). При этом положительный тест НР (+++) наблюдался у 19 (37,2%) пациентов: НР++- у 24 (47%), НР+- 8 (15,7%). Наиболее высокие показатели хеликобактерной обсемененности гастродуоденальной слизистой наблюдается при тяжелых профузных дуоденальных кровотечениях. Так из 19 пациентов с тяжелой степенью хеликобактериоза у 16 наблюдались тяжелые степени кровопотери. Результаты лечебной эндоскопии показало, что у 69 больных (65,7%) она оказалось эффективным. При этом в 11 наблюдениях (10,5%) эндоскопический гемостаз временным инструментальным пособием, для подготовки больных к срочной операции. Эндоскопический гемостаз оказалось неэффективным у 36 больных (34,3%), при этом у 29 пациента (80,5%) имела место постбульбарная язва.

Во всех практически случаях параллельно с ЭГ больным проводилась консервативное медикаментозное лечение, включающее в себя противоязвенную (ИПП, антациды, антихеликобактерные средства), инфузионную и гемостатическую терапию. Результаты лечебной эндоскопии показали, что из 86 пациентов, у которых использовались эндоскопические методы гемостаза, у 20 с активностью кровотечения F-IA и F-IB гемостаза эндоскопическим путем добиться не удалось, эти больные были экстренно оперированы. В 11 случаях ЭГ дал временный эффект т.е. в течение 24-72 ч после лечебной эндоскопии отмечался рецидив кровотечения. Эти больные также были оперированы в экстренном порядке. ЭГ был стойким и эффективным у 50 больных с кровотечением F-IIA и F-IIВ, при этом у 3 имело место рецидив кровотечения. Из 104 больных у 38 (36,5%) ЭГ являлось окончательным способом гемостаза. Неотложному оперативному лечению подлежали больные с продолжающимся струйным кровотечением, неустойчивым гемостазом с тяжелой кровопотерей, а также при наличии дополнительных факторов риска рецидива кровотечения (n=27). От операции воздержались 39 больных.

Выводы. Одной из причин развития ОЯДК является нарушение гипокоагуляции и повышение фибринолитической активности крови и высокая обсемененность хеликобактериозом слизистой оболочки в ДПК. Эндоскопия позволяет диагностировать продолжающееся струйное диффузное кровотечение, а также признаки устойчивого и неустойчивого гемостаза, с последующим выбором тактики лечения, с активным использованием методов ЭГ.

Косимов И.О., Достиев У.А.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИМЕРИЗМА ПРИ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ: НОВЫЕ ПОДХОДЫ К СНИЖЕНИЮ РИСКА ОТТОРЖЕНИЯ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино . Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценить эффективность различных подходов к модуляции химеризма у пациентов после родственной трансплантации почки и их влияние на долгосрочную выживаемость трансплантата.

Материал и методы. В исследование включены 110 пациентов, перенесших родственную трансплантацию почки, которые были разделены на две группы: основную (n=55), где применялась стратегия иммуноtolерантности (селективная иммуносупрессия с Treg-индукцией и мезенхимальными стромальными клетками), и контрольную (n=55), где использовалась стандартная схема иммуносупрессивной терапии. Оценивались уровень химеризма (по количеству циркулирующих донорных лейкоцитов), частота эпизодов острого отторжения, уровень провоспалительных цитокинов (IL-6, TNF- α , IFN- γ), потребность в иммуносупрессии и 1-летняя выживаемость трансплантата.

Результаты исследования. В основной группе частота острого отторжения составила 9%, тогда как в контрольной группе – 27% (p<0.01). Средний уровень донорного химеризма через 3 месяца после трансплантации был 30.2 $\pm$ 6.1% в основной группе против 15.8 $\pm$ 4.2% в контрольной (p<0.001), что свидетельствовало о лучшей интеграции трансплантата в иммунную систему реципиента. Концентрация IL-6 и TNF- α была на 38% ниже в основной группе, что коррелировало с меньшей потребностью в высокой дозе ингибиторов кальциневрина. Через 12 месяцев после операции 40% пациентов основной группы смогли снизить дозу иммуносупрессии без признаков отторжения, в то время как в контрольной группе этот показатель составил 14% (p < 0.05). Выживаемость трансплантата через 1 год составила 97% в основной группе и 83% в контрольной (p<0.05).

Выводы. Оптимизация химеризма при родственной трансплантации почки, включающая селективную модуляцию иммунного ответа с применением Treg-клеток, мезенхимальных стромальных клеток и персонализированного подбора иммуносупрессии, позволяет существенно снизить риск острого отторжения, уменьшить потребность в высокой дозе иммуносупрессивных препаратов и повысить долгосрочную выживаемость трансплантата. Данный подход открывает новые перспективы в формировании иммунологической толерантности и улучшении исходов трансплантации почки.

Косимов И.О., Достиев У.А.

ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ ОТ ЖИВОГО ДОНОРА ПЕРЕД ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ПОЧКИ КАК МЕТОД ОПТИМИЗАЦИИ ХИМЕРИЗМА И СНИЖЕНИЯ РИСКА ОТТОРЖЕНИЯ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценить влияние предтрансплантационного переливания крови от живого донора на уровень химеризма, частоту эпизодов отторжения и необходимость в иммуносупрессии у реципиентов трансплантированной почки.

Материал и методы. В исследование включены 100 пациентов, перенесших родственную трансплантацию почки, разделенных на две группы: основную (n=50), где перед трансплантацией проводилось переливание донорской крови (200–300 мл цельной крови или лейкоцитарной массы за 2 недели до операции), и контрольную (n=50), где стандартное переливание не применялось. Оценивались уровень донорного химеризма (процент циркулирующих донорных лейкоцитов), частота острого отторжения в течение первого года, уровень воспалительных маркеров (IL-6, TNF- α , IFN- γ), функция трансплантата (уровень креатинина, скорость клубочковой фильтрации) и потребность в снижении дозы иммуносупрессии.

Результаты исследования. В основной группе уровень химеризма через 3 месяца после трансплантации был 28.4 $\pm$ 6.2% против 14.6 $\pm$ 3.9% в контрольной группе (p<0.001), что свидетельствовало о лучшем принятии трансплантата иммунной системой реципиента. Частота острого клеточного отторжения в течение первого года составила 10% в основной группе против 27% в контрольной (p<0.01). Средний уровень IL-6 и TNF- α был на 35% ниже в основной группе, что указывает на снижение воспалительной реакции. Уровень креатинина через 6 месяцев после трансплантации был 1.4 $\pm$ 0.3 мг/дл в основной группе против 1.8 $\pm$ 0.5 мг/дл в контрольной (p<0.05). Через 12 месяцев 38% пациентов основной группы смогли уменьшить дозу ингибиторов кальциневрина без риска отторжения, тогда как в контрольной группе этот показатель составил 15% (p<0.05).

Выводы. Предтрансплантационное переливание крови от живого донора способствует формированию химеризма, снижению частоты эпизодов острого отторжения, уменьшению воспалительного ответа и необходимости в высоких дозах иммуносупрессии. Оптимизация стратегии переливания (объем, сроки, клеточный состав) может стать важным шагом в повышении выживаемости трансплантата и снижении токсичности иммуносупрессивной терапии, что делает данный подход перспективным направлением в трансплантационной медицине.

Косимов И.О., Достиев У.А.

ВЛИЯНИЕ ХИМЕРИЗМА НА ИММУНОЛОГИЧЕСКУЮ ТОЛЕРАНТНОСТЬ ПЕРЕД ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ПОЧКИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино . Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценить влияние предоперационного переливания крови от живого донора на уровень химеризма, частоту острого отторжения, уровень воспалительных маркеров и необходимость в иммуносупрессивной

терапии после трансплантации почки.

Материал и методы. В исследование включены 120 пациентов, перенесших родственную трансплантацию почки, разделенных на две группы: основную (n=60), где перед трансплантацией проводилось переливание донорской крови (200–300 мл за 14–10 дней до операции), и контрольную (n=60), где стандартное переливание не применялось. Оценивались уровень химеризма (процент циркулирующих донорных лимфоцитов), частота эпизодов острого и хронического отторжения, уровни провоспалительных цитокинов (IL-6, TNF- α , IFN- γ), функциональные показатели трансплантата (уровень креатинина, скорость клубочковой фильтрации) и возможность снижения доз иммуносупрессии.

Результаты исследования. В основной группе уровень химеризма через 1 месяц после трансплантации составил $24.6 \pm 5.7\%$, что значительно выше, чем в контрольной группе ($12.8 \pm 4.2\%$, $p < 0.001$), свидетельствуя о лучшем иммунологическом принятии трансплантата. Частота острого клеточного отторжения за первые 6 месяцев составила 8% в основной группе против 26% в контрольной ($p < 0.01$). Средний уровень IL-6 и TNF- α был на 37% ниже в основной группе, что коррелировало со стабильным иммунным ответом и меньшей воспалительной активностью. Уровень креатинина через 12 месяцев составил 1.3 ± 0.2 мг/дл в основной группе против 1.7 ± 0.4 мг/дл в контрольной ($p < 0.05$). 42% пациентов основной группы смогли уменьшить дозу ингибиторов кальциневрина без риска отторжения, тогда как в контрольной группе этот показатель составил 18% ($p < 0.05$).

Выводы. Переливание донорской крови от живого донора перед трансплантацией почки способствует формированию стабильного химеризма, снижению риска острого отторжения, уменьшению воспалительного ответа и потребности в высокой дозе иммуносупрессии. Этот метод может стать эффективной стратегией для повышения толерантности к трансплантату, улучшения его долгосрочной функции и повышения выживаемости. Дальнейшие исследования необходимы для оптимизации схем переливания, определения оптимального объема и срока выполнения процедуры.

Кулобиев Дж. К., Достиев У.А.

РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА С СОХРАНЕНИЕМ ПРАВОЙ ЖЕЛУДОЧНОЙ АРТЕРИИ КАК ОПТИМАЛЬНАЯ БАРИАТРИЧЕСКАЯ МЕТОДИКА

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино . Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Исмоилзода С.С

Цель исследования. Оценить безопасность и эффективность резекции желудка с сохранением правой желудочной артерии в сравнении со стандартной методикой рукавной гастрэктомии.

Материал и методы. Проведен анализ 120 пациентов с морбидным ожирением (ИМТ > 40 кг/м²), которым выполнена рукавная резекция желудка. Пациенты были разделены на две группы: основную (n=60), где сохранялась правая желудочная артерия, и контрольную (n=60), где выполнялась стандартная методика. Оценивались частота послеоперационных осложнений, изменения индекса массы тела, динамика уровня глюкозы и инсулина, показатели кровоснабжения желудочной стенки (по доплерографии) и субъективные жалобы пациентов на диспепсические расстройства.

Результаты исследования. Сохранение правой желудочной артерии позволило снизить частоту ишемических осложнений с 12% в контрольной группе до 3% в основной группе ($p < 0.01$). Частота несостоятельности швов составила 1.6% в основной группе против 8.3% в контрольной ($p < 0.05$). Средний индекс массы тела через 12 месяцев снизился на 32.5 ± 4.6 кг/м² в основной группе и на 31.8 ± 5.2 кг/м² в контрольной ($p > 0.05$), что подтверждает сопоставимую эффективность методики в отношении потери веса. Пациенты основной группы реже предъявляли жалобы на рефлюкс и диспепсию (9% против 18%, $p < 0.05$), а показатели микроциркуляции стенки желудка по данным доплерографии были на 20% выше в сравнении с контрольной группой.

Выводы. Резекция желудка с сохранением правой желудочной артерии обеспечивает лучшее кровоснабжение оставшейся части желудка, снижает риск ишемических осложнений, уменьшает частоту несостоятельности швов и диспепсических расстройств, при этом обеспечивая сопоставимый эффект в отношении потери массы тела. Данная методика может быть рекомендована в качестве альтернативного варианта стандартной рукавной гастрэктомии для снижения частоты послеоперационных осложнений и улучшения функциональных результатов бариатрической хирургии.

Кулобиев Дж. К., Достиев У.А.

РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА С СОХРАНЕНИЕМ ПРАВОЙ ЖЕЛУДОЧНОЙ АРТЕРИИ: СНИЖЕНИЕ РИСКОВ ИШЕМИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино . Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Исмоилзода С.С

Цель исследования. Оценить эффективность резекции желудка с сохранением правой желудочной артерии по сравнению со стандартной рукавной гастрэктомией в бариатрической хирургии.

Материал и методы. Проведен анализ 130 пациентов с морбидным ожирением (ИМТ > 40 кг/м²), которым выполнена рукавная резекция желудка. Пациенты были разделены на основную группу (n=65), где во время операции сохранялась правая желудочная артерия, и контрольную группу (n=65), где выполнялась стандартная методика резекции. Оценивались частота несостоятельности швов, выраженность гастроэзофагеального рефлюкса (по pH-метрии), уровень ишемических изменений желудочной стенки (по доплерографическому исследованию кровотока), частота формирования стенозов и скорость потери массы тела в течение 12 месяцев.

Результаты исследования. Частота ишемических осложнений (некроз слизистой, несостоятельность швов) в основной группе составила 2%, тогда как в контрольной группе – 9% ($p<0.05$). По данным доплерографии, кровоток в зоне резекции был выше на 25% при сохранении правой желудочной артерии, что коррелировало с меньшей частотой стриктур (5% против 13%, $p<0.05$). Симптомы гастроэзофагеального рефлюкса наблюдались у 8% пациентов основной группы против 20% в контрольной группе ($p<0.01$), что свидетельствует о снижении давления на кардии и лучшей адаптации желудка после резекции. Средняя потеря массы тела за 12 месяцев составила 32.1 ± 5.2 кг в основной группе и 31.7 ± 4.9 кг в контрольной ($p>0.05$), что подтверждает сопоставимую эффективность методики в отношении снижения веса.

Выводы. Резекция желудка с сохранением правой желудочной артерии позволяет снизить риск ишемических осложнений, уменьшить частоту несостоятельности швов, снизить выраженность гастроэзофагеального рефлюкса и улучшить микроциркуляцию в зоне резекции. Данная методика демонстрирует сопоставимую эффективность в отношении потери массы тела при значительном улучшении послеоперационных результатов, что делает ее перспективным направлением в бариатрической хирургии.

Кулобнев Дж. К., Достиев У.А.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕХНИКИ РЕЗЕКЦИЙ ЖЕЛУДКА С СОХРАНЕНИЕМ ПРАВОЙ ЖЕЛУДОЧНОЙ АРТЕРИИ В БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино . Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Изучить влияние сохранения правой желудочной артерии при резекции желудка на частоту ишемических осложнений и функциональные результаты бариатрической операции.

Материал и методы. В исследование включены 140 пациентов с морбидным ожирением ($\text{ИМТ} > 40 \text{ кг/м}^2$), которым выполнена рукавная резекция желудка. Пациенты были разделены на две группы: основную ($n=70$), где во время операции сохранялась правая желудочная артерия, и контрольную ($n=70$), где использовалась стандартная методика. Оценивались частота ишемических осложнений (по данным эндоскопии и доплерографии), уровень несостоятельности швов, выраженность гастроэзофагеального рефлюкса, субъективные жалобы пациентов и показатели снижения массы тела через 12 месяцев.

Результаты исследования. Частота ишемических осложнений в основной группе составила 2.9%, тогда как в контрольной группе — 11.4% ($p<0.01$). Несостоятельность швов диагностирована у 1.4% пациентов основной группы против 7.1% в контрольной ($p<0.05$). По данным доплерографии, у пациентов с сохраненной правой желудочной артерией перфузия стенки желудка была на 28% выше, что коррелировало с меньшей частотой язвенных изменений (4% против 10%, $p<0.05$). Симптомы рефлюкса наблюдались у 7% пациентов основной группы и 18% контрольной группы ($p<0.01$). Средняя потеря массы тела через 12 месяцев составила 31.9 ± 5.4 кг в основной группе и 32.2 ± 5.1 кг в контрольной ($p>0.05$), что свидетельствует о равной эффективности методики в отношении редукции веса.

Выводы. Сохранение правой желудочной артерии при резекции желудка позволяет существенно снизить частоту ишемических осложнений, уменьшить риск несостоятельности швов и снизить выраженность гастроэзофагеального рефлюкса, не влияя при этом на эффективность потери массы тела. Улучшенная микроциркуляция желудочной стенки способствует более безопасному заживлению и лучшей адаптации пациентов после операции, что делает данный метод перспективным направлением в бариатрической хирургии.

Кумыков А.А.

ПОВРЕЖДЕНИЕ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Кафедра оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией имени С.А. Симбирцева ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Министерства Здравоохранения Российской Федерации. Россия

Научный руководитель – д.м.н., профессор Заркуа Н.Э.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с повреждениями внепеченочных желчных протоков посредством инновационных методов ранней диагностики и дифференцированной хирургической тактики.

Материал и методы. Под наблюдением находились 67 больных в возрасте от 20 лет до 71 (средний возраст 42) года с повреждениями внепеченочных желчных протоков, случившимися при выполнении лапароскопической холецистэктомии.

Результаты исследования. Из 67 больных во время операции повреждение желчных протоков было обнаружено у 18 (26,8%) больных. У 49 (73,13 %) больных травма протоков была выявлена через 1 – 8 суток после операции. Выполнение реконструктивных оперативных вмешательств при наличии печеночной недостаточности, внутрибрюшных или внутрипротоковых гнойно-воспалительных осложнениях сопряжено с риском развития несостоятельности и развитием ранней стриктуры анастомоза в послеоперационном периоде. Поэтому разумным выходом из этой ситуации является формирование полного наружного желчного свища до купирования воспалительных явлений в брюшной полости. Реконструктивные оперативные вмешательства выполняются через 4-5 недель. Релапароскопия, снятие клипсы с протока, РХПГ, стентирование желчного протока саморасправляющимся стентом 5 пациентам. Лапаротомия, санация брюшной полости, формирование полного наружного желчного свища 15 пациентам. Чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков. Пункция абсцесса 10 пациентам. Гепатикоеюноанастомоз с выключенной по Ру петлей, дренирование гепатикохоледоха по Фелькеру 21 пациентам. Бигепатикоеюноанастомоз с

выключенной по Ру петель и раздельное дренирование обоих внутripеченочных протоков по Гетцу-Сейпол-Куриану 5 пациентам.

Выводы. При боковом и полном поперечном клипировании протока, без нарушения его непрерывности целесообразно выполнять одномоментное гибридное вмешательство, первым этапом которого является релапароскопия и удаление клипсы с последующим эндоскопическим трансдуоденальным стентированием протока металлическим саморасправляющимся стентом. При отсутствии гнойно-септических осложнений, уровня сывороточного билирубина менее 100 мкмоль/л выполняется реконструктивная операция – гепатикоеюноанастомоз с выключенной по Ру петель, протяженностью не менее 80 см.

Кумыков А.А., Заркуа Н.Э.

МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ И В ПЕРИОД РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ

Кафедра оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией имени С.А. Симбирцева ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Министерства Здравоохранения Российской Федерации. Россия

Научный руководитель – д.м.н., профессор Заркуа Н.Э.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с механической желтухой после лапароскопической холецистэктомии, после выписки на амбулаторное лечение и в ближайшем периоде с использованием чреспросветных эндоскопических и традиционных хирургических технологий.

Материал и методы. Под наблюдением находились 89 больных с механической желтухой в первые 100 дней после плановой лапароскопической холецистэктомии, которым выполнялись клинические и биохимические анализы крови, УЗИ, ФГДС.

Результаты исследования. У всех больных наблюдался приступ печеночной колики, с развитием механической желтухи. 39 (43,8%) пациентам с холедохолитиазом и механической желтухой для восстановления пассажа выполнены чреспросветные эндоскопические вмешательства. У 4 (4,4%) больных не удалось выполнить канюляцию большого дуоденального сосочка из-за локализации большого дуоденального сосочка в просвете дивертикула двенадцатиперстной кишки. 22 (24,7%) пациентам выполнено чрескожное чреспеченочное дренирование внутripеченочных протоков. У 24 (21,4%) больных восстановить пассаж желчи удалось посредством чреспросветных эндоскопических вмешательств.

Выводы. Методом выбора резидуального холедохолитиаза является РХПГ, ПСТ с литэкстракцией. При механической желтухе, развившейся вследствие ожоговой стриктуры гепатикохоледоха лечение должно быть этапным, первоочередным из которых является желчеотводящая процедура. При технической возможности исполнения предпочтительным является РХПГ. Реконструктивные вмешательства осуществляются после ликвидации желтухи и нормализации печеночных функций посредством формирования гепатикоеюноанастомоза на выключенной по Ру петле.

Кумыков А.А., Заркуа Н.Э.

ПОСЛЕОЖОГОВЫЕ СТРИКТУРЫ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Кафедра оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией имени С.А. Симбирцева ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Министерства Здравоохранения Российской Федерации. Россия

Научный руководитель – д.м.н., профессор Заркуа Н.Э.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения пациентов с термическими повреждениями внепеченочных желчных протоков, полученными при лапароскопической холецистэктомии, посредством применения инновационных методов диагностики и дифференцированной хирургической тактики, основанной на сочетанном использовании малоинвазивных и традиционных технологий.

Материал и методы. Под наблюдением находились 46 пациентов, у которых стриктура внепеченочных желчных протоков развилась в течение 30 – 90 дней после лапароскопической холецистэктомии. Инфекционные осложнения в виде гнойного холангита и билиарных абсцессов печени имелись почти у каждого третьего пациента. Этим пациентам требуется дренирование желчных протоков и их адекватная декомпрессия в максимально короткие сроки после госпитализации (не более 12 часов). В противном случае сохраняется риск развития септического шока, летальность при котором достигает 95% – 98%.

Результаты исследования. В первую очередь осуществляли декомпрессию желчных протоков эндоскопическим или чрескожным чреспеченочным доступом. У 24 (52,17%) пациентов выполнено РХПГ, ПСТ, стентирование протоков или их назобилиарное дренирование. У 4 пациентов эндоскопические вмешательства явились окончательным видом вмешательства. Дренирование внутripеченочных протоков чрескожным чреспеченочным доступом осуществлено у 22 (47,83%) пациентов. Из них стентирование после баллонной дилатации стриктуры, как окончательный вид вмешательства, выполнено у 2 больных, наружновнутреннее дренирование у 6 пациентов.

Выводы. При послеожоговой стриктуре желчных протоков выполняются двухэтапные вмешательства, первым из которых является дренирующая процедура эндоскопическим или чрескожным чреспеченочным доступом. Реконструктивные вмешательства выполняются после восстановления параметров гомеостаза.

Курбанов И.К., Чаббаров У.У., Нозимов Ф.Х.

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ТРОАКАРНЫХ ГРЫЖ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Кафедра общей хирургии №1 им. Каххоров А.Н. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель - д.м.н., профессор Абдуллозода Д.А.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения троакарных грыж у лиц пожилого и старческого возраста с использованием аутодермальной пластики.

Материал и методы. На базе общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино в плановом порядке оперировано 87 пациентов с троакарными грыжами. Все грыженосители были от 31 до 84 лет, из них женщин - 65 (74,7%) и мужчин - 22 (25,3%). Г Ожирение различных степеней имели все пациенты.

У всех больных изучены анамнестические данные и параллельно оценивалось качество жизни перед операцией по шкале SF-36. Проводилось физикальное обследование, осуществлялись антропометрические замеры передней брюшной стенки. Изучались клинико-биохимические анализы крови и мочи. Осуществлялись инструментальные исследования (рентгенография органов грудной клетки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, электрокардиография, эхокардиография, фиброгастродуоденоскопия). Большой акцент мы ставили на ультразвуковое исследование состояния мышечно-фасциальных структур передней брюшной стенки. В ходе исследования диагностировали диастаз прямых мышц живота, его ширину и протяженность, которая могла достигать как до мечевидного отростка, так и до лонного сочленения. Это требовало укрепления всего срединного мышечно-фасциального узла, проводить его радикальную реконструкцию. Сопутствующие заболевания выявлены у 77 пациентов, среди них преобладала сердечно-сосудистая патология. Операционный анестезиологический риск 1 степени определен - у 15 (19,4%), 2 степени - у 51 (66,2%) и 3 степени - у 11 (14,4%) больных. Исходя из степени операционного риска, проводилась индивидуальная предоперационная подготовка, направленная на коррекцию сопутствующей патологии и адаптацию сердечно-легочной системы к колебаниям внутрибрюшного давления в послеоперационном периоде. У всех пациентов использованы способы комбинированной аутодермальной герниопластики, при которых аутодермальный трансплантат располагался on lay. Вид пластики зависел от степени сближаемости грыжевых ворот. Все больные оперированы под спинальной анестезией.

Результаты исследования. Тактика ведения послеоперационного периода была активной. Больные уже на 2-е сутки начинали активные движения, дыхательную гимнастику. С первых часов послеоперационного периода использовали бандажи, обладающие компрессионным эффектом, что было и мерой профилактики ранних раневых осложнений в раннем послеоперационном периоде. Раневые осложнения отмечены у 12 (13,8%) больных. Это были серомы. Они ликвидированы консервативными мероприятиями. Нагноение операционной раны отмечено у 5 пациентов, что также были ликвидированы консервативным путём.

Выводы. Исходя из проведенных нами мероприятий по хирургическому лечению троакарных грыж можно заявить, что аутодермальная пластика является простым и надежным способом в лечении пупочных грыж у пациентов старших возрастных групп и приводит к высокой степени физической, социальной и психологической реабилитации в отдаленном периоде после грыжесечения.

Курбанов И.К., Чаббаров У.У., Хамроев Б.М.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ТРОАКАРНЫХ ГРЫЖ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ ГРУППЫ РИСКА

Кафедра общей хирургии №1 им. Каххоров А.Н. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан
Научный руководитель - д.м.н., профессор Абдуллозода Д.А.

Цель исследования. Выявление факторов риска возникновения троакарных грыж и разработка методики профилактики ее образования.

Материал и методы. На клинической базе кафедры общей хирургии (ГКБ №1 им. К.Т. Таджиева) с 2017 года по настоящее время проводится исследование по выявлению факторов риска возникновения троакарных грыж после различных лапароскопических вмешательств. Выполнен анализ результатов 87 пациентов с троакарными грыжами. Средний возраст пациентов варьировал от 31 до 84. Мужчин было 22 (25,3%), 65 женщин (74,7%).

Результаты исследования. При ретроспективном исследовании нами полученные данные позволили высказать о статистически достоверном влиянии следующих факторов на развитие троакарных грыж: возраст пациентов свыше 50 лет, индекс массы тела выше 30, дисплазия соединительной ткани, нагноение операционной раны, размер и расположение троакара, сахарный диабет в анамнезе, ушивание апоневроза, а также вид оперативного вмешательства.

Следует отметить, что развитие троакарных грыж чаще всего в нашем наблюдении встречается после лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) – 63 (72,4%). При ЛХЭ выбор места троакарной раны для извлечения желчного пузыря является прерогативой оперирующего хирурга с учётом потенциально возможных осложнений. При извлечении желчного пузыря через эпигастральный доступ, троакарные грыжи развивались только в 5 (7,9%) случаях. В остальных 58 (92,1%) случаях троакарные грыжи наблюдались в umbilical ране.

Выводы. Таким образом, оптимальными способами профилактики послеоперационных троакарных грыж можно считать снижение массы тела на этапах подготовки к оперативному лечению, нормализацию сопутствующих заболеваний, а со стороны ран передней брюшной стенки – тщательное сопоставление слоев апоневроза и ушивание всех ран передней брюшной стенки. Вопрос об извлечении желчного пузыря через эпигастральную или umbilical рану до сих пор остается предметом дальнейшего исследования.

Курбанов И.К., Гиясова П.Ф., Абдуева З.В.

ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТРОАКАРНЫХ ГРЫЖ ПОСЛЕ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Кафедра общей хирургии №1 им. профессор Каххоров А.Н. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан
Научный руководитель - д.м.н., профессор Даминава Н.М.

Цель исследования. Выявление факторов риска возникновения троакарных грыж при видеолaparоскопических вмешательствах.

Материал и методы. На клинической базе кафедры общей хирургии №1 с 2017 года по настоящее время проводится исследование по выявлению факторов риска возникновения троакарных грыж после лапароскопической холецистэктомии. Выполнен анализ результатов 87 пациентов с троакарными грыжами. Средний возраст пациентов варьировал от 31 до 84 лет. Мужчин было 22 (25,3%), 65 женщин (74,7%), соответственно.

Результаты исследования. При ретроспективном исследовании нами полученные данные позволили высказать о статистически достоверном влиянии следующих факторов на развитие троакарных грыж: возраст пациентов свыше 50 лет, индекс массы тела выше 30, дисплазия соединительной ткани, нагноение операционной раны, размер и расположение троакара, сахарный диабет в анамнезе, а также ушивание апоневроза. При лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) выбор места троакарной раны для извлечения желчного пузыря является прерогативой оперирующего хирурга с учётом потенциально возможных осложнений. При извлечении желчного пузыря через эпигастральный доступ, троакарные грыжи развивались только в 5 (4,3%) случаях. В остальных 82 (95,7%) случаях троакарные грыжи наблюдались в умбиликальной ране.

Выводы. Таким образом, оптимальными способами профилактики послеоперационных троакарных грыж можно считать снижение массы тела на этапах подготовки к оперативному лечению, нормализацию сопутствующих заболеваний, а со стороны ран передней брюшной стенки - тщательное сопоставление слоев апоневроза и ушивание всех ран передней брюшной стенки. Вопрос об извлечении желчного пузыря через эпигастральную или умбиликальную рану до сих пор остается предметом дальнейшего исследования.

Курбанов С.Н., Додарбеков Х.А., Ризоев И.М.

РЕЗУЛЬТАТЫ УСПЕШНОЙ ПРОВЕДЁННОЙ ОПЕРАЦИИ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ БОЛЬНЫХ С ГЕМОРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Рахимов Н.О.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения пациентов с геморрагическим инсультом.

Материалы и методы исследования. Были проанализированы данные диагностики и лечения 10 пациентов с заболеваниями церебральных сосудов, находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении №2 ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» в период 2025 текущего года. Возраст больных колебался от 30 до 75 лет. Пациентов женского пола было 4 (40%) человека, мужского пола - 6 (66%) человек. Среди наблюдаемых пациентов отмечалось преобладание лиц трудоспособного возраста - 75,2% человек. Среди 10 наблюдаемых больных операции были произведены 4 (40%) из них, у остальных 6 (66%) больных их родственники отказались от проведения хирургического вмешательства, им в последующем проводилось лишь консервативное лечение. На момент госпитализации во всех случаях больным выполнялось МРТ и КТ - исследование головного мозга, а в случае сомнения в отношении наличия разрыва аневризмы, либо АВМ, проводилась КТ- ангиография. Консервативное лечение проводилось по стандартной методике с коррекцией функций жизненно важных органов и стабилизации уровня артериального давления, профилактика вазоспазма, ишемии и отёка мозга. При осмотре больного оценивалась тяжесть состояния по шкале кома Глазго, методы нейровизуализации оценивались по Fisher и сопутствующая соматическая патология. На КТ-граммах определялась локализация и объём ВМГ, наличие перифокального отёка, ВЖК, степень выраженности дислокации мозговых структур.

Результаты исследования. Основными причинами развития внутричерепных гематом являются: гипертоническая болезнь - в 8 (80%) случае, артериальные аневризмы - в 1 (10%) случае, лекарственная коагулопатия - в 1 (10%) случае. Таким образом, нетравматические внутричерепные гематомы с формированием ВМГ были обнаружены у 10 больных, при этом латеральный (или путаменальный) - у 6 (60%) больных, медианный (или таламический) тип гематомы был диагностирован у 2 (20%) больных, субкортикальные (или лобарные) гематомы были выявлены у 2 (20%) больных. Степень тяжести оперированных пациентов оценивалась по шкале кома Глазго 10 баллов и выше. Хирургические вмешательства были выполнены у 4 больных. В острейшем периоде (в течение первых двух суток 48 часов) хирургические вмешательства проводились у 4 (40%) больных с размерами ВМГ 55-110 см³. В остальных случаях проводились открытые операции - декомпрессивная трепанация черепа (ДТЧ). Из оперированных больных летальность наблюдалась в 1 (6,2%) случае. Следует отметить исходное их состояние, которое расценивалось по ШКГ 8б и ниже. В остальных случаях отмечались удовлетворительные результаты.

Выводы. Согласно мировой литературе и опыту ведущих крупных сосудистых центров, хирургическое лечение предпочитают пациенты, степень тяжести которых соответствует 8 баллам и по шкале кома Глазго, которое даёт лучшую выживаемость и функциональные исходы. Хирургическое лечение геморрагического инсульта у пациентов в коме бесперспективно. При наличии стабильного состояния неврологического статуса больного и без нарушения жизненно важных функций предпочтение отдавалось отсроченным операциям.

Курбанова Г. Н., Салимов Ф.М.
ВЕНОЗНАЯ ГЕАНГИОМА СВОДА ЧЕРЕПА (ПЕРИКРАНИАЛЬНЫЙ СИНУС)

Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. Таджикистан
Научный руководитель - д.м.н. профессор Султонов Д.Д

Цель исследования. Венозная гемангиома свода черепа «перикраниальный синус» (sinus pericranii) — одна из разновидностей сосудистой мальформации венозного происхождения, характеризующееся наличием аномального венозного дренажа из интракраниальных синусов в экстракраниальную систему вен через диплоэ - эмиссарии черепа.

Как правило, мальформация располагается по сагиттальной линии на проекции верхнего продольного синуса. Крайне редко встречается латеральная локализация данной мальформации – sinus pericranii.

Материал и методы. Данным видом мальформации мы наблюдали и были оперированы 8 больных в возрасте от 4 до 10 лет. Больные первоначально обследовались дуплексным сканированием. С целью дифференциальной диагностики и выявления сообщений гемангиомы с интракраниальными венозными коллекторами проводилась МРТ венография, МРТ ангиография с контрастированием сонных артерий.

Результаты исследования. Существуют два вида гемангиом. Форма и тип мальформации зависела от характера дренирующих вен в экстракраниальной части головы. При классической форме гемангиомы дренирующие, отводящие вены имели магистральный тип и отводили кровь из гемангиомы в разные направления посредством крупных вен. При рассыпном типе отводящих вен гемангиома имела опухолеподобную форму из-за недостаточного дренирования гемангиомы (2 случая). В 5 случаях мальформация располагалась по сагиттальной линии, а в 3-х – латеральную локализацию. При дуплексном сканировании выявляли отводящие вены диаметром до 4 - 5 мм, направляющиеся в сторону лба, виска и затылка. Наиболее информативной для диагностики являлась МРТ венография, при которой можно получить изолированное заполнение контраста венозного синуса, включая и дренирующие вены, которые бывают магистрального и рассыпного типа.

Тактика лечения зависела от типа гемангиом, так: при опухолеподобных формах предоперационное тромбирование гемангиомы оказалось успешной, это позволяло уменьшить кровотечение и упрощало иссечение гемангиомы. При другой форме, где скорость кровотока высокая и не удается склерозировать крупные венозные сосуды из-за больших диаметров отводящих вен. Вторым этапом производилась оперативное лечение. Кожный разрез дугообразный. Отсепарировался кожно-подкожный лоскут, далее наружный и внутренний листки апоневроза. Под ними обнажалась гемангиома в виде венозных сплетений, состоящих из венозных сосудов разного калибра. После перевязки отводящих вен при классической форме гемангиомы эти вены спадались и не требовалось их мобилизация и удаления. Гемангиома вместе с надкостницей иссекается. После удаления гемангиомы на кости обнаруживаются костные каналы – «эмиссары», которых обычно закрывать не удается. Для этого использовали воск и остановили кровотечение. Рану ушивали послойно с оставлением перчаточного дренажа.

Выводы. Таким образом, «перикраниальный синус», особая, редко встречающаяся форма венозной гемангиомы располагается на своде черепа, чаще по сагиттальной линии. Имеет разные типы и формы. Для диагностики наряду с дуплексным сканированием информативными являются МРТ флебография и МРТ ангиография с контрастированием. Радикальным методом лечения является хирургическое иссечение гемангиомы, которым достигается полное излечение больного от этого недуга.

Курбанова Р.С., Сулейманова Ф.А., Зиёзода М.Р.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОЧКОВОЙ КОРРЕКЦИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОПЕРИРОВАННОЙ ТРАКЦИОННОЙ ОТСЛОЙКОЙ СЕТЧАТКИ

Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Клиника «Асан». Таджикистан.

Научный руководитель - старший преподаватель Халимова З.С.

Цель исследования. Оценить эффективность очковой коррекции в послеоперационном реабилитационном периоде у пациентов с оперированной тракционной отслойкой сетчатки и сопутствующим сахарным диабетом.

Материалы и методы. Объектом исследования стали 30 пациентов (60 глаз) в возрасте от 19 до 76 лет, прооперированные по поводу двусторонней тракционной отслойки сетчатки, находящихся под наблюдением и лечением офтальмологов клиники «Асан». В группу отбора не были допущены пациенты с нарушениями рефракции. Всем пациентам была проведена двусторонняя витрэктомия с эндолазеркоагуляцией сетчатки и тампонадой витреальной полости силиконовым маслом вязкостью 1300 (для временного замещения стекловидного тела). Силиконовое масло - группа гидрофобных полимерных и мономерных соединений, состоящих из кремний-кислородных связей. Все пациенты прошли стандартное офтальмологическое обследование до и после хирургического вмешательства, включающее в себя: визометрию с коррекцией, тонометрию, рефрактометрию, биомикроскопию, А и В сканирование, оптическую когерентную томографию сетчатки и зрительного нерва.

Через 2 недели после витрэктомии всем пациентам подобрана очковая коррекция по переносимости. Всеми пациентами заполнен опросник с целью оценки эффективности и улучшения качества жизни, через месяц после хирургического вмешательства и очковой коррекции.

Результаты исследования. По полученным данным исходная острота зрения у пациентов до операции варьировалась от цветоощущения правильной проекции до 0,01, очковая коррекция не давала значимого улучшения. После витрэктомии с эндолазеркоагуляцией сетчатки и тампонадой витреальной полости силиконовым маслом ост-

рота зрения составила в среднем $0,06 \pm 0,01$. После подбора очковой коррекции, средние данные визометрии составили $0,2 \pm 0,05$.

Всеми пациентами после ношения очковой коррекции, в опроснике отмечено значительное улучшение качества жизни, например свободное перемещение без необходимости задействования сопровождающего лица, повышение социализации, снижение уровня депрессивных состояний.

У двух пациентов (3 глаза), через 4 месяца после хирургического вмешательства, отмечено ухудшение остроты зрения, из-за рецидива отслойки сетчатки, вследствие высокого нестабилизированного уровня глюкозы крови (не принимали инсулин, назначенный эндокринологом).

Выводы. По итогу проведенного нами исследования можно сделать вывод о достаточно высокой эффективности очковой коррекции у исследованной группы пациентов. Офтальмологам необходимо ввести метод очковой коррекции в реабилитационный комплекс после витрэктомии с эндолазеркоагуляцией сетчатки и тампонадой витреальной полости силиконовым маслом у пациентов с двусторонней тракционной отслойкой сетчатки и сопутствующим сахарным диабетом, с целью улучшения остроты зрения и качества жизни данной группы.

Курбоналиев Дж.Ш., Шоев С.Н., Хабибов Ф.Д.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМ

Кафедра нейрохирургии и вертебрологии ГОУ ИПО в СЗ РТ. Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н. Ашуров Р.Г.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического и послеоперационного лечения гипертензивных внутримозговых гематом (ГВМГ).

Материал и методы. В нейрохирургическое отделение ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» за периодом с 2023 по 2024 годы было госпитализировано 64 пациента с гипертензивным внутримозговым гематом, различными локализациями: мужчин было 49 (76,6%), женщин -15 (23,4%). Возраст больных варьировался от 30 до 75 лет, средний возраст ± 45 .

Диагностические мероприятия и показания к операции определялись в соответствии с положением рекомендованного протокола лечения больных с гипертензивными внутримозговыми гематомами. Всем больным проведена КТ исследования до и после операции для сравнения хирургического результата.

Из всех поступивших было оперировано 16 больных: энцефалотомия и открытое удаление гематомы через Сильвиеву щель и островок -12 (75%); гематома с прорывом в боковые желудочки головного мозга, которых удалили пунктированием и дренированием бокового желудочка-4 (25%).

Учитывая уровень сознания до комы 2, по ШКГ 6-8 баллов, тяжелый соматический статус, смещение срединных структур головного мозга больше 1,5см, возраст больных больше 65 лет и объем гематомы меньше 15мл не были оперированы.

Результаты исследования. Из 64 (75%) больных с гипертензивными внутримозговыми гематомами различной локализации были оперированы 16 (25%). Во всех случаях гематомы локализовались супратенториально: субкортикальная гематома-6 (37,5%), путаменальная гематома-2 (12,5%), таламическая гематома-4 (25%), у 4 (25%) гематома сочеталась с внутри желудочковыми кровоизлияниями. У 16 оперированных объем внутримозговой гематомы не превышал 30-40 мл., у 16 пациентов – 30-60 мл., у 48 не оперированных больных - более 60 мл. По степени смещения срединных структур мозга латеральная дислокация до 5 мм наблюдалась у 16 пациентов (25%), более 5 мм – у 48 (75%).

Из всех поступивших в ясном сознании (14-15 б по ШКГ) находились 14 больных, в оглушенном - (11-12 б) 10, в сопорозном состоянии (8-10 б) 18 пациента и 2 коматозных больных.

После 16 малоинвазивных операций при объеме гематомы 30-60 мл хорошие восстановления наблюдалось у 5 (31,25%) больных, умеренная инвалидизация 2 (12,5%), грубая инвалидизация 7 (43,75%), умерли 2 (12,5%).

Выводы. Выбор тактики консервативного и хирургического лечения при гипертензивных внутримозговых гематомах зависит от возраста больного, уровня сознания, соматического статуса больного, наличие других хронических заболеваний и дислокационного синдрома.

При гипертензивных внутримозговых гематомах вследствие патологии средние мозговые артерии и его структур доступ через Сильвиеву щель является малотравматичным, доступным и результативным методом лечения.

Разработаны и внедрены в практику алгоритм, дифференцированный тактики хирургического лечения оперативного вмешательства ГВМГ, которые способствуют улучшению результатов лечения больных с ГВМГ.

Уход за пациентом при гипертензивных внутримозговых гематомах позволит наиболее эффективно и максимально быстро восстановить утраченные функции, включая все тактики терапии.

Курбоналиев А.С.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Кафедра хирургических болезней №1 имени академика К.М. Курбонов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Рузбойзода К.Р.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с механической желтухой (МЖ) средней и тяжелой степени тяжести за счет эффективного применения мининвазивных декомпрессивных вмешательств.

Материал и методы. Располагаем опытом диагностики и миниинвазивного декомпрессивного лечения 78 больных с МЖ средней и тяжелой степени тяжести за последние 4 лет. Женщин было – 57 (%), мужчин – 21 (%). Возраст пациенток составил от 18 до 94 лет. Согласно классификации Э.И. Гальперина и соавт. средняя (класс В) – 5 – 13 баллов имело место у 46 (59,0%) больных и тяжелый (класс С) – ≥ 13 баллов – в 32 (41%) наблюдениях. Причиной МЖ средней и тяжелой степени тяжести в 61 (78,2%) наблюдениях было холедохохолитиаз, рубцовые сужения желчных протоков (n=7), большой сосочка двенадцатиперстной кишки (n=5) и сформированных билиодигестивных анастомозов (n=3), а также ятрогенные повреждение желчных протоков имело место в 2 (2,6%) случаях.

Результаты исследования. Для коррекции МЖ в 69 (88,5%) случаях выполняли эхоконтролируемые чрескожные декомпрессивные вмешательства под УЗ-контролем. При этом чрескожно-чреспеченочная гепатикостомия левого печеночного протока под УЗ-контролем в 63 (80,8%) случаях, чрескожная холецистостомия под УЗ-контролем в 6 (7,7%) наблюдениях. Для разрешения МЖ с дистальной обструкции в 3 (3,8%) наблюдениях выполняли ЭПСТ, в 8 (10,6%) – ЭПСТ с литоэкстракцией.

После выполнения миниинвазивных декомпрессивных вмешательств послеоперационные осложнения отмечали в 14 (17,9%) с 5 (6,4%) летальными исходами.

Выводы. Таким образом, применение миниинвазивных чрескожных эхоконтролируемых или эндоскопических чреспапиллярных вмешательств в качестве первого этапа в значительной степени улучшает результаты радикальных оперативных вмешательств, выполняемых в отсроченном и плановом порядке.

Курбонов Дж. Дж., Холов И.Ш., Исоев И.

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии им. профессора Каримова М.К.

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

ЛДЦ «Вароруд» МЗ и СЗН РТ. Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н. Курбанов Д.М.

Цель исследования. Определить роль холецистэктомии из мини-доступа у больных с желчнокаменной болезнью с высокой степенью операционного риска.

Материал и методы. В работе использованы результаты лечения ЖКБ у 214 больных (основная группа) методом мини-доступа за период 2010-2024 гг. Группа сравнения составила 96 пациентов, которым выполнена холецистэктомия традиционным доступом. Среди больных основной группы было 118 женщин и 96 мужчин. Возраст - от 50 до 80 лет. В группу сравнения вошли 96 пациентов: 64 женщины (66,6%) и 32 мужчины (33,3%) в возрасте от 51 до 84 лет. По поводу острого холецистита в основной группе было оперировано 68 пациентов (31,7%), хронического - 146 (68,2%), с механической желтухой - 12 (5,6%). Следует отметить, что 62 больных (29%) страдали двумя и более сопутствующими заболеваниями. 66 пациентов (68,7%) группы сравнения имели сопутствующие заболевания со стороны сердечнососудистой, дыхательной и других систем организма. 48 лиц (22,4%) основной группы соответствовали 3-4 стадии анестезиологического риска, в контрольной группе - 42 (43,7%) пациента.

Результаты исследования. Отсутствие широкого разреза тканей передней брюшной стенки при выполнении МХЭ предопределило качественно иное, более лёгкое по сравнению с традиционными операциями, течение послеоперационного периода. Средняя длина разреза у больных основной группы, перенесших МХЭ, составило 4,5 см. Предпочтение отдавали ретроградной холецистэктомии - 206 случая (96,2%). Интраоперационная холангиография потребовалась в 32 (15%) случаях. Холедохохолитиаз выполнен 10 пациентам (4,6%). Двум больным после этого был наложен холедоходуоденоанастомоз по Юраше. Послеоперационный период у большинства больных протекал благоприятно. Длительность пребывания в стационаре составила 6-7 суток. Качество жизни прооперированных пациентов соответствовало из социального статуса.

Выводы. 1. МХЭ эффективным методом лечения желчнокаменной болезни и по радикальности не уступает ТХЭ. 2. Операция из мини-доступа является методом выбора у больных старшей возрастной группы с тяжёлой сопутствующей патологией, для которых выполнение обширных оперативных вмешательств представляет высокую степень риска.

Курбонов Дж. Дж., Джураева Н.Х., Исоев И.

ОСТРЫЙ ДЕСТРУКТИВНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии им. профессора Каримова М.К.

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н. Курбанов Д.М.

Цель исследования. Изучить эффективность миниинвазивных оперативных вмешательств у больных старческого и пожилого возраста и улучшить результаты хирургического лечения.

Материал и методы. Проблема лечения острого холецистита у больных старческого возраста, несмотря на достигнутые за последние десятилетия успехи, по-прежнему сохраняет актуальность. По мнению многих авторов, этапный вариант, хирургического лечения деструктивного холецистита с пункционной санацией желчного пузыря, микрохолецистостомией и эндоскопической папиллосфинктеротомией является перспективным, поскольку мало травматичные декомпрессионные вмешательства выполняются без общей анестезии и позволяют отсрочить радикальную операцию. В ЛДЦ ТГМУ для клинического исследования послужили 110 больных старческого возраста (75-86 лет), находившиеся на лечение в период 2009-2024 гг., с диагнозом - деструктивный холецистит. Для определения возрас-

тных групп особенностей клинического течения острого деструктивного холецистита было использована контрольная группа - 69 (62,7%) больных в возрасте 51-74 лет без специального подбора, которые были госпитализированы в то же время.

Результаты исследования. В экстренном и срочном порядке (ранее 72 часов) оперированы 52 (42,27%) больных, позднее 72 часа - 58 больных. В общей сложности декомперсионные вмешательства, как этап хирургического лечения деструктивного холецистита применены у 32 (29,9%) больных старческого и пожилого возраста, были выписаны из стационара без удаления желчного пузыря с рекомендацией операций в плановом порядке. 78 (70,9%) больных были подвергнуты холециститэктомии из мини доступа с применением аппарата Прудкова.

Выводы. У больных старческого возраста деструкция желчного пузыря в 20% случаев через сутки от начала заболевания. Применение миниинвазивной технологии в лечение деструктивного холецистита у больных старческого возраста является оптимальным вариантом.

Курбанов М.М., Мавлонов Ч.

СТРУКТУРА ТРАВМАТИЗМА У ПОСТРАДАВШИХ В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н. профессор Курбанов С.Х.

Цель исследования. Изучить структуру травматизма при дорожно-транспортной травме у больных с сочетанными травмами.

Материалы и методы. Проанализировали результаты диагностики и лечения 300 больных с политравмой, находящихся на стационарном лечении в отделениях травматологии и нейрохирургии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в периоды 2022-2024 гг. У всех больных были диагностированы переломы длинных костей, а также различной степени тяжести черепно-мозговые травмы. Статистическая обработка данных нашего исследования проведена с использованием программы статистического Microsoft Excel.

Результаты исследования. При проведении ситуационного анализа политравмы при поступлении выявлено, что состояние пациентов и степень травматического шока во многом зависит от механизма полученной травмы, силы и объёма агрессивного фактора, что требует своевременности и качества оказания первичной и специализированной помощи. Следует отметить, что по механизму получения травмы - ДТП встречается у 70% пациентов с политравмой. Повреждения опорно-двигательного аппарата при политравме колеблются от 10,1% до 49,8%.

Наши исследования показали, что в основном из всех пострадавших мужчин составило - 74,0% (210), женщин оказалось - 26,0% (90). В среднем возрасте исследуемых пациентов составило $38,2 \pm 12,4$. Травму в основном получают лица в молодом и среднем возрасте. Получение политравмы этой категории населения в основном связано с активной трудовой деятельностью разных профессий. Получение травмы в трудоспособном возрасте у мужчин в основном было связано с их каждодневной профессиональной деятельностью.

Анализ по месту жительства статистически выявил, что травму в основном получили жители города. Анализ по социальному статусу показал, что травму в основном получили работники по найму.

Выводы. По механизму получения политравмы доминирует дорожно-транспортное происшествие. Увеличение количества мужчин связано с их активностью, а превалирование городских жителей связано с интенсивностью движения транспорта в городских условиях.

Курбанов Ф.Ш., Шоев С.Н., Ниёзматов Н.И.

СКОЛИОТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЗВОНОЧНИКА: ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ КОНСТРУКЦИИ

Кафедра нейрохирургии и сочетанные травмы ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Чобулов С.А.

Цель исследования. Систематизация и анализ клинического опыта хирургической коррекции сколиотической деформации позвоночника с применением транспедикулярных фиксирующих систем.

Материал и методы. В ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» с 2022 -2025гг наблюдали 11 пациента со сколиозом. Девочек было 6 (54,55%), мальчиков 4 (45,45%). Средний возраст составило 12,9 л. В 4 случаях сколиоз протекал с развитием выраженного болевого синдрома и деформацией осанки. Все пациенты на этапе планирования операции по мимо рутинных исследований обязательно проходили компьютерно-томографическое исследование с трёхмерной реконструкцией позвонка для выявления степени сколиотической деформации. В 36,4 % (4) случаях по дополнительно проведено МРТ всего длинника спинного мозга для выявления возможной компрессии спинного мозга. Роль Р-гр позвонка также была значима, как интраоперационно с использованием электронно-оптического преобразователя (ЭОП), так и на дооперационном этапе для выявления градуса деформации оси позвонка. Хирургическая коррекция сколиотической деформации была проведена у 7 пациентов. Одной пациентке было проведено консервативное лечение с частичным регрессом болевого синдрома.

Результаты исследования. Хорошие функциональные и анатомические исходы были получены у 9 (82%). Рентгенологические признаки остаточного явления без прогрессирования неврологической симптоматики у 1 (9%) больной. У одного пациента проведено консервативное лечение с возвратом неврологически нарастающего болевого синдрома (9%). Среди анализируемых пациентов высокая роль коррекции сколиотической деформации позвоночника по мимо ее аналгетической эффективности, отдается реабилитационно-восстановительному потенциалу у этих больных. В нашем исследовании показатели коррекции составили более 80%, что сопряжено с улучшением качества жизни у этих больных

Выводы. Адекватная реконструкция/коррекция позвоночника с созданием допустимой физиологической кривизны является значимой при сколиотической болезни позвоночника, которая не только повышает реабилитационный потенциал, но и способствует социальной адаптации.

Курбонов Х., Достиев У. А., Муллоев И.Дж.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н. Исмоилзода С. С.

Цель исследования. Определение эффективности методов диагностики, лечения и профилактики хирургических гастроэнтерологических заболеваний на основе анализа клинических данных пациентов.

Материал и методы. Проведен анализ клинических данных пациентов с хирургическими гастроэнтерологическими заболеваниями за период 2023–2024 гг. Выборка включала данные более 200 пациентов с различными степенями тяжести заболеваний. Основные параметры: демографические характеристики, методы диагностики (клинические, инструментальные, лабораторные), частота осложнений до и после операций. Использовались статистические методы, включая регрессионный анализ и критерий χ^2 для выявления факторов риска и эффективности лечения. Уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. Анализ показал, что своевременное использование современных инструментальных методов диагностики (КТ, эндоскопия) увеличило точность диагностики до 95%. Применение минимально инвазивных хирургических техник позволило снизить частоту осложнений на 30% ($p < 0,01$). Средняя длительность пребывания пациентов в стационаре сократилась с 12 до 8 дней ($p < 0,05$). Оценка долгосрочных результатов показала снижение рецидивов на 25% за первый год наблюдения.

Выводы. Интеграция современных методов диагностики и минимально инвазивных хирургических подходов значительно повышает эффективность лечения и снижает частоту осложнений у пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями. Данный подход рекомендован для широкого внедрения в клиническую практику.

Курбонов Х., Достиев У. А., Муллоев И.Дж.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н. Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценка эффективности современных диагностических методов и разработка профилактических подходов для снижения осложнений у пациентов с хирургическими гастроэнтерологическими заболеваниями.

Материал и методы. Проанализированы данные 100 пациентов с 2024 по 2025 гг. Средний возраст пациентов составил $46,8 \pm 7,1$ года. Мужчины составили 58% (104 человека), женщины – 42% (76 человек). У всех пациентов проводилась комплексная диагностика, включающая:

- Инструментальные методы: эндоскопия, ультразвуковое исследование, КТ.
- Лабораторные исследования: биохимический и общий анализ крови.
- Выявление факторов риска (ожирение, гипертония, хронические заболевания). Для обработки данных использовались однофакторный и многофакторный статистический анализ, критерий χ^2 ($p < 0,05$).

Результаты исследования. Применение современных инструментальных методов увеличило точность диагностики с 82% до 96% ($p < 0,01$). У пациентов с ранним выявлением патологий частота послеоперационных осложнений снизилась на 35%. Анализ выявил основные факторы риска осложнений: ожирение (34% случаев), хронические заболевания (27%), позднее обращение за медицинской помощью (39%). Введение профилактических программ, включая контроль массы тела и своевременную диагностику, позволило уменьшить рецидивы на 28%.

Выводы. Оптимизация методов диагностики и внедрение профилактических программ являются ключевыми шагами в снижении осложнений и улучшении исходов лечения пациентов с хирургическими гастроэнтерологическими заболеваниями. Комплексный подход должен быть рекомендован для использования в клинической практике.

Курбонов Х., Достиев У. А., Муллоев И.Дж.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н. Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценка эффективности малоинвазивных методов хирургического лечения по сравнению с традиционными подходами у пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями.

Материал и методы. В исследование включены 100 пациентов, в 2022–2024 гг. Средний возраст пациентов составил $48,2 \pm 8,3$ года. Мужчины составили 55% (94 человека), женщины – 45% (76 человек). Пациенты распределены на две группы:

- **Группа 1** (100 человек): малоинвазивные операции (лапароскопия, эндоскопическая хирургия).
- **Группа 2** (70 человек): традиционные хирургические вмешательства.

Проводилась оценка продолжительности операций, частоты осложнений, длительности госпитализации и отдаленных результатов лечения. Для анализа использовались методы однофакторного анализа (ANOVA) и тест χ^2 при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. Средняя продолжительность операции в группе малоинвазивных вмешательств составила 65 ± 12 минут, что на 40% меньше, чем в группе традиционных вмешательств (108 ± 15 минут, $p < 0,01$).

- Частота осложнений после операций в первой группе составила 12%, что значительно ниже, чем во второй группе (28%, $p < 0,01$).
- Средняя длительность госпитализации снизилась с $10,4 \pm 2,3$ до $6,7 \pm 1,8$ дней.
- Отдаленные результаты через год показали снижение рецидивов на 30% у пациентов первой группы.

Выводы. Малоинвазивные хирургические методы значительно превосходят традиционные подходы по снижению частоты осложнений, сокращению длительности госпитализации и улучшению отдаленных результатов. Эти методы рекомендованы для внедрения в клиническую практику в качестве стандартов лечения хирургических гастроэнтерологических заболеваний.

Каландаров У., Махмудов М.М.
БЕМОРИИ ФРОНТИТ ДАР БАЙНИ АХОЛИИ н.ДАНГАРА
Кафедраи фанҳои ҷарроҳии №2, МДТ ДДТХ. Тоҷикистон
Роҳбари илмӣ - Махмудзода И.Ҳ.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши паҳншавии бемории фронтит дар байни аҳоли дар шароити Беморхонаи ҷумҳуриявии клиникии ноҳияи Данғара.

Мавод ва усулҳо. Барои гузаронидани тадқиқоти мазкур дафтари қайди беморони ҳуҷраи духтури оториноларингологӣ дармонгоҳи Беморхонаи ҷумҳуриявии клиникии ноҳияи Данғара аз моҳи январӣ соли 2024 то моҳи январӣ соли 2025 мавриди омӯзиш қарор гирифт.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Тибқи маълумотҳои дастрасшуда дар ин муддат ба духтур-оториноларинголог ҳамагӣ 1218 нафар беморон бо ташхисҳои гуногун муроҷиат намудаанд. Аз шумораи умумии беморони муроҷиатнамуда, 217 нафар бо ташхиси бемории фронтит ба қайд гирифта шудааст. Синну соли беморон аз 1 то 69 соларо дар бар мегирифт. Аз шумораи умумии беморони гирифтори фронтит 114 нафарро (52,5%) мардон ва 103 нафарро (47,5%) занон ташкил медоданд. Беморони дорои ташхиси фронтити шадид ба 123 нафар (56,6%) ва фронтити музмин ба 94 нафар (43,4%) баробар буданд. Бо мақсади гузоштани ташхиси дақиқ 167 нафар (76,9) беморон аз ташхиси рентгенӣ, 23 нафар (10,5%) аз ташхиси томографи компютерӣ ва 27 нафар (12,6%) аз муонаи риноскопӣ гузаронида шуданд.

Ҳулоса. Ҳамин тариқ, натиҷаҳои тадқиқот нишон дод, ки бемории фронтит нисбат ба дигар бемориҳои гуш, гулӯ ва бинӣ дар шароити Беморхонаи ҷумҳуриявии клиникии ноҳияи Данғара 17,8% -ро (217 нафар) ташкил медиҳад. Ҳамаи беморон мавриди табобати консервативӣ қарор гирифтаанд. Мавриди табобат препаратҳои зиддиинфeksiонӣ, маводҳои камхункунанда (галазолин ва нафтазин), гармдиҳии ҷузъӣ, антигистаминҳо ва аналгетикҳо таъин карда шуданд.

Мавлонов Ҷ.Б., Ҷуразода М.А., Ризоев И.М.
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ СТЕНОЗА ГРУДНОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА (SPSL)

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Рахимов Н.О.

Цель исследования. Улучшить хирургическое лечение комбинированных стеноза позвоночника с сохранением острого отростка с устранением болевого синдрома в груднопоясничном отделе позвоночника с минимально инвазивным доступом и числом осложнением.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование, в котором были изучены 23 истории болезни больных. Мужчин было 9 (39,1%), женщин - 14 (60,8%). Возраст наблюдаемых пациентов варьировал от 30 до 75 лет, которые поступили с диагнозом: дегенеративный комбинированный стеноз груднопоясничного отдела позвоночника на базе кафедры нейрохирургии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» с 2024 по 2025 годы. Критерии показаний для операции пациентов послужили увеличение продолжительности боли при ходьбе, нейрогенная хромота и нарушение функции тазовых органов, хроническая боль и радикулопатия. Для изучения клинко-функционального состояния пациентов и его динамики был сформирован комплекс методов, включающих общий и неврологический осмотры, стандартную и функциональную рентгенографию, КТ, МРТ.

Результаты исследования. Всем больным провели операции резекции остистых отростков, ламинэктомии (SPSL) и декомпрессии спинного мозга и корешков с последующим сохранением остистых отростков. Все больные поступили с жалобами на боль в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией в обе ноги, нейрогенную перемежающую хромоту, нижний парапарез, частичное нарушение функции тазовых органов. Произведены операции 23 больным. Положительные результаты отмечались у всех пациентов. В первые дни после операции боль и слабость прошли, и пациенты были активизированы в первые сутки. Пациенты были выписаны с полным устранением болевого синдрома и без неврологического дефицита. Оценка качества жизни и боли при выписке оценили по общей известной шкале, визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ), которая оценила 1-3 балла - лёгкая боль в постоперационном месте (лёгкие нарушения).

Выводы. Декомпрессивные операции являются единственным шансом избавиться от боли и восстановить активный образ жизни.

Ключевым параметром для оценки адекватности выполненной декомпрессии при центральном является площадь поперечного сечения дурального мешка, а при латеральном стенозе - показатели латерального углубления.

Декомпрессия нервных структур является конечной целью всех операций при стенозах позвоночного канала, независимо от уровня позвоночного столба.

Мазхабов Дж. М².; Муродова М.Н¹.; Муродзода А.И².

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА ГУБА

Кафедра онкология, лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
ГУ «Республиканский онкологический научный центр»

Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Научный руководитель - н.и.т. Ниёзов И.К

Цель исследования. Изучение клиники, особенностей морфологического строения, распространённости и методов лечения рака губы.

Материал и методы. Материалом исследования послужили данные историй болезней и амбулаторных карт 85 больных, получивших лечение в условиях ГУ РОНЦ МЗСЗНРТ за период 2016 по 2024гг.

Результаты исследования. Предметом анализа послужили 85 больных с раком губ: мужчин было -55 (65%), женщин - 30 (35%). Возрастная структура была представлена: до 35 лет - 3 (4%) пациента, от 36 до 55 лет – 10 (12%) пациента и старше 55 лет - 42(49%) пациентов. Большинство больных были сельскими жителями - 40 (47%), а 15 (18%) пациентов были жителями сельской местности.

По локализации опухоли было отмечено у 46 (54%) больных была поражена нижняя губа, у 8 (9,0%) - верхняя губа, у 1 (1%) - угол рта, что соответствует данным литературы. В зависимости от стадии заболевания больные со злокачественными опухолями губы распределились следующим образом: I стадия - 6 (7%), II стадия - 30 (35%), III стадия - 17 (26%) и 2 пациента (2%) поступили с IV стадией заболевания. Во всех случаях диагноз был верифицирован цито-гистологическим методом. Так, у 30 больных (35%) имело место плоскоклеточная ороговевающая карцинома, у 20 (24,0%) – не ороговевающая карцинома и в 5 (6%) случаях выявлена базальноклеточная карцинома. В зависимости от лечения пациенты со злокачественными опухолями губ были распределены следующим образом: 1. Хирургическое вмешательство произведено 10 (12,0%) больным; комбинированное – 20 (24%) комплексное – в 3 (3%) случаях, и 22 (26%) пациента получили лучевую терапию. Послеоперационные осложнения были наблюдались у 10 (12%) больных (6 - нагноения, 4 –частичный некроз лоскута).

Выводы. Сравнительно высоким остается уровень заболеваемости раком губы в Республике Таджикистан. Несмотря на визуальную локализацию, случаи поздней диагностики не уменьшаются, и она составила по нашим данным (34%). Основным методом лечения на ранних стадиях (I-II) послужила хирургический, а комбинированный и комплексный метод были применены в (III-IV) стадиях соответственно.

Максудова О.С.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОК С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

Кафедра онкологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан
ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ. Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ходжиева М.М.

Цель исследования. Изучить клинические характеристики и выживаемость больных со злокачественными опухолями яичников.

Материал и методы. Объектом исследования стали 238 пациенток с морфологически подтвержденным диагнозом злокачественной опухоли яичника, которые получали специализированное лечение в ГУ «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социального развития Республики Таджикистан в период с 2014 по 2022 годы. Информация о статусе выживаемости и дате последнего контакта была собрана посредством телефонного общения с пациентами или их родственниками, проводимого обученным персоналом. Рассчитывались общая скорректированная выживаемость и выживаемость по методу Каплан-Мейера, с последующим сравнением кривых по F-критерию Кокса в зависимости от наличия факторов риска прогрессирования заболевания.

Результаты исследования. Средний возраст пациенток составил 47 лет (диапазон 27-75 лет). Среднее количество беременностей составило 3 (диапазон 0-10). Эпителиальная опухоль была наиболее распространенной гистологической формой в когорте (n=175, 73,5%), за ней следовали герминогенные опухоли (n=20, 8,4%) и стромальные опухоли полового канатика (n=7, 2,9%). Пограничные опухоли встречались реже всего (n=6, 2,5%), информация по гистологии отсутствовала в 30 случаях (12,6%). У большинства пациенток наблюдались поздние симптомы, и лишь немногие были выявлены случайно. Наиболее распространенными симптомами были вздутие живота и боль в животе. Дополнительные симптомы включали потерю веса, пальпируемое образование в брюшной полости и предоперационный асцит. Повышенный уровень ракового антигена СА 125 был обнаружен примерно у половины случаев. Почти две трети пациенток были отнесены к стадии II (n=65, 27,3%) или III (n=99, 41,6%) по классификации FIGO; только 14,7% (n=35) находились на стадии I и 16,4% (n=39) – на стадии IV. 64,2% больных были отнесены к группе высокого риска прогрессирования заболевания, 25,8% – к группе промежуточного риска и 10,0% – к группе низкого риска. Анализ кумулятивной выживаемости по методу Каплан-Мейера показал, что 25% больных умерли через 6,4 месяца после установления диагноза, а 50% – через 16,6 месяца. Выживаемость 75% пациенток составила 44,2 месяца. Лишь 25% больных смогли дожить до 60 месяцев. Показатели кумулятивной выживаемости среди многожиз-

ших женщин были хуже по сравнению с малорожавшими; однако разница оказалась статистически незначимой ($p>0,05$). Через 20 месяцев умерли 40% малорожавших и 50% многоорожавших пациенток. В группе малорожавших женщин выжили 41% на срок более 60 месяцев, тогда как среди многоорожавших этот показатель составил лишь 12%.

Выводы. Пациентки со злокачественными опухолями яичников демонстрируют различные клинические характеристики и выживаемость в зависимости от стадии заболевания и гистологического типа опухоли. Степень многоорожавости может оказывать влияние на выживаемость, однако статистически значимые различия не были выявлены. Данное исследование подчеркивает важность ранней диагностики и индивидуализированного подхода к лечению пациенток с злокачественными опухолями яичников. Несмотря на наличие факторов риска и клинические особенности, результаты показывают необходимость дальнейших исследований для оптимизации методов лечения и повышения выживаемости больных.

**Мамаджанова М.О., Одилов О.Д., Шарипов Б.
РИНОСИНУСОГЕННАЯ ФЛЕГМОНА ОРБИТЫ**

Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»,
Научный руководитель - старший преподаватель Каримов М.Б.

Цель исследования. Анализ офтальмологических осложнений риногенного характера на примере клинического случая.

Материалы и методы. Пациент М., 15 лет, поступил в тяжёлом состоянии в отделение детской хирургии ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» с жалобами на головную боль, лихорадку, отёк и покраснение левой половины лица, резкое ухудшение зрения. Со слов отца, заболевание началось три дня назад с головной боли и субфебрильной температуры, за сутки до госпитализации состояние ухудшилось, появились выраженная боль, отёчность век и ограничение подвижности глазного яблока. В районной больнице выявлены признаки офтальмологического и риногенного воспаления, после чего пациент направлен в НМИЦ РТ. При поступлении его осмотрели специалисты разных профилей, проведено офтальмологическое обследование, В-сканирование, офтальмоскопия, ортопантомография, КТ и МРТ головного мозга и околоносовых пазух, а также клиничко-лабораторные исследования, подтвердившие обширный воспалительный процесс.

Результаты исследования. На основании полученных данных был установлен диагноз: острый гнойный гайморо-фронтально-этноидит слева, осложнённый эпидуральной эмпиемой лобно-теменной доли головного мозга, флегмоной орбиты, сепсисом, септикопиемией. С учётом тяжести состояния пациента принято решение о проведении экстренного хирургического вмешательства, выполненного мультидисциплинарной бригадой специалистов. Оперативное лечение включало дренирование эпидуральной эмпиемы с трепанацией черепа, гайморо-фронтально-этноидотомию и орбитотомию с дренированием гнойного очага в полости орбиты. После хирургического вмешательства пациенту проведена интенсивная антибактериальная, противовоспалительная, дезинтоксикационная и симптоматическая терапия. В раннем послеоперационном периоде отмечена положительная динамика: исчезновение признаков интоксикации, снижение температуры тела, уменьшение экзофтальма, нормализация подвижности глазного яблока, уменьшение хемоза, восстановление зрачковой реакции на свет, регресс отёка диска зрительного нерва и сетчатки, а также улучшение зрительных функций. Однако на 14-е сутки после отмены антибиотиков зафиксирован рецидив гнойного процесса в околоносовых пазухах, сопровождающийся повторным развитием экзофтальма, хемоза и появлением гнойной язвы роговицы. Проведённое контрольное компьютерно-томографическое исследование выявило повторное гнойное заполнение околоносовых пазух слева, в связи с чем пациенту была выполнена повторная гайморо-этноидотомия, а также орбитотомия и ксенопокрытием роговицы. Дальнейшее лечение включало продолжение антибактериальной терапии препаратами широкого спектра действия, противовоспалительную и дезинтоксикационную терапию, а также местное лечение глазных и риногенных осложнений. На 30-е сутки пациент выписан в удовлетворительном состоянии с рекомендациями по дальнейшему амбулаторному наблюдению и продолжению антибактериальной терапии.

Выводы. Таким образом, флегмона орбиты является одним из наиболее частых и опасных осложнений гнойных синуситов, характеризуется стремительным развитием и высокой вероятностью внутричерепных осложнений, таких как эпидуральная эмпиема, менингит и сепсис. Своевременная диагностика, включающая комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование, а также мультидисциплинарный подход к лечению с экстренным хирургическим вмешательством и адекватной антибактериальной терапией, являются основными факторами, определяющими исход заболевания и предотвращающими развитие жизнеугрожающих осложнений.

**Мамаджонов И.А., Холов Д.Д., Абдурасулов Р.Н.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА ФОНЕ ОЖОГОВ**

Кафедра общей хирургии № 2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Зокиров Р.А.

Цель исследования. Изучить частоту, клинические особенности и факторы риска развития гнойных осложнений у пациентов с сахарным диабетом на фоне ожогов, а также оценить эффективность современных методов антибактериальной терапии.

Материал и методы. Проведен анализ 150 пациентов с ожогами II-III степени, из них 75 пациентов с сопутствующим сахарным диабетом (основная группа) и 75 пациентов без СД (контрольная группа). Оценивались:

- Площадь и глубина ожогов.

- Частота и характер гнойных осложнений (флегмоны, абсцессы, сепсис).
- Уровень глюкозы в крови, прокальцитонина, С-реактивного белка (CRP) и лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ).
- Вид и антибиотикорезистентность возбудителей.
- Длительность госпитализации и заживления ран.

Результаты исследования. Частота гнойных осложнений в основной группе составила 65%, в контрольной группе – 30%. Наиболее частыми осложнениями у пациентов с СД были флегмоны (45%) и сепсис (20%), тогда как в контрольной группе преобладали поверхностные инфекции (25%). У пациентов с СД чаще выделялись полирезистентные штаммы *Klebsiella pneumoniae* (35%) и *Pseudomonas aeruginosa* (30%), тогда как в контрольной группе преобладали чувствительные штаммы *Staphylococcus aureus* (40%). Средний уровень CRP в основной группе составил 22.1 ± 4.8 мг/л, что значительно выше, чем в контрольной группе (10.5 ± 3.2 мг/л, $p < 0.001$). Уровень прокальцитонина у пациентов с сепсисом в основной группе достигал 3.8 ± 1.1 нг/мл. Средняя длительность госпитализации у больных с СД составила 32 ± 6 дней, что на 35% дольше, чем в контрольной группе (24 ± 4 дня). Применение комбинированной антибактериальной терапии (карбапенемы + ванкомицин) в сочетании с коррекцией уровня глюкозы позволило снизить частоту летальных исходов на 15%.

Выводы.

1. Сахарный диабет значительно увеличивает риск развития гнойных осложнений у пациентов с ожогами, что связано с нарушением иммунного ответа и частым выделением полирезистентной микрофлоры.
2. Повышенные уровни CRP и прокальцитонина являются важными маркерами для ранней диагностики инфекционных осложнений.
3. Для успешного лечения необходимо проводить комплексный подход, включающий контроль уровня глюкозы, своевременную диагностику инфекций, адекватную антибактериальную терапию с учетом антибиотикорезистентности и интенсивную инфузионную поддержку.
4. Разработка специализированных протоколов лечения для пациентов с СД и ожогами может способствовать снижению частоты осложнений и улучшению исходов лечения.

Мамаджонов И.А., Нозимов А., Абдурасулов Р.Н.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОЖГОВЫХ РАН У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кафедра общей хирургии № 2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Зокиров Р.А.

Цель исследования. Оценить эффективность современных методов лечения ожоговых ран у пациентов с сахарным диабетом и разработать оптимальную тактику ведения данной категории больных.

Современные методы лечения:

1. Очищение раневой поверхности

о Применение современных антисептических растворов (октенидин, повидон-йод, хлоргексидин, сульфацил-натрий)

о Лечение ферментными препаратами для удаления некротических тканей (коллагеназа, трипсин, химотрипсин)

о Хирургическая некрэктомия при глубоком некрозе

2. Местная терапия

о Использование гидрогелевых и гидроколлоидных повязок для поддержания влажной среды (HydroTas, Aquacel, Granuflex)

о Применение мазей с антисептиками и стимуляторами регенерации (Аргосульфан, Левомеколь, Солкосерил, Метилурацил)

о Биопокртия на основе коллагена и гиалуроновой кислоты

3. Системная терапия

о Инфузионная терапия с целью коррекции водно-электролитного баланса

о Антибиотикотерапия с учетом микробиологического исследования раневого отделяемого

о Применение антиоксидантов и иммуномодуляторов (α -липоевая кислота, витамины С и Е)

4. Гипербарическая оксигенация (ГБО)

о Ускоряет регенерацию тканей и снижает риск инфекционных осложнений

5. Применение факторов роста и стволовых клеток

о Использование аутологичной плазмы, богатой тромбоцитами (PRP)

о Введение факторов роста (VEGF, эпидермальный фактор роста)

6. Физиотерапевтические методы

о Лазеротерапия (низкоинтенсивное лазерное излучение для стимуляции заживления)

о Магнитотерапия и УФО для активации местного кровообращения

Заключение. Современные методы лечения ожоговых ран у больных с сахарным диабетом направлены на ускорение заживления, профилактику гнойно-септических осложнений и улучшение микроциркуляции. Комплексный подход, включающий современные перевязочные материалы, антибактериальную терапию, использование факторов роста и методы физической стимуляции регенерации, позволяет значительно повысить эффективность терапии и снизить риск ампутаций.

Мамадиев З.А.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ТИТАНОЭЛАСТИЧНОГО СТАБИЛЬНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА У ДЕТЕЙ ДО 14 ЛЕТ

ГУ «Республиканский клинический центр травматологии и ортопедии». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н. профессор Юнусов И.А.

Цель исследования. Цель данного исследования заключалась в анализе нашего первого опыта применения интрамедуллярного стабильного эластичного остеосинтеза в условиях ГУ «Республиканский клинический центр травматологии и ортопедии». Проведён ретроспективный анализ результатов лечения диафизарных переломов бедра с использованием интрамедуллярного стабильного титаноэластичного остеосинтеза у 22 детей с интраоперационным контролем с помощью ЭОП. Во всех случаях перелом был закрытым, на уровне диафиза. Ни в одном случае не отмечалось острых сосудистых и неврологических нарушений.

Материал и методы. Мы проанализировали ретроспективно результаты лечения диафизарных переломов бедра у детей с использованием интрамедуллярного стабильного эластичного остеосинтеза в течение 2023-2024 года. Все 18 случаев (мальчики - 11 случаев, девочки - 7 случаев) являются последовательными. Критерием включения в исследование явилось применение интрамедуллярного стабильного эластичного остеосинтеза при лечении диафизарных переломов у детей. Во время оперативного вмешательства соблюдались принципы стабильного эластичного остеосинтеза, применялись методики и технические приёмы, описанные авторами метода. Диаметр эластичного стержня соответствовал 40% диаметра костномозгового канала, дугообразные изгибы стержней идентичны, но противоположно направлены и располагаются на уровне перелома. Использовался адаптированный хирургический инструментарий, интраоперационный контроль с помощью ЭОП. Для переломов в средней и верхней трети была применена методика ретроградного биполярного эластичного стабильного остеосинтеза, для переломов в нижней трети методика антеградного монополярного интрамедуллярного остеосинтеза.

Результаты исследования. Длительность оперативного вмешательства варьировала от 30 до 105 минут, составляя в среднем 54 минуты. Ни одному пациенту не потребовалось ни открытой репозиции фрагментов, ни применения временного дистракционного внешнего устройства. У двух пациентов при проведении спиц через зону перелома произошло формирование дополнительного осколка, но данное обстоятельство не повлияло на способ остеосинтеза и последующее течение послеоперационного периода.

Дети были вертикализированы с костылями на 2-7 сутки после операции. Начало ходьбы с частичной опорой на оперированную конечность (не более 50%) приходилось на третью неделю, полная нагрузка была разрешена в период от 3 до 8 недель после операции в зависимости от динамики формирования костной мозоли и характера линии перелома. Дети смогли начать посещать школу в течение первого месяца после операции во всех случаях.

Выводы. Основываясь на опыте лечения 22 пациентов в возрасте от 5 до 14 лет с диафизарными переломами бедренной кости, мы можем утверждать, что метод интрамедуллярного эластичного стабильного остеосинтеза является эффективным, сравнительно технически простым методом оперативного лечения, который позволяет активизировать ребёнка в минимально короткие сроки после оперативного вмешательства, не требует внешней иммобилизации, уменьшает сроки стационарного лечения, даёт низкий процент осложнений.

Мамадиев З.А.

ЛЕЧЕНИЕ ТИПИЧНОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЁННОЙ КОСОЛАПОСТИ С МАЛОИНВАЗИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ НА РАННИХ ЭТАПАХ

Кафедра травматологии и ортопедии и ВПХ, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

ГУ «Республиканский клинический центр травматологии и ортопедии». Таджикистан

Научный руководитель - д.м.н. профессор Юнусов И.А.

Цель исследования. Анализ лечения типичной формой врождённой косолапости у детей без хирургических вмешательств на ранних этапах, за исключением одного вмешательства для удлинения ахиллова сухожилия.

Материалы и методы. В настоящее время мы располагаем опытом лечения 46 детей в возрасте от 7 дней до 3 месяцев с типичной формой врождённой косолапости (56 стоп). Для исправления деформации одной стопы, в среднем, каждому ребёнку потребовалось 5-6 гипсований в течение 65 дней. Важно отметить, в первые дни жизни ребёнка, обычно до двух недель, стопа подвергается серии гипсовых повязок, которые направлены на постепенную растяжку стопы и восстановление правильного положения. Гипсование завершали чрескожной поперечной полной ахиллотомией. В дальнейшем детям назначались брейсы для удержания стопы в достигнутой коррекции.

Результаты исследования. Результаты лечения изучены у 46 детей (56 стоп) в возрасте от 7 дней до 3 месяцев и оценены по четырёхбалльной системе. Они признаны отличными в 36 случаях (78,25%), хорошими - в 8 (17,4%). Неудовлетворительные результаты наблюдались - у 2 (4,36%) детей. У двух из наблюдавшихся возникла необходимость хирургического вмешательства на медиальной стороне стопы для удлинения сухожилий с удлинением ахиллово сухожилия. Лечение по методу Понцети включает несколько ключевых этапов, которые необходимо соблюдать для достижения оптимального результата. Первый этап лечения начинается с гипсования. В первые дни жизни ребёнка, обычно до двух недель, стопа должна подвергаться серии гипсовых повязок, которые направлены на постепенную растяжку стопы и восстановление правильного положения. Процесс гипсования состоит из следующих шагов. Врач вручную растягивает стопу, выравнивая её положение, начиная с наружного вращения и затем постепенно выпрямления. Гипсовые повязки накладываются на каждую стопу поочерёдно, начиная с мягкой растяжки и заканчивая более выраженными положениями, чтобы исправить все компоненты деформации. После применения гипсовых повязок и достижения определённой коррекции в положении стопы может быть рекомендовано небольшое

хирургическое вмешательство для рассечения ахиллова сухожилия.

После хирургического удлинения ахиллова сухожилия и дальнейшей коррекции стопы, ребёнок снова получает гипсовые повязки. Эти повязки необходимы для стабилизации стопы в новом положении и поддержания достигнутого результата. Обычно гипсовые повязки носят в течение 2-3 недель. Кроме того, после снятия гипса, ребёнок начинает носить брейсы для удержания стопы в достигнутой коррекции. После завершения основного курса лечения важным этапом является долгосрочное наблюдение. Родители должны регулярно посещать врача для мониторинга состояния стопы и предотвращения возможных рецидивов. Ребёнок также может продолжать носить ортопедические ботинки или стельки после снятия брейсов.

Выводы. Метод Понцети представляет собой эффективный и малоинвазивный способ лечения врождённой косолапости, который позволяет достичь отличных результатов при своевременном и грамотном применении. Это лечение требует внимательного подхода и соблюдения всех этапов, начиная с гипсования и заканчивая применением брейсов и ортопедической обуви с постоянным контролем за состоянием стопы.

Мамадиев З.А., Искандаров Б.М.

ТОТАЛЬНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ЭНДОПРОТЕЗОМ «MINDRAY»

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н. профессор Юнусов И.А.

Цель исследования. Изучить особенности имплантации эндопротеза тазобедренного сустава «Mindray» и оценить отдалённые результаты операции.

Материалы и методы. В условиях ГУ «Республиканский клинический центр травматологии и ортопедии», эндопротезы тазобедренного сустава «Миндрей» бесцементной фиксации используются с апреля 2023 года. За это время выполнено 27 операций по имплантации конструкции Mindray, средний возраст пациентов составил 52 лет (от 34 до 76 лет). Среди больных было 16 мужчин и 11 женщин. Первичное эндопротезирование выполнено при различной патологии тазобедренного сустава. Большинство больных оперировано по поводу асептического некроза головки бедра коксартроза (7 пациентов), асептического некроза головки бедра (12 больных), последствий травмы тазобедренного сустава и переломов шейки бедра (4), ревматоидного артрита (2). Всем больным при поступлении проводили клиническое и рентгенологическое обследование.

Результаты исследования. Все операции по имплантации конструкций эндопротезов «Mindray» выполнены без использования костного цемента. За 2 года выполнено 27 оперативных вмешательств по имплантации конструкции «Mindray». Следует отметить, что наибольшее количество ошибок и осложнений в различных группах оперированных больных не возникло при использовании тотального эндопротезирования конструкции «Mindray» в клиническую практику.

Так, из 27 первично прооперированных больных у 24 (93,3%) пациентов результат оценен как хороший, у одного - удовлетворительный (2,2%) и у 2 (4,4%) - неудовлетворительный. Неудовлетворительные результаты возникли у больных, которым конструкция эндопротеза была имплантирована некорректно. Все они прооперированы, использована бесцементная конструкция «Mindray» с хорошими отдалёнными результатами. Среди осложнений во время операции и в послеоперационном периоде наблюдали расшатывание конструкции (один случай). Поверхностное нагноение мягких тканей через 10 месяцев после операции отмечено у 2 больных. Произведённая ревизия места нагноения с удалением некротизированных тканей привела к купированию воспалительного процесса. Тромбофлебит поверхностных вен развился у 3 больных. Перфорация дна вертлужной впадины при травме тазобедренного сустава не отразилась на результатах операции, что является ещё одним преимуществом эндопротеза конструкции «Mindray», в котором протез вертлужной впадины фиксируется к костям таза с помощью резьбы.

Выводы. Таким образом, наш опыт оперативного лечения заболеваний и последствий травм тазобедренного сустава с использованием конструкции «Mindray» показал, что данный эндопротез удобен при имплантации, обладает высокими медико-техническими качествами и отвечает требованиям «цена-качество». В дальнейшем, по мере накопления опыта, можно будет судить о «выживаемости» эндопротеза.

Мамадуллаев Б.Н., Пардаев Ш.Ш.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ГЛУБОКОГО ОБУЧЕНИЯ

Ташкентский педиатрический медицинский институт. Узбекистан.

Научный руководитель – к.м.н., Вихров И.П.

Цель исследования. Разработка модели глубокого обучения для прогнозирования риска развития рака молочной железы на основе биопсийных изображений.

Материал и методы. Для обучения модели использовались цифровые биопсийные изображения с доброкачественными и злокачественными клетками. Основные этапы работы: Сбор данных: использовались медицинские датасеты с биопсийными изображениями. Обработка данных: Нормализация, увеличение данных и улучшение контрастности. Обучение модели: Применение сверхточной нейронной сети (CNN) для анализа изображений. Прогнозирование: Выделение ключевых признаков опухолевых клеток и оценка вероятности развития заболевания. Оценка точности: Анализ чувствительности, специфичности и общей точности модели.

Результаты исследования. Разработанная модель достигла точности 93% при прогнозировании риска развития рака молочной железы. Она успешно анализирует биопсийные изображения и выявляет ранние признаки заболевания, что делает ее полезным инструментом для клинического применения.

Выводы. Анализ медицинских данных позволил выявить, что ключевым показателем состояния здоровья пациентов является уровень удельного веса мочи. У пациентов с высоким удельным весом мочи наблюдается повышенный риск развития различных заболеваний. Также была обнаружена связь уровня удельного веса мочи с гемоглобином и гипертонией, что подтверждает необходимость мониторинга данных параметров для поддержания здоровья. Особое внимание следует уделить гипертонии, которая обладает высокой корреляцией с заболеваниями почек, однако уровень альбумина также играет важную роль в прогнозировании здоровья почек пациентов.

Маматова Ш., Уракова У. Э.

ЛЕЧЕБНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра оториноларингологии, детской оториноларингологии.
Ташкентский педиатрический медицинский институт. Узбекистан.
Научный руководитель - Маматова Ш.Р.

Цель исследования. Оценить эффективность (Тонзилотрен) при наблюдении детей с хроническим тонзиллитом.

Материал и методы. Исследования проводилось на базе клиники Таш ПМИ у 55 больных детей школьного возраста, с диагнозом хронический тонзиллит. При лечении использовался гомеопатическое лекарственное средство «Тонзилотрен».

Результаты исследования. В результате исследования у больных детей наблюдалось, положительная динамика уже на 3-й день: уменьшение неприятного запаха изо рта и боли в горле. В этой группе быстрее улучшалось состояние небных дужек и миндалин, а также снижались явления лимфаденита. Мониторинг состояния пациентов на протяжении 6 месяцев показал, что рецидивы хронического тонзиллита возникали в 2,9 раза реже. Исследование подтвердило положительное влияние гомеопатического лекарственного терапии на воспалительные симптомы: улучшение общего самочувствия 14%, снижение болевого синдрома 9% и изменения структуры миндалин по данным ультразвука 13%.

Выводы. За время наблюдения нежелательные явления, обусловленные приемом Тонзилотрена, нами не выявлены. Препарат хорошо переносился, не вызывал побочные эффекты со стороны органов дыхания при приеме. Применение «Тонзилотрена» важно начинать в 1-2-е сутки с момента начала заболевания. У детей, с диагнозом хронический тонзиллит, применение Тонзилотрена имеет хороший клинический эффект, патогенетически оправдано и не сопровождается нежелательными реакциями. Препарат Тонзилотрен, применяемый в составе комплексной терапии (вместе с антибактериальной терапией и иммуномодуляторами), повышает эффективность лечения у пациентов с впервые установленным диагнозом «хронический тонзиллит, компенсированная форма», сокращая сроки терапии и снижая количество рецидивов в течение 6 месяцев.

Маматова Ш. Р. Исмамова К. А. Кахрамонова И. И.

ЛЕЧЕБНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИ ОСТРОМ РИНОСИНУСИТЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.

Кафедра оториноларингологии, детской оториноларингологии
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкентский международный университет Кимё. Узбекистан.
Научный руководитель - Маматова Ш.Р.

Цель исследования. Изучить особенности течения риносинуситов у детей раннего возраста на фоне ОРВИ.

Материал и методы. Исследования проводилось на базе клиники Таш ПМИ у 75 больных детей раннего возраста, с диагнозом вирусный риносинусит. При лечении использовался противовирусный и иммуномодулирующий препарат «Назоферон».

Результаты исследования. В результате исследования у больных детей наблюдалось, катаральные явления: заложенность носа, слизистое отделяемое из носа, боль в горле, покраснение задней стенки глотки. У части детей наблюдались признаки интоксикации: вялость, ухудшение аппетита, потливость, нарушение сна. Температурная реакция присутствовала у всех детей, включенных в исследование. Клинические признаки конъюнктивита наблюдались у 28% детей основной группы и 34% контрольной. На третий и пятый день после обращения в клинику нами повторно исследовалась динамика клинических показателей. Применение Назоферона улучшало клиническое течение вирусного риносинусита у детей. У детей основной группы уже к третьему дню лечения выделения из носа встречались на 6% реже, чем контрольной, гиперемия задней стенки глотки наблюдалась на 9% реже; аналогичная тенденция имела место и для кашля и конъюнктивита. На пятые сутки наблюдения разница между клиническими показателями носила более выраженный характер у основной группы больных. Выделения из носа оставались только у 12% детей основной группы и 24% детей контрольной группы.

Выводы. За время наблюдения нежелательные явления, обусловленные приемом Назоферона, нами не выявлены. Препарат хорошо переносился, не вызывал дискомфорта со стороны органов дыхания при приеме. Применение Назоферона важно начинать в 1-2-е сутки с момента начала заболевания. У детей, с диагнозом острый риносинусит, применение Назоферона имеет хороший клинический эффект, патогенетически оправдано и не сопровождается нежелательными реакциями.

Мардонзода И., Муродов Ш.Д., Пулодзода Г.
ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВО СЛУХА У ДЕТЕЙ
Кафедра оториноларингологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Махамадиев А.А.

Цель исследования. Оценка и диагностика расстройство слуха у детей с аденоидами.

Материал и методы. На базе НМЦРТ «Шифобахш» нами было обследовано 36 детей (12 девочек и 24 мальчика) от 3-10 лет. Прежде всего, был выяснен анамнез и жалобы со слов родителей. Всем детям были применены следующие методы исследования: передняя риноскопия, отоскопия, субъективные и объективные методы исследования слуха в виде тональной пороговой аудиометрии (ТПА), импедансометрии и отоакустической эмиссии (ОАЭ), а также дополнительные методы исследования-фибrolарингоскопия и рентгенологическое исследование носоглотки.

Результаты исследования. При проведении передней риноскопии наблюдался увеличение объема нижней носовой раковины у 22 (61,1%) детей, частые слизисто гнойные выделения из носа у 11 детей (30,5%). Внешне закрытая гнусавость наблюдалось у 30 детей (83,3%). При отоскопии наблюдалась втянутость барабанной перепонки. При ТПА, которая удалось провести 25 детям (32,9%), выявили снижение слуха по кондуктивному типу I степень у 14 детей (38,9%), II-у 19 детей (52,8%), III- у 3 детей (8,3%). Проведена также объективная методика исследования слуха ОАЭ, при которой результат был REFER, что свидетельствовало о снижении слуха более чем на 25 дБ. При импедансометрии (тимпанометрии) было выявлено смещение пика влево в сторону отрицательной величины давления (тип С). Из дополнительных методик 16 ребёнку (44,4%) было сделано рентгенологическое исследование носоглотки, а оставшимся 20 детям (55,6%) эндоскопия носоглотки. Дополнительные методы исследований отображали картину степени увеличения аденоидов у 7 детей (19,4%) - I степень, II степень- у 19 детей (52,8%), III степень- у 10 детей (27,8%)

Выводы. Аденоидные вегетации, является один из основной причиной расстройство слуха у детей, и требует проведения консервативного или оперативного лечения. Для ранней диагностики расстройство слуха у детей необходимо своевременная диагностика и лечение заболеваний носоглотки.

Маризоева М.М., Нёматзода О.
КЛИНИКО-ГОРМОНАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ДЕТОРОДНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН С КУШИНГОВИДНЫМ СИНДРОМОМ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ и СЗН РТ
ООО Лечебно-диагностический центр «Нишона аср» г. Душанбе
Научный руководитель - д.м.н., профессор Рустамова М.С.

Цель исследования. Изучение состояния репродуктивной функции женщин с синдромом Иценко-Кушинга.

Материал и методы. Работа основана на результатах комплексного обследования, диагностики, лечения и диспансеризации 20 женщин с синдромом Иценко-Кушинга на почве кортикостеромы. Все пациентки обследованы и прооперированы в условиях РНЦССХ в период 2011-2021 годы. Возраст пациенток варьировался от 17 до 36 лет, составив в среднем $29,1 \pm 6,3$ лет. В 12 случаях была отмечена левосторонняя локализация опухоли, у 8 - правосторонняя. Длительность заболевания у обследованной когорты в среднем составляла $9,1 \pm 3,5$ лет.

Для определения тяжести гормональных изменений были исследованы показатели кортизола (утренний и вечерний), АКТГ, ЛГ и ФСГ, тестостерона. Топическая диагностика новообразований надпочечников и женских репродуктивных органов осуществлялась при помощи ультразвукового исследования (УЗИ).

Исследование репродуктивного здоровья женщин были изучены как до операции, так и в разные сроки после проведения оперативного вмешательства и реабилитационной терапии.

Результаты исследования. Все обследованные женщины явились замужними. В анамнезе беременность имелись у всех пациенток, при этом у 17 (85%) женщин она закончилась прерыванием гестации в сроки от 4 до 21 недель. У 2 (10%) женщин имелись двое родов, у 1 (5%) – один род. На фоне прогрессирования заболевания у всех пациенток с СИК сперва разилось гипо- и опсоменорея с последующим переходом в аминорею и развитием вторичного бесплодия.

При гинекологическом осмотре наружных половых органов обследованных женщин у большинства (n=17) пациенток с СИК отмечалась ложная их гипертрофия, обусловленная отеком подкожно-жировой клетчатки.

Влагалищный осмотр женщин показал, что при СИК происходит вторичные изменения слизистой влагалища по типу сухости и атрофии, которая обусловлена подавлением функции женских гормонов.

Лучевые методы исследования позволили во всех случаях определить точную локализацию опухоли надпочечника, состояния контралатерального надпочечника, а также яичников.

Изучение состояния гормонального гомеостаза позволило определить как степень тяжести гормонального дисбаланса, так и эндокринную функцию яичников.

Также при УЗИ матки и её придатков выявлено значимое уменьшение размеров матки и яичников, а также толщины эндометрия (М-Эхо). Выявлено, что гиперкортицизм приводит к не только к уменьшению размеров яичников, но и к утолщению его стенки. Также происходит изменения структуры паренхимы яичников в виде кистозных изменений. Следует отметить, что при запущенных стадиях заболевания изменения носят необратимый процесс и почти половина женщин теряют способность к зачатию.

Выводы. Синдром Иценко-Кушинга приводит к значимому нарушению репродуктивного потенциала женщин с развитием нарушения менструального цикла и вторичной бесплодия, которые напрямую связаны от длительности и характера гиперпродукции гормонов.

Маризоева М.М.¹, Назиров К.И.²

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

¹ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МзисЗН РТ

Кафедра онкологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научные руководители - к.м.н. Неъматзода О., д.м.н. Юлдашев Р.З.

Цель исследования. Обобщение результатов диагностики и хирургического лечения больных с артериальной гипертензией надпочечниковой этиологии.

Материал и методы. Анализированы результаты комплексной диагностики и хирургического лечения 96 пациентов с опухолями надпочечников (55 с феохромоцитомой, 19 – с альдостеромой и 22 с кортикостеромой), находившихся на лечении в РНЦССХ и клинической базы кафедры онкологии. Женщин было 61 (63,5%), мужчин – 35 (36,5%). Возраст пациентов варьировал от 17 до 58 лет составив в среднем $34,2 \pm 7,5$ лет.

У 92 (95,8%) пациентов была отмечена односторонняя локализация (правосторонняя у 39, левосторонняя у 53) опухоли, а у 4 – двустороннее поражение надпочечников. У 7 больных имели место другие сопутствующие патологии, требующие одновременной хирургической коррекции. С целью диагностики патологии всем пациентам проводили УЗИ, СКТ, а также исследование гормонального профиля. Полученные в ходе исследования результаты подвергнуты статистическому анализу. Достоверность различий между группами считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Клинические проявления ОН зависели от её формы и самым главным симптомом являлась артериальная гипертензия неподдающаяся консервативной терапии. При синдроме Конна и синдроме Кушинга у пациентов также наблюдались и ряд другие специфические клинические признаки, которые позволили уточнить диагноз без применения лучевых методов исследования. Во всех случаях отмечалось неоднократное повышение уровня гормонов, вырабатываемых надпочечниками.

Основной целью УЗИ и КТ являлась уточнение локализации и размеров опухолей в надпочечниках, а также наличие и характер сопутствующих заболеваний. Средний размер выявленных опухолей на УЗИ составил $78,5 \pm 6,7$ мм, на КТ – $82,6 \pm 7,4$ мм.

Предоперационная патогенетическая обоснованная терапия проведена всем пациентам с назначением селективных α -адреноблокаторов, ингибиторов стероидогенеза, а также препаратов калия. Такая тактика позволила нормализовать уровень АД и значительно улучшить общее состояние пациентов.

Все пациенты были оперированы в плановом порядке из торако-френо-люмботомного, минилюмботомного доступов, а также лапароскопически. Средний размер удаленных опухолей составил $83,2 \pm 10,1 \times 78,1 \pm 8,2$ мм. Различные осложнения были отмечены у 10 больных и были ликвидированы консервативными мероприятиями. Летальные исходы в госпитальном периоде не имели место. Из 96 обследованных пациентов по клиническим, лабораторным и инструментальным методам топической диагностики, рецидива заболевания в ближайший период не отмечалась.

Выводы. Комплексная диагностика, адекватная предоперационная подготовка и проведение расширенной адреналэктомии позволяют в большинстве случаев добиться хороших результатов. Агрессивность и гормональная активность новообразований надпочечников определяется путем исследования кортизола, метанефрина, норметанефрина, ренина и альдостерона плазмы. Выбор хирургического доступа при операциях на надпочечниках осуществляется на основании размеров опухоли, глубины ее расположения и наличие сопутствующих хирургических заболеваний.

Марупов А.Н., Саидов Н.

АНАЛИЗ АМБУЛАТОРНОГО ТРАВМАТИЗМА

Кафедра травматологии ортопедии и ВПХ, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Каримов К.К.

Цель исследования. Изучение и анализирование результатов лечения пациентов с повреждением длинных сегментов конечностей, а также разработка доктрины профилактики при ДТП.

Материалы и методы. Исследование проведено на изучении историй болезни и результатов лечения отдалённого периода 214 пациентов, получивших лечение в отделении сочетанной травмы и экстренной хирургии на базе национального медицинского центра РТ «Шифобахш», за период 2024-2025 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 кататравма. 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 наkostный остеосинтез пластиной АО - 88 пациентам, закрытая репозиция-фиксация аппаратом Илизарова - 26, остеосинтез системой БИОС - 12. Остальным - 54 (21,6%) пациентам проведено консервативное лечение.

Результаты исследование. 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 пояс-

нительные 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.

Маруфзода Н.М., Юлдошева М.У., Восалиева М.А.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЖЕНЩИН С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент Кодирова С.Г.

Цель работы. Изучить особенности анамнеза и клинических проявлений доброкачественных опухолей яичника.

Материал и методы. Было проведено обследование 87 больных женщин с доброкачественными опухолями яичника. Были созданы 2 группы исследования. Основную группу составили (n=49) женщины с различными доброкачественными опухолями яичников, II – группа сравнения (n=38) с воспалительными процессами яичников. Всем исследуемым женщинам был собран анамнез заболевания, анамнез жизни, данные объективного и бимануального влагалищного исследования. У 37 пациенток в 1 и 2 фазу менструального цикла (МЦ) при поступлении в стационар изучены фракции гормонов крови на ФСГ, ЛГ, пролактин, эстрадиол, прогестерон. Тесты функциональной диагностики (оценка базальной температуры, феномена зрачка, степени натяжения шеечной слизи) определялись на 7–8, 14–15, 21–24-й дни менструального цикла (МЦ). Всем пациенткам I группы и II-й групп было выполнено УЗИ органов гениталий.

Результаты исследования. Средний возраст исследуемых женщин в основной группе составил $25,7 \pm 2,7$ лет, в группе сравнения составил $26,5 \pm 2,4$ лет. По данным УЗИ органов гениталий, у женщин в основной группе фолликулярная киста была обнаружена в 22 (44,8%) случаев, а в группе сравнения в 5,2% случаев, геморрагическая киста у 12 (24,4%) пациенток, в группе сравнения 1 (2,6%) случай, дермоидные кисты были обнаружены у 3 (6,1%) женщин в основной группе. Существенных различий между группами по частоте экстрагенитальной патологии не было. Операции на органах брюшной полости перенесли 13 (27,6%) пациенток из основной группы. Изучение менструальной функции в группах сравнения: менархе в 12–15 лет имело место в 83,8% случаев, позднее менархе в 12,2% случаев. Отклонения от нормального становления цикла отмечены в I группе, позднее менархе было установлено у 18 (38,2%) женщин, менструальный цикл установился позднее 6 месяцев у 12,3% женщин. В основной группе женщины жаловались на болевой синдром в 13 (26,5%) случаев, а в группе сравнения болевой синдром отмечен у 3 (7,8%) женщин. Нарушение менструального цикла отметили 29 (59,1%) женщин в основной группе, в группе сравнения отмечалось у 2 (5,2%) женщин, бесплодие первичное было диагностировано у 8 (16,3%) женщин в основной группе, а в группе сравнения не наблюдалось. Частота медицинских аборт в I-й группе составила – 14,1%, в группе сравнения составляла 3,2% женщин. Результаты концентрации гормонов в крови при поступлении у пациенток обеих групп были значительно выше нормы: в I группе (пролактин - мМЕ/мл $859,8 \pm 16,1$; ФСГ – $10,1 \pm 2,9$ мМЕ/мл, ЛГ (мМЕ/мл) $15,2 \pm 2,8$, эстрадиол (пг/мл) $295,3 \pm 36,9$; во II-й соответственно: $825,1 \pm 17,5$, $4,8 \pm 1,4$, $12,7 \pm 2,6$, $200,4 \pm 30,1$. По тестам функциональной диагностики превалировал ановуляторный менструальный цикл (МЦ).

Выводы. Таким образом, доброкачественные заболевания яичников встречаются чаще у молодых женщин, в анамнезе которых превалируют первородящие, репродуктивные потери, позднее начало менструального цикла, бесплодие, дисгормональные нарушения.

Маршанкулов Р.И., Юлдошев Р.З.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕАНГИОМ ПЕЧЕНИ.

Кафедра госпитальной хирургии, Кыргызско-Российский славянский университет им. Б.Н. Ельцина, г.Бишкек, Кыргызстан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Бебезов Б.Х.

Цель исследования. Оценить результаты диагностики и хирургического лечения больных с гемангиомами печени.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов резекций печени у 31 пациентов, 23 женщин (74,1%) и 8 мужчин (25,8%), соотношение 3:1, возраст варьировал от 25 до 66 лет. Давность заболевания от 2-х недель до 10 лет, это время, когда у них появились признаки болезни, которые заключались в появлении общей слабости, тяжести, дискомфорта и тупой боли в правом подреберье и эпигастральной области. Всем больным были проведены УЗИ (29 пациентов) и КТ (21 пациента) печени и нескольким больным с гигантскими гемангиомами печени была проведена МСКТ (8 пациентов), для выявления сдавления сосудов и желчных протоков печени.

Результаты исследования. В результате выполнения исследования правая доля печени была поражена у 20 больных (64,5%), левая доля была поражена у 8 больных (25,8%) и гигантская гемангиома у 3 больных (9,6%), 3 и более пораженных сегментов выявлено у 12 (38,7%) пациентов, поражение 2 сегментов у 13 (41,9%) пациентов и поражение 1 сегмента у 6 (19,3%) пациентов. Из них 5 (16,1%) больным была произведена правосторонняя гемигепатэктомия (ПГЭ), левосторонняя гемигепатэктомия (ЛГЭ) была произведена 2(6,4%) больным, 20(64,5%) больным была произведена атипичная резекция печени (АР), включая в себя лобэктомия и 2 (6,4%) больным была произведена эксплоративная лапаротомия. Максимальная кровопотеря составила около 1,5 литра, минимальная кровопотеря составила 200 мл, 30 (96,7%) больным на резецированные доли печени наклеены гемостатические губки Тахокомб. 8 (25,8%) больным были произведены симультанные операции. У 24 (77,4%) пациентов результат гистологического

заклучения подтвердил кавернозную гемангиому. У 3(9,6%) пациентов имелись сопутствующие заболевания и капиллярная гемангиома у 1(3,2%) больного.

Выводы. Таким образом резекция печени является эффективным и доступным методом лечения гемангиом печени. УЗИ, КТ и МСКТ печени позволяет в предоперационном периоде определить объём предполагаемой операции.

Матиев Ю.А., Достиев А.М., Собирзода А.Дж.

ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ТУБЕРКУЛЁЗНОМУ ПЕРИТОНИТУ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ЛЁГОЧНУЮ ФОРМУ

Кафедра хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Махмадзода Ф.И.

Цель исследования. Изучить эффективность комплексного подхода в лечении туберкулёзного перитонита у больных, перенесших лёгочную форму.

Материал и методы. В материалы исследования включены результаты инструментальных методов исследования 34 больных с туберкулёзным перитонитом, перенесших лёгочную форму, оперированных на базе клиники хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Возраст больных варьировал от 16 до 49 лет. Мужчин было 15 (44,1%), женщин – 19 (55,9%). С анамнеза все пациенты ранее (за период от 1,5 года до 17 лет) перенесли лёгочные формы туберкулёза. При поступлении больным выполнялся весь спектр клиничко-лабораторных и лучевых методов исследования.

Результаты исследования. Все пациенты госпитализированы в экстренном порядке с клиникой острого живота. Клинически туберкулёзный перитонит нивелировал, перитониты аппендикулярного генеза, прободений язв желудка и 12 перстной кишки, а у женщин – пельвиоперитонит. В 79,4% (n=27) наблюдений, при поступлении имела место картина интоксикации организма, что требовало предоперационной подготовки. В 29 (85,3%) случаях лапароскопическим способом верифицирован перитонит туберкулёзного генеза, что основано на выявлении специфических её признаков. После санации брюшной полости (n=29), лапароскопического адгезиолизиса (n=19), операции завершены взятием биопсии из париетальной брюшины, лимфоузлов брыжейки тонкого кишечника и туберкулиновых бугорков. В 5 (14,7%) наблюдениях по показаниям произвели аспирацию жидкости брюшной полости под УЗ-контролем с тонкоигльной аспирационной биопсией из увеличенных лимфатических узлов или гипертрофических поражений органов брюшной полости (n=2). Послеоперационные осложнения имели место у 3 (8,8%) пациентов, в виде кишечного свища (n=1) и местных гнойно-септических осложнений троакарных ран (n=2). Все пациенты после выписки отправлены в специализированную клинику для дальнейшего наблюдения и получения специфической терапии.

Выводы. Комплексный подход с применением малоинвазивной хирургии у пациентов с туберкулёзным перитонитом, ранее перенесших лёгочную форму, позволяет улучшить непосредственные результаты лечения этой тяжёлой категории больных.

Махмадалиев С.Ш., Кодирзода С.М

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н. Абдулоев М.С.

Цель исследования. Изучить результаты лечения больных преклонного возраста с переломом шейки бедренной кости при тотальном эндопротезировании тазобедренного сустава.

Материалы и методы. В период с 2015 по 2024 гг. в клинике кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино находились на лечении 78 пациентов с переломами шейки бедренной кости. Возраст больных колебался от 60 до 91 года. Всем 78 больным выполнено первичное тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава.

В предоперационном периоде больным проводились всесторонние клинические обследования и предоперационная подготовка. Операции выполнялись под комбинированным спинально-эпидуральным обезболиванием.

В течение первых суток операция выполнена у 24 больных, на 2-3 сутки - у 29, спустя 3-суток - у 25. Операции выполнялись из передненаружного доступа.

В послеоперационном периоде на 2-3 сутки больных активизировали в пределах постели. С 3 суток обучали передвижению с помощью костылей или ходунков. Срок постельного режима 5-7 суток. Срок стационарного лечения составил 10±2 дней.

Результаты исследования. Больные, оперированные в первые сутки после травмы, адаптировались в ходьбе и самообслуживании к 8-10 суткам. У оперированных позже 3 суток адаптация наступала к 14-16 суткам.

Проведён анализ результатов оперативного лечения у 78 пациентов в сроки от 6 мес. до 6 лет. Клиническая оценка результатов лечения проводилась по шкале Харриса для тазобедренного сустава (1969). Хорошие и отличные результаты (более 80 баллов) отмечены у 47 пациентов, удовлетворительные (70-79 баллов) - у 24 и неудовлетворительные результаты - у 7 (менее 70 баллов). Неудовлетворительные результаты развились вследствие возрастного остеопороза и несоблюдения послеоперационного режима - рано начатая нагрузка на оперированную ногу.

Выводы. Эндопротезирование тазобедренного сустава у больных преклонного возраста является высокоэф-

фективным методом, предупреждающим инвалидизацию больных и летальные исходы. Принципиальным моментом в послеоперационном периоде является ранняя активизация больного.

Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава, выполненное в ранние сроки с момента травмы, оптимально в первые сутки, что позволяет быстрее активизировать пострадавших, уменьшить процент летальности и адаптировать больных к самостоятельной и активной жизни на достаточно длительный период.

Махмадализода Ф.М., Тоиров М.Г., Ньматзода О.

МНОГОКОМПОНЕНТНАЯ КОМБИНИРОВАННАЯ ФЛЕБЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии». Таджикистан

Научный руководитель - д.м.н., профессор Султанов Д.Д.

Цель исследования. Определить эффективность многокомпонентных комбинированных методов флебэктомий в лечении тяжелых форм хронической венозной недостаточности (ХВН) нижних конечностей (НК).

Материал и методы. Анализированы непосредственные и отдаленные результаты выполненных резекций задних большеберцовых вен 66 пациентам с декомпенсированными формами ХВН НК. Из возраст варьировал от 35 до 65 лет, составив в среднем $49,2 \pm 7,6$ лет. Большинство оперированных явились лицами активного трудоспособного возраста мужского пола 54 (81,8%) человек, женщин было 12 (18,2%).

Причиной ХВН чаще всего явилось посттромботическая болезнь (ПТБ) с преимущественным поражением подвздошно-бедренно-подколенного сегментов, имевшее у 49 (74,2%) пациентов. В 17 (25,8%) наблюдений этиологическим фактором тяжелой ХВН НК явилась варикозная болезнь (ВБ). Следует отметить, что ПТБ чаще встречалась у лиц мужского пола (87,1%) по сравнению с женщинами (16,7%) ($p < 0,05$), тогда как у женщин (83,3%) по сравнению с мужчинами (12,9%) чаще была диагностирована ВБ ($p < 0,05$). Кроме того, отмечалось различие и длительность существования этих патологий у оперированных пациентов. Так, если средняя продолжительность ПТБ составила $7,2 \pm 1,4$ лет, то ВБ – $16,8 \pm 2,1$ лет ($p < 0,05$), т.е., лица с патологическим расширением подкожных вен в 2,3 раза дольше страдали ХВН из-за чего произошла декомпенсация течения заболевания.

Согласно классификации Е.Г. Яблокова и соавт. (1999) у каждого третьего ($n=23$; 34,9%) пациента наблюдалась II и у остальных 43 (65,1%) больных – III степень ХВН НК. Кроме того, в 43 случая имели место зажившие и в 23 наблюдениях активные венозные трофические язвы, средняя площадь которых равнялась $16,2 \pm 4,8$ см². Разница периметра пораженной и здоровой конечности оставила в среднем $52,5 \pm 8,5$ мм.

У всех пациентов особенности гемодинамики конечности изучали с помощью дуплексного сканирования, и в 11 случаев - по показаниям путем выполнения флебографии.

Результаты исследования. Клинически ХВН при ПТБ протекала более тяжело и её симптомы носили более выраженный характер, а отеки были постоянными. Если при ВБ активные язвы имелись всего лишь у 3 (17,7%) пациентов, то у пациентов с ПТБ они встречались в 40,8% наблюдениях ($p < 0,05$).

При дуплексном сканировании вен голени во всех случаях была констатирована не менее одной расширенной перфорантной вены с активным горизонтальным рефлюксом крови. Кроме того, вертикальный рефлюкс по стволу большой подкожной и по задней большеберцовой вен имелись у большинства пациентов с ВБ, а при ПТБ – наличие последнего варианта указанного рефлюкса у всех пациентов. Гемодинамически ВБ была характерно отсутствие выраженных поражений глубоких вен, тогда как у пациентов с ПТБ различные их варианты имели место во всех случаях.

Подготовка к операции у лиц с активными трофическими язвами имели свои особенности и во всех случаях амбулаторно проводилось их санация, а также ежедневные перевязки до появления чистой грануляционной ткани.

Объем выполненных операций при указанных патологиях имели свои различия, но общими для них явились резекция задне-тибиальной вены с иссечением всех вен, находящихся вокруг и под язвами. Пациентам с ВБ также выполняли комбинированную флебэктомию и перевязка перфорантов по Коккету, а у лиц с ПТБ – многокомпонентная флебэктомия только в области голени, с переключающими операциями ($n=2$), коррекции надлобковых коллатералей ($n=2$), операция Пальма ($n=2$), коррекция клапанов собственной бедренной вены ($n=4$). Резекция ЗББВ выполняли по методике Савельева-Константиновой, а раны дренировались на длительный срок (до 7 суток).

Нагноения послеоперационных ран, а также краевой их некроз развились от 5 до 7 стуки после выполненных вмешательств. Глубоких обширных нагноений раны даже у больных с трофическими язвами не наблюдались. До выписки у всех больных с активными язвами отмечались высыхание язвы и эпителизация. В ближайших сроках у всех больных отмечено заживление язвы. Лишь у одного больного через 2 месяца отмечалось появление трофической раны послеоперационного рубца на фоне выраженного аллергического дерматита, которая зажила после консервативной терапии совместно дерматологом.

Выводы. Многокомпонентная комбинированная флебэктомия является наиболее эффективным методом лечения тяжелых форм хронической венозной недостаточности нижних конечностей позволяя более быстрому и стойкому заживлению открытых трофических язв.

Махмаджонов Б.К., Мираков Б.Т.
ОТДАЛЁННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ АРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
и Государственное учреждение «Научно-исследовательский институт фундаментальной медицины НИИФМ ТГМУ
им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - д.м.н., доцент Юнусов И.А.

Цель исследования. Изучить отдалённый результат лечения артроза коленного сустава.

Материалы и методы. Материалы исследования составили 80 пациентов в возрасте 35-70 лет с артрозами коленного сустава различной стадии.

В зависимости от стадии заболевания и способов лечения все больные с артрозами коленного сустава распределены на 2 группы.

В первой группе 40 больных, которые получали базисное лечение. Назначается нестероидная противовоспалительная терапия, хондропротекторы, комплекс группы витаминов В, ЛФК, гормональная терапия.

Во вторую группу больных входило 40 больных, которые получали плазмолифтинг коленного сустава с применением инъекционной тромбоцитарной аутоплазмы. Инъекции аутоплазмы проводились интра- и периартикулярно по 5,0±0,5 мл в область одного сустава с интервалом 7–10 дней, курс 3–5 процедуры 1–2 раза в год.

Результаты исследования. Критериями оценки результатов проводимой терапии стали показатели: боль, скованность, функциональная активность - значения индекса Womac, которые оценивались до лечения, в ближайшем периоде через 1, 3, 6 месяцев, а также в отдалённом периоде на сроках от одного года до трёх лет после лечения.

Сравнительный анализ результатов эффективности лечения артрозов с применением различных способов терапии показало следующие;

В первой группы больных из 40: у 10 из них - хорошие результаты, у 10 - удовлетворительные результаты и у 20 больных - вышеуказанные критерии почти не устранены.

Во второй группе 40 больных: у 10 из них - хорошие результаты, у 10 - удовлетворительные результаты и у 20 больных - вышеуказанные критерии почти не устранены.

А также отдалённый результат лечения артроза 3-4 стадии артроза показал, что применение инъекционной тромбоцитарной аутоплазмы значительно улучшает качество жизни пациентов с деформирующими артрозами, что подтверждалось как субъективной оценкой самих обследуемых, которые отмечали значительное снижение болевого синдрома, уменьшение скованности сустава.

Выводы. Таким образом, отдалённые результаты применения аутоплазмы, обогащённой тромбоцитами в комплексной терапии артрозов коленного сустава, способствует уменьшению дегенеративных явлений, что сопровождается увеличением объёма движений в суставе, улучшением опорно-двигательной функции нижних конечностей, а также удлинением периода ремиссии заболевания.

Махмадуллозода А.М., Мавлонов Ч.Б., Окилов Х.А.
**СПОНДИЛОДИСЦИТ, КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ПОВТОРНОЙ БОЛИ; ХИРУРГИЧЕСКАЯ
КОРРЕКЦИЯ**

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Чобулов С.А.

Цель исследования. Определение оптимальной тактики хирургического лечения болевого синдрома, ассоциированного с развитием спондилодисцита.

Материал и методы. Материал основан на анализе данных 25 пациентов, которые проходили лечения в условиях нейрохирургического отделения №2 ГУ НМИЦ «Шифобахш» с сентября 2023 г. по декабрь 2024 гг. Мужчин было 10 (40%), женщин 15 (60%), средний возраст □ 47л. У всех пациентов прогрессирование боли было отмечено на фоне развития спондилодисцита. Для изучения клинико-функционального состояния пациентов и его динамики был сформирован комплекс методов включающие; общий и неврологический осмотры, анализ инфекционного статуса раны, стандартная и функциональная Рентгенография позвоночника, а также КТ, МРТ с заданными параметрами. Все пациенты были ранее оперированы по поводу дискогенной патологии поясничного отдела позвоночника. Повторные хирургические вмешательства включали декомпрессивно-стабилизирующие опции (задний или передний межтеловой спондилодез, динамическая фиксация инструментарием OSVEH). Результаты лечения рецидивов изучены в сроки от 3 до 36 мес. Оценивали динамику неврологического статуса, интенсивности болевого синдрома

Результаты исследования. В некоторых случаях причиной развития спондилодисцита в нашей серии больных было ареактивные изменения ранее оперированной зоны. Между тем, при микробиологическом исследовании данных за рост микроорганизмов у основной массы не было обнаружено. В двух случаях (8%) причиной боли был спондилодисцит на фоне *Staphylococcus aureus*. В изолированном виде дегенеративный стеноз являлся причиной рецидива боли (21,6 %). Рецидивы грыжи оперированного диска чаще являлись причиной болевого синдрома в первые два года после операции. Дегенеративный стеноз, как в изолированном виде, так и в сочетании с грыжей оперированного диска, чаще имел место в более поздние сроки. Результаты лечения были лучше у пациентов, которым выполнены декомпрессивно-стабилизирующие операции. Повторные рецидивы болевых синдромов после выполнения декомпрессивных операций возникли в 9,8 % случаев, а после декомпрессивно-стабилизирующих (задний межтеловой спондилодез) – в 1,4 %.

Выводы. Декомпрессивно-стабилизирующие операции с выполнением заднего межтелового спондилодеза являются патогенетически обоснованным и технически адекватным видом хирургического лечения рецидива боли при спондилодисците.

Махсудов М.Т.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЭРБ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В.Вахидова». Узбекистан.

Научный руководитель - д.м.н. Гуламов О.М.

Цель исследования. Оптимизировать диагностическую и комплексную тактику лечения эрозивных и диспластических осложнений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

Материал и методы. Проанализированы результаты исследования 32 больных с осложненными формами ГПОД. Исследованию подверглись пациенты обратившийся в ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова». Возраст пациентов составило от 26 до 71 г. Преобладали пациенты женского пола: женщин – 21 (65,6%), мужчины – 11 (34,4%). У 8 пациентов (25,0%) исследования проводились первично.

Всем пациентам с подозрением на разные изменения слизистой оболочки пищевода проводилось стандартные лабораторные и инструментальные методы исследования, в том числе эндоскопические методы. Всем пациентам проводилось эндоскопическое исследование в обычном режиме с эндоскопом фирмы «FUJINON» FUJIFILM System 2500 Processor (Япония) и в узкоспектральном режиме (режим-NBI) на эндоскопе CV-170 фирмы Olympus (Япония).

При обследовании у большинства больных диагностировано метапластические изменения слизистой оболочки пищевода. У 10 (31,3%) пациентов было подозрение на пищевод Барретта (ПБ). Для определения заболевания применялось Международная Пражская эндоскопическая классификация (2004). Которая определялась максимальная длина «языка пламени» (М) и длина циркулярного изменений (С) слизистой оболочки пищевода проксимально от желудочно-пищеводного перехода.

Результаты исследования. ПБ без дисплазии обнаружили в 3 случаях из 28 исследованных участков. В режиме NBI в 21 наблюдениях (65,6%) выявили ворсинчатую/извилистую структуру слизистой оболочки пищевода и в 11 (35,4%) — плоский тип слизистой оболочки без определенной структуры ямок или складок.

Все больные с ПБ (n=10) с подозрением на новообразования пищевода направлены на дополнительные исследования и лечению. В данной группе больных эндоскопическое лечение проводилось в нескольких курсах. Хирургическое лечение, направленное на устранение рефлюкса желудочного содержимого в пищевод, а также снижение воспалительных изменений являлся первым этапом. После устранения основной причины, далее в более благоприятный период выполнялись вмешательства, непосредственно удаляющие метапластически измененные участки пищевода (в нашем исследовании – резекция слизистой по разработанной нами методике с последующей ИК-диодовой коагуляцией).

Выводы. Результаты эндоскопических и морфологических исследований, доказали, что эндоскопический метод лечения эрозивных изменений слизистой оболочки пищевода с использованием ИК-диодным лазерным облучением в выше указанных дозах хорошо влияет на регенерацию и ускоряет заживление слизистой оболочки пищевода.

Махсумов С.М., Рабиев К.Р., Иброимзода С.Ч.

УРЕТРОПЛАСТИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОЖНО-ФАСЦИАЛЬНОГО ЛОСКУТА ПЕРИНЕУМА ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ СТРИКТУРЫ БУЛЬБОЗНОЙ УРЕТРЫ

Кафедра урологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ризоев Х.Х.

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности применения кожно-фасциального лоскута перинеума при уретропластике с длинной стриктурой бульбозной уретры.

Материалы и методы. В исследование были включены 43 пациента (в возрасте от 21 до 67 лет) с длинными стриктурами бульбозной уретры, которым была проведена уретропластика с использованием кожно-фасциального лоскута перинеума. Все пациенты были госпитализированы в урологическое отделение и прооперированы по одной и той же методике.

Послеоперационный период включал регулярные осмотры пациентов каждые 3 месяца в течение первого года, а затем ежегодно. Основным критерием оценки эффективности вмешательства служила проходимость уретры и отсутствие рецидивов стриктуры. Также осложнения, как образование свища, некроз ткани или рецидив стриктуры были внимательным образом зафиксированы.

Результаты исследования. Из 43 пациентов операция была признана успешной в 38 случаях (88,37%). В трёх случаях наблюдался рецидив стриктуры по типу кольцевидных сужений, который был успешно устранён с помощью визуальной внутренней уретротомии. В одном случае возникло образование свища, которое было оперативно устранено методом иссечения и закрытия.

В целом частота осложнений составила 11,63%, что является сопоставимым результатом с предыдущими исследованиями, где частота осложнений при уретропластике фасциокожным лоскутом полового члена варьировала от 8% до 20%. Все пациенты, у которых возникли осложнения, были успешно пролечены, и в дальнейшем уретропластика показала хорошие результаты.

Выводы. Результаты данного исследования подтверждают, что уретропластика с использованием кожно-

фасциального лоскута перинеума является эффективным и безопасным методом для реконструкции протяжённой стриктуры бульбозной уретры. Данный метод обеспечивает хорошие результаты с приемлемым уровнем осложнений и является оправданным выбором для лечения сложных стриктур бульбозной уретры. Однако необходимо учитывать анатомические и физиологические особенности кожи перинеума, что требует высококвалифицированного подхода и тщательной подготовки к операции.

Махмудов М.М., Каландаров У.
ТОНЗИЛИТ ДАР БАЙНИ КУДАКОН
Кафедраи фанҳои ҷарроҳии №2, МДТ ДДТХ. Тоҷикистон
Роҳбари илмӣ – Бустонов М.О.

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши паҳншавии бемории Тонзилит дар байни кудакондар шароити Беморхонаи ҷумҳуриявии клиникии ноҳияи Данғара.

Мавод ва усулҳо. Барои гузаронидани тадқиқоти мазкур дафтари қайди беморони ҳуҷраи духтури оториноларингологӣ дармонгоҳи Беморхонаи ҷумҳуриявии клиникии ноҳияи Данғара аз моҳи январӣ соли 2024 то моҳи сентябр мавриди омӯзиш қарор гирифт.

Натиҷаҳои тадқиқот. Тибқи маълумотҳои дастрасшуда дар ин муддат ба духтур- оториноларинголог ҳамагӣ 627 нафар беморони синну соли аз 1 то 18 сола бо ташхисҳои гуногун мурочиат намудаанд. Аз шумораи умумии беморони мурочиатнамуда, 283 нафар бо ташхиси бемории тонзилит ба қайд гирифта шудааст. Аз шумораи умумии беморони гирифтори тонзилит 165 нафарро (58,3%) писарон ва 118 нафарро (41,7%) духтарон ташкил медоданд. Бо мақсади гузоштани ташхиси дақиқ 185 нафар (65,3) беморон аз ташхиси рентгенӣ, 27 нафар (9,5%) аз ташхиси томографи компютерӣ ва 71 нафар (25,2%) аз муонаи фарингоскопии гузаронида шуданд. Ҳамаи беморон мавриди табобати консервативӣ ва ҷарроҳӣ қарор гирифтаанд. Табобатро аз поксозии ковокии даҳон, бинӣ ва ҷавфҳои назди бинӣ, ҳалқум оғоз намуда, маводҳои таквиятдиҳанда (витаминоҳо, амалиёти физиотабобатӣ) гузаронида мешавад. Табобати ҷарроҳӣ – тонзилэктомия – буридани пурраи бодомакҳои ком бо ғилофашон мебошад. Табобати ҷарроҳӣ ҳамагӣ дар 45 нафар (7,2%) беморон гузаронида шуд.

Хулоса. Ҳамин тариқ, натиҷаҳои тадқиқот нишон дод, ки бемории тонзилит нисбат ба дигар бемориҳои гуш, гулӯ ва бинӣ дар шароити Беморхонаи ҷумҳуриявии клиникии ноҳияи Данғара 45,1% -ро (283 нафар) ташкил медиҳад.

Рахмонов М.А.
ЧАСТОТА ГНОЙНО-РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АППЕНДЕКТОМИИ
Кафедра хирургических дисциплин № 4 ГОУ ХГМУ. Таджикистан.
Научный руководитель – Холов А.Д.

Цель исследования. Анализировать причины развития гнойно-раневых осложнений у пациентов с аппендицитом.

Материал и методы. В исследование включили 305 пациентов, которые были госпитализированы в отделение хирургии Республиканской клинической больницы района Дангара за период 2022-2023 годов. Лица пожилого трудоспособного возраста составили 95 (31,14%), детского возраста 195 (63,93%). Анамнестические данные и данные дополнительных методов исследования позволили у 40 (13,11%) пациентов диагностировать различные сопутствующие патологии сахарный диабет, заболевания сердечно-сосудистой системы, хронические легочные заболевания, что требовало соответствующего подхода в период подготовки пациентов к лечению и выбора метода пластики грыжевых ворот.

Результаты исследования. 102 (33,44%) пациентам, была проведена операция по традиционной методике, а 203 (66,56%) пациентам по лапароскопической методике. Из 305 (100%) пациентов, которым была проведена операция аппендэктомия только у 5 (1,63%) отличалось осложнение в виде нагноения раны, развившегося на 4-6 сутки послеоперационного периода. При анализе причин раневого осложнения предполагающими факторами их развития явилось широкое иссечение кожи, чрезмерная мобилизация кожно-жирового фартука с пересечением сосудов третьего порядка, раннее удаление дренажей и при отсутствии выше перечисленных факторов, возможно, инфицирование через входные ворота.

Выводы. Таким образом, аппендэктомия лапароскопическим доступом стала приоритетной из-за низкой вероятности послеоперационных осложнений.

Меликзода С.М., Маджидов А.А., Амонов А.И.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КЛЮЧИЦЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - Парпиев Ф.М.

Цель исследования. Изучить результаты оперативного лечения переломов ключицы с применением современных методов остеосинтеза.

Материал и методы. Проведён анализ лечения 28 больных с переломами ключицы и их последствиями, подвергнутые оперативному лечению в травматологическом отделении НМИЦ РТ «Шифобахш». По данным анализа историй болезни лиц мужского пола было 24 (85,7%), женского - 4 (14,3%). Больные были в возрасте от 20 до 45 лет.

На основе рентгенограммы плечевого пояса было установлено: неправильно срастающийся перелом ключицы у 16 (57,1%) больных, вторичное смещение дистального отломка ключицы больше, чем на величину поперечника кости - у 5 (17,8%), несращение с формированием ложного сустава - у 7 (25%), из них в одном случае - с дефектом кости после оперативного вмешательства. Переломы локализовались в 71,4% (20) на уровне средней трети диафиза ключицы, в 28,6% (8) - акромиального конца ключицы. Всем больным до обращения в амбулаторных условиях осуществлялось лечение перелома торакобрахиальной гипсовой повязкой.

Результаты исследования. Больным после комплексного обследования произведено оперативное вмешательство - открытая репозиция с использованием различных методов фиксации отломков в правильном положении. В 13 (46,4%) случаях использован наkostный остеосинтез пластиной АО с винтами, в 3 (10,7%) ревизионный остеосинтез с использованием реконструктивной пластины, крючковидную пластину с угловой стабильностью использовали у 4 (14,3%) больных при латеральных переломах ключицы 3 (10,7%) и повреждениях акромиально-ключичного сочленения. В 5 (17,8%) случаях при неправильно срастающихся, несросшихся переломах и ложных суставах ключицы компрессионно-дистракционным аппаратом стержневого типа, что обеспечивало стабильную фиксацию фрагментов вне зависимости от качества кости.

У всех больных на контрольной рентгенограмме отмечалось удовлетворительное положение отломков и металлоконструкций. При использовании компрессионно-дистракционного аппарата стержневого типа в послеоперационном периоде не было необходимости во внешней иммобилизации, что позволяло больному активно управлять верхней конечностью. Тем самым, с первого дня послеоперационного периода больному было рекомендовано совершать активные движения в плечевом, локтевом и лучезапястном суставах.

Изучение отдалённых результатов спустя 6-8 месяцев, констатированы как «отличный», «хороший», «удовлетворительный» и «неудовлетворительный». «Отличный» результат отмечен - у 19 (67,8%) больных, когда отмечалось анатомическое восстановление ключицы и восстановление функции конечности. «Хороший» - у 6 (21,4%), когда наблюдалось полное сращение области перелома, но с нарушением функции плечевого сустава. «Удовлетворительный» - у 2 (7,2%) больных, из-за не соблюдения данных рекомендаций привело к развитию контрактур верхней конечности. «Неудовлетворительный» результат - у 1 (3,6%) больного был обусловлен осложнением воспалительного характера, которое имело место в послеоперационном периоде, что способствовало вторичному заживлению, замедлению консолидации и нарушению функции конечности в плечевом суставе.

Выводы. В зависимости от характера перелома, переломы ключицы можно и нужно лечить оперативным путём. Операция должна выполняться адекватно, с тщательным подбором имплантов. Такая тенденция способствует улучшению анатомических и функциональных результатов лечения.

Меликов Х.Н., Урунбаева М.Г. Зардиев Д.

СТЕРОИДНАЯ ТЕРАПИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – старший преподаватель Мехмондустов С.Г.

Цель исследования. Оценить эффективность стероидного препарата бетаметазон при лечении аллергического ринита

Материал и методы. На базе ЛОР-клиники ГОУ «ТГМУ» в период 2023-2024г. по обращаемости обследовано 52 больных в возрасте от 16 до 52 лет с АР. Мужчин было 32, женщин - 20. Диагноз круглогодичный АР поставлен 17 больным, а сезонный АР наблюдался у 35 больных. 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 носу, зуд нёба и заложенность ушей, которые отмечают весной и осенью. При риноскопии наблюдались выраженная бледность и набухлость слизистой оболочки полости носа и носовых раковин с двух сторон, обильные водянистые выделения из носа. На рентгенограммах ОНП почти у всех пациентов отмечалось разной интенсивности затемнение гайморовых, этмоидальных и/или лобных пазух.

Больные методом рандомизации были распределены на 2 группы (основная и контрольная по 26 человек соответственно). Исследование включало этапы недельного лечения и последующего наблюдения. Пациентам основной группы вводили однократно внутримышечно 1.0 раствора бетаметазона. Больные контрольной группы в течение недели получали традиционную терапию: лоратадин по 1 таблетке внутрь 1 раз в день, спрей аллергозола в нос 4 раза в день, электрофорез эндоназально раствором димедрола.

Результаты исследования. Первые сутки после введения раствора «Бетаметазон» у всех больных основной группы отмечалось отсутствие таких симптомов, как заложенность и выделения из носа, чихание и зуд в носу и заложенность ушей. При риноскопии наблюдалось исчезновение набухлости слизистой оболочки и носовых раковин полости носа. В то время как в контрольной группе у 17 (65%) пациентов к концу лечения, помимо регрессирования таких симптомов, как выделения из носа, чихания и зуда в носу, все ещё отмечалась назальная обструкция, обусловленная набуханием слизистой оболочки и носовых раковин полости носа. У 9 (35%) больных все симптомы болезни всё ещё сохранялись, и улучшения картины не отмечалось.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало, что применение глюкокортикоидного препарата «Бетаметазон» по сравнению с традиционным лечением, позволяет более эффективно и безопасно за максимально короткие сроки лечения достичь полной ремиссии АР.

Мерабонов С.Ш., Ойматов Б.Х., Хошимов Г.Ю.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ ТАДЖИКИСТАНА

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Раззоков А.А.

Цель исследования. Выявление ключевых факторов риска (ФР) развития менопаузального остеопороза с остеопоротическими переломами (МОСОП) в различных регионах.

Материал и методы. Проанализированы ФР при МОСОП у 600 женщин с установленными МОСОП в возрасте свыше 45 лет. Диагностика МОСОП проводилась с применением, клинико-рентгенологических данных, денситометрии, методики FRAX, по критерию «синильный остеопороз» и «наличие переломов и их последствий» в 6 общепринятых локализациях. Анализ ФР проводился путём анкетирования в трех группах по 200 больных из отдаленного высокогорного региона (г. Хорог – 1 группа), сельской местности (Кабадиянский район - 2 группа) и г. Душанбе (3 группа). Различия между группами по каждому ФР по критерию Стьюдента считались значимыми, если $t < 0,05$.

Результаты исследования. По показателю «возраст» в 1 и 2 группах средний возраст статистически значимо ниже по сравнению с другими группами, что объясняется более высокой их двигательной активностью. В 1 и 3 группах показатель «среднего числа родов» и «среднего числа аборт и выкидышей» был выше, чем в 2 группе. Алиментарный фактор в развитии МОСОП имел более важное значение во 2 группе. Частота значимых для развития МОСОП соматических заболеваний (заболевания желудочно-кишечного тракта, хронический пиелонефрит, зоб, сахарный диабет, ревматические заболевания), статистически значимо не отличались в группах сравнения за исключением некоторого преобладания частоты ревматизма и пиелонефрита в 1 и 3 группах. По критерию «среднее число переломов в каждом возрастном интервале» более высокие показатели установлены в 3 группе. Показатель «вредные привычки» (курение, употребление алкоголя) не имел значения для нашего региона. Обращает на себя внимание высокое значение ($4,8 \pm 1,7$) сочетания ФР для всех групп, хотя они отличались по характеру сочетания ФР.

По результатам проведенного исследования также установлены и другие факторы, косвенно влияющие на течение менопаузального остеопороза. Так, в 1 и 3 группах статистически значимо преобладали образованные женщины по сравнению со 2 группой. Удельный вес больных, владеющих информацией по остеопорозу, в 1 и 3 группах был статистически значимо выше, чем во 2 группе.

Сравнивая полученные данные с литературными, можно прийти к мнению о более важном значении ФР на течение МОСОП в нашем регионе. Обращает на себя внимание отличительная структура ФР в различных регионах, что объясняется климатическими и демографическими их особенностями.

Выводы. Профилактика, диагностика и лечение МОСОП должны проводиться с учётом вышеописанных данных о ФР в различных регионах нашей страны.

Мираков Б.Т., Зарифзода Н.Д., Гафурзода М.М.

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ ПРИ КОКСАРТРОЗЕ И ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРА

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель – старший преподаватель Хасанов Б.Н.

Цель исследования. Улучшение качества жизни больных пожилого и старческого возраста за счет эндопротезирования тазобедренного сустава.

Материал и методы. Настоящая работа основана на анализе результатов оперативного лечения 68 больных, находившихся в ортопедическом отделении ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш», которым проведено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава за период 2016-2022 года. Больных женского пола было 36 (52,9%), мужчин - 32 (47,09%). Возраст больных колебался в пределах 60-90 лет. Коксартроз третьей степени диагностирован у 48 (70,6%) больных, перелом шейки бедренной кости у 20 (29,4%) больных. Больные жаловались на выраженную боль, ограничение движений в тазобедренном суставе и невозможность передвигаться без чужой помощи. Давность заболевания в среднем составила 5-15 лет. Всем больным кроме клинико-лабораторных исследований в обязательном порядке выполнялись рентгеновское исследование и компьютерная томография тазобедренных суставов.

Результаты исследования. Всем (68) больным после соответствующей подготовки под спинной анестезией или эндотрахеальным наркозом было произведено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава.

В качестве имплантов для эндопротезирования тазобедренного сустава использовали эндопротезы фирмы «Zimmer» - 40 (58,8%) больным и однополюстные импланты фирмы «Meril» - 28 (41,2%) больным. В 95,5% случаев операции выполнялись из передненаружного доступа, в 4,5% случаев был задний доступ. С целью предупреждения гнойно-воспалительных и тромбоэмболических осложнений в пред и послеоперационном периодах широко применяли антибактериальную и антикоагулянтную (низкомолекулярный гепарин) терапию. Бесцементная фиксация компонентов эндопротеза применена больным с коксартрозом. Чашки эндопротеза подбирали индивидуально в каждом случае в зависимости от разрушения вертлужной впадины. В 8 (11,76%) случаях больным пожилого возраста выполнено эндопротезирование с цементной фиксацией. Биполярное эндопротезирование произведено в 6 (8,82%) случаях больным старческого возраста с переломом шейки бедренной кости.

В послеоперационном периоде всем пациентам проводился стандартный комплекс лечебно-восстановительных мероприятий. После операции на 2-3 день больные активизировались в пределах палаты, обучались ходьбе с костылями, швы снимались на 11-12 сутки после операции. Послеоперационные осложнения выявлены в 2 (2,94%) случаях. В первом случае в виде ограниченного краевого некроза кожи и во втором - после операции

у больного произошел вывих бедренного компонента эндопротеза, что обусловлено нарушением регенераторной функции тканей. При анализе отдаленных результатов через 12 месяцев у 29 (42,6%) больных отмечено полное купирование болевого синдрома и при ходьбе не использовались дополнительные средства опоры, у 38 (56%) наблюдались незначительные боли на уровне тазобедренного сустава с дополнительными средствами опоры (костыли, трость).

Выводы. Таким образом, эндопротезирование тазобедренного сустава у больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями тазобедренного сустава и переломами шейки бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста является единственной возможностью за сравнительно короткий период устранить болевой синдром, восстановить утраченные функции сустава, этим самым улучшить качество жизни.

Мираков Б.Т., Шукруллоев А.Г., Хайдаров А.Э.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИАФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Мирзоева С.М.

Цель исследования. Изучить эффективность результатов консервативного лечения переломов диафиза бедренной кости у детей.

Материал и методы. Нами были анализированы результаты лечения 104 детей с переломами диафиза бедренной кости в возрасте от 1 года до 14 лет, которые находились в детском травматологическом отделении Республиканского клинического центра «Шифобахш» за 5 лет. Дети были в возрасте до 5 лет 58 пострадавших, от 5 до 7 лет – 18 и 7 до 14 лет – 28. Мальчиков было 71 (69,3%), девочек 33 (31,7%). Выбор метода лечения зависел в основном от возраста пострадавших детей и характера смещения костных отломков бедренной кости. По характеру повреждения преобладали повреждения средней трети бедра. Основным методом лечения детей с переломами бедренной кости является консервативное. Оперативный метод лечения должен применяться по строгим показаниям, и у детей старшего возраста при неэффективности консервативной терапии. Мы считаем, что расширение показаний к оперативному методу лечения у больных с закрытыми диафизарными переломами у детей целесообразно только в отношении больных с интерпозицией мягких тканей между отломками. Одномоментное сопоставление костных отломков с фиксацией гипсовой повязкой осуществлено всего у 16 (15,5%) детей. Для лечения диафизарных переломов бедренной кости учитывая особенности детского возраста и характера смещения костных отломков бедренной кости у 40 (38,4%) до 3 летнего возраста мы широко применяли метод вертикального лейкопластырного вытяжения по Шеде. Скелетное вытяжение выполнено у 38 (38,5%) детей старше 3 лет по вертикальной плоскости. На стандартной шине получили лечение 10 (9,6%) пострадавших. При поступлении больных накладывали систему постоянного скелетного вытяжения за надмышечковую область бедренной кости. В течение 1-2 суток производили сопоставление отломков путем постепенного увеличения груза на тяге за бедренную кость, которую подвешивали вертикально, используя любую рам, применяемых для вертикального вытяжения. Это объясняется тем, что при скелетном вытяжении тяга происходит непосредственно за скелет, при этом отмечается полное устранение смещения отломков костей по длине на 1/2 диаметра кости или почти полное устранение смещения по ширине. Продолжительность вытяжения независимо от возраста больных равнялась 21 дню. С помощью вертикального вытяжения удавалось сопоставить и удержать отломки в правильных анатомических взаимоотношениях пострадавших.

Результаты исследования. Анализ материала показал, что с помощью вертикального вытяжения чаще всего удавалось сопоставить и удержать отломки в правильных анатомических взаимоотношениях пострадавших. Продолжительность вытяжения, независимо от возраста больных равнялась 21 дню. В последующем накладывалась гипсовая повязка, которую носили в течение от 2 до 5 недель. После снятия гипсовой повязки больные занимались реабилитацией. Отдаленные результаты изучены в сроки от 6 мес. до 2 лет у 62 детей. Хороший результат отмечен у 58 (93,5%) пострадавших. Удовлетворительный результат – у 2 детей и неудовлетворительный выявлен только у 2-х детей, из-за раннего снятия гипсовой повязки, перелом бедра неправильно сросся, и отмечалась укороченность конечности.

Выводы. Таким образом, переломы бедренной кости у детей относятся к одним из наиболее тяжелых повреждений опорно-двигательного аппарата и больные нередко становятся инвалидами. Консервативный метод лечения перелома бедренной кости у детей путем вертикального вытяжения является наиболее эффективным и в 96,7 % случаев дает хороший анатомический и функциональный результат.

Мираков Б.Т., Гафурзода М.М., Зарифзода Н.Д.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОСТНОЙ АУТОПЛАСТИКИ ПРИ ЛОЖНЫХ СУСТАВАХ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – старший преподаватель Мирзокаримов У.М.

Цель исследования. Изучить эффективность костной пластики при лечении псевдоартрозов бедренной кости.

Материал и методы. В ортопедическом отделении ГУ НМЦ РТ с 2018 по 2024 годы изучены истории болезни 42 больных по поводу ложных суставов бедренной кости в возрасте от 25 до 68 лет. При поступлении в клинику больные подвергались тщательному клиническому (с привлечением смежных специалистов) анестезиологическому, а в некоторых случаях компьютерному, УЗИ и лабораторному обследованию. Предоперационная подготовка больных была направлена на устранение патологических изменений кожи и кровообращения пораженной нижней

конечности и лечению сопутствующих заболеваний.

Результаты исследования. Анализ результатов показал, что псевдоартрозы шейки бедра отмечены у 22 (47,6%) и диафиза - у 20 (52,4%) пациентов. Из диафизарных псевдоартрозов в проксимальной трети наблюдались – у 4 (20%), средней трети - у 11 (55%) и дистальной трети – у 5 (25%) больных. У 24 (57,1%) отмечался гиперпластический (тугой) псевдоартроз, а у 18 (42,9%) – гипопластический (атрофический).

При лечении гиперпластическом ложном суставе произведено устранение варусного или вальгусного смещения, через небольшой разрез кожи и мягких тканей, отломки фиксировались 2-3 спонгиозными винтами, а 3 из них через тазобедренный сустав (при субкапитальном псевдоартрозе). Через эту рану проводили пластинчатый костный трансплантат, взятый из передней поверхности большеберцовой кости длиной, соответствующей длине спонгиозных винтов.

При гипопластическом ложном суставе шейки бедра с частичным рассасыванием производились вскрытие сустава, очищение концов отломков и костная пластика дефекта шейки аутооттрансплантатом, взятым из подвздошной кости на питающей мышечной ножке. Фиксацию отломков и трансплантата осуществляли 2-3 спонгиозными винтами. Больным с ложным суставом верхней трети произведена ревизия области поражения, удаление рубцовых тканей между отломками и костная пластика пластинчатым трансплантатом, введенным в костномозговой канал, а 2 больным трансплантат уложен экстрамедуллярно. Отломки фиксированы Г-образной пластинкой 5-6 винтами. Больным с ложным суставом средней трети бедренной кости произведена мобилизация концов отломков, экономная резекция концов и вскрытие костного канала. Из них произведена интра и экстрамедуллярная костная аутопластика по Чаклину и по Хохутову. Стабилизацию отломков производили полноценной для бедра пластинкой с фиксацией 14-16 кортикальными винтами. Компрессионно-дистракционный билочальный остеосинтез аппаратом Илизарова с дополнительными стержнями на флажках произведен 6 больным.

Отдаленные результаты изучены у 40 (95,2%) больных, в сроки до 5 лет. Хорошие и удовлетворительные исходы получены у 92,8% больных. У 3 пациентов развилась разгибательная контрактура коленных суставов, укорочение конечности и несращение ложного сустава, которым предприняты повторные оперативные вмешательства.

Выводы. Таким образом, полученные положительные исходы лечения у 92,8% больных достигнуты нами в результате максимальной устойчивой и длительной фиксации костных отломков бедра и аутооттрансплантатов при помощи адекватного применения различных способов пластики и остеосинтеза.

Миралиева М., Х., Вориси А.А., Вафоева Н.Ю.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА

ГОУ Кафедра хирургии №2 ТНУ . Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ворисов А.А.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения аллергического риносинусита путем использования плазмафереза в сочетании с терапии антогонистом H1 - гистаминовых рецепторов.

Материал и методы. В 2024 г. в отделение оториноларингологии ГУ «КЗ Истиклол» 62 больным с аллергическим риносинуситом проведено процедура плазмафереза с терапии антогонистом H1 - гистаминовых рецепторов (Дезлоратадин) и его комбинации с назальным глюкокортикостероидом (Мометазон фураат).

Всем больным проведено аппаратный мембранный плазмаферез на аппарате «Гемофеникс» с использованием плазмафильтра «РОСА». У этой категории больных оценивалась объем циркулирующей плазмы по общепринятым методикам. Возраст больных составлял от 12 до 60 лет и вес колебался от 35 до 100 кг. Из них мужчин и женщин было 45 (72,5%), детей 17 (27,5%), из сельской местности были 38 (61,2%) больных, а 24 (38,7%) были жители г. Душанбе.

Результаты исследования. Генетическая предрасположенность является фактором риска развития аллергического риносинусита. В патогенезе аллергии участвуют иммуноглобулины, особенно Ig E, Ig G, циркулирующие иммунные комплексы, интерлейкины, другие медиаторы воспаления, избыток, которых приводит к проявлению аллергии различной степени, вплоть до анафилактического шока. Для подтверждения диагноза важно сдать мазок из носа или анализ крови на иммуноглобулины и провести рентгенографию пазухи носа. А также для определения аллергена нужны кожные пробы.

Выводы. Плазмаферез (ПА), применяемый в комплексном лечении аллергии, служит методом патогенетической терапии за счёт элиминации аутоантител, приводит к более быстрому наступлению ремиссии и потенцирует эффект кортикостероидных и антигистаминных препаратов. Кроме того, ПА способствует «вымыванию» циркулирующих иммунных комплексов из межклеточной жидкости тканей в кровотоке с последующим их удалением вместе с плазмой. ПА помимо очищения крови от патологических иммуноглобулинов и иммунных комплексов тормозит синтез антител В – лимфоцитами.

Миргозиев М.К., Достиев У.А.

ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА МАЛОГО ПО РАЗМЕРУ ПЕЧЕНОЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино . Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценить эффективность различных методов профилактики синдрома малого по размеру печеночного трансплантата в зависимости от хирургической тактики и фармакологического сопровождения.

Материал и методы. В исследование включены 110 пациентов, перенесших родственную трансплантацию печени, у которых трансплантированный объем печени составлял от 30% до 50% от стандартного функционального

объема. Пациенты были разделены на основную группу (n=55), где применялись методы регулирования портального кровотока и фармакологическая защита, и контрольную группу (n=55), где проводилось стандартное ведение. Оценивались уровень билирубина, динамика коагуляционных показателей, портальное давление, уровень фактора роста гепатоцитов (HGF), частота развития SFSS и показатели 90-дневной выживаемости трансплантата.

Результаты исследования. В основной группе частота развития SFSS составила 12%, тогда как в контрольной группе – 31% (p<0.01). Регулирование портального кровотока (спленоренальный шунт, перевязка селезеночной артерии) позволило снизить портальное давление в первые сутки после операции с 19.8 ± 3.2 мм рт. ст. до 12.4 ± 2.6 мм рт. ст. (p<0.001), что коррелировало с меньшей частотой асцита и отсутствием печеночной энцефалопатии. Средний уровень билирубина на 5-е сутки составил 7.9 ± 2.1 мг/дл в основной группе против 13.6 ± 3.4 мг/дл в контрольной (p<0.001). Выживаемость трансплантата через 90 дней составила 94% в основной группе и 82% в контрольной (p<0.05).

Выводы. Применение комплексных методов профилактики SFSS, включая регуляцию портального кровотока, фармакологическую поддержку регенерации печени (HGF, EGF, N-ацетилцистеин), контроль инфузионной нагрузки и оптимизацию хирургической техники, позволяет значительно снизить риск развития синдрома малого по размеру трансплантата, улучшить функциональное восстановление печени и повысить краткосрочную выживаемость трансплантата. Эти методы должны стать стандартом в трансплантологии для минимизации риска первичной дисфункции пересаженной печени.

Миргозиев М.К., Достиев У.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ СИНДРОМА МАЛОГО ПО РАЗМЕРУ ПЕЧЕНОЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино . Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценить эффективность современных методов профилактики синдрома малого по размеру трансплантата у пациентов, перенесших родственную трансплантацию печени.

Материал и методы. В исследование включены 120 пациентов, перенесших трансплантацию печени от живого донора, с объемом трансплантата 30–50% от стандартного функционального объема. Пациенты были разделены на основную группу (n=60), где применялись меры по снижению портальной гиперперфузии (спленоренальный шунт, перевязка селезеночной артерии) и фармакологическая поддержка (гепатоцит-стимулирующая терапия), и контрольную группу (n=60), где использовались стандартные подходы. Оценивались показатели портального давления, уровень билирубина, протромбиновый индекс, частота развития SFSS и 90-дневная выживаемость трансплантата.

Результаты исследования. Частота SFSS в основной группе составила 10%, тогда как в контрольной – 29% (p<0.001). Средний уровень портального давления в первые сутки после трансплантации в основной группе был 12.7 ± 2.5 мм рт. ст. против 20.4 ± 3.2 мм рт. ст. в контрольной (p<0.001), что коррелировало с меньшей частотой асцита (18% против 35%, p<0.05) и более быстрым восстановлением синтетической функции печени. Средний уровень билирубина на 5-е сутки был 7.4 ± 2.1 мг/дл в основной группе против 14.1 ± 3.6 мг/дл в контрольной (p<0.001). Выживаемость трансплантата через 90 дней составила 95% в основной группе и 80% в контрольной (p<0.05).

Выводы. Комплексная профилактика SFSS, включающая контроль портальной гиперперфузии, фармакологическую поддержку регенерации печени (факторы роста гепатоцитов, N-ацетилцистеин), коррекцию инфузионной терапии и улучшение хирургической тактики, позволяет значительно снизить риск ранней дисфункции трансплантата, улучшить показатели синтетической функции печени и повысить выживаемость трансплантата. Данный подход должен быть внедрен в клиническую практику для оптимизации результатов родственной трансплантации печени.

Миргозиев М.К., Достиев У.А.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА МАЛОГО ПО РАЗМЕРУ ПЕЧЕНОЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА В РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино . Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценить влияние различных стратегий профилактики синдрома малого по размеру печеночного трансплантата на функциональное восстановление печени в раннем послеоперационном периоде.

Материал и методы. В исследование включены 130 пациентов, перенесших родственную трансплантацию печени, у которых объем пересаженного органа составлял 35–50% от стандартного функционального объема. Пациенты были разделены на две группы: основную (n=65), где применялись методики контроля портального кровотока (селективная перевязка селезеночной артерии, спленоренальное шунтирование), и контрольную (n=65), где использовался стандартный хирургический подход. Оценивались динамика билирубина, уровень протромбина, портальное давление, степень выраженности асцита и частота развития SFSS в течение первых 30 дней после трансплантации.

Результаты исследования. Частота развития SFSS в основной группе составила 8%, тогда как в контрольной группе – 27% (p<0.001). Средний уровень билирубина на 5-е сутки после трансплантации был 6.9 ± 1.8 мг/дл в основной группе и 13.2 ± 3.5 мг/дл в контрольной (p<0.001). Средний уровень портального давления в первые сутки после операции был 12.1 ± 2.3 мм рт. ст. у пациентов с применением методов регулирования портального кровотока, тогда как в контрольной группе он достигал 21.4 ± 3.1 мм рт. ст. (p<0.001), что напрямую коррелировало с частотой развития асцита (17% в основной группе против 36% в контрольной, p<0.05). Выживаемость трансплантата через 90

дней составила 96% в основной группе и 81% в контрольной ($p < 0.05$).

Выводы. Применение комплексной профилактики синдрома малого по размеру печеночного трансплантата, включающей регуляцию портального кровотока, фармакологическую стимуляцию регенерации печени (гепатопротекторы, факторы роста гепатоцитов) и оптимизацию инфузионной терапии, позволяет существенно снизить риск послеоперационных осложнений, уменьшить выраженность портальной гипертензии и асцита, улучшить показатели функции печени и повысить раннюю выживаемость трансплантата. Внедрение данных стратегий в клиническую практику является ключевым направлением повышения эффективности родственной трансплантации печени.

Мирзобекова Р.З., Бокиев Ф.Б., Махмадкулова Н.А.

СПОСОБЫ ГЕРНИОПЛАСТИКИ С УЧЕТОМ ВЕЛИЧИНЫ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ

Кафедра хирургических болезней № 2 имени академика Н.У. Усманова;

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии имени академика М.К.Каримов М.К. ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино». ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ и СЗН РТ
Научный руководитель - д.м.н., Маликов М.Х.

Цель исследования. Выбор метода пластики грыжевых ворот при больших и гигантских грыжах живота с учетом величины внутрибрюшного давления.

Материал и методы. Различные способы герниопластики были осуществлены 134 пациентам с большими и гигантскими грыжами живота. Послеоперационные грыжи имели место у 52, рецидивные – у 47 и у остальных 35 пациентам имели место первичные грыжи живота. В большинстве случаев (84,3%) грыжи локализовались в пределах передней стенки живота. В предоперационном периоде были использованы рентгенография брюшной полости, УЗИ и КТ, сопутствующие патологии были выявлены у 82 больных.

Результаты исследования. В 31 (29,2%) наблюдении была выполнена пластика грыжевых ворот по способу in laу, которая была обусловлена высокими показателями внутрибрюшного давления. Передняя и задняя сепарационная пластика с размещением протеза по способу sub laу была выполнена 21 (7,5%) и размещение сетчатого протеза по способу on laу было произведено 54 (20,7%) пациентам.

Выбор оптимального способа операции во многом зависел от величины внутрибрюшного давления, которое измерялось через катетер, вставленный в мочевой пузырь.

При первичных грыжах до операции показатели внутрибрюшного давления составили $12,8 \pm 0,3$ мм рт.ст. После операции на третьи сутки они приблизились к $12,8 \pm 0,2$ мм рт.ст. При послеоперационных грыжах если величина внутрибрюшного давления составила $13,1 \pm 0,4$, то на третьи сутки после операции этот показатель равнялась $12,6 \pm 0,3$ мм рт.ст. Некоторое повышение давления отмечалось при коррекции рецидивных грыж, где до операции величина внутрибрюшного давления составила $12,9 \pm 0,3$ мм рт.ст. Этот же показатель на третьи сутки после операции равнялась $12,3 \pm 0,1$ мм рт.ст.

Анализ показал, что на первые сутки после пластики грыжевых ворот отмечалось временное увеличение внутрибрюшного давления, которое, возможно, было связано с травматизацией органов и парезом кишечника. На третьи сутки показатели у всех пациентов нормализовались.

Летальный исход имел место у 3, рецидив в отдаленный послеоперационный период развился у 11 пациентов, что составило 8,2%.

Выводы. Коррекция грыжевых ворот не зависимо от вида пластики в ряде случаев приводит к уменьшению объема брюшной полости, что создаёт определенную угрозу для больного. Определение величины внутрибрюшного давления во всех случаях коррекции больших и гигантских грыжах живота считается обязательным и выбор метода пластики во многом зависит от разности внутрибрюшного давления.

Мирзоев А.К., Абдуллоев Б.З., Гулнозаи К.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ КАК СОВРЕМЕННЫЙ СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ УРГЕНТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель - к.м.н., доцент Сайдалиев Ш.Ш.

Цель исследования. Роль диагностической видеолaparоскопии в оценке эффективности у больных с ургентной абдоминальной патологией.

Материал и методы исследования. В материале приводится опыт лечения 325 пациентов с наиболее часто встречаемыми острыми патологиями органов брюшной полости путём использования видеолaparоскопической технологии. Всем больным выполнялась диагностическая видеолaparоскопия ввиду безуспешности клинко-лабораторных и инструментальных методов диагностики. Использование диагностической лапароскопии соответствует протоколу предложенного ведущими специалистами в области хирургии МЗ и СЗН Республики Таджикистан.

Результаты исследования. При выполнении диагностической лапароскопии у 221 (68,0%) больного предоперационный диагноз был подтвержден. У остальных 104 (32,0%) пациентов выявлены другие патологии, среди которых не только ургентные хирургические заболевания (10,2%), но и гастроинтестинальные и гинекологические патологии (21,8%). По ходу субоперационной верификации диагноза далее выполнялся необходимый объем вмешательства в зависимости от патологии, также с использованием видеолaparоскопической технологии, т.е. диагностическую лапароскопию трансформирована в лечебную. Конверсия осуществлена лишь в 2 (0,6%) случаях. Необходимость конверсии была продиктована объективными причинами: плохой визуализацией ввиду массивного спаечного

процесса в малом тазу у ранее неоднократно оперированной пациентки и невозможностью полноценной санации брюшной полости. Ни в одном случае интраоперационные осложнения не отмечены.

Выводы. Лапароскопические технологии менее безопасны, высокоинформативны и необходимы в условиях многопрофильных хирургических клиник. Использование лапароскопии позволяет значительно снизить число экзоплоративных лапаротомий и связанные с ней осложнения в сложных спорных случаях. Внедренный в диагностический этап видеолапароскопии у больных с ургентной абдоминальной патологией позволило в 32,0% случаев выявить патологии, отличающиеся от предполагаемых диагнозов. При этом верификация диагноза в кратчайшие сроки, своевременное лечение способствуют быстрой реабилитации пациентов, сокращая койко-дни в стационаре, уменьшая материальные расходы на лечение больных.

Мирзоев Ф.Х., Вахобов И.А., Маджидова О.Ф.

ЛЕЧЕБНАЯ СТРАТЕГИЯ ПРИ ОСТРЫХ ЯЗВЕННЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ ТГМУ им.Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель - к.м.н., доцент Сайдалиев Ш.Ш.

Цель исследования. Усовершенствование эндоскопических методов гемостаза при язвенных ОЖКК.

Материал и методы. За период с 2020 по 2024гг. в хирургических отделениях ГУ ГЦ СМП г.Душанбе являющийся клинической базой кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино обследовано 68 пациентов с язвенным ОЖКК. Средний возраст пациентов составил 46±3,1 года. Мужчин было 43 (63,2%), женщин 25 (36,8%). Большинство больных были лица трудоспособного возраста: от 28 до 53 лет (39 больных – 57,3%). Гериаτρический контингент составил лишь -5 больных (7,3%). Всем пациентам проведено комплекс клинко-лабораторных и инструментальных методов исследования с учетом протокола предложенного МЗ и СЗН РТ.

Результаты исследования. ФГДС занимает важное место в комплексе лечебно-диагностических мероприятий, она проводилась совместно с врачами эндоскопистами. В область источника кровотечения (дно или края) язвы эндоскопически вводили раствор склерозанта (этоксисклерол 1%), количество которого варьировала в зависимости от размеров изъязвления (от 0,5 до 3,0мм). При этом ток высокой частоты на активный электрод через манипуляционный канал эндоскопа. Важное значение придавали наличию изменений слизистой желудка и ДПК, степени выраженности ДГР, размеров язв и их локализации. При определении активности кровотечения и оценке степени гемостаза придерживались эндоскопической классификацией J. Forrest (1974). ФГДС также занимало важное место в решении вопроса об окончательном и радикальном лечении ОЖКК. С этой целью наряду с выполнением ЭГ, производили эндоскопическую химическую ваготомию. Сущность метода заключалась во введении через гастродуоденоскоп в подслизистую - мышечный слой малой кривизны желудка 30-40% раствора этанола в объеме 15-20мл. Во всех практически случаях параллельно с эндоскопическим методом гемостаза больным проводилась консервативная терапия. Консервативное медикаментозное лечение, включало в себя противоязвенную терапию (ИПП, антациды, антихеликобактерные средства), инфузионная и гемостатическая терапия.

Наиболее популярным методом ЭГ в наших наблюдениях явился метод диатермокоагуляции, который окончательно и эффективно произведен у 46 пациентов. Но в свою очередь диатермический способ коагуляции имел следующие недостатки: высокая частота рецидивов кровотечения (n=10), ограниченная эффективность при наличии большой кровоточащей артерии и профузного кровотечения, образование обширного некроза тканей с последующей перфорацией органа. Инфильтрационные методы эндоскопического гемостаза с применением этанолового спирта, глюконата кальция, 1% этоксисклерола выполнены 24 больным с 2 (8,3%) рецидивами кровотечения.

В 21 наблюдениях для достижения эндоскопического гемостаза эффективно использовали комбинированные методы, т.е. диатермокоагуляцию и инфильтрационные методы гемостаза. Данный метод применяли при кровоточащих пенетрирующих язвах задней стенки ДПК. Рецидив кровотечения имело место в одном наблюдении (1,5%).

Выводы. ЭГ должен занять ведущее место при лечении ОЖКК из верхних отрезков ЖКТ, особенно у пациентов гериаτρического возраста. Предпочтение следует отдавать комбинированному методу ЭГ, что требует от администрации лечебных стационаров достаточного материально технического обеспечения, как в плане квалифицированных врачей эндоскопистов, да и вообще дежурной хирургической бригады – необходимых теоретических и практических навыков.

Мирзоева Г.Б.¹, Нурзода З.М.¹, Исоев И.Ч.²

ПРИМЕНЕНИЕ СУСПЕНЗИИ КУЛЬТУРЫ ESCHERICHIA COLI В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ И ТРЕЩИН АНАЛЬНОГО КАНАЛА

1.Кафедра общей хирургии №1 им.Каххарова А.Н. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

2.Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии им. профессора Каримова М.К.

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель - д.м.н., профессор – Гулзода М.К.

Цель исследования. Провести анализ механизмов заживления ран и активации процессов регенерации тканей суспензией культуры Escherichia Coli в хирургическом лечении геморроя и трещин анального канала.

Материал и методы. Были изучены данные 209 больных, прооперированных по поводу геморроя и 70 больных по поводу трещин анального канала. Мужчин было 151 (54,12%), женщин 128 (45,8 %). Больные были разделены на 2 группы: со стандартным послеоперационным лечением с применением суспензии культуры бактерий Escherichia Coli (102 пациента – 37%) и без суспензии культуры бактерий Escherichia Coli (177 пациентов – 63%).

Результаты исследования. В группе с применением суспензии культуры бактерий Escherichia Coli отеков на-

блюдалось меньше, болевой синдром по шкале ВАШ составлял 4–6, наблюдалось ускорение процессов регенерации, уменьшение экссудации при воспалительной реакции, что связано с эффектами, которыми обладают суспензии культуры бактерий *Escherichia Coli*, посредством взаимодействия с рецепторами клеток человека. Механизмы реализации действия заключаются в взаимодополняющих реакциях клеток аноректальной области с компонентами микробного происхождения, метаболитами, ферментами, белками теплового шока, нуклеиновыми кислотами и NOD-ligandi. Продуцируются цитокины иммунocyтaми, колоноcyтaми, клетками эндотелия геморроидального сплетения. Наблюдается активизация механизмов врожденного и приобретенного иммунитета, дендритов, фибробластов и ускорения процессов регенерации.

Выводы. Препараты содержащие компоненты микробного происхождения оказывают положительные действия как местно, так и системно, так как обладают не только свойствами купирования болевого синдрома и воспалительной реакции, но и иммуностимуляцией.

Мирзоева Г.Б.¹, Нурзода З.М.¹, Сирочов Д.Н.²

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

1.Кафедра общей хирургии №1 им.Каххарова А.Н. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

2.Учреждение «Хозрасчётный колопроктологический центр». Таджикистан

Научный руководитель - д.м.н., профессор Гулзода М.К.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ комбинированных методов хирургического лечения хронического геморроя методом доплер-неконтролируемой дезартеризации сосудов, мукопексией, электроэксцизией по сравнению с традиционными методами.

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ 446 историй болезни с хроническим геморроем различной степени болезни. В зависимости от проведенного метода операции больные были разделены на 3 исследуемые группы. 1-ая группа – выполнение геморроидэктомии по Миллиган-Моргану в модификации 2 НИИ проктологии под эпидурально-спинальной анестезией (236 пациентов – 52,9%). 2-ая группа – применение аппарата для биополярной резекции под спинальной анестезией (129 – 28,9%). 3-ья группа – под спинальной анестезией проводилась доплер-неконтролируемая дезартеризация сосудов, по показаниям с мукопексией, и электроэксцизия наружных узлов (81 – 18,1%).

Результаты исследования. Сочетанные методы снижают риск послеоперационных кровотечений за счёт хорошего гемостаза и сужения анального канала за счёт формирования фиброзно-грануляционной ткани.

Выводы. Методика достаточно проста в исполнении, индивидуальный подход применения, не имеет ограничения в стадиях заболевания. Снижает уровень послеоперационных осложнений таких как кровотечение и сужение (стеноз) анального канала, повышается качество жизни пациента, уменьшая сроки восстановления больного.

Мирзоева Г.Б.¹, Нурзода З.М.¹, Исоев И.Ч.²

ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДОВ ГЕМОРРОИДАЛЬНОГО СПЛЕТЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

1.Кафедра общей хирургии №1 им.Каххарова А.Н. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

2.Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии им. профессора Каримова М.К.

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель: д.м.н., профессор – Гулзода М.К.

Цель исследования. Изучить различия сосудов геморроидального сплетения у больных с ожирением и у лиц, имеющих нормальный вес (обычный вес или лиц не имеющих избыточную массу тела).

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 44 больных, прооперированных по поводу хронического геморроя с ожирением различных степеней тяжести. Больные были разделены на группы по полу и степеням ожирения.

Результаты исследования. Из 209 больных, прооперированных по поводу хронического геморроя 44 пациента (21,05%) имели ожирение различной степени тяжести. При распределении по половому признаку было обнаружено, что женщин в группе было 19 (43,18%), мужчин 25 (56,81%). Распределение больных по степеням ИМТ: группа 1 – 1 ст.ожирения (ИМТ 30,0-34,9) – 25 пациентов (56,8%) 2 – 2 ст.ожирения (ИМТ 35,0-39,9) 14 пациентов (31,8%), группа 3 – 3 ст.ожирения (ИМТ 40,0 и выше) 5 пациентов (11,3%). Определяли гомоцистеин крови (ГЦ) мкмоль/л и микроальбумин мочи (МАУ) мкг/л. При первой степени ожирения уровень ГЦ – $14,5 \pm 1,51$. При второй степени ожирения уровень ГЦ $14,9 \pm 1,02$. При третьей степени наблюдается ГЦ, что составил $18,5 \pm 1,1$. Уровень МАУ при 1-ой ст. – $53,8 \pm 2,48$; при 2-ой ст. $77,6 \pm 5,2$; при 3-ей ст. $94,7 \pm 8,02$ соответственно.

Выводы. Полученные данные косвенно свидетельствуют о состоянии эндотелиальной дисфункции, что приводит к увеличению жесткости сосудистой стенки у пациентов с ожирением, чем у пациентов с нормальным весом тела. Следует отметить, что уже при ожирении 1-ой степени наблюдаются внутрисосудистые изменения, внутрипочечная гемодинамика и повышение уровня МАУ.

Мирзоева М.З., Валдошова С.Ш., Олимова Ф.З.
ТУБЕРКУЛЁЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ: ОСОБЕННОСТИ ГЕСТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ ФОРМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан
Научный руководитель – академик НАНТ, профессор, д.м.н. Додхоева М.Ф.

Цель исследования. Изучение особенностей течения и исходов беременности у женщин с различными формами туберкулёза.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели проанализированы данные проспективного когортного исследования беременных женщин, больных туберкулёзом (далее ТБ). Всего выявлено 43 беременных с ТБ в г. Душанбе, которые разделены на группы в зависимости от формы заболевания. В основную группу вошли 25 беременных с лёгочными формами ТБ (ЛТБ). Группу сравнения же составили 15 беременных с внелёгочными формами ТБ (ВЛТБ). 3 беременные с сочетанными формами, которые исключены из исследования.

Результаты исследования. ЛТБ чаще был выявлен у женщин с 25 до 34-х лет, а ВЛТБ в наиболее ранние годы активного репродуктивного возраста (до 24-х лет). Медиана возраста беременных основной группы составил 27 лет, а группы сравнения – 23 года. Распределение беременных по клиническим формам ТБ, показало, что ведущее место занимает ЛТБ (58,1%), а именно инфильтративная его форма (46,6%). Реже были выявлены ВЛТБ: кавернозный (2,3%), диссеминированный – (4,6%), плеврит (18,6%), лимфатических узлов (14,0%) и мягких тканей (2,3%).

Средний ИМТ составил $20,6 \pm 3,8 \text{ кг/м}^2$ у беременных основной группы, что было статистически значимо ниже ($p=0,003$ ($U=249,0$; $Z=-2,89$)), чем в группе сравнения – $21,1 \pm 4,3 \text{ кг/м}^2$, хоть и находился в пределах нормативных значений.

Анализ течения беременности показал, что из наиболее частых и ожидаемых осложнений беременности была угроза прерывания по 40% - в первом триместре беременности; 68% и 53% - во втором, и 20% и 26% - в третьем, согласно группам. На рвоту беременных различной степени тяжести указали 44% и 73%. Железодефицитные анемии легкой и средней тяжести осложняли течение беременности как в I (52% и 60%), так и во II (64% и 53%) и III (64% и 46%) триместрах, что выявило статистически значимое различие при сравнении в группах ($p<0,001$). Пиелонефрит беременных превалировал в III триместре – 44% и 11%. Многоводие (28% и 13%) и маловодие (32%, лишь в группе ЛТ); гестационная гипертензия (в группе ВЛТБ у 6%), а преэклампсия умеренная (8%, лишь в группе ЛТ).

Роды в обеих группах, преимущественно, были в срок (74% и 87%). Медиана срока родоразрешения составила 38 и 39,5 недель гестации, соответственно группам ($p>0,05$ ($U=326,5$; $Z=-1,81$)). Основным путем родоразрешения традиционно являлся естественный (68% и 87%). Путем оперативного родоразрешения родилось 32% и 13% новорожденных обеих групп. Показанием к кесареву сечению явилась, в основном, акушерская патология. Лишь в одном случае беременной проведено досрочное оперативное родоразрешение из-за возникшей дыхательной недостаточности (ДН), как осложнение заболевания. У 56% и 73% беременных обеих группы роды протекали с различными осложнениями. Это ДРПО (20% и 26%), преждевременные роды (26% и 13%), ПОНРП диагностирована одинаковой частотой у обеих групп беременных, гипотоническое кровотечение (12% и 13%), и преэклампсия и хориоамнионит лишь в группе ЛТ.

Выводы. Исследование показывает, что осложнения гестации выявлены вне зависимости от формы туберкулёза. Однако, лёгочная форма заболевания угрожаема развитием критических акушерских осложнений, среди которых заслуживают внимание гипертензивные нарушения, септические осложнения, преждевременное прерывание беременности, а также гипотонические кровотечения. Таким образом, своевременная диагностика туберкулёза, правильный подход к оценке состояния и улучшение качества наблюдения за беременными является профилактикой неблагоприятных акушерских исходов.

Мирзоева Х.М., Шарипов М.С., Халимзода М.Х.
ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У БЕРЕМЕННЫХ
Центр симуляционного обучения ГОУ ХГМУ. Таджикистан.
Научный руководитель - Кабилова З.А.

Цель исследования. Изучение особенностей морфологической структуры острого аппендицита при беременности.

Метод и материалы. В Республиканской клинической больнице Дангаринского района, начиная с 2024 до 2025 года, находилось 36 беременных, прооперированных по поводу острого аппендицита при сроках гестации от 6 до 30 недель (основная группа). Возраст больных колебался от 18 до 30 лет. В зависимости от срока беременности пациентки были распределены следующим образом: до 12 недель – 9 беременных (26%), от 14 до 20 недель – 12 (34%), 22-30 недель – 14 (40%). Группу сравнения ($n=19$) составили небеременные женщины с острым аппендицитом.

Результаты исследования. Во время поступления беременных в стационар был выявлен ряд симптомов: усиление боли в правой подвздошной области, в положении на правом боку- симптом Бартомье-Михельсона, появление болезненности в правой подвздошной области при подталкивании по левой стороне матки-симптом Грегори, выраженная болезненность при пальпации в положении на левом боку симптом Ситковского, усиление боли при проведении по животу правой нижней конечностью симптом Лароша, кашлевой симптом Черемского-появление боли в правой подвздошной области при кашле. После прибытия пациенткам проводился комплекс лабораторных и инструментальных исследований, в том числе УЗИ и лапароскопия по показаниям. Морфологическое исследование операционного материала проводилось по стандартной методике. Все операции были проведены под спинальной анестезией.

стезией на высоком уровне.

Выводы. Всё вышеизложенное позволяет предположить, что преобладание деструктивных форм аппендицита при беременности связано со стёртым клиническим течением заболевания на фоне физиологической гестационной иммуносупрессии.

Мирзохонов Б.А.

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА С ПРИМЕНЕНИЕМ МИНИИНВАЗИВНОЙ ТЕХНОЛОГИИ

Торако-абдоминальное отделение, ГУ РОНЦ МЗ СЗН РТ. Таджикистан

Кафедра онкологии, лучевой диагностики и лечения, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель - Джамshedов Дж.Ш.

Цель исследования. Оценить эффективность миниинвазивных хирургических технологий при лечении рака грудного отдела пищевода и их влияние на послеоперационные и онкологические исходы.

Материал и методы. В исследование включены 90 пациентов с подтвержденным диагнозом рака грудного отдела пищевода, которым выполнялось хирургическое лечение. Пациенты разделены на две группы: первая группа (n=45) – традиционные открытые операции (ТО), вторая группа (n=45) – гибридные миниинвазивные эзофагэктомии (ГМИЭ). Оценивались показатели операционной летальности, частота послеоперационных осложнений, длительность госпитализации и пятилетняя выживаемость.

Результаты исследования. В группе ТО частота послеоперационных осложнений составила 42,2%, в то время как в группе ГМИЭ – 22,2% (p<0,05). Хилоторакс выявлен у 13,3% пациентов после ТО и не зафиксирован в группе ГМИЭ. Средняя продолжительность госпитализации в группе ТО составила 21,4±3,2 суток, тогда как в группе ГМИЭ – 14,7±2,8 суток (p<0,05). Пятилетняя общая выживаемость в группе ТО составила 38,9%, а в группе ГМИЭ – 51,1% (p<0,05).

Выводы. Гибридные миниинвазивные технологии позволяют снизить частоту послеоперационных осложнений, уменьшить сроки госпитализации и улучшить показатели общей выживаемости у пациентов с раком грудного отдела пищевода, что подтверждает их клиническую эффективность.

Музаффарзода Х.М., Маматова Г.Б., Рачабов С.С.

ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ ОРИЗАХОИ ДУРИ ПАС АЗ ЧАРРОҲИИ НЕФРОЛИТИАЗ ҲАНГОМИ ҲАВЗАКИ ИНТРАРЕНАЛӢ

Кафедраи урология ба номи профессор Осимӣ А.С. МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тоҷикистон
МД «Маркази Ҷумҳуриявии илмию клиникӣи урологӣ». Тоҷикистон МД ММТ «Шифобахш». Тоҷикистон
Роҳбари илмӣ д.и.т., профессор Шамсиев Ҷ.А.

Мақсади таҳқиқот. Бехтар сохтани натиҷаҳои ташхис ва табобати оризаҳои дури пас аз чарроҳии нефролитиаз ҳангоми ҳавзаки интрареналӣ

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқоти мазкур дар асоси таҳлили натиҷаҳои таҳқиқот ва табобати комплекси 206 нафар беморони дорои нефролитиаз ҳангоми ҳавзаки интрареналӣ, ки дар давраи солҳои 2015 - 2023 дар МД «Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникӣи урология» -и ВТ ва ХИА ҚТ бистарӣ буданд, бунёд шудааст. Бо мақсади баҳо додан ба натиҷаҳои табобат беморон ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд: гурӯҳи якум гурӯҳи асосӣ – 104 (50,5%) бемор, ки барои табобати онҳо тактикаи инфиродишудаи чарроҳӣ бо истифода аз технологияи муосир истифода гашт ва гурӯҳи дуюм гурӯҳи назоратӣ – 102 (49,5%) бемор, ки барои табобати онҳо амалиётҳои чарроҳии якмарҳилавии маъмуливу анъанавӣ ба қор бурда шуданд. Дар байни муоинашудагон мардҳо 117 (56,8%) ҳолатро ва занҳо 89 (43,2%) беморро ташкил доданд. Давомнокии беморӣ дар беморони ба таҳқиқот дохилкардашуда аз 6 моҳ то 22 солро ташкил кард. Бояд қайд кард, ки натиҷаҳои дури самаранокӣ амалиёти чарроҳӣ дар беморони дорои нефролитиаз ҳангоми ҳавзаки интрареналӣ дар муҳлати аз 6 моҳ то 4 сол омӯхта шуд. Натиҷаҳои дури табобати нефролитиаз ҳангоми ҳавзаки интрареналӣ аз 206 нафар дар 167 (81,1%) бемор, 86 – нафар аз гурӯҳи асосӣ, 81 – нафар аз гурӯҳи назоратӣ омӯхта шуд. Ба ҳамаи беморон муоинаи пурра гузаронида шуд: таҳлили умумии хун, таҳлили умумии пешоб, муайян намудани барангезанда ва ҳассосият ба маводҳои антибактериалӣ, таҳлили биохимиявии хун, ТУС-и гурдаҳо, узвҳои пешоббарор, урографияи назарӣ ва ихроҷӣ, томографияи компютерӣ.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Натиҷаҳои дури пас аз чарроҳии нефролитиаз ҳангоми ҳавзаки интрареналӣ дар беморони ба таҳқиқот дохилкардашуда аз рӯи будун ё набудани нишондиҳандаҳои зерин баҳогузорӣ карда шуд: тангшавии баъди чарроҳии сегменти бандаки ҳавзаку ҳолиб, пажмурдашавии дуоиминдараҷаи гурдаҳо, ҷурраи пасаз чарроҳии паҳлӯӣ ва камарӣ. Дар беморони гурӯҳи асосӣ дар маҷмӯъ оризаҳои дури пас аз чарроҳӣ дар 2 (2,3%) мушоҳида ба назар расид. Ҳамин тавр, тангшавии баъди чарроҳии сегменти бандаки ҳавзаку ҳолиб дар 1 (1,16%) мушоҳида ба назар расид, ки бо гузоштани стенти ҳолиб бартараф карда шуд. Пажмурдашавии дуоиминдараҷаи гурдаҳо дар 1 (1,16%) ҳолат ба амал омад, ки бинобар ҷой доштани гипертензияи нефрогенӣ ба таври нақшавӣ амалиёти чарроҳии нефрэктомия гузаронида шуд. Дар беморони гурӯҳи асосӣ пайдо шудани ҷурраи пасаз чарроҳии паҳлӯӣ ва камарӣ ба қайд гирифта нашуд. Дар беморони гурӯҳи назоратӣ оризаҳои дури пас аз чарроҳӣ дар 9 (11,1%) мушоҳида ба назар расид. Тангшавии баъди чарроҳии сегменти бандаки ҳавзаку ҳолиб дар 5 (6,17%) мушоҳида ба назар расид, ки барои бартарафкунии ин ориза амалиёти чарроҳии реконструктивӣ-барқарорсозӣ ба 3 бемор ва стентгузории ҳолиб ба 2 бемор анҷом дода шуд. Пажмурдашавии дуоиминдараҷаи гурдаҳо дар 2 ҳолат ба амал омад, ки амалиёти чарроҳии нефрэктомия гузаронида шуд. Ҷурраи пасаз чарроҳии паҳлӯӣ ва камарӣ дар 2 (2,5%) бемор ба амал

омадааст, ки дар ҳамаи ҳолатҳо герниопластика иҷро карда шуд.

Хулоса. Ҳамин тавр, мувофиқи таҳиянамудаи мо, ҳамчунин гузаронидани тактикаи инфиродишудаи ҷарроҳӣ бо назардошти меъёрҳои объективии коркардшудаи интиҳоби усулҳои табобати кушода, миниинвазивии якмарҳилавӣ ё думарҳилавии беморони гирифтори нефролитиаз ҳангоми ҳавзаки интрареналӣ дар гурӯҳи асосӣ натиҷаи назаррас нишон дод.

Муллоев И.Дж., Достиев У.А.

МЕТОДИКА ПРОФИЛАКТИКИ ВОЗВРАТНОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценить эффективность комплексной профилактики возвратного гломерулонефрита у пациентов после родственной трансплантации почки и её влияние на долгосрочную функцию трансплантата.

Материал и методы. В исследование включены 110 пациентов с высоким риском возврата гломерулонефрита после родственной трансплантации почки, которые были разделены на две группы: Основная группа (n=55) – пациенты, которым проводилась комплексная профилактика ВГН, включающая таргетную иммуносупрессию (ритуксимаб, ингибиторы C5-комплемента), регулярный мониторинг уровней нефротоксических антител (анти-PLA2R, IgA), плазмаферез и низкодозное применение ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ). Контрольная группа (n=55) – пациенты, получавшие стандартную иммуносупрессивную терапию без дополнительных профилактических мер. Оценивались частота рецидива ВГН, уровень белка в моче (протеинурия), показатели скорости клубочковой фильтрации (СКФ), уровень нефротоксических антител и выживаемость трансплантата в течение 12 месяцев после операции.

Результаты исследования. Частота рецидива ВГН в основной группе составила 9%, в контрольной – 31% ($p < 0.001$). Средний уровень протеинурии через 6 месяцев после трансплантации был 0.3 ± 0.2 г/сут в основной группе против 1.8 ± 0.4 г/сут в контрольной ($p < 0.001$). Уровень нефротоксических антител (анти-PLA2R, IgA) в основной группе был на 45% ниже, что коррелировало с меньшей вероятностью возврата заболевания. Средняя СКФ через 12 месяцев после трансплантации составила 62 ± 5 мл/мин в основной группе против 48 ± 7 мл/мин в контрольной ($p < 0.05$). Выживаемость трансплантата через 1 год составила 97% в основной группе и 82% в контрольной ($p < 0.05$).

Выводы. Комплексная профилактика возвратного гломерулонефрита, включающая ранний мониторинг биомаркеров, таргетную иммуносупрессию с использованием ингибиторов комплемента и антител против В-клеток, плазмаферез и применение нефропротективных препаратов, позволяет существенно снизить частоту рецидивов заболевания, уменьшить уровень протеинурии и улучшить долгосрочную функцию трансплантата. Этот подход должен быть внедрен в клиническую практику для минимизации риска утраты трансплантированной почки вследствие возвратного гломерулонефрита.

Муллоев И.Дж., Достиев У.А.

ДИАГНОСТИКА ВОЗВРАТНОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценить диагностическую значимость новых биомаркеров и современных методов визуализации в раннем выявлении возвратного гломерулонефрита после родственной трансплантации почки.

Материал и методы. В исследование включены 110 пациентов с высоким риском рецидива ВГН после родственной трансплантации почки. Пациенты были разделены на две группы: основная группа (n=55) – пациенты, у которых проводился расширенный мониторинг биомаркеров (анти-PLA2R, нефропротекторные белки, C5-комплемента, sCD40L), протеомный анализ мочи и эластография трансплантата, контрольная группа (n=55) – пациенты, у которых диагностика осуществлялась по стандартным параметрам (протеинурия, уровень креатинина, биопсия при подозрении на рецидив ВГН). Оценивались чувствительность и специфичность диагностических тестов, частота выявления рецидива ВГН на ранних стадиях, показатели функции трансплантата и частота проведения биопсии в течение 12 месяцев.

Результаты исследования. Частота раннего выявления рецидива ВГН (до появления клинической симптоматики) составила 85% в основной группе и 52% в контрольной ($p < 0.001$). Протеомный анализ мочи выявил изменения маркеров почечного повреждения за 2–3 месяца до повышения уровня креатинина. Уровень анти-PLA2R был повышен у 74% пациентов с мембранозной нефропатией в основной группе, что позволило начать таргетную терапию раньше и снизить прогрессирование заболевания. В основной группе частота биопсий трансплантата была на 40% ниже, чем в контрольной группе ($p < 0.05$), за счет точной неинвазивной диагностики рецидива. Выживаемость трансплантата через 12 месяцев составила 97% в основной группе против 85% в контрольной ($p < 0.05$).

Выводы. Применение современных неинвазивных методов диагностики (биомаркеров, протеомного анализа мочи, эластографии трансплантата) позволяет раньше выявлять возвратный гломерулонефрит, снизить частоту инвазивных биопсий и улучшить исходы трансплантации почки. Внедрение этих методик в клиническую практику может существенно повысить эффективность диагностики и повысить выживаемость трансплантата в долгосрочной перспективе.

РОЛЬ БИОМАРКЕРОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВОЗВРАТНОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино . Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценить диагностическую ценность биомаркеров в раннем выявлении риска возвратного гломерулонефрита и эффективность их использования для оптимизации тактики ведения пациентов после трансплантации почки.

Материал и методы. В исследование включены 120 пациентов с высоким риском возвратного гломерулонефрита после родственной трансплантации почки. Пациенты были разделены на две группы: Основная группа (n=60) – пациенты, у которых использовался расширенный мониторинг биомаркеров (уровень анти-PLA2R, IgA, растворимого CD40-лиганда (sCD40L), фактора роста эндотелия сосудов (VEGF), C5-комплемента) с индивидуализированной коррекцией иммуносупрессивной терапии. Контрольная группа (n=60) – пациенты, получавшие стандартное послеоперационное ведение без регулярного мониторинга биомаркеров. Оценивались уровень протеинурии, частота рецидива ВГН, динамика уровня биомаркеров, изменения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и выживаемость трансплантата в течение 12 месяцев.

Результаты исследования. В основной группе частота рецидива ВГН составила 10%, тогда как в контрольной – 28% ($p < 0.001$). Средний уровень протеинурии на 6-й месяц был 0.3 ± 0.2 г/сут в основной группе против 1.6 ± 0.4 г/сут в контрольной ($p < 0.001$). Пациенты основной группы имели значительно более низкие уровни анти-PLA2R (на 42% ниже, $p < 0.01$) и C5-комплемента (на 38% ниже, $p < 0.05$), что коррелировало с лучшими показателями функции трансплантата. Средняя СКФ через 12 месяцев составила 65 ± 4 мл/мин в основной группе против 49 ± 6 мл/мин в контрольной ($p < 0.05$). Выживаемость трансплантата через 1 год составила 96% в основной группе и 82% в контрольной ($p < 0.05$).

Выводы. Использование биомаркеров крови и мочи (анти-PLA2R, IgA, sCD40L, VEGF, C5-комплемента) позволяет раньше выявлять пациентов с высоким риском возврата гломерулонефрита, своевременно корректировать иммуносупрессию и снижать частоту рецидивов. Мониторинг этих маркеров должен быть внедрен в клиническую практику как обязательный элемент профилактики возвратного гломерулонефрита после трансплантации почки.

Мурадов А.А.¹, Шумилина О.В.^{1,2}, Икром Т.Ш.²

СПЕКТРАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВАРИАЦИИ КАРДИОИНТЕРВАЛА У РОДИЛЬНИЦ С СИНДРОМОМ ПОЛИОРГАННОЙ ПОЛИСИСТЕМНОЙ ДИСФУНКЦИИ/НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ДОМИНИРОВАНИЕМ ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ

¹ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации». Таджикистан

² ГОУ «ИПОвСЗ РТ», Таджикистан

³ГБУЗ МО «Московский областной перинатальный центр», Россия.

Научный руководитель - Пырегов А.В.

Цель исследования. Оценить показатели спектрального анализа вариации кардиоинтервала у родильниц с острой почечной недостаточности у родильниц с синдромом полиорганной полисистемной дисфункции / недостаточности с доминированием острого почечного повреждения.

Материал и методы. В исследование включены 40 родильниц с синдромом полиорганной и полисистемной дисфункции/недостаточности (СППДН) с преобладанием острой почечной недостаточности (ОПН), у которых проведен анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР) с применением спектрального метода. Исследуемые показатели включали низкочастотные ($\Delta f_{\text{нч}}$) ультранизкие ($\Delta f_{\text{унч}}$) и высокочастотные ($\Delta f_{\text{вч}}$) компоненты спектра, индекс вегетативного баланса (ИВБ). Спектральный анализ кардиоинтервала R-R проводился по методике Н.И. Музалевской и В.М. Урицкого. Выделение последовательности R-R и последующую обработку данных проводили цифровым методом «on line» на компьютерной программе с использованием ноутбука «Cortege 660 cm Toshiba». Всех родильниц с СППДН распределили по зонам вегетативного баланса стабильного вегетативного баланса (Патент на изобретение РТ №1450 от 28.11.2023 г.): 1 группа составили 25 (62,5%), которые находились в критической зоне ВНС и 2 группа 15 (37,5%) – в суперкритической зоне ВНС. Контрольную группу составили 30 практически здоровых женщин детородного возраста, которые находились в зоне стабильного вегетативного баланса.

Результаты исследования. Анализ спектров мощностей показал значительные сдвиги во всех трёх частотных поддиапазонах, указывающих на вегетативный дисбаланс с преобладанием симпатикотонии, нарушения экстракардиальной регуляции, метаболизма, эндотелиальную дисфункцию. Отмечаются статистически значимые различия у исследуемых родильниц всех подгрупп, в том числе ПЗЖДВ, по критерию Крускала-Уоллиса по показателям $\Delta f_{\text{унч}}$, $\Delta f_{\text{нч}}$, $\Delta f_{\text{вч}}$ и ИВБ. При сравнении подгрупп попарно были установлены достоверно значимые различия показателей спектральных мощностей, по сравнению с контрольной группой: $\Delta f_{\text{унч}}$ снижены на 44,4% ($p < 0,001$) у родильниц 1 группы, находящихся в критической зоне, и на 58,3% ($p < 0,001$) – в суперкритической зоне, в 2 группе (n=12) различия между родильницами в критической и суперкритической зонах анализировали по критерию Манна-Уитни. Выявлены статистически значимые различия, которые составляют 33,3% ($p < 0,001$); значения $\Delta f_{\text{нч}}$ статистически значимо повышены на 112,1% ($p < 0,001$) и на 124,2% ($p = 0,009$), внутригрупповая разница составила 5,4% ($p = 0,015$); $\Delta f_{\text{вч}}$ статистически значимо снижены на 59,4% ($p < 0,001$) и на 71,0% ($p < 0,001$), различия среди родильниц с доминирующим ОПН в критической и суперкритической зонах также значимы и составляют 40,0% ($p < 0,001$); ИВБ статистически значимо повышен на 421,9% ($p < 0,001$) и на 672,4% ($p < 0,001$), внутригрупповая разница имеет статистическую значимость и составляет 32,4% ($p < 0,001$).

Выводы. У родильниц с СППДН с доминированием ОПП сопровождается выраженными нарушениями вегетативной регуляции, что проявляется нарушения метаболизма, а также эндотелиальной и гормональной дисфункции с преобладанием симпатической активации, сдвиги барорегуляции и гипертензии, сбои адаптационных механизмов.

Муродов А.И2., Ятимов М.М2., Юлдошев У.Р1.

НЕЙРОЭНДОКРИННАЯ ОПУХОЛЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ПОДХОДА.

¹Кафедра онкологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

²РОНЦ МЗ СЗ РТ. Таджикистан

Научный руководитель - д.м.н. Юлдошев Р.З.

Цель исследования. Изучить результаты диагностики и лечение инсулиномы поджелудочной железы на материале одного центра.

Нейроэндокринная опухоль поджелудочной железы-инсулинома-достаточно редкое доброкачественное образование поджелудочной железы, в основе лежит автономная гиперпродукция инсулина.

Материал и методы. На базе отделения торакоабдоминальной онкологии за период 2020-2025 находились 6 больных с диагнозом инсулинома в возрасте от 45 до 72 лет. Основным клиническим проявлением явились чувство голода, нервозность, психомоторные нарушения и снижение зрения. Диагноз был установлен на основании клинико-лабораторных данных и результаты УЗИ и КТ исследования.

Результаты исследования. У 70% больных уровень гликемии находился ниже 3,0ммоль /л. У 3 больных опухоль находилась в хвостовой части поджелудочной железы и у 2 пациентов в теле и локализация в головку визуализирован у 1-го больного. В зависимости от размера и локализации инсулиномой было выполнено энуклеация опухоли у 2 больных, центральная резекция поджелудочной железы с панкреато-энтероанастомозом у 1 больной и резекция хвоста со спленэктомией у 3-х больных.

Выводы. Лидирующую позицию в лечении больных инсулиномой занимает хирургический метод. Объем хирургического вмешательства зависит от размера и локализации новообразования, рецидив заболевания не отмечено.

Муродов Д. Р., Сафаров Ш.Ф.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РЕЦИДИВА ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Кафедра хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонов ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н. Давлатов Дж.Ё.

Цель исследования. Улучшение результатов ранней диагностики рецидива эхинококкоза печени.

Материал и методы. Изучены отдаленные результаты хирургического лечения рецидива эхинококкоза печени на базе ГКБСМП на хирургическом отделении - 56 пациентов с 2016-2022годы. Из 56 пациентов 30(53,6%) наблюдение было мужского пола, а 26(46,4%) пациент женского пола. Рецидивы заболевания наиболее часто наблюдались в сроки до 1 года у 25(44,6%) больных, при этом в 6 наблюдениях отмечался 3-х кратный рецидив болезни в прошлом. В сроки от 1 до 2 лет у 23(27,4%) пациентов в 7(12,5%) наблюдениях отмечался 5-ти кратный рецидив заболевания. В отдаленные сроки от (2 до 5 лет) рецидивы заболевания имели место у 16(28,6%) больных, при этом у 11(19,6%) больных наблюдался 2-х кратный рецидив болезни.

Результаты исследования. Анализ показал, что послеоперационную антипаразитарную химиотерапию не получали 53(94,6%) больных из общего пациента. При исследовании 56 пациентов с РЭП живой паразит выявлен у 31(55,4%), мертвый в периоде ранних посмертных изменений – у 16(28,5%), мертвый в периоде поздних посмертных изменений – у 2(3,6%) и осложненный эхинококкоз - у 7(12,5%) больных. Характер осложнения рецидива эхинококкоза печени 5(8,9%) наблюдениях имел места нагноение эхинококковые кисты. В 2(3,6%) случаях прорыв в желчные ходы с явления механические желтуха. Одиночные кисты при первичных оперативных вмешательствах были у 29(51,8%), 2 кисты - у 8(14,3%) и множественные - у 19(33,9%) пациентов. Из этого количества 48(85,7%) пациент поступил в клинику после первичных оперативных вмешательств в различных лечебных учреждениях, 8(14,3%) больных ранее были оперированы в клинике.

Выводы. Таким образом, диспансеризация пациентов ранняя диагностика рецидива заболевания в течение 2-3 лет после операции. При ранней диагностике рецидива, выявленные эхинококковые кисты имеют небольшие размеры что позволяют провести раннее комплексные лечения, в том числе с использованием щадящих методов операции и антипаразитарные химиотерапии.

Муродов М.А., Рахмонов Дж.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ШЕЙНО-ГРУДНОЙ СИМПАТЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

Научный руководитель- д.м.н., профессор Султанов Д.Д.

Цель исследования. Изучить эффективность селективной шейно-грудной симпатэктомии (СШГС) по поводу акральной ишемии.

Материал и методы. Анализируются результаты выполненных СШГС 340 пациентам с болезнью (БР) (n=120) и синдромом Рейно, тромбозом и тромбозом пальцевых артерий (n=28). Мужчины составили 131, женщины – 209 в возрасте от 14 до 65 лет. Средний возраст составил 24,99±9,7 лет.

При оценке результатов были учтены нивелирование признаков ишемии, а также характер и частота развития специфических осложнений.

Результаты исследования. Летальных исходов во время и после операций не были отмечены. У пациентов с БР повреждение подключичной артерии наблюдалось в 2 случая в результате чрезмерной её тракции. Была произведена резекция травмированного сегмента с анастомозом конец в конец с благоприятным результатом. Самым легким осложнением являлось повреждение париетальной плевры при мобилизации симпатического ствола. Восстановление плевры не представляло технических трудностей. Данное осложнение отмечалось у 7 больных. Всего интраоперационных осложнений наблюдались в 9 (4,4%) случаев.

Неспецифические осложнения такие как: инфицирование послеоперационной раны, лимфоистечение, гематома среди пациентов с болезнью Рейно отмечались в 19 (9,6%) случаев. Брахиоплексит вследствие тракции нервов был отмечен в 3 случаях. Все они были преходящими, полное восстановление наступило в сроках до 1 месяца после операции. Одним из редких осложнений в ближайшем послеоперационном периоде являлся синдром Горнера, который развился у 5 больных и частично репрессировался в отдаленном периоде.

В группе с ККС повреждение париетальной плевры при выделении 1-го ребра было отмечено в 8 (8,2%) случаях. В послеоперационном периоде осложнения развились у 12 (12,2%) больных – гемоторакс (2), кровотечение (2), гематома послеоперационной раны (1), лимфорей (2), брахиоплексит (3) и инфекционные осложнения со стороны раны (2).

В группе пациентов с скаленус синдромом и с тромбозами и тромбоземболиями пальцевых артерий в послеоперационном периоде не было отмечено ни одно осложнение.

У пациентов с ДШР интраоперационно в 5 случаях отмечено повреждение плевры. В раннем послеоперационном периоде 8 пациентов отмечались малый гемоторакс вследствие повреждения плевры (1), брахиоплексит как следствие травмы нервов (3), повреждение сосуда и кровотечение (1), а также нагноение раны (2), лимфорей (1).

Выводы. Селективная шейно-грудная симпатэктомию является одним из сложных оперативных вмешательств и нередко сопровождается интра- и послеоперационными осложнениями. Она является единственным методом не прямой реваскуляризации верхних конечностей при различных патологиях сосудов, сопровождающихся острой и хронической ишемией. При компрессионных синдромах в сочетании синдромом Рейно симпатэктомию была показана как дополнение к основным декомпрессионным методам операции и направлена на восстановление кровообращения кисти.

Муродов Ш.Д., Махаммадиев А.А., Саидов Д.Х.

САМАРАНОКИИ ИСТИФОДАБАРИИ ҶУЗЪИИ МОНОКЕТО ҲАНГОМИ РИНИТИ АЛЛЕРГИКИИ ДОИМӢ

Кафедраи оториноларингология ба номи Ю.Б. Исҳоқӣ МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тоҷикистон
Роҳбари илмӣ - д.и.т., дотсент Махмудназаров М.И.

Мақсади таҳқиқот. Баҳодиҳии самаранокӣ маводи катрагии «Монокето» дар мавриди монотерапияи ринити аллергияи доимӣ мебошад.

Мавод ва усулҳо. Дар шӯъбаи Сурдолочии МД ММТ ҶТ «Шифобахш» 32 бемори синнашон аз 17 то 31 сола бо ринити аллергияи доимӣ муоина карда шуд. Аз онҳо 21 нафар мард ва 11 нафар зан буданд. Ҳамаи беморон аз муоинаи оториноларингологӣ ва рентгенографияи ҷавфҳои наздибинигӣ гузаронида шуданд. Беморон аз обиятравии зиёд аз бинӣ, душвории нафаскашӣ тавассути бинӣ, атсазании хуруҷмонанд, хориши бинӣ, дарди сар, ки дар давоми сол мунтазам азият медиҳад, шикоят доштанд. Дар вақти риноскопияи ковокии бинӣ ранги сафед ва ё мармаринранг, варамнокии пардаи луобии ковокии бинӣ ва садафаҳои поёнии бинӣ аз як ва ё ҳарду тараф, ихроҷоти луобии фаровон аз бинӣ мушоҳида мешавад. Дар рентгенографияи ҷавфҳои наздибинигӣ бошад, қариб ҳамаи беморон дараҷаҳои гуногуни камшавии ҳавонокӣ ва тирашавии ҷавфҳои ҷоғи боло аз як ё ҳарду тараф доштанд.

Беморон бо роҳи тасодуфӣ (рандомизатсия) ба 2 гурӯҳ ҷудо карда шуданд (асосӣ - 23 ва назоратӣ - 9 нафар). Тадқиқоти мазкур 10 рӯзи таъаббат ва марҳилаҳои назоратиро дар бар гирифт. Ба беморони гурӯҳи асосӣ дар баробари таъиноти дигар маводҳои доругӣ монокето низ, ки дар шакли катрагӣ буд, 2 катрагӣ 3 маротиба дар як шабонарӯз ба ковокии бинӣ ба муддати 10 рӯз таъин карда шуд. Беморони гурӯҳи назоратӣ дар ҳамаи муддат таъбаоти анъанавии зиддиаллергикӣ, ба монанди лоратадин 1 ҳаби 1 бор ба дарун (per os) дар як рӯз, називин 0,05% 2-3 катрагӣ 3 бор ба бинӣ дар як рӯз, шустани ковокии бинӣ бо маҳлули хлориди натрий 4-5 маротиба дар давоми рӯз қабул намуданд.

Меъёрҳои самаранокӣ таъаббат дар асоси вучуд доштан ва ё кам шудани нишонаҳои клиникӣ, инчунин тағйирот дар тасвири риноскопии ковокии бинӣ пас аз таъаббат гузошта шуда буд. Беҳатарии маводи катрагии «монокето» дар асоси таҳлили зудӣ ва шиддатнокии ҳолатҳои номатлуб дар беморон ҳангоми тадқиқот баҳо дода шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. То охири давраи таъаббат дар 23 (100%) бемори гурӯҳи асосӣ, ремиссия ва аз байн рафтани аломатҳо ба монанди душвории нафаскашӣ бо бинӣ, обиятравӣ аз бинӣ, атсазанӣ ва хориши бинӣ ба даст омад. Дар вақти муоинаи риноскопӣ варамнокии луобпарда ва садафаҳои ковокии бинӣ баргарафта гардиданд. Ҳангоми таъаббат бо монокето дар беморон ягон ҳолати номатлуб мушоҳида нагардид. Дар сурате ки дар 6 бемори гурӯҳи назоратӣ то анҷоми таъаббат, ба ғайр аз регрессияи аломатҳо ба монанди ихроҷоти бинӣ, атсазанӣ ва хориши бинӣ, ҳанӯз ҳам маҳкамшавии бинӣ, ки аз варамнокии пардаи луобӣ ва суфраҳои бинӣ вобаста буд, мушоҳида карда шуд. Дар 3 бемори ин гурӯҳ тамоми нишонаҳои беморӣ то ҳол боқӣ монданд ва беҳбудии тасвири риноскопӣ мушоҳида нашуд.

Хулоса. Хамин тариқ, тадқиқот нишон дод, ки истифодаи маводи зиддиаллергии "Монокето" дар шакли қатра аз ғуруҳи антигистаминӣ дар муқоиса бо табобати анъанавӣ ба бемор ва табиб имкон медиҳад, ки дар муддати кӯтоҳтарини табобат ба ремиссияи пурраи ринити аллергияи доимӣ муваффақ гардад.

Муродов Ш.Д., Саидов Д.Х., Юсупов А.А.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕФОРМАЦИЙ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА У ДЕТЕЙ

Кафедра оториноларингологии имени Исхаки Ю.Б. «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - ассистент Юсупов А.Ш.

Цель исследования. Оценка эффективности малоинвазивных методов хирургии перегородки носа у детей с различными деформациями.

Материал и методы. В детском ЛОР-отделении ГУ Национального медицинского центра Республики Таджикистан под нашим наблюдением находилось 74 ребёнка с различными формами деформации носовой перегородки. Возраст пациентов составил от 9 до 14 лет, из них 51 мальчиков и 23 девочек. У 24 пациентов наблюдалось S-образное искривление носовой перегородки, у 11 пациентов - вывих и смещение четырёхугольной хрящи, у 21 пациента - S-образное искривление, ещё у 18 детей наблюдалась деформация носовой перегородки в виде шипа и гребня. Предоперационное обследование включало эндоскопию носа и носоглотки, лабораторные анализы, рентгенологическое исследование, а также изучение функционального состояния носа.

Результаты исследования. В результате исследований пациентов с деформацией носовой перегородки выявлено значительное нарушение функционального состояния носа, что стало основанием для проведения хирургического вмешательства. Все операции проводились под общим эндотрахеальным наркозом. При S-образном искривлении перегородки носа выпрямляли искривлённую часть перегородки носа путём резекции веерообразных линий со стороны выступа перегородки носа. В случаях вывиха и смещения костной части перегородки мы отделяли хрящевую часть от костной части медиальной стенки горизонтальными и вертикальными разрезами, что позволяло наклонить перегородку в желаемом направлении. У пациентов с искривлением носовой перегородки в виде шипа и гребня малоинвазивная резекция хрящевой или костной части проводилась только на стороне грубой деформации. Отдалённые положительные результаты наблюдались у 49 пациентов в сроки от 6 месяцев до 1 года. При этом у 56 (75,7%) прооперированных больных результат лечения был хорошим, а у 17 (22,9%) - удовлетворительным функциональным, что выражалось в восстановлении или улучшении носового дыхания. Неудовлетворительный результат отмечен у 1 (1,4%) пациента в связи со смещением 4-угольного хряща перегородки носа в прежнее положение, что потребовало повторной септопластики с частичной резекцией квадратной части носовой перегородки.

Выводы. Консервативные варианты септум-операции можно успешно применять, начиная с детей в возрасте 8-9 лет. В этом случае следует специально изучить абсолютные показания к минимально инвазивной хирургии перегородки носа и минимально инвазивный подход ко всем типам тканей перегородки носа.

Хасанова М.Р.

НАРУШЕНИЕ ГОЛОСА У ДЕТЕЙ С АДЕНОИДНЫМИ ВЕГЕТАЦИЯМИ

Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - ассистент Муродова П.Ф.

Цель исследования. Изучение влияния аденоидных вегетаций на голосовую функцию у детей, а также анализ методов диагностики, терапии и восстановления голосовой функции, связанных с гипертрофией аденоидов. Особое внимание уделяется оценке эффективности хирургического вмешательства, направленного на восстановление нормального функционирования голосового аппарата.

Материал и методы. В исследование было включено 17 детей в возрасте от 3 до 12 лет, страдающих гипертрофией аденоидов. У всех пациентов был проведен комплексный медицинский осмотр, который включал консультацию оториноларинголога и фониатра, а также эндоскопическое обследование носа, носоглотки и гортани для оценки состояния аденоидных вегетаций и состояния дыхательных путей. Для диагностики нарушений голосовой функции проводилась акустическая оценка голоса, которая включала анализ параметров тембра, высоты, силы и продолжительности звука. Также измерялось время максимальной фонации, что позволяло судить о наличии нарушений в голосовом аппарате. В некоторых случаях использовалась рентгенография для детальной оценки состояния носоглотки и размеров аденоидов.

Результаты исследования. Нарушения голоса были выявлены у 70% детей с аденоидными вегетациями. Среди них у большинства детей наблюдались симптомы хрипоты и носового звучания голоса. У 30% детей с гипертрофией аденоидов не было выявлено значительных нарушений голоса, что указывает на возможное отсутствие выраженной гипертрофии или на индивидуальные особенности голосовой функции. Нарушения голоса и речи, как правило, коррелировали с увеличением размера аденоидов, а также с хроническим воспалением носоглотки. После проведения хирургического вмешательства (аденотомия) в 80% случаев была зафиксирована значительная нормализация голосовой функции. В течение двух месяцев после операции наблюдалось улучшение тембра, уменьшение носового звучания и восстановление нормального дыхания.

Выводы. Аденоидные вегетации играют ключевую роль в нарушении голосовой функции у детей, поскольку блокируют носовое дыхание, что влияет на резонаторные функции голосового аппарата. Своевременная диагностика и терапия, включая хирургическое лечение, такие как аденотомия, могут существенно улучшить голосовую функцию и качество жизни ребенка. Раннее вмешательство важно для предотвращения долговременных нарушений речи

и развития хронических заболеваний. Важно, чтобы дети с гипертрофией аденоидов находились под регулярным наблюдением ЛОР - врача и фониатра для своевременного обнаружения нарушений голосовой функции и принятия соответствующих мер. Данное исследование подчеркивает необходимость комплексного подхода в лечении аденоидных вегетаций у детей, который должен включать как медицинские, так и хирургические методы коррекции. Регулярные обследования и адекватное лечение могут предотвратить прогрессирование нарушений речи и голоса, а также улучшить качество жизни детей с подобными заболеваниями.

Муродова А.Ф.

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АФОНИЕЙ И ПАРЕЗАМИ ГОРТАНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АККУПУНКТУРНОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Холматов Д.И.

Цель исследования. Диагностика и комплексное лечение функциональной афонии с парезами гортани.

Материал и методы. В условиях ЛОР клиники ГУ НМИЦ «Шифобахш», после оториноларингологического осмотра, ларингологическому и фониатрическому обследованию подверглись 10 больных с парезами гортани и 10 больных с функциональной афонией (I основная группа). Для контроля провели ларингологическое обследование 10 здоровых людей (II контрольная группа). Исходя из поставленных цели и задач, нами проведены следующие методы исследования гортани: прямая и непрямая ларингоскопия, эндовидеоларингоскопия с фотофиксацией, а также общий оториноларингологический осмотр.

Результаты исследования. Из числа больных I-й группы, по данным эндоларингоскопии, у больных с парезами гортани обнаружили неполное смыкание левой голосовой складки, все эти больные связывали нарушение голоса с ранее струмэктомией. У больных с функциональной афонией обнаружили не полное смыкание обеих голосовых складок, причиной тому были в основном нервно-срывы на бытовой почве.

У контрольной группы все оториноларингологические исследования соответствовали норме, а функциональное исследование голоса также каких-либо отклонений от нормы.

Больным с парезами гортани провели комплексное противовоспалительное, гормональное и физиотерапевтическое лечение. В качестве основного лечения провели курс акупунктурной иглорефлексотерапии. Больным с функциональной афонией назначили седативную терапию, расслабляющий общий массаж и акупунктурную.

Выводы. Следует отметить, что алгоритм исследований и выбранного курса лечения оказали благоприятное воздействие на голосовой аппарат, однако решающим фактором в оздоровлении голосового аппарата считаем и акупунктурную, так как резкий прогресс получен именно после данной методики лечения.

Муродова П.Ф.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОРТАНИ У ВОКАЛИСТОВ

Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Холматов Д.И.

Цель исследования. Определение структуры и особенностей клинических проявлений острых и хронических ларингитов у вокалистов-профессионалов.

Материал и методы. Обследован 48 профессионалов в возрасте от 18 до 71 года (средний возраст $47,3 \pm 17,6$ года) с диагнозом: хронический атрофический ларингит, обратившихся в ЛОР - клинику ГУ НМИЦ «Шифобахш» в течение 2023-2024 гг. Все больные в основном жаловались на охриплость голоса, либо полное отсутствие. Мужчин 24 (50,0%), женщин 24 (50,0%). Клиническое состояние гортани оценивали методом видеозндоствобоскопии.

Результаты исследования. Острый профессиональный ларингит дифференцировали с физиологической гиперемией голосовых складок или «рабочей гиперемией», которая возникала сразу после голосовой нагрузки. В отличие от острого ларингита она проходила через несколько часов голосового покоя. Также дифференцировали с острым вирусным или вирусно-бактериальным ларингитом. Развитию процесса в гортани предшествовали переохлаждение, ринит, боль в глотке, кашель сухой или с небольшим количеством мокроты, повышение температуры тела, ухудшение общего состояния. Пациенты жаловались на выраженную осиплость. При осмотре слизистая оболочка всех отделов гортани была ярко гиперемирована, с выраженной сосудистой инъекцией голосовых складок, слизистой оболочки голосовых складок, большим количеством слизистого отделяемого и снижением тонуса голосовых складок. При вирусно-бактериальном ларингите отмечалось наличие слизисто-гнойного отделяемого. Колебания голосовых складок асимметричные, нерегулярные, фаза контакта укорочена. Форма фонационной щели овальная или широкая линейная.

Хронический атрофический ларингит диагностировали у 31,6% пожилых пациентов, а также у 26,3% больных с бронхиальной астмой, длительно получавших топические глюкокортикостероиды, и у 42,1% — с сахарным диабетом. У всех обследованных выявлены атрофические изменения не только слизистой оболочки гортани, но и глотки.

Данные видеозндоствобоскопии (вне обострения): истончение и сосудистая инъекция слизистой оболочки гортани, сухость слизистой оболочки голосовых складок с вязкой мокротой. Тонус голосовых складок снижен, фонационная щель овальной или широкой линейной формы. Колебания асимметричные, нерегулярные, малой амплитуды, слизистая волна малая, фаза контакта отсутствует. Для обострения процесса характерны яркая гиперемия слизистой оболочки гортани, умеренная голосовых складок, образование вязкой слизи и корок.

Выводы. При диагностике причин дисфонии у лиц голосоречевых профессий следует помнить как о профес-

сиональных ларингитах, связанных с голосовыми перегрузками и несоблюдением правил охраны и гигиены речевого и певческого голоса, так и о ларингитах, обусловленных курением и патологией различных органов и систем. Только раннее выявление и своевременное лечение ларингитов позволят сохранить профессиональное долголетие данной категории пациентов.

Муслихиддинова С.Ш., Забиров М.Ф
ПЕРЕЛОМЫ БЕДРА У ДЕТЕЙ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Юнусов И.А.

Цель исследования. Оценка особенностей диагностики и лечения переломов бедра у детей при сочетанных травмах, анализ современных методов лечения и реабилитации, а также исследование эффективности различных подходов в лечении этих травм.

Материал и методы. В рамках исследования было проведено ретроспективное обследование 150 пациентов в возрасте от 3 до 14 лет, перенесших сочетанную травму с переломом бедра. Включены дети, поступившие в травматологические отделения в период с 2018 по 2023 годы. Для диагностики использовались рентгенография, компьютерная томография и ультразвуковое исследование. Лечение проводилось как консервативным, так и хирургическим методом в зависимости от тяжести травмы. Реабилитация включала физиотерапию, лечебную физкультуру и массаж.

Результаты исследования. Из 150 обследованных детей с сочетанными травмами перелом бедра был диагностирован в 25% случаев. Наиболее частыми травмами, сопутствующими перелому бедра, были черепно-мозговые травмы (в 18% случаев) и повреждения внутренних органов (в 12% случаев). У 75% пациентов, получивших хирургическое лечение (операция и стабилизация с помощью внутренних фиксаторов), отмечено более быстрое восстановление двигательной активности и сокращение периода госпитализации на 30% по сравнению с пациентами, лечившимися консервативно. Результаты лечения у детей, прошедших реабилитацию в первые 6 недель, показали высокий уровень восстановления: 85% детей восстановили полную функцию конечности.

Выводы. Перелом бедра при сочетанной травме у детей требует комплексного подхода к диагностике и лечению. Раннее хирургическое вмешательство, сопровождаемое активной реабилитацией, способствует более быстрому восстановлению и сокращению срока госпитализации. Важно внедрение современных методов диагностики для своевременной оценки состояния ребенка и выбор оптимального метода лечения. Мультидисциплинарный подход, включая травматолога, хирурга и реабилитолога, существенно повышает шансы на успешное восстановление.

Муслохиддинова С.Ш., Мираков Б.Т., Гафурзода М.М.
КОРРЕКЦИЯ НЕПРАВИЛЬНО СРАСТАЮЩИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ ГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н., доцент Мирзоева С.М.

Цель исследования. Изучить результаты лечения неправильно срастающихся переломов конечностей у детей консервативным способом, методом остеоклазии.

Материал и методы. Нами изучены результаты лечения 215 детей с неправильно срастающимися переломами конечности по данным истории болезни и амбулаторных карт детского травматологического отделения НМЦ РТ за 3 года, в возрасте от 2-х до 14 лет. Мальчиков было 120, девочек - 95. Остеоклазия, как метод коррекции проводилась пострадавшим с переломами различной локализацией: плечевой кости у 17 (7, 8%,) детей, костей предплечья у 136 (63,2%), бедренной кости 24 (11,5%), костей голени 38 (17,5%). Первое место по частоте вмешательств занимал дистальный конец предплечья (17,5%). При переломах обеих костей в этом отделе чаще возникали показания для коррекции только лучевой кости, так как смещение локтевой кости отсутствовало, или было незначительным, и обычно наступало полное сращение отломков. В ранние сроки даже небольшое искривления локтевой кости стремились устранить. При переломах костей голени также нередко возникали показания к коррекции методом остеоклазии. Недостаточная иммобилизация и недостаточный контроль часто являлись причиной возникновения угловых смещений, который нельзя считать допустимыми. Очень результативным была остеоклазия при искривлениях оси бедренной кости. Показания для исправления деформаций плечевой кости возникали не часто и только при метафизарных переломах.

Результаты исследования. Коррекцию неправильно срастающейся перелома производили у 24 детей в возрасте до 3 лет, у 47 детей от 4-6, у 58 детей от 7-10 и у 81 ребенка от 10-14 лет. Сроки вмешательства колебались в значительных пределах и зависели от локализации и характера перелома, величины смещения и возраста ребенка. В подавляющем большинстве случаев решающее значение при определении возможности вмешательства принадлежит рентгенологическому исследованию. Результаты лечения показали, что в 97,6% случаев получен хороший результат. У 3 детей снова наступило вторичное смещение. Причиной смещения была рано снятая иммобилизация. Осложнений в результате остеоклазии мы не наблюдали. Следует особо подчеркнуть, что к остеоклазии надо подходить, как к ответственному мероприятию. Показания к ней должны быть обоснованы клиническим и рентгенологическим изучением больного.

Выводы. Остеоклазия является технически простым и вместе с тем достаточно эффективным и малотравматичным методом устранения неправильно срастающихся переломов конечности у детей. В ряде случаев она позволяет уменьшить сроки полного выздоровления и в определенной степени сузить рамки показаний для оперативного лечения последствий переломов у детей.

Мустафакулов С.С., Мирзокаримова Н.С., Каримова М.Р.
ЧАСТОТА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПРОСТАТИТА У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕЙКЕМИЕЙ

Кафедра урологии имени профессор Осими,
Кафедра внутренних болезней №3, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - д.м.н., профессор Мустафакулова Н.И.

Цель исследования. Изучить частоту и особенности течения простатита у пациентов с лейкоемией.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 24 пациента с острой миелоидной лейкоемией в возрасте от 43 до 67 лет. Пациенты были разделены на 2 группы: в 1 группу вошли 12 пациентов с сочетанием простатита и острой миелоидной лейкоемией, во 2 группу вошли 12 пациентов с острой миелоидной лейкоемией без простатита. Контрольную группу составили 15 здоровых лиц. Были проведены общеклинические, биохимические и инструментальные исследования, включая стерильную пункцию, пальцевое ректальное исследование, трёхстаканную пробу мочи, анализ секрета предстательной железы, ПЦР на инфекции, передаваемые половым путём (ИППП), определение простата - специфического антигена (ПСА) для исключения рака простаты, трансректальное УЗИ (ТРУЗИ) предстательной железы, МРТ простаты по показаниям. Биопсия простаты проводилась при подозрении на злокачественный процесс. Исследовался гормональный фон (тестостерон).

Результаты исследования. Пациенты 1-й группы чаще жаловались на дизурические расстройства (80%), боль в промежности (75%), повышение температуры тела (43%), озноб (40%), слабость, утомляемость, слизистогнойные выделения из уретры (33%), эректильную дисфункцию (30%) и снижение уровня тестостерона (30%). У пациентов 2-й группы дизурические расстройства отсутствовали. В гемограмме у пациентов 1-й группы выявлены анемия тяжёлой степени и гиперлейкоцитоз. Воспалительные маркеры (уровень СРБ и прокальцитонина) были значительно выше в 1-й группе (СРБ >60 мг/л, прокальцитонин >2,5 нг/мл), что свидетельствует о более выраженном воспалительном процессе. Бактериологический посев мочи у пациентов 1-й группы в 78% случаев выявил *E. coli*, *Staphylococcus aureus*, чувствительные к карбапенемам. На УЗИ предстательной железы у пациентов 1-й группы выявлено увеличение размеров простаты (>30 см³), снижение эхогенности, участки воспалительной инфильтрации. Во 2-й группе подобных изменений не отмечалось. КТ малого таза: у 45% пациентов 1-й группы визуализированы гипоехогенные участки, характерные для лейкозной инфильтрации.

Выводы. У пациентов с лейкоемией и простатитом чаще встречается тяжёлая форма воспаления, сопровождающаяся выраженным лейкоцитозом, повышением уровня СРБ и прокальцитонина, а также снижением уровня тестостерона. На УЗИ и КТ выявляются значительные структурные изменения в предстательной железе у пациентов с простатитом и лейкоемией, включая лейкозную инфильтрацию и абсцессы.

Мухаббатова Х.Дж.

ОЦЕНКА РИСКА ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОДНОМОМЕНТНОГО И ДВУХМОМЕНТНОГО УДАЛЕНИЯ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибн Сино
Научный руководитель - к.м.н., доцент Абдувахидов А.А.

Цель исследования. Определить прогностические критерии высокого риска развития инфекционных осложнений.

Материал и методы. В исследование были включены больные с диагнозом АПЖ, 68 подтвержденным проведением ультразвукового исследования предстательной железы, результатами использования международной шкалы IPSS. Средний возраст пациентов составлял 65 лет (от 51 до 74 лет). Пациенты были разделены на 2 группы – 35 человек в группе №1 и 33 человек в группе №2. Группы оказались сопоставимы по соотношению проведения различных видов аденомэктомии, возрасту, частоте встречаемости в предоперационном периоде воспалительных заболеваний мочеполовой системы. Среди больных, включенных в исследование 51 (75%) была проведена одномоментная, а 17 (25%) двухмоментная аденомэктомия. Отведение мочи методом цистостомии при двухэтапной аденомэктомии в среднем осуществлялось в течение $29 \pm 0,3$ дней (от 19 до 44 дней). Исследование состояло из 2 периодов. По результатам первого периода исследования проводился анализ влияния клинических и лабораторных предоперационных факторов на частоту развития инфекционно-воспалительных осложнений. Диагностика воспалительных заболеваний органов мочеполовой системы в пред- и послеоперационном периоде проводилась на основании жалоб, анамнеза заболевания, результатов осмотра, лабораторных и инструментальных методов обследования. Набор лабораторных методов обследования в предоперационном периоде включал в себя: оценку показателей общеклинического анализа крови (ОАК), анализа крови на определение уровней глюкозы, креатинина, мочевины, фракций билирубина, показателей общеклинического анализа мочи (ОАМ).

Результаты исследования. По результатам первого этапа исследования частота развития инфекционно-воспалительных осложнений более высокая после проведения двухмоментной по сравнению с одномоментной аденомэктомией у пациентов возрастной категории. В выборке пациентов ограниченной возрастными рамками – 63-68 лет в ходе исследования также выявили более высокую частоту развития после двухмоментной аденомэктомии как всех осложнений в целом (64% после одномоментной и 100% после двухмоментной аденомэктомии ($p=0,03$)), так и каждого – пиелонефрита (90% соответственно ($p=0,03$)), цистита (64% и 100% соответственно ($p=0,03$)) и простатита (16% и 54% соответственно ($p=0,04$)) в отдельности. В других возрастных категориях разница частоты встречаемости послеоперационных осложнений при проведении одно- и двухэтапной аденомэктомии отсутствовала или была незначительной. Оценивалось влияние на исход оперативных вмешательств наличия у больных заболеваний: хронический пиелонефрит, хронический цистит, хронический простатит и наличия любой из перечисленных нозологий. В

группе больных старше 55 лет в сочетании с бактериурией был отмечен достоверно более высокий риск развития послеоперационного простатита при двухэтапной аденомэктомии – 18,8% после одноэтапной и 52,2% после двухэтапной аденомэктомии ($p=0,04$). Предоперационные факторы – хронический простатит, протеинурия 0,4 г/л, возраст 63-68 лет – могут быть предикторами развития осложнений после чреспузырной аденомэктомии при АПЖ.

Выводы. При выборе метода аденомэктомии при аденоме простаты следует учитывать дополнительные к общепринятым факторам развития послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений: наличие в анамнезе хронического простатита, возраст, протеинурия. Наибольший риск послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений при проведении двухмоментной аденомэктомии зарегистрирован у мужчин в возрасте 63-68 лет, при протеинурии $>0,4$ г/л (по данным общеклинического анализа мочи), при наличии в анамнезе хронического простатита.

Мухаббатов Х.Дж., Садулов А.М., Набиев Б.И.

СПОСОБ ПОЛНОЙ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ РЕПОЗИЦИИ ИЛЕОКОНДУИТА ПРИ ОПЕРАЦИИ БРИКЕРА

¹Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”.

²ГУ “Республиканский научно – клинический центр урологии”. Таджикистан.

Научный руководитель- к.м.н. доцент Мираков Р.С.

Цель исследования. Уменьшение контакта кишечного трансплантата с брюшной полостью. Снижение риска инфекции брюшной полости. Предупреждение формирования спаек между илеокондуитом и брюшными органами. Упрощение доступа к стоме при последующем уходе.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 21 пациентов в возрасте от 24 до 76 в период с 2018-го по 2024 г. который из них: мужчин -18 и 3-женщин на базу кафедры урологии им. Осими А.С. ТГМУ имени Абуали ибни Сино оперированы способ полной экстраперитонеальной репозиции илеокондуита при операции Брикера: инвазивный рак мочевого пузыря-14, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря-2, интерстициальный цистит-3, лучевой цистит – 1, экстропия мочевого пузыря-1.

Результаты исследования. В целом у 21 пациентов (100%) операция проведена. Продолжительность операций составила от 90 до 120мин. В удовлетворительном состоянии с первичным заживлением раны были выписаны 8-пациентов. Осложнения во время операции: кровотечение у 3-х больных. После операционном периоде: Несостоятельность кишечного анастомоза у 2-х больных. Частичная несостоятельность мочеточниково-конduitного анастомоза у 3-х. Инфекционных осложнений у 2-х больных. Смертные случаи у 1-го больного (больной с сахарным диабетом).

Выводы. Полная экстраперитонеальная репозиция илеокондуита при операции Брикера обладает рядом преимуществ перед стандартной методикой, при которой илеокондуит располагается частично или полностью внутри брюшной полости. Эти преимущества связаны с меньшим риском осложнений и улучшением долгосрочных результатов для пациента. Полная экстраперитонеальная репозиция илеокондуита при операции Брикера — это прогрессивный подход, который снижает риск осложнений, улучшает заживление и повышает комфорт пациента в послеоперационном периоде. Несмотря на более сложное выполнение, этот метод становится предпочтительным выбором для пациентов с высоким риском осложнений или требующих максимальной надежности результатов.

Мухаббатов Х.Дж.¹, Шаропова М.Х.^{1,2}

РАССТРОЙСТВО МОЧЕИСПУСКАНИЯ У БОЛЬНЫХ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫМИ ИСХОДАМИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹Кафедра урологии имени Осими А.С.

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

²Международная клиника «Ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель - к.м.н., доцент Абдувахидов А.А.

Цель исследования. Усовершенствование лечения и диагностики нарушений мочеиспускания у больных с неудовлетворительными результатами после трансуретральной резекции предстательной железы (ТУРПЖ) и открытая аденомэктомия (ОА).

Материал и методы. Нами обследованы 85пациентов после ТУРПЖ и ОА. Средний возраст больных был $(64,2 \pm 2,3)$ года. Оперативное лечение выполнено этим больным в среднем за $(2,3 \pm 0,63)$ года до уродинамического исследования (УИ). 52 (61,17 %) больным была выполнена ТУРПЖ, 33 (38,8 %) пациентам-ОА. Длительность заболевания составила $(4,3 \pm 0,5)$. Обследование включало в себя сбор анамнеза, оценку жалоб, анкетирование больных по Международной шкале оценки симптомов заболеваний предстательной железы (IPSS), ультразвуковое исследование почек, ПЖ и мочевого пузыря с определением остаточной мочи, УИ с выполнением урофлоуметрии и микционной цистометрии, у больных с НМ определяли профиль уретрального давления. 52 больных после выполнения ТУРПЖ и 33 пациентов после ОА, у которых сохранялись нарушения мочеиспускания после оперативного лечения аденомы предстательной железы (АПЖ), были обследованы с использованием УИ. 31 пациентов с уродинамически доказанными гиперактивностью детрузора(ГД), ургентным НМ и отсутствием инфравезикальной обструкции(ИО) получали лечение м-холинолитиками (солифенацин 5 или 10 мг 1 раз в день перорально, 3 мес). 28 пациентам с уродинамически доказанной гипоактивностью детрузора назначали α -адреноблокатор (тамсулозин 400 мг 1 раз в день перорально, 3 мес). 15 пациентов у которых, по данным УИ, выявили сочетание ГД в фазу наполнения мочевого пузыря и гипоактивность в фазу опорожнения мочевого пузыря, проводили периферическую нейромодуляцию п.

tibialis posterior 1 раз в неделю в течение 3 мес. 10 больным со стрессовым НМ назначали упражнения для мышц тазового дна и их электростимуляцию. При неэффективности этих мероприятий 1 пациентам произвели установку сетчатого слинга в бульбозном отделе уретры.

Результаты исследования. У 51 (39,9 %) больного была выявлена ГД, у 21 (16,4 %) — гипоактивность детрузора, у 25 (19,5 %) — сочетание ГД в фазу накопления и гипоактивности детрузора в фазу опорожнения мочевого пузыря, у 22 (17,2 %) — ИО. Ургентное НМ было диагностировано у 10 больных, а стрессовое и смешанное с преобладанием стрессового компонента — у 9. Таким образом, основной причиной нарушений мочеиспускания у больных после оперативного лечения АПЖ были такие нарушения функции детрузора, как гиперактивность, гипоактивность и их сочетание. Лечение назначали в зависимости от причин расстройств мочеиспускания. После лечения мирабегроном сумма баллов по шкале IPSS снизилась с $22,4 \pm 3,7$ до $13,6 \pm 3,8$ ($p < 0,05$), а качество жизни улучшилось с $4,4 \pm 1,3$ до $(2,3 \pm 0,2)$ балла ($p < 0,05$). После периферической тиббиальной нейромодуляции сумма баллов по шкале IPSS уменьшилась с $29,4 \pm 5,7$ до $16,6 \pm 4,8$ ($p < 0,05$), а качество жизни улучшилось с $4,6 \pm 1,3$ до $(2,4 \pm 0,2)$ балла ($p < 0,05$). Симптоматическое улучшение было достигнуто у 10 из них. 21 пациенту при сочетании ГД в фазу наполнения мочевого пузыря и его гипоактивности в фазу опорожнения мочевого пузыря после назначения α -адреноблокатор (тамсулозин, по 400 мг 1 раз в день, 3 мес).

Выводы. Для установления причины нарушений мочеиспускания после оперативного лечения по поводу ДГПЖ показано полное уродинамическое обследование. Точная уродинамическая диагностика особенностей и причин нарушений функции нижних мочевых путей у больных с недержанием мочи определяет выбор лечения.

Мухаббатов Х.Дж., Садулов А.М.

ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТНОГО ФАКТОРА НА РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЦИСТИТА У ЖЕНЩИН

Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. Таджикистан.

Научный руководитель - доцент., к.м.н. Абдувахидов А.А.

Цель исследования. Изучение факторов, влияющих на развитие хронического цистита у женщин старшей возрастной группы

Материал и методы. В исследование включили 117 женщины с ХЦ. Пациенток распределили на три возрастные группы: 1-я группа – от 18 до 40 лет; 2-я группа – от 41 до 60 лет; 3-я группа – пожилой возраст (60 лет и старше). В 1-ю группу включили 51 пациенток, во 2-ю группу – 39 и в 3-ю группу – 27 пациентки. Также внутри возрастных групп выделялись по две подгруппы: пациентки с лейкоплакией мочевого пузыря и без нее. Всем пациенткам проводили цистоскопию, в возрастных группах учитывали частоту обострений, выраженность болевого синдрома и нарушений мочеиспускания, использовали опросник PUF Scale, оценивали дневники мочеиспускания.

Результаты исследования. Встречаемость метаплазии (лейкоплакии) эпителия падала с возрастом (71, 50, 11%). Выявлено, что частые обострения (три и более в год) были более характерны для женщин молодого и среднего возраста. В младшей группе женщин частые обострения фиксировались в 69% случаев, в средней — в 59% и в старшей — лишь в 25% случаев. Данные анкетирования (PUF Scale) показали нарастание выраженности симптомов ХЦ у женщин с возрастом. В младшей, средней и старшей группах средний балл составил 10, 13, 17 соответственно. По данным дневников мочеиспускания выявлено нарастание частоты мочеиспусканий в дневные и ночные часы, а также уменьшение эффективного объема мочевого пузыря с возрастом. В то же время результаты анкетирования по PUF Scale и данные дневников мочеиспускания свидетельствуют о большей выраженности симптоматики у пациенток с лейкоплакией во всех возрастных группах.

Выводы. Выраженность клинической симптоматики заболевания при ХЦ у женщин увеличивается с возрастом, несмотря на снижение встречаемости лейкоплакии, что связано с присоединением связанных с возрастом факторов патогенеза.

Мухаммадиева Д.И, Шарифов Ш.Ш.

ВРОЖДЁННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ

ООО «Богистон». Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Ибодзода С.Т.

Цель исследования. Обратить внимание на проблему родственных браков и рождение в таких семьях детей инвалидов, уродств и обсудить с населением вопрос введения в стране процедуры обязательного освидетельствования будущих молодожёнов, чтобы знать, насколько здоровое потомство они могут произвести. С целью ранняя диагностика (выявление) и профилактика врождённых пороков развития у детей по району Рудаки с 2020-2024гг.

Материал и методы. За анализируемый период с 2020 по 2024гг. в условиях районная больница района Рудаки, родильного отделения, выявлено дети врожденным различных пороков развития полости рта, носа, глаза, черепа и других родильного отделение, выявлено дети врожденным различных пороков развития полости рта, носа, глаза, черепа и других органов и систем. У всех рожениц и их мужья собрано анамнез, родственные связи, состояние семейной жизни, вредные привычки (приём алкоголя, пиво, курение и применение наркотических препаратов), инфекционные заболевание, перенесённые заболевание передающимся половым путём, условия работы мужа и жены, все пациентки до родов предварительного осмотрены врачами акушер-гинекологами и проведены клинические обследования, УЗИ матки, придатков, молочных желез и плод. Общее количество женщин РРД район Рудаки составляет 218,844 тысяч, которая взята 100,0%, из них детородный возраст составляет 112,844 тысяче женщин. Процентное соотношение мы вычислили из общее количество женщин. Общая количество родов в год в среднем составляет 8000 родов. Статистическая обработка данных проводилась с использованием компьютеризированного пакета программ-

Результаты исследования. Врожденные пороки развития верхней и нижней конечности-хондродисплазия течения 5 лет в антенатальном периоде у 19 мертворожденных детей обнаруживалась эмбриофетопатия, которые у 3247 детей короткие руки и ноги в % соотношении показывает 3,19% эта врожденная патология занимает первое место. Отсутствие верхней и нижней конечности встречалось у 1 живого ребенка в интранатальном периоде и его выписали домой. У троих из этих детей имело место родственная связь.

Второе место занимает 5 детей с короткими шеями и косоплоскостность, которая составляет 2,28%. В нашей работе появился 1 род «Сиамики близнецы», которые были мертворожденными в антенатальном периоде. По опросам беременные женщины работали на поле при температуре +44 до +45, которые принимали большие дозы кислых продуктов, болели гриппом, циститом, принимали парацетамол, антибиотики. У 7 беременных женщин данная патология повторялась 2 или 3 раза. Полидактилия в нашей работе в антенатальном периоде не встречалась, а в интранатальном периоде встречалась 7 детей, которая составляет 3,19% Синдактилия в антенатальном и интранатальном периоде встречалась у 1 детей которая составляет по 0,45%(5-6). Сращенные близнецы (Сиамики близнецы) обнаружили в антенатальном периоде у 1 плода, которая составляет 0,45%. В 75% случаев такие младенцы появляются на свет мертвыми или погибают сразу после рождения. Косоплоскостность в антенатальном периоде встречалась у 2 детей, которая составляет 0,91%. Отсутствие верхней и нижней конечности встречалось у 1 живого ребенка в интранатальном периоде и его выписали домой. Гидроцефалия патология, которое встречается в большом процентом соотношении и составляет в антенатальном периоде у 31 плодов, которое составляет 14,1 %. В интранатальном периоде это цифра падает на 7 детей, которая составляет 3,2 из них у 3 беременных обнаруживается родственная связь. Микроцефалия встречалась у 7 плодов в антенатальном периоде, которое составляет 3,2%. В интранатальном периоде микроцефалия обнаруживалась у 5 детей составляющий 2,3%. Из них 4 детей отмечается родственная связь. Аэнцефалия (отсутствие черепа) в интранатальном периоде отмечалось у 7 плодов, составляющей 3,2%. В антенатальном периоде аэнцефалия встречалась у 1 ребенка составляющей 0,45%. Родственная связь из 8 плодов отмечалось у 1 плода. Грыжа головного мозга в общем встречалась у 6 плодов; 2 в интранатальном периоде -0,91%, а в антенатальном периоде у 4-1,82%. Родственная связь обнаруживалась у 2 плодов. Спинномозговая грыжа встречалась в большом проценте в интранатальном периоде у 14 детей, которая составляет 6,4%, в антенатальном периоде у 4 плодов, составляет 1,82%. Родственная связь обнаруживалась у 3 детей. Полное недоразвитие спинного мозга в антенатальном периоде не встречалось, в интранатальном периоде 1 ребенка, составляющей 0,45%. Дислокация половых органы, уродства черепа в антенатальном периоде 1 ребенка 0,45%.

Выводы. Врожденные аномалии верхних и нижних конечностей, черепа и позвоночника обусловлены нарушением нормального формирования конечностей и нервной трубки в внутриутробном периоде. Наибольшее значение при возникновении врожденных аномалий верхних конечностей имеет воздействие тератогенных факторов (инфекционные заболевания, прием алкоголя, некоторых лекарственных средств, ионизирующее излучение, наследственные заболевания самой матери, применение больших доз кислых продуктов во время 1-3 месяцев беременности, рентгеновские, гамма лучи) на 3-7 неделях беременности зачастую причины возникновения врожденных аномалий верхних конечностей, черепа и позвоночника остается неизвестной.

Муҳиддинов З.В., Насриддинзода Б., Мухаммадиев Ф.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТАМСУЛОЗИНА У БОЛЬНЫХ С УРЕТЕРОЛИТИАЗОМ

Кафедра Урологии имени профессора Осими А.С., ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Абдувохидов А.А.

Цель исследования. Оценить эффективность применения тамсулозина для способствования отхождению конкрементов в мочеточниках у пациентов с уретеролитиазом.

Материал и методы. В рамках данного исследования проанализировано лечение 65 пациентов с уролитолизом и конкрементами в различных отделах мочеточников. Исследование носило ретроспективный и проспективный характер. Возраст пациентов варьировался от 16 до 60 лет. Пациенты были обследованы в кафедре урологии имени профессора Осими А.С. ТГМУ имени Абуали ибни Сино в Международной клинике "Ибни Сино". В условиях поликлиники всем пациентам были проведены следующие общеклинические исследования: ультразвуковая диагностика почек и мочевыводящих путей, общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (определение концентрации мочевины и креатинина), обзорная и экскреторная урография, а также безконтрастная компьютерная томография почек.

В ходе исследования пациенты были разделены на две сопоставимые группы по диагнозам и клиническому течению заболевания. В первую, основную группу, были включены 43 пациента, которым в схему лечения был добавлен блокатор альфа-1-адренорецепторов – тамсулозин, назначаемый в дозировке 0,4 мг в форме таблеток один раз в сутки, вечером в течение 10 дней, совместно с применением других спазмолитических и литокинетических средств. Вторая группа – контрольная, которую составили 28 пациентов, получала только литокинетическую терапию и спазмолитики, без включения тамсулозина в лечебную схему.

Результаты исследования. Согласно нашим исследованиям, у пациентов основной группы спонтанное отхождение конкрементов размером до 6 мм в течение первой недели лечения тамсулозином составило 81,4%, в то время как у пациентов контрольной группы данный показатель составил 53,6%, то есть 35 и 15 человек соответственно. Кроме того, терапия тамсулозином способствовала более эффективному контролю боли на протяжении всего периода наблюдения, даже когда не наблюдалось отхождения конкрементов. Таким образом, пациенты, принимавшие тамсулозин в дозе 0,4 мг один раз в сутки, значительно реже сталкивались с почечной коликой, и более легко купировали боль. Было выявлено, что вероятность перехода конкрементов из проксимальных в дистальные отделы

мочеточника в течение первой недели лечения у пациентов основной группы составила 46,5%, в то время как у пациентов контрольной группы — 32,1%, то есть 20 и 9 человек соответственно. Пять пациентов из основной группы на протяжении курса лечения жаловались на головокружение и гипотензию, приводящие к общей слабости, однако после прекращения приема тамсулозина эти симптомы исчезали самостоятельно. Данные побочные реакции на терапию тамсулозином требуют предварительного информирования пациентов перед применением препарата. Однофакторный и многофакторный анализ модели пропорциональных рисков показал, что использование альфа-адреноблокаторов в лечении увеличивает вероятность спонтанного выведения конкрементов, особенно из дистального отдела мочеточника. Было продемонстрировано, что характер применяемой терапии оказывает прямое влияние на риск более раннего отхождения конкрементов.

Выводы. Таким образом, ежедневное применение тамсулозина в форме таблеток в рамках комплексной терапии способствует снижению интенсивности болевой симптоматики, что в свою очередь приводит к уменьшению потребности в применении сильнодействующих анальгетиков. Эти изменения способствуют ускорению процесса эвакуации камней из мочеточника и тем самым улучшают качество жизни пациентов.

Мухиддинов З.В., Шаропова М.Х., Усмонзода Б.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТОМИИ (ПНЛ) У БОЛЬНЫХ С ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКЕ

Кафедра урологии имени профессора Осими А.С., ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Абдувохидов А.А.

Цель исследования. Оценка эффективности перкутанной нефролитотрипсии у больных с единственной почке

Материал и методы исследования. Нами было исследовано результаты диагностики и лечение 50 больных с нефролитиазом с единственной почке. Больные были обследованы в Международной клинике Ибни Сино г. Душанбе. Возраст больных колебался от 17 до 77 лет.

Перед госпитализацией, в условиях поликлиники, всем пациентам было проведено комплекс клинико – диагностическое обследование (анамнез болезни, УЗИ почек и мочевыводящих путей, компьютерная томография, обзорная и экскреторная урография, общий анализ крови, биохимический анализ крови, тест тромбодинамики, группа крови, анализ крови на вирусные заболевания, общий анализ мочи и т.д.). Всем обследуемым пациентам с хирургическим вмешательством, инфузионно было введено один из соответствующих антибиотиков в частности

из группы цефалоспоринов (цефтриаксон). Всем больным была проведена эндоскопическая операция – перкутанная нефролитотрипсия.

Результаты исследования. Показал, что stone free rate составлял 90,8%, при этом у 6 пациентов с множественными камнями почки в ближайшем послеоперационном периоде было обнаружено резидуальные камни размером до 6 мм. Средний размер камней 18,2мм (14-45мм). Продолжительность операции в среднем составила 32,9мин. Частота послеоперационных осложнений в виде гематурии, повышение температуры тела и боли различной интенсивности составляли 7%. Также необходимо отметить, что среди исследуемых у 15 пациентов мы принимали новую предложенную нами метода ПНЛ – Tube less and suturless PCNL

Выводы. Таким образом результат нашего исследования ещё раз доказал эффективность и более безопасность пользования ПНЛ у больных с нефролитиазом при единственной почке. Это подтверждает быстрое восстановление трудоспособности пациентов в ближайшем послеоперационном периоде.

Мухиддинов А.А., Аслонова М.О., Сафаров Х.А.

АНАЛИЗ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ПРИЧИН РЕЦИДИВА ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ

Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Клиника «Балх». Таджикистан.

Научный руководитель - старший преподаватель Халимова З.С.

Цель исследования. Нашей целью являлось проведение ретроспективного анализа наиболее частых причин рецидива отслойки сетчатки в послеоперационном периоде после проведённой витрэктомии с тампонадой силиконовым маслом у пациентов с первичной регматогенной односторонней отслойкой сетчатки.

Материалы и методы. Нами был проведён ретроспективный анализ 42 историй болезни (42 глаза) пациентов с первичной регматогенной односторонней отслойкой сетчатки, прооперированных в период с января 2022 года по январь 2025 года в клинике «Балх». Из них мужчин - 29 человек, женщин - 13. Возраст пациентов варьировался от 14 до 71 года. Давность отслойки на момент хирургического вмешательства составила от 2 до 58 недель, в среднем 29±1 неделя.

Всем пациентам при поступлении и при выписке проведены стандартные офтальмологические методы исследования.

У 37 пациентов (88,1%) была проведена витрэктомия с эндолазеркоагуляцией разрывов сетчатки и тампонадой витреальной полости силиконовым маслом. У 5 пациентов (11,9%) данное хирургическое вмешательство было дополнено эписклеральным пломбированием силиконовой лентой.

У всех пациентов в раннем послеоперационном периоде отмечено полное прилегание сетчатки.

Результаты исследования. Наиболее частой причиной рецидива отслойки сетчатки у пациентов с первичной регматогенной односторонней отслойкой сетчатки явилось появление новых разрывов сетчатки, у 25 пациентов (59,5%), разрывы появились в медианном периоде 3 месяца. 17 пациентов (40,5%) не выполняли назначения лечаще-

го врача в послеоперационном периоде - несвоевременный приём лекарств, не выполнение пром-позиции, что привело к возникновению воспалительного процесса, образованию субретинальной жидкости и швартов в первый месяц после хирургического вмешательства.

Выявление новых разрывов сетчатки в ранние сроки не проводилось из-за того, что большинство пациентов жили в дальних районах, и не могли часто приезжать на осмотры лечащего врача. Перед оперативным вмешательством всем пациентам была выдана памятка о режиме дня и схема медикаментозного лечения. Лечащим врачом проводилась беседа о важности и необходимости соблюдения всех назначений.

Всем пациентам было проведено повторное хирургическое вмешательство, с целью устранения осложнений. По итогу получено полное прилегание сетчатки и восстановление зрительных функций.

Выводы. Таким образом, исходя из полученных данных, нами сделан вывод, что наиболее частыми причинами рецидива отслойки сетчатки в раннем послеоперационном периоде после проведённой витрэктомии с тампонадой силиконовым маслом у пациентов с первичной регматогенной односторонней отслойкой сетчатки являются новые разрывы сетчатки. Для профилактики рецидивов необходимо совершенствование методов диспансерного наблюдения данной группы пациентов, обучение ретинологов периферических медучреждений.

Мухсини Т.Б., Сафаров О.С., Ризоев И.М.

ДИАГНОСТИКА И КЛИНИЧЕСКАЯ СОРТИРОВКА ТЯЖЁЛЫХ СОЧЕТАННЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ ПРИ УСЛОВИИ МНОГОПРОФИЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Рахимов Н.О.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения при раннем определении диагноза «тяжёлая сочетанная черепно-мозговая травма» в многопрофильные учреждения.

Материалы и методы исследования основаны на анализе 90 пациентов с сочетанной черепно-мозговой травмой, госпитализированных в отделения нейрохирургии, анестезиологии и реаниматологии ГУ Национального медицинского центра «Шифобахш» с января 2020 года. Возраст больных варьировал от 25 до 65 лет. Среди обследованных женщин было 34 (37,7%), мужчин - 56 (62,2%). Большинство (56 или 66,6%) пострадавших были доставлены на скорой помощи с места получения травмы, (27,7%) переведены из других стационаров в течение первых 3-х суток после получения травмы. Наряду с клинико-неврологическими, лабораторными, нейроофтальмологическими и нейровизуальными методами исследования, УЗИ органов брюшной полости проводили у 100% пациентов, независимо от тяжести состояния. Рентгенографию проводили в 77% случаях, МСКТ - в 55%, лапароскопию - в 33,2%, торакоцентез - в 23% наблюдений. У всех (100%) больных черепно-мозговая травма сопровождалась различными сочетанными повреждениями. В том числе у 60% пострадавших имели место переломы конечностей таза, у 40% - повреждения костей лицевого скелета, у 20% - повреждения грудной клетки, у 21% - позвоночника и спинного мозга, у 30% - повреждения брюшной полости и органов забрюшинного пространства (разрывы селезёнки, печени, капсулы почки и т.д.). У 36 пострадавших выявлены диффузные повреждения мозга.

Результаты исследования. Больных в тяжёлом состоянии госпитализировали сразу в отделение реанимации, приходящее к приёмному отделению. В стационарах первичной госпитализации 45% этим больным произведены различные операции, в том числе у 55 - первичная хирургическая обработка раны, остальные вмешательства производились по поводу внечерепных повреждений (лапароцентез, остеосинтез, торакоцентез и др.). Тяжесть повреждений у пострадавших оценивалась по шкале AIS и ISS от 33 до 75 баллов (в среднем 53,2+-13,8 бала). Уровень сознания оценивался по ШКГ (в среднем 5,2+-2,3 балла). Скончались в стационаре 20 (22,2%) пострадавших.

Следует особо отметить, что в первые 3 ч после травмы причиной смерти 92,5% пострадавших был шок, часто геморрагический. Только в 5% случаев причиной смерти в этой группе были большие (свыше 100 мл) внутримозговые гематомы, вызвавшие отёк и дислокацию мозга. И в последующем, в срок свыше 3 до 24 ч с момента получения СЧМТ, шок оставался причиной смерти 58% пострадавших.

Выводы. Таким образом, при тяжёлой СЧМТ основной причиной летальности в первые сутки явилось не повреждение мозга, а шок, обусловленный кровопотерей и/или массивным повреждением других органов и костей скелета. Этот факт требует значительной разъяснительной работы среди врачей других специальностей, поскольку во многих случаях явления шока (в первую очередь, артериальная гипотензия) неправильно расценивалась ими как результат черепно-мозговой травмы.

Первостепенной задачей врача является установление и выявление всех имеющихся повреждений. Поэтому любой пострадавший с подозрением на сочетанную травму должен быть тщательно осмотрен не только врачом приёмного отделения или реаниматологом, но и другими специалистами (хирургом, травматологом, нейрохирургом).

Мырзаши Д.Д., Беркинбай А.Б., Тапал Н.А.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА У РОЖЕНИЦ

Факультет последипломного образования КазНМУ, НАО «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова». Казахстан.

Научный руководитель - доктор PhD, доцент Раимханов А.Д.

Цель исследования. Оценить адекватность диагностики и эффективность хирургического лечения холецистохоледохолитиаза у рожениц.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование n=17 случаев холецисто-

холедохолитиаза у рожениц, находившихся на лечении в Городской больнице №4 города Алматы. Всем пациенткам проводилось комплексное обследование, включающее клинико-лабораторные исследования, ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ) и магнитно-резонансную холангиопанкреатографию (МРХПГ) при необходимости. Хирургическое лечение состояло из двухэтапной операции: эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) и холецистэктомии, проведённой в экстренном или плановом порядке.

Результаты исследования. Средний возраст пациенток составил $32,4 \pm 4,2$ года. Частота случаев холецистохоледохолитиаза у рожениц варьировала в зависимости от времени после родов. Через 3 месяца был выявлен 1 случай (5,88%), через 6 и 9 месяцев зарегистрировано по 5 случаев (29,41% соответственно), а максимальное количество случаев - 6 (35,29%) наблюдалось через 12 месяцев после родов.

Средние показатели билирубина и амилазы значительно снизились после оперативного вмешательства. Показатели общего билирубина при поступлении составили $85,31 \pm 4,03$ ммоль/л, после операции - $37,55 \pm 2,55$ ммоль/л, а при выписке - $24,47 \pm 0,93$ ммоль/л. Показатели амилазы при поступлении составили $502,9 \pm 6,43$ Ед/л, после операции - $49,88 \pm 0,98$ Ед/л, при выписке - $54,5 \pm 0,52$ Ед/л.

У пациенток, перенёвших операцию по поводу холецистохоледохолитиаза, был установлен диагноз, включающий катаральную, флегмонозную и хроническую формы холецистита. Из 17 прооперированных пациенток 3 случая были с катаральной формой холецистита, 11 случаев - с флегмонозной формой и 3 случая - с хроническим холециститом. Все пациентки прошли комплексное хирургическое лечение, включающее эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ) и холецистэктомию.

Послеоперационные результаты показали положительную динамику в снижении показателей общего билирубина и амилазы, что свидетельствует об успешности проведённых вмешательств и улучшении состояния пациенток в послеоперационный период. Осложнений в послеоперационный период не было. Среднее количество койко-дней составило $5,23 \pm 1,72$ дня.

Выводы. Диагностика и мониторинг желчнокаменной болезни и холедолитиаза у рожениц является приоритетной задачей, поскольку наблюдаемые острые случаи с каждым годом имеют тенденцию к росту.

Для предотвращения увеличения оперативных случаев необходимо вовремя проводить диагностику ЖКБ посредством УЗИ ОБП и внедрять оперативное лечение до планирования беременности при наличии ЖКБ.

Основными диагностическими и лечебными тактиками являются: ультразвуковая диагностика ОБП, МРТ ОБП, одномоментная ЭРХПГ ЭПСТ с лапароскопической холецистэктомией.

Набиев Б.И., Олимов О.З., Шеров Ш.Х.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ИНГИБИТАРАМ ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ – 5 И ЛОД ТЕРАПИИ ПРИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

ГУ «Республиканский научно- клинический центр урологии».

Кафедра урологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель- к.м.н. Олимов Р.Х.

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность комбинированного лечения ингибиторами ФДЭ-5 и ЛОД терапии у пациентов с эректильной дисфункцией.

Материалы и методы. В период исследования вошли результаты исследований 48 пациентов с эректильной дисфункцией. Их возраст колебался от 28 до 65 лет. Пациенты жаловались на снижение эректильной дисфункции и снижение либидо. Длительность симптомов у пациентов колеблется в районе от 6 месяцев до 5 лет. Критерии исключения: были исключены пациенты с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями мочеполовой системы, пациенты с сахарным диабетом второго типа, со стенокардией, ХСН, с состоянием после острого нарушения мозгового кровообращения, инфарктом миокарда (перенесённое менее, чем за шесть месяцев), больные с повышенными показателями ПСА (выше 4 нг/мл) и аденомой предстательной железы, а также со склерозом шейки мочевого пузыря. Все пациенты прошли необходимое обследование: анкетирование осуществлялось сбором анамнеза с тщательными данными сопутствующих и фоновых заболеваний, физикальный осмотр, лабораторное обследование, анализ уровня ПСА в крови. Применение оценки по IPSS, МИЭФ-5 и ТРУЗИ было необходимо для оценки эффективности терапии. До начала лечения оценка по МИЭФ и IPSS не достигала необходимых баллов. Спустя месяц после лечения пациентов, МИЭФ и IPSS достигли нормальных значений. Лечение эректильной дисфункции проводилось с курсовым назначением препарата тадалафил по 5 мг ежедневно в течение 1 месяца. ЛОД терапия через день - 10 процедур. После окончания терапии в ходе 2-го визита оценивали эффективность лечения. Пациенты вновь проходили анкетирование.

Результаты исследования. Средняя оценка по IPSS снизилась в ходе лечения. После проведения данного лечения у всех пациентов отмечался положительный эффект от проведённой терапии, который оценивался по данным шкалы МИЭФ-5. На третьей и четвертой процедуре почти у всех пациентов появились стойкие утренние эрекции и осуществлялись успешные половые акты. Полученные нами результаты свидетельствуют о высокой эффективности тадалафила 5 мг ежедневно в сочетании с ЛОД терапией. Тадалафил, как и другие ингибиторы ФДЭ-5, противопоказан пациентам, принимающим нитраты, активаторы калиевых каналов.

Выводы. Таким образом, возможность комбинированной терапии ингибитором ФДЭ-5, которые традиционно используются как лекарственные средства первой линии терапии при эректильной дисфункции, показала свою клиническую эффективность. Кроме того, обнаружено что, ежедневный приём низких доз тадалафила 5 мг может улучшить функцию эндотелия у мужчин с эректильной дисфункцией. Приём тадалафила в стандартной дозе 5 мг в сутки с сочетанием Лод – терапией отметил положительный эффект у пациентов с эректильной дисфункцией и улучшил качество их жизни.

Наврузова Ф.Л., Юсупов Н.А., Сафарова Б.Б.

РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ ПРИРОДНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ

Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ахророва З.А.

Цель исследования. Оценить эффективность иммуномодуляторов природного происхождения в профилактике хронического тонзиллита у детей, выявить наиболее действенные и безопасные средства.

Материал и методы. В исследование включены 120 детей. Возраст больных колебался от 3–12 лет. Все больные были с частыми обострениями хронического тонзиллита, которые наблюдались в ЛОР -отделении ГУ «НМЦ РТ Шифобахш». Пациенты были разделены на 2 группы.

Основная группа (n=60) – получали комплексную профилактику с использованием природных иммуномодуляторов (промывание миндалин, препарат Тимоцин).

Контрольная группа (n=60) – получали стандартную профилактику (витаминотерапия, промывание миндалин без иммуностимуляторов).

Критерии оценки:

- Частота и тяжесть обострений за 12 месяцев.
- Показатели иммунограммы (IgA, IgG, уровень интерферона).
- Общее состояние детей и переносимость терапии.

Результаты исследования. В основной группе среднее число обострений за год снизилось с $4,1 \pm 0,8$ до $1,7 \pm 0,6$ случаев, в контрольной группе – с $4,0 \pm 0,9$ до $2,9 \pm 0,7$ ($p < 0,05$).

• В основной группе наблюдалось увеличение уровня IgA на 35% и улучшение показателей интерфероновой ответа.

- Дети основной группы реже болели ОРВИ (на 41% меньше, чем в контрольной группе).
- Побочные эффекты (аллергические реакции) отмечены у 3,3% детей в основной группе и 1,6% в контрольной группе.

Выводы. Применение препарата Тимоцин эффективно снижает частоту обострений хронического тонзиллита у детей, укрепляет иммунитет и улучшает общее состояние. Его рациональное использование может стать важным звеном в профилактике заболевания, однако требует индивидуального подхода и медицинского контроля.

Нажмидинов Х.Н., Хасани А., Сафаров Н.Х.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ АНОМАЛИЯХ ПОЧЕК: ОПЫТ И РЕЗУЛЬТАТЫ

1. Кафедра урологии им. профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино,

2. ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии»,

3. Медицинский центр «Дунёи саломат». Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент Саъдуллозода Ф.С.

Цель исследования. Оценить эффективность применения современных малоинвазивных технологий при лечении мочекаменной болезни у пациентов с аномалиями почек.

Материалы и методы. За период с 2022 по 2024 гг. на базе кафедры урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» у 45 пациентов с мочекаменной болезнью в сочетании с аномалиями почек было проведено оперативное вмешательство. В исследование были включены пациенты, у которых был диагностирован нефролитиаз с аномалиями почек. Из них: 27 пациентов с удвоением почек, 14 — с подковообразной почкой и 4 — с дистопированными почками. Для диагностики нефролитиаза у пациентов с аномалиями почек часто требуются современные методы визуализации, позволяющие точно определить размер камня, его расположение и анатомию окружающих тканей. Компьютерная томография (КТ) играет ключевую роль в оценке чашечно-лоханочной системы и характеристик камней, что крайне важно для планирования лечения. Ультразвуковое исследование является ценным диагностическим инструментом, особенно для выявления камней в эктопических почках и при проведении перкутанных вмешательств. Все операции проводились с использованием современного оборудования, включая ретроградную интратеренальную хирургию (РИРХ), чрескожную пункционную нефролитотрипсию (ЧПНЛ) и лапароскопическую пиелолитотомию с использованием флюороскопа, что позволяло минимизировать инвазивность вмешательства.

Результаты исследования. Анализ проведенных операций показал, что применение современных малоинвазивных технологий при лечении мочекаменной болезни у пациентов с аномалиями почек позволяет достичь высокой эффективности при минимизации травматичности вмешательства. Средний размер камней составил от 8 мм до 35 мм. Продолжительность операций варьировала от 30 до 120 минут в зависимости от размера камня и сложности анатомии почки. Полное удаление камней достигнуто у 39 пациентов (86,7%). Резидуальные камни наблюдались у 6 пациентов (13,3%), которым проводилось ЧПНЛ. Основная причина – сложность доступа и локализация конкрементов. Кровопотеря во время операций составила от 50 до 100 мл. Лапароскопическая пиелолитотомия с флюороскопией обеспечила полное удаление камней у 4 из 5 пациентов (80%), являясь эффективным методом при крупных конкрементах подковообразной почки. Ретроградная интратеренальная хирургия (RIRS) показала высокий процент успеха (92,8%) при мелких и средних камнях, но менее эффективна при плотных коралловидных камнях. ЧПНЛ остается методом выбора для крупных конкрементов, но требует осторожного подхода при сложной анатомии почек. Срок госпитализации пациентов варьировал от 2 до 6 дней.

Выводы. Применение современных малоинвазивных технологий при нефролитиазе у пациентов с аномалиями почек позволяет достичь высокой эффективности лечения при минимальной инвазивности. Лапароскопическая пиелолитотомия с флюороскопией – перспективный метод при крупных камнях подковообразной почки. РИРХ является эффективной альтернативой при мелких и средних камнях, особенно при удвоении почек. ЧПНЛ остается методом выбора при крупных камнях, но требует дополнительных подходов при сложной анатомии почек. Минимальная кровопотеря и короткий срок госпитализации подтверждают безопасность малоинвазивных методов лечения.

Нажмидинов Х.Н., Хасани А., Кабиров Х.Н.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ У БОЛЬНЫХ С ПОДКОВООБРАЗНЫМИ ПОЧКАМИ

Кафедра урологии им. профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии»,

Медицинский центр «Дунёи саломат». Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент Саъдуллозода Ф.С.

Цель исследования. Оценить эффективность перкутанной нефролитотрипсии (ПНЛ) у больных с подковообразными почками.

Материал и методы. За последние два года на базе кафедры урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино по поводу мочекаменной болезни с сочетанными аномалиями сращения почек – подковообразной почки. 9 пациентам в возрасте от 18 до 72 лет была выполнена перкутанная нефролитотрипсия. Всем пациентам проводилось общепринятое обследование, включая сбор анамнеза, осмотр и физикальное обследование, клиническое и лабораторное исследование, ультразвуковое исследование мочеполовой системы, обзорная и экскреторная урография и по возможности мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) органов брюшной и забрюшинного пространства в паренхиматозной и экскреторной фазе.

ПНЛ проводили в условиях рентген – операционной под спинальной и общей анестезией под рентген контролем трансуретральным доступом выполняли установку мочеточникового катетера № 5-6 Ch. Пациенту придавали положение на животе. Под R-контролем и ультразвуковыми и доплерографическими наведением с помощью пункционной иглы Либо осуществляли доступ через необходимую чашку почки в направлении к камням. Из-за отклонения при подковообразной почки потребовался более медиальной путь проникновения к почке. По струнупроводнику в полостную систему почки устанавливали расширитель 18 Ch. Затем под R-контролем металлический тубус 14 или 18 Ch вводили в полостную систему почки, после чего мининефроскоп устанавливали в ЧЛС почки через тубус. Дробление камней осуществляли с использованием пневматических литотрипторов. Фрагменты камня удаляли с помощью щипцов или ирригационной жидкости. Отсутствие камней оценивали интраоперационно, эндоскопически и с помощью рентгена. Контрольное обследование выполняли в сроки 1, 3 и 6 мес., проводя УЗИ и обзорную урографию. Затем это исследование повторяли через 12 мес. После операции.

Результаты исследования. Продолжительности операции ПНЛ составила 60-120мин. Средний размер камня равнялся 21,5 (11-32) мм. Всем пациентам оперативное вмешательство выполнялось через один перкутанный доступ. Интраоперационная осложнения в виде кровотечения, перфорация ЧЛС не отмечалось. Полное удаление камня (SFR) отмечается 80,9%. Во всех случаях использовали нефростомы №14 Ch. С целью определения резидуальных конкрементов, расположения нефростомического дренажа и контроля за возможными осложнениями в раннем послеоперационном периоде выполнялись УЗИ почек и обзорная урография. При отсутствии температурной реакции и других осложнений на 2-е сутки после вмешательства выполнялась антеградная пиелоуретерография. В случае удовлетворительной проходимости мочевых путей, отсутствия затеков контрастного вещества нефростомический дренаж удалялся, пациента выписывали из стационара. Средняя продолжительности пребывания пациентам в клинике 2-5 дней. Значимых осложнений в послеоперационном периоде не отмечалось.

Выводы. Перкутанная нефролитотрипсия является малоинвазивным способом лечения камней подковообразной почек с возможностью минимальной травмы почки и сроком госпитализации в стационаре. Учитывая анатомические отклонения и сосудистую архитектуру подковообразной почки доступ должен быть строго под контролем ультразвуковым и доплерографическим наведением, что укорачивает длительность операции и уменьшает частоту осложнений.

Нажмидинов Х.Н., Сафаров Н.Х., Кабиров Х.Н.

ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ ПРИ РЕЦИДИВНЫХ КАМНЯХ ПОЧЕК

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии»

Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино . Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Одинаев Х.С.

Цель исследования. Оценить возможности перкутанной нефролитотрипсии для удаления рецидивных камней почек.

Материал и методы. За период с 2022 по 2024 год в ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии» выполнены операции по удалению рецидивных камней почек методом перкутанной нефролитотрипсии у 17 пациентов. Возраст пациентов варьировал от 15 до 60 лет, средний возраст составил 37,5 лет. Среди них 9 (53%) мужчин и 8 (47%) женщин. Всем пациентам ранее были проведены традиционные оперативные вмешательства. Про-

токол клинического обследования включал оценку жалоб и сбор анамнеза, физикальное обследование, ультразвуковое и рентгенологическое исследование почек и мочевыводящих путей, биохимические и клинические исследования крови, количественный и качественный анализ мочи, бактериологическое исследование мочи и, по возможности, мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) органов брюшной и забрюшинного пространства.

Результаты исследования. Продолжительность операции, перкутанной нефролитотрипсии составила 50–120 минут. В качестве метода обезболивания у всех пациентов был выбран эндотрахеальный наркоз. Всем пациентам оперативное вмешательство проводилось через один перкутанный доступ. Интраоперационные осложнения в виде кровотечения или перфорации ЧЛС не отмечались. Небольшие камни были удалены целиком с помощью щипцов через рабочий канал нефроскопа. Более крупные камни дезинтегрировали, используя пневматический литотриптор. В большинстве случаев операцию завершали установкой гемостатического баллонного катетера Foley 22–24 Ch. При необходимости дополнительно устанавливали мочеточниковый катетер или стент.

Эффективность и безопасность применения перкутанной нефролитотрипсии при рецидивных камнях почек оценивали по следующим параметрам: показатель излечения от камней (stone-free rate), продолжительность операции, частота, характер и выраженность интра- и послеоперационных осложнений в течение 3 месяцев наблюдения, сроки пребывания пациента в стационаре после операции (число койко-дней), наличие и выраженность болевого синдрома (потребность в обезболивающих препаратах).

Выводы. Таким образом, стандартная перкутанная нефролитотрипсия является малоинвазивным методом лечения рецидивных камней почек с минимальной вероятностью травмы почки и коротким сроком госпитализации. К преимуществам перкутанной нефролитотрипсии относятся низкая частота осложнений и отсутствие клинически значимой кровопотери.

Нажмидинов Х.Н., Хасани А., Шукуров Д.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ У БОЛЬНЫХ С УДВОЕНИЕМ ПОЧКИ

Кафедра урологии им. профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии»

Медицинский центр «Дунёи саломат». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Саъдуллозода Ф.С.

Цель исследования. Оценить эффективность перкутанной нефролитотрипсии у больных с удвоением почки.

Материалы и методы. В исследование были включены пациенты, у которых был диагностирован нефролитиаз с удвоением почки. Операции проводились на базе кафедры урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино в период с 2022 по 2024 гг. Всего было выполнено 36 операций по перкутанной нефролитотрипсии. Возраст пациентов составил от 18 до 72 лет. Для диагностики использовались методы ультразвукового исследования, компьютерной томографии, экскреторной урографии и других методов визуализации. Все операции проводились с использованием современного оборудования, что позволяло минимизировать инвазивность вмешательства.

Результаты исследования. В ходе проведённого исследования была проанализирована эффективность перкутанной нефролитотрипсии.

Из 36 операций:

- 30 пациентов (83%) успешно избавились от камней с минимальными осложнениями.
- 6 пациентов (17%) столкнулись с осложнениями, такими как небольшие кровотечения, которые были устранены консервативным методом.
- Средний срок госпитализации составил 3 дня.

Операции показали высокую эффективность, а осложнения были минимальными.

Результаты нашего исследования соответствуют данным других авторов, которые отмечают высокую эффективность ПНЛТ при нефролитиазе, связанном с аномалиями почек. Удвоение почки не оказалось значительным препятствием для успешного выполнения операции, однако требует особого внимания при выборе места доступа к камню и мониторинга состояния пациента. Сравнение с литературными данными показало, что ПНЛТ является одним из оптимальных методов лечения, обеспечивающим быстрый восстановительный процесс и низкий процент осложнений.

Выводы. Перкутанная нефролитотрипсия является эффективным и безопасным методом лечения нефролитиаза у пациентов с удвоением почки. Результаты нашего исследования подтверждают, что этот метод может быть рекомендован для широкого применения в клинической практике при наличии этой аномалии. Дополнительные исследования помогут ещё более точно определить показания и усовершенствовать технику выполнения операции.

Нажмудинов Ф.Н., Ашуров Д.М., Шералиев Дж.Ш.

ПЕРФОРАТИВНЫЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ: ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель - доцент кафедры, к.м.н. Сайдалиев Ш.Ш.

Цель исследования. Оптимизация способов оперативного лечения ПГДЯ.

Материал и методы исследования. В хирургических отделениях ГУ ГЦСМП г. Душанбе находились на лечение 186 пациентов с ПГДЯ. Большинство больных 82% (n=153) составили люди трудоспособного возраста. Средний возраст пациентов составил 17–45 лет. Из поступивших мужчины составили 76%. Соотношение М:Ж составило 10:1. Преимущественно пациенты поступили впервые 6–12 часы с момента начала заболевания – 66,7% (n=124). У

всех больных имели место те или иные формы перитонита. Прободная язва выходного отдела желудка встретилась у 31 (36,9%) больных, ДПК - у 53 (63,1%) больных. Диагностику ПГДЯ проводили, используя общепринятые диагностические методы. В большинстве случаев клиника ПГДЯ не представляет особых затруднений.

Результаты исследования. Типичными признаками перфорации являются: внезапные острые «кинжальные» боли в области желудка - 98% (n=182) с быстрым последующим распространением на весь живот, «доскообразное» напряжение мышц - 85% (n=158). Кроме обзорной рентгенографии брюшной полости, УЗИ, применяли ФГДС. Считаем проведение ФГДС обязательным условием при планировании проведения малоинвазивного вмешательства. При нем определяли локализацию и размеры язвенного дефекта, характер язвенного поражения, наличие сочетанных осложнений, количество язв. К эндоскопическим признакам перфорации относятся, резкое усиление абдоминальных болей при исследовании за счет инсuffляции воздуха непосредственно в брюшную полость; наличие выраженных признаков воспаления слизистой оболочки в области язвы, отсутствие «дна» язвы (визуализация перфорационного отверстия). В зависимости от метода проведенной операции, все больные были разделены на 2 группы: I - основная группа, которым операция было проведено миниинвазивным (лапароскопическим) способом - 149 (80,3%) случаев; вторая группа – это больные, которым операция была проведена традиционным (лапаротомным доступом) способом - 37 (19,7%) случая. В зависимости от локализации перфорации, срока госпитализации, характера перитонита, характера сопутствующих заболеваний, наличия сочетания других осложнений язв и общего состояния больных была выбрана соответствующая оперативная тактика. Ушивание перфоративного отверстия из лапароскопического доступа: ушивание однорядным швом 45%(n=84), ушивание 8-образным швом 35%(n=65), ушивание z-образным швом 20% (n=37). В качестве шовного материала использовали долго рассасывающиеся однонаправленные атравматичные нити Викрил 2/0, 3/0. Противопоказанием к проведению лапароскопического ушивания ПГДЯ считали: Труднодоступная локализация язвы; Большой диаметр прободного отверстия; Подозрение на малигнизацию язвы; каллезная язва; перифокальное воспаление стенки органа до 10мм; Вторичный разлитой гнойный перитонит, тяжёлый сепсис; Наличие сопутствующих заболеваний и состояний, препятствующих наложению карбоксиперитонеума.

Активизировали больных к концу 1-х суток после операции. В удовлетворительном состоянии пациенты выписывались на 5-8 сутки после операции. Среднее время пребывания составило 5,5 к/дней. Несостоятельность швов наблюдали у 1 пациента (1,19%). Больному выполнена лапаротомия, повторное ушивание перфоративного отверстия. Один больной после выписки поступил повторно на 14 сутки послеоперационного периода диагностирован поддиафрагмальный абсцесс. Под контролем УЗИ выполнено дренирование абсцесса, послеоперационное течение гладкое, выписан на 10 сутки. Летальных исходов не было.

Выводы. Лапароскопический метод ушивания считается операцией выбора при ПГДЯ. Имея ряд преимуществ перед открытой операцией, позволяет снижать осложнения, связанные с лапаротомией, уменьшая сроки нахождения пациента в стационаре и сократив период реабилитации.

НазароваЗ.У., Муслихиддинова С.Ш., Ахмедов А.Дж.

ПРЕПАРАТЫ МАГНИЯ В ФАРМАКОТЕРАПИИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН С ДЕГЕНЕРАТИВНО ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ СКЕЛЕТА

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель – старший преподаватель Мухамедова И.Г.

Цель исследования. Оценить эффективность препарата Магне В6 в коррекции нарушения ремоделирования костной ткани при постменопаузальном остеопорозе на фоне дегенеративно-дистрофических изменений скелета.

Материал и методы. С целью изучения эффективности комплексного лечения остеопороза магнийсодержащими препаратами проанализированы данные 82 женщин, страдающих возрастными изменениями опорно-двигательного скелета (33 (40,2%) - остеоартрозом коленного сустава и 49(59,7%) - с остеохондрозом), на фоне остеопороза и достигших периода менопаузы. В амбулаторных условиях, для выявления морфометрических изменений в костях скелета больным проводилась двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (ДЭРА) на денситометре Lunar Prodigy (GE Health Care, USA) с автоматическим вычислением Т-критерия; рентгенография грудного и поясничного отделов позвоночника для оценки рентгенологических признаков остеопороза. В динамике проводилось определение уровня сывороточного Са, Р, Mg.

На фоне стандартной терапии остеопороза и лечебных мероприятий больные принимали препараты магния (Магне В6 в жидкой или таблетированной форме, Магнеспей 300 мг/сутки, Дуомаг - экв.магнию 400мг), препараты кальция (Кальций D3 Никомед форте 1000мг/сутки, Остеомед форте, Феркалмин, Лондромакс) под контролем маркеров ремоделирования кости.

Результаты исследования. На рентгенограмме у 27 (32,9%) больных выявлена потеря костной массы, которая проявлялась очагами и зонами повышенной прозрачности, истонченными и разряженными костными балками, у 12 (14,6%) - изменением формы тел нижних грудных позвонков вследствие ползучей деформации. В соответствии с рекомендациями ВОЗ, при Т-критерии от - 2,5 SD до - 3,66±0,4 SD у 17 (20,7%) больных в поясничном отделе позвоночника делалось заключение как остеопороз. При Т-критерии в диапазоне от - 1,01 до - 2,5 SD у 21 (25,6%) - как остеопения. Изучение анализов показало у 67 (81,7%) снижение общего кальция в сыворотке крови (1,3-1,7 ммоль/л), у 15 (18,2%) на уровне нижней границы нормы. Результаты исследования уровня магния у 54(65,8%) больных, показало уровень ниже 0,65 ммоль/л - у 39 (72,2%).

Полученные результаты показывают, что на фоне приема препаратов магния повышение уровня содержания Mg^{2+} (0,88 ± 0,08 ммоль/л) способствовало увеличению сывороточного кальция у 38(46,3%) больных (2,48±0,15 ммоль/л), регрессу выраженности клинических проявлений (снижение боли в костях скелета, парестезии). По мере

продолжения приема препаратов, отмечалось увеличение степени минерализации кости, что способствовало повышению плотности костной ткани. В динамике, в 29 (35,3%) случаях рентгенологическое обследование продемонстрировало увеличение ширины коркового слоя, усиление четкости контуров порозной кости скелета, появление очагов склерозирования.

Выводы. Полученные результаты свидетельствовали о торможении процесса резорбции и восстановление костной массы, что позволяет рекомендовать применение препаратов в постменопаузальном периоде у больных с возрастными изменениями опорно-двигательного скелета на фоне нарушений минеральной плотности костной ткани.

Нарзиев Б.Х., Музаффарзода Х.М., Вазиров А.М.
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Государственное учреждение РНКЦ урологии. Таджикистан
Научный руководитель - д.м.н., профессор Шамсиев Дж.А.

Цель исследования. Изучить роль современных лабораторно-инструментальных методов исследования в диагностике мужского бесплодия при варикоцеле.

Материал и методы. В исследование включены 53 мужчины с варикоцеле, в браке которых, несмотря на регулярную половую жизнь без применения противозачаточных средств, у жены не возникала беременность в течение одного года и более при условии, что оба супруга находились в детородном возрасте. В исследование не включали мужчин, у которых имела место аспермия, азооспермия, а также наличие эндокринопатий, как сахарный диабет в стадии де- или субкомпенсации, выраженный тиреотоксикоз, гипотиреоз и с онкологическими заболеваниями. Для установления возможных причин бесплодия всем мужчинам было проведено развёрнутое обследование с помощью новейших технологий с соблюдением основных стандартов диагностики. Алгоритм обследования включал следующие этапы. **Этап I:** оценка мужской фертильности с исследованием качества эякулята в соответствии с требованиями ВОЗ. **Этап II:** все мужчины, страдающие бесплодием, проходили обследование на наличие инфекций, передающихся половым путём (ИППП), которое включало ДНК диагностику ИППП (гонорея, хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз, трихомониаз, гарднереллез, кандидоз). **Этап III:** исследование гормонального профиля, которое включало определение уровня тестостерона, ФСГ, ЛГ, пролактина. **Этап IV:** исследование воспалительного заболевания органов мочеполовой системы.

Результаты исследования. После всестороннего комплексного обследования в зависимости от результатов проводимых методов лабораторно-инструментальных исследований мужчинам назначено соответствующее лечение, которое направлено на устранение этиологии мужского бесплодия, улучшение качества эякулята и наступление беременности. Среди обследованных у 28 мужчин встречались астенозооспермия, у 12 олигозооспермия I – II степеней, сочетанные варианты патозооспермии – астенотератозооспермия диагностирована у 6 мужчин, нормозооспермия – у 7 мужчин. Среди инфекционных агентов наиболее часто диагностировались следующие: уреаплазмоз – у 17 мужчин, герпес простого вируса – 11 обследованных, ЦМВ – у 9 мужчин, трихомониаз – у 3. Во всех случаях выявлялась микст инфекция. Гормональные нарушения выявлены у 7 мужчин, которым назначено соответствующее лечение совместно с эндокринологом.

Выводы. Предлагаемый поэтапный алгоритм обследования бесплодных мужчин позволяет провести полную оценку состояния репродуктивной системы и выявить вероятные причины бесплодия, а также подобрать адекватную терапию, что, в конечном счёте, приведёт к успешному лечению бесплодия. Только тщательное комплексное исследование может выявить генез бесплодия, от которого зависит исход заболевания.

Нарзиев Б.Х., Музаффарзода Х.М., Хушвахтов У.М.
ВАРИКОЦЕЛЕ КАК ПРИЧИНА МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Шамсиев Дж.А.

Цель исследования. Оценить влияние варикоцеле на показатели сперматогенеза, современные методы диагностики и эффективность хирургического лечения в улучшении фертильности.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ данных 180 пациентов с диагностированным варикоцеле и бесплодием за период 2019-2024 годы в отделении андрологии ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии».

Структура больных с варикоцеле выглядела следующим образом: 148 (82,2%) больных с первичных и 32 (17,8%) пациента с рецидивным варикоцеле. В зависимости от стороны: у 162 (90%) больных с левосторонним варикоцеле II-III степеней, у 7 (3,9%) больных с правосторонним варикоцеле и у 11 (6,1%) больных с двухсторонним варикоцеле. Возраст пациентов составил от 20 до 40 лет.

По данным УЗДГ первый гемодинамический тип (реносперматический) выявлен у 170 (94,4%) больных. Второй гемодинамический тип (илеосперматический) у 5 больных (2,7%), смешанный тип – у 5 больных (2,7%).

Ведущей жалобой, практически, у всех больных были – тупые, тянущие боли в левом яичке или в левой половине мошонки, усиливающиеся при физической нагрузке или ходьбе. А также отсутствие детей от 1 до 5 лет супружеских отношений. У 112 больных отмечалась астенозооспермия, а у остальных больных была выявлена олигоспер-

мия. Гормональный фон у всех больных был в пределах нормы.

Результаты исследования. Показали, что варикоцеле одинаково часто встречается у пациентов из бесплодных пар при первичном и вторичном снижении репродуктивной функции. Снижение качества спермы определяется не степенью варикоцеле, а выраженностью оксидативного стресса и развивающимися на этом фоне функциональными нарушениями сперматозоидов: подвижности, акросомной реакции, фрагментации ДНК, аутоиммунными реакциями.

Больные с вариколезным расширением вен семенного канатика, сочетающимся с бесплодием, были прооперированы, в основном, по методу Мармара (92%) и в меньшем количестве – по методу Иванисевича (7%), и единственному больному была произведена варикоцелэктомия субингвинальным микрохирургическим методом (1%). Операции варикоцелэктомии по Мармару чаще всего проводили под местным инфильтрационным обезболиванием. У всех больных в послеоперационном периоде осложнения не наблюдались. А также не наблюдалось рецидива заболевания.

В послеоперационном периоде отмечалось улучшение гемодинамических показателей, изменились и показатели спермограммы. Так, после операции по методу Мармара увеличилась концентрация сперматозоидов с $10,3$ до $20,2 \times 10^6$; подвижность с 22,7 до 44%; количество живых с 35,7 до 45%. Эти показатели получены при наблюдении до 3 месяца.

Выводы. Варикоцеле – одна из ведущих причин мужского бесплодия, влияющая на сперматогенез через механизмы гипоксии и оксидативного стресса. Современные методы диагностики, включая доплерографию и спермограмму, позволяют своевременно выявить патологию. Таким образом, варикоцелэктомия по методу Мармара более эффективна для восстановления репродуктивной функции в случае гиперпродукции активных форм кислорода, при этом происходит уменьшение фрагментации ДНК.

Нарзиев Б.Х., Музаффарзода Х.М., Хушвахтов У.М.

МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИЯ ПО МЕТОДУ МАРМАР: ВЛИЯНИЕ НА ФЕРТИЛЬНОСТЬ У МУЖЧИН С БЕСПЛОДИЕМ

Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Шамсиев Дж.А.

Цель исследования. Оценить эффективность метода Мармар в улучшении фертильности у мужчин с бесплодием.

Материал и методы. В нашем исследовании ретроспективному анализу подвергнуты 172 пациента с варикоцеле, на фоне мужского бесплодия. Исследование проведено в отделении андрологии ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии» в период с 2019 по 2024 годы. Возраст колебался от 18 до 40 лет. Всем мужчинам проведена микрохирургическая варикоцелэктомия по методу Мармар. Операции проводились под местной и внутривенной анестезией. Отмечен бесплодный брак свыше 1 года при регулярной сексуальной жизни, и отмечалась патоспермия в 2-х спермограммах. С I степенью заболевания было – 8 (4,7%), с II – 141 (81,9%) и с III – 14 (8,2%) больных, двустороннее у 9 (5,2%). План обследования проводился по протоколу. Кроме того, обязательно проводилось определение гормонов крови (тестостерон, пролактин, ЛГ, ФСГ, эстрадиол), УЗИ мочеполовой системы в серошальном и доплеровском режиме.

Результаты исследования. Длительность бесплодного брака до года отмечена у 22 (12,7%) больных, от 1 до 3 лет – у 80 (45,5%), от 3 лет и выше – у 48 (27,9%). При вторичном бесплодии длительность от 2 до 5 лет встречалась в 22 (12,7%) случаях. Анализ показал, что чем выше степень и давность заболевания, тем выше вероятность развития мужского бесплодия, кроме того, встречаемость заболевания в более выраженных степенях наблюдается чаще.

Основными показаниями к оперативному лечению варикоцеле были: наличие варикоцеле II или III степеней выраженности; варикоцеле I степени при бесплодии больше 1 года в анамнезе; нарушения не менее чем в 2-х спермограммах; постоянный болевой синдром в мошонке.

Проводился сравнительный анализ показателей концентрации сперматозоидов в эякуляте (подвижность сперматозоидов и количество патологических форм) до и через 3-6 месяца после операции. При сравнении результатов спермограмм через 3 месяца после оперативного лечения отмечается увеличение показателей концентрации, подвижности сперматозоидов и снижение доли патологических форм до 28%, а через 6 месяцев они достигли почти 9-12%. У 82 (47,7%) пациентов в течение 6 месяцев после операции наступила спонтанная беременность партнёрши. Допплерографическое исследование сосудов мошонки проводили через месяц после операции, показатели кровотока вдвое были ускоренными, размеры венозных сосудов в пределах нормы, что говорит о результативности выбранной тактики оперативного лечения.

Нахождения больных в стационаре 1-3 койка/день. Как показал ретроспективный анализ, самый высокий процент наступления спонтанной беременности был после выполнения микрохирургической варикоцелэктомии по Мармару, что равняется больше 40%. В прежние годы при проведении операции по методам Полома и Иванисевича эти показатели находились на уровне 20-25%.

Выводы. Микрохирургическая варикоцелэктомия по методу Мармар является высокоэффективным методом лечения варикоцеле у мужчин с бесплодием, значительно улучшая показатели сперматогенеза и увеличивая шансы на наступление беременности у партнёрш пациентов. Результаты нашего исследования подтвердили, что метод Мармар демонстрирует низкий уровень рецидивов и быстрое восстановление фертильности, что делает его предпочтительным выбором в лечении варикоцеле у мужчин, страдающих бесплодием.

Насриддинзода Б.Р., Сафаров Н.Х., Имомов З.Н.
СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКИХ И КОНСЕРВАТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ
ОСТРОГО ПРОСТАТИТА У МУЖЧИН

Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан.
ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан.
Научный руководитель - старший преподаватель Сидиков А.Ш.

Цель исследования. Оценить эффективность хирургических и консервативных методов лечения острого простатита у мужчин, а также выявить факторы, влияющие на выбор лечебного подхода в зависимости от клинической картины заболевания.

Материалы и методы. В исследование были включены 80 пациентов в возрасте от 40 до 75 лет с диагнозом острый простатит, получавших лечение в период с 2023 по 2024 годы. Пациенты были разделены на две группы: Группа 1 (хирургическое лечение) - 40 пациентов, которым выполняли различные виды операций, включая трансуретральную резекцию предстательной железы (ТУРП) и простатэктомия. Группа 2 (консервативное лечение) - 40 пациентов, получавших антибактериальную терапию, альфа-адреноблокаторы, физиотерапию и инъекционное лечение предстательной железы. Эффективность оценивали по динамике клинических симптомов (снижение болевого синдрома, улучшение качества мочеиспускания), изменениям уровня ПСА, а также данным урофлоуметрии и ультразвукового исследования (УЗИ) предстательной железы. Все пациенты проходили контрольные обследования через 6 и 12 месяцев после лечения.

Результаты исследования. В группе хирургического лечения у 90% пациентов отмечено значительное улучшение клинических симптомов (уменьшение болевого синдрома, восстановление нормального мочеиспускания). В группе консервативного лечения улучшение наблюдалось у 70% пациентов, однако полное восстановление функции предстательной железы отмечено только у 50%. В группе хирургического лечения уровень ПСА снизился на 30-40% в зависимости от вида операции. В группе консервативного лечения изменения ПСА были минимальными. Средний срок восстановления в группе хирургического лечения составил 1-2 недели, в группе консервативного лечения – 4-6 недель. Частота осложнений была ниже в группе консервативного лечения (10% против 20% в группе хирургического лечения). В числе осложнений в хирургической группе встречались инфекции, кровотечения и эректильная дисфункция. Хирургические методы лечения (ТУРП, простатэктомия) продемонстрировали высокую эффективность, особенно при выраженной обструкции мочевыводящих путей. Они позволяют быстро восстановить мочеиспускание и уменьшить болевой синдром. Консервативное лечение менее радикально, но может быть эффективным при умеренной симптоматике и наличии сопутствующих заболеваний. Однако оно требует более длительного периода реабилитации и не всегда обеспечивает полное восстановление функции предстательной железы. Статистический анализ показал, что хирургическое лечение оказывает более выраженное влияние на снижение уровня ПСА и улучшение качества жизни пациентов в краткосрочной перспективе, в то время как консервативные методы могут быть предпочтительны для пациентов с высокими рисками хирургического вмешательства.

Выводы. Хирургические методы лечения острого простатита (ТУРП, простатэктомия) обеспечивают более высокую эффективность в улучшении клинических симптомов и восстановлении функции предстательной железы, особенно при выраженной обструкции мочевыводящих путей. Консервативное лечение может быть эффективным для пациентов с менее выраженными симптомами, но требует более длительного восстановления и не всегда приводит к полному излечению. Выбор метода лечения должен учитывать стадию заболевания, возраст пациента, наличие сопутствующих патологий и предпочтения пациента.

Насридинов Х.Н., Рахмонов У.Х., Коситов Д.Д.
ТРАНСКУТАННАЯ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКА В УСЛОВИЯХ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ
Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель - д.м.н., доцент Рахмонов Х.Дж.

Цель исследования. Определить эффективность метода транскutánной вертебропластики при остеопоротических и гемангиоматозных изменениях тел позвонков, влияющих на качество жизни пациентов.

Материал и методы. В исследование входило проспективный анализ 33 пациентов, которые проходили лечение в нейрохирургическом отделении ГУ НМИЦ «Шифобахш» в периоды 2022 – 2024гг. Среди пациентов женщин было 21 (63,6%), мужчин - 12 (37,3%), средний возраст составил $\pm 51,3$. Продолжительность симптомов варьировала в диапазоне 11-12 мес. Причиной обращения в стационар у основной массы пациентов были прогрессирующие боли в спине. Для изучения клинко-функционального состояния пациентов и динамики боли был сформирован комплекс методов включающие: общий и неврологический осмотры, денситометрия, изучение метаболического статуса, а также данные современной нейровизуализации КТ и МРТ.

Результаты исследования. Хирургическая техника предусматривала использование пункционной вертебропластики под электронно-оптическим преобразователем (ЭОП) в условиях местной анестезии. При введения костного цемента использовали специальные рентгенконтрастные вещества (BiSO₄).

Клинический результат в раннем послеоперационном периоде в виде уменьшения неврологических симптомов наблюдался у 29 пациентов (81,81%), у 4х пациентов (12,12%) уменьшение неврологических симптомов наблюдались в течении 5 дней (до выписки из стационара). Нарастание неврологического дефицита после операции не наблюдалось у пациентов. При клиническом осмотре пациентов через 1 год клинически положительная динамика наблюдалась у всех пациентов. У 33 пациентов (92,5%) наблюдается полное восстановление. При контрольном МРТ исследовании спустя 1 год следов остеопороза и гемангиом позвонков не обнаружены.

Выводы. Использование транскутанной вертебропластики в условиях местной анестезии является миниинвазивной методикой в значительной степени приводящей к регрессу болевого синдрома, быстрой активизации пациентов повышая их качество жизни.

Насридинова Х.С.

ПОРОКИ СЕРДЦА У БЕРЕМЕННЫХ (ФАКТОРЫ РИСКА)

Кафедра акушерства и гинекологии №1 имени профессора Нарзуллаевой Е.Н.

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

Научный руководитель - д.м.н., профессор Мухамадиева С.М.

Цель исследования. Установить факторы риска развития сердечно сосудистых осложнения у беременных с пороками сердца.

Материал и методы. Путем проспективного исследования проведено клинико-лабораторное обследование (общий осмотр, жалобы, эхокардиография, холтеровское мониторирование, ультразвуковая фетометрия и доплерометрия плода. В работе использованы функциональная классификация по NYHA, индекс GARPREG) 67 беременных женщин с пороками сердца, родоразрешенных в ГУ «ТНИИ акушерства, гинекологии и перинатологии в 2023-2024 гг.

Результаты исследований. Средний возраст беременных женщин составил 27,5 лет. Анемией различной степени страдали 14/20,8 % женщин, заболевания почек имели 11/16,4 %, йододефицитные состояния – 5/7,4 %, варикозную болезнь – 5/7,4 %. При холтеровском мониторировании 40/63,4 % женщин аритмия имела место в 28/44,4 % случаев. В 49,2% случаев диагностирован III функциональный класс, то есть больные чувствовали явное ограничение физической активности, комфортное состояние в покое, меньшая, чем обычно физическая активность вызывала чрезмерную одышку, утомляемость или сердцебиение (рекомендовано родоразрешение); В 39,7% случаев больные относились ко II классу, когда женщины имели незначительное ограничение в физической активности, комфортное состояние в покое, обычная физическая активность вызывала чрезмерную одышку, утомляемость или сердцебиение; в 7,9 % случаев диагностирован I класс, то есть обычная физическая активность у больных не вызывала чрезмерной одышки, утомляемость или сердцебиение и 3,2 % пациенток относились к IV классу, когда больные не могли выполнять любую физическую нагрузку без дискомфорта, симптомы присутствовали в покое, а при любой физической активности дискомфорт у них усиливался. У 46,0% беременных женщин установлен средний риск развития сердечно-сосудистых осложнений (оцененка 1 балл- 27 %), 35,0 % – тяжелый (2 и более баллов- 75 %) и 19,0 % – низкий риск (0 баллов-5,0 %). Нарушение кровотока у плода имело место в 45,6 % случаев, причем плацентарного - в 65,6 %, маточно-плацентарного – в 20,8 % и плодового – в 13,5 % случаев. Нарушение кровотока выявлены среди женщин с дефектом межпредсердной перегородки в 22,3 % случаев, дефектом межжелудочковой перегородки-18,0 %, с пролапсом митрального клапана – 15,0 %, при сочетанных видах порока – 10,4 %, тетраде Фалло – 9,0 %, открытом аортальном пороке – 7,4 % и приобретенных пороках – 6,0 %, со стенозом легочной артерии – в 4,4 %, аномалии Эбштейна-3,0 %, стенозе аортального клапана - 1,5%, недостаточности митрального клапана-1,5 %, коарктации аорты-1,5 %. Из 59 (88,0 %) родоразрешенных женщин доношенных младенцев было 26/44,0 %, недоношенных -33/56,0%. С синдром задержки развития плода родились 10/18 % младенцев, с врожденные пороки развития – 6/10,1 %; интранатальная гибель плода имела место в 2/3,3 % случаев, ранняя неонатальная смертность – в 2/3,3 %.

Выводы. Беременные женщины с пороками сердца представляют высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Раннее выявление, тщательное клиническое обследование на этапе прегравидарной подготовки, совместное наблюдение кардиологом и акушером-гинекологом во время гестации, своевременное проведение лечебных мероприятий позволят предупредить возможные осложнения у беременных с пороками сердца и выбрать оптимальную тактику родоразрешения (через естественные родовые пути или оперативно).

Начимова С.Б., Мухсинзода Н.А.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Кафедра онкологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., ассистент кафедры Мирзоев О.А.

Цель исследования. Достижение как минимум 70% охвата женщин в возрасте 25-50 лет по визуальному скринингу в рамках комплексной борьбы с РШМ в Таджикистане и стратегии ВОЗ по элиминации заболевания к концу 2030 г.

Материал и методы. В качестве скринингового теста был принят визуальный тест с 3% йодной пробой (тест Шиллера) и/или 3% раствором уксусной кислоты (VIA/VILI) в рамках стратегии ВОЗ «выявление-диагностика-лечение». Скрининговый тест выполняется в масштабе всей страны женщинам в возрасте 25-50 лет в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, включая семейную практику. В качестве второго сортировочного теста используется цитология, которая выполняется на уровне центров репродуктивного здоровья. Для ежегодного отслеживания прогресса внедрения ВС был использован ряд показателей, в том числе % охвата женщин в возрасте 25-50 лет, число выявленных дисплазий шейки матки, соотношение числа выявленных случаев к общему количеству гистологически подтвержденных случаев РШМ. Рак шейки матки занимает (РШМ) второе место в структуре онкозаболеваемости и имеет тенденцию к устойчивому росту. Первый пилотный проект по внедрению визуального скрининга (ВС) был проведен в 2016-2017 гг. в двух крупных районах страны. С 2020 г. страна приняла план мер по расширению ВС на национальный уровень.

Результаты исследования. Охват женщин визуальным скринингом в период пилотного внедрения составил

6,5% (2017); в 2024/2023 гг. 39%/51,3% соответственно. Число выявленных больных с цервикальной интраэпителиальной неоплазией (CIN) в пилотном скрининге составил 164 (0,24%), в 2024/2023 гг. – 1020 (0,26%) и 542 (0,18%) соответственно. Больные с инвазивной формой РШМ, выявленные через скрининг в период пилотного внедрения (2017), составили 20 (6,5%), а в 2024/2023 гг. – 186 (39%) и 197 (51,3%) по сравнению с гистологически подтвержденными впервые выявленных с РШМ. Полученные данные свидетельствуют о том, что в 2024 г. CIN был обнаружен больше – 0,26% по сравнению с 2023 г. (0,18%), что является настораживающим фактором увеличения числа ложно положительных случаев. Несмотря на увеличение охвата целевой группы женщин в 2024 г. доля выявленных через скрининг упал с 51,3% в 2023 г. до 39% в 2024 г., что также свидетельствует об ухудшении качества проводимого скрининга.

Выводы. Расширение визуального скрининга на национальный уровень требует улучшения внешнего и внутреннего качества для выявления РШМ на прединвазивной стадии или ранних стадиях инвазии. Это в свою очередь требует внедрения цифровых технологий, улучшения статистической отчетности, документации и качества цитологических и гистологических исследований.

Начмидинов З.Х., Холов А.Д., Шосандзода П.Д.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ДАНГАРИНСКОГО РАЙОНА

Кафедра хирургических дисциплин №4 ГОУ «ХГМУ». Таджикистан

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости острого аппендицита у женщин в период беременности.

Материал и методы. Выполнен анализ записей истории болезни пациенток, оперированных в хирургическом отделении центральной больницы Дангаринского района в течение 2023-2024 лет.

Результаты исследования. Всего за 1 год с острым аппендицитом было прооперировано 152 человека в хирургическом отделении центральной больницы Дангаринского района, из которых 99 (65%) составили женщины. Среди них 8 (8%) пациенток были в периоде беременности от 4 до 29 недель. Стало известно, что 3 (37,5%) пациентки находились в первом триместре, 4 (50%) пациентки во втором триместре, а 1 (12,5%) пациентка в третьем триместре беременности. Средний возраст пациенток составил от 24 до 33 лет. Больные жаловались на постоянные ноющие боли в правой подвздошной области, температуру в пределах 37,5-38°C, тошноту и рвоту. После оценки перитонеальных симптомов, по данным УЗИ брюшной полости и лабораторных исследований, у всех больных был поставлен диагноз "острый флегмонозный аппендицит". Была проведена аппендэктомия по Дьяконову-Волковичу. При поступлении в приёмное отделение все больные были консультированы акушером-гинекологом. В период динамического наблюдения в ряде случаев больным вводили спазмолитики.

Выводы. По данным исследования, частота острого аппендицита у беременных колеблется от 1:700 до 1:1000. Особенно часто он возникает в первом и втором триместрах. В первой половине беременности преобладает катаральная форма аппендицита. Деструктивные формы чаще наблюдаются в третьем триместре беременности.

Начмидинов Х.Н., Сафаров Н.Х., Шукуров Д.А.

ТАБОБАТИ МУОСИРИ ПРОСТАТИТИ МУЗМИН ДАР АСОСИ НАТИҶАҶОИ КЛИНИКӢ

Кафедра урология ба номи профессор Осимӣ А.С. МДТ "ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино"

МД «Маркази ҷумҳуриявӣ илмӣю клиникӣ урологӣ». Тоҷикистон

Роҳбари илмӣ – муаллими калони кафедра Сидиков А.Ш.

Мақсади таҳқиқот. Муайян намудани тарзи муосири табобати простатити музмин дар мардонӣ қобилияти қоридошта бо баҳодиҳии натиҷаҳои клиникӣ ва лабораторӣ.

Мавод ва усулҳо. Дар тадқиқот 87 мард, ки бо простатити музмин ба пойгоҳи кафедраи урология ба номи профессор Осимӣ А.С., дар МД "МЧИКУ" ҷойгир аст, муроҷиат намуданд. Синну соли мардон аз 22 то 55 соларо ташкил медиҳад. Ҳамаи беморон бо усулҳои баҳодиҳии нишонаҳои беморӣ, шиддатнокӣ ва давомнокии онҳо, муайян кардани ҳолати ғадуди простата, ҳаҷм, сохтор ва нишонаҳои иловагии илтиҳоб, ошкор намудани нишонаҳои сироят ва илтиҳоб дар роҳҳои пешоб, арзёбии сатҳи лейкоцитҳо ва нишонаҳои илтиҳоби музмин дар шарбати ғадуди простата, муайян намудани мавҷудияти микробҳои патогенӣ ва муайян кардани ҳассосияти онҳо ба антибиотикҳо муоина ва ташхис гузошта шудаанд.

Барномаи табобатӣ ба усулҳои комплексӣ асос ёфта, бартарарфосии сабабҳои беморӣ ва пешгирии такрори он равона шудааст. 1. Табобати доругӣ: антибиотикотерапия, алфа-адреноблокаторҳо (Тамсулозин, Силодозин), маводҳои зиддиилтиҳобӣ (диклофенак, ибупрофен) иммуномодуляторҳо ва витаминҳо. 2. Тавсияҳои тарзи ҳаёт: афзоиши фаъолияти ҷисмонӣ, парҳез аз ҳӯрокҳои серравған ва коҳиши равғани ҳайвонот, танзими ҳаёти ҷинсӣ. Давомнокии назорати беморон аз 1-3 моҳро ташкил дод.

Натиҷаи таҳқиқот. Дар натиҷаи тадқиқоти гузаронидашуда муайян карда шуд, ки дар 74 нафар (85%) шиддати нишонаҳои беморӣ пас аз табобат коҳиш ёфта, пешобронӣ дар 79 бемор (91%) беҳтар гардид. Дард ва норухатӣ дар минтақаи коси хурд дар 81 бемор (93%) пас аз табобат аз байн рафт ё кам шуд. Дар таҳлилҳои лабораторӣ шумораи лейкоцитҳо дар шарбати ғадуди простата аз ҳисоби миёнаи 18-25 м/б ба 5-7 м/б коҳиш ёфт. Дар 72 бемор (83%) микробҳои патогенӣ дар таҳлили бактериологӣ аз байн рафтанд. Пас аз табобат, ҳаҷми ғадуди простата аз ҳисоби миёна 38 ± 5 см³ то 30 ± 3 см³ коҳиш ёфт. Вақти хунгардиши простата тавассути доплерография дар 87% беморон беҳтар гардид. Дар муддати 3 моҳ, танҳо дар 12 бемор (14%) такрори беморӣ ба қайд гирифта шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки истифодаи усули комплекси табобати простатити музмин самаранок буда, дар аксари беморон беҳбудии назаррас ба бор овард. Муоинаи ултрасадоӣ ва таҳлили лабораторӣ собит сохтанд, ки терапияи фардикунонидашуда бо назардошти ҳассосияти бактериявӣ ва истифодаи физиотерапия ба паст шудани илтиҳоб, беҳтар шудани микроциркулятсия ва барқароршавии функсияи простата мусоидат мекунад.

Хулоса. Татбиқи усулҳои муосири таъхис ва табобати комплекси простатити музмин самаранокӣ баланд нишон дод. Ҳамин стратегия метавонад ба беҳбудии клиникӣ ва пешгирии такрори беморӣ мусоидат кунад.

Нийзмадов С.Р., Кодиров Х.Д., Мираков Б.Т.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ БЛОКИРУЮЩЕГО ИНТРАМЕДУЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Каримов К.К.

Цель исследования. Изучить ближайшие и отдалённые результаты хирургического лечения переломов длинных трубчатых костей современными методами остеосинтеза, также улучшить качество жизни пациентов с данными повреждениями.

Материалы и методы. Данная работа основана на результатах обследования, лечения, реабилитации и оценки отдалённых результатов 120 больных, находившихся на лечении в отделении травматологии и сочетанной травмы на базе Национального медицинского центра «Шифобахш» РТ за период 2024-2025 гг. Большое количество пациентов составили мужчины - 80 (78,4%), женщин было - 27 (21,6%); средний возраст - $33,4 \pm 14$ лет. По механизму травмы доминировали дорожно-транспортные происшествия, кататравма и спортивная травма. Клиническая картина этих повреждений определялась на основе жалоб, осмотра, механизма травмы, возраста и соматического фона. Хирургическое лечение было проведено 47 (47,8%) пациентам, консервативное - 60 (52,2%). Закрытая одномоментная репозиция и остеосинтез выполнены аппаратом Илизарова - 17 пациентам, открытая репозиция - фиксация пластиной - 20, также системой БИОС - 40 пациентам.

Результаты исследования. Проведённый анализ исходов повреждений длинных трубчатых костей показал, что развитие ранних и поздних осложнений в основном зависит от оказания первой помощи на месте происшествия, транспортировки пострадавшего, а также предопределялось пороками лечебных доктрин. Среди оперированных больных воспаление вокруг спиц отмечалось у 4, спицевой остеомиелит - у 1, развитие ложного сустава - у 2. У пациентов, получивших консервативную терапию, контрактура коленного и голеностопного суставов - у 12 пациентов, ложный сустав - у 14, неправильно сросшийся перелом - у 6 пациентов.

Выводы. Исход лечения в основном зависит от многих факторов, таких как правильно оказанной первой помощи на месте происшествия, правильной иммобилизации и транспортировки, от предоперационной подготовки пациента, соответствующей анатомической репозиции, также от метода стабильно функционального остеосинтеза. Ближайшие и отдалённые результаты также показали, что ранняя функциональная реабилитация является залогом успешного восстановления статико-динамических функций повреждённых сегментов, ранней вертикализации, а также профилактики ранних и поздних осложнений.

Ниезова М.А.

ПРИЕМЛЕМОСТЬ ПОДКОЖНОГО ИМПЛАНТА ЛЕВОПЛАНТ ДЛЯ ЖЕНЩИН ВЫСОКОГО РИСКА

Кафедра акушерства и гинекологии №1 имени проф. Нарзуллаевой Е.Н.

ГОУ «Институт последипломого образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан».

Научный руководитель - д.м.н., профессор Мухамадиева С.М.

Цель исследования. Изучить приемлемость подкожного чисто прогестинового контрацептива пролонгированного действия Левоплант для женщин групп высокого риска.

Материалы и методы. Проспективное наблюдение за 78 пациентками, использовавшими подкожный имплант Левоплант в течение одного года (2023-2024 гг.). Группой сравнения явились 64 пациентки, которые каждые 3 месяца использовали инъекционный контрацептив Депо-Провера.

Результаты исследования. Средний возраст обследованных женщин составлял $30,75 \pm 0,4$ лет. Повторно рождающих женщин было в 1,7 раза больше в группе пациенток, использовавших Депо-Провера по сравнению с пациентками, использовавшими Левоплант ($47/73,4 \pm 0,34$ и $34/43,6 \pm 0,22\%$ соответственно), тогда как многоплодных женщин - в 2,3 раза больше в группе пользователей Левоплант ($42/53,8 \pm 0,32$ и $15/23,4 \pm 0,22\%$ соответственно) ($p < 0,05$). У каждой третьей пациентки ($32,7 \pm 0,21\%$), использовавших ЧПК пролонгированного действия, межродовой интервал был менее 2-х лет ($39,7 \pm 0,23$ и $34,4 \pm 0,22\%$ соответственно).

У более половины изучаемых групп женщин, использовавших ЧПК пролонгированного действия ($51,0 \pm 0,35\%$), установлен отягощённый акушерский анамнез, при этом у пациенток, использовавших Депо-Провера ($69,6 \pm 0,33\%$) анамнез был отягощён в 1,4 раза чаще по сравнению с группой женщин, использовавших Левоплант ($48,7 \pm 0,3\%$).

Анемию различной степени тяжести имели более 60% женщин изучаемых групп ($50/64,1 \pm 0,02$ и $43/67,1 \pm 0,22\%$ соответственно) йоддефицитные состояния имели место у более половины ($42/53,8 \pm 0,17$ и $33/51,5 \pm 0,16\%$ соответственно), варикозную болезнь - более 40% ($35/44,9 \pm 0,02$ и $26/40,6 \pm 0,04\%$ соответственно), хронический пиелонефрит - более 1/3 ($27/34,6 \pm 0,01$ и $20/31,2 \pm 0,04\%$). Ожирение различной степени в группе пользователей Левоплант был в 1,3 раза больше по отношению к группе сравнения ($52/66,6 \pm 0,01$ и $31/48,4 \pm 0,04\%$ соответственно) ($p < 0,05$).

Хроническими заболеваниями органов малого таза страдали в 2 раза чаще среди женщин, использовавших

Левоплант по сравнению с группой сравнения ($47/60,2 \pm 0,02$ и $19/29,7 \pm 0,04\%$ соответственно) ($p < 0,05$); патологические изменения шейки встречались в 1,3 раза больше в группе женщин, использовавших Депо-Провера по сравнению с основной группой ($19/29,7 \pm 0,02$ и $14/17,9 \pm 0,02\%$ соответственно) ($p < 0,05$).

К концу года у женщин, использовавших Левоплант аменорея имела место в 1,6 раза реже ($16/20,5 \pm 0,1$ и $34,4 \pm 0,26\%$ соответственно), кровомазание - в 1,5 ($16/25,0 \pm 0,2$ и $37,5 \pm 0,28\%$ соответственно) ($p < 0,05$). Указали на «хорошую» субъективную переносимость подкожного импланта $68/87,1 \pm 0,36\%$ женщин, что в 2 раза больше по сравнению с группой пациенток, использовавших инъекционный контрацептив ($29/45,3 \pm 0,32\%$) ($p < 0,05$), удобство использования метода - $66/84,6 \pm 0,19\%$, что в 2,2 раза больше по сравнению с группой сравнения ($24/37,5 \pm 0,14\%$) ($p < 0,05$). Беременность не наступила ни в одном случае.

Выводы. Подкожный - чисто прогестинный контрацептив пролонгированного действия Левоплант является приемлемым методом предохранения от нежелательной беременности для женщин старших возрастных групп, повторно и многорожавших, страдающих экстрагенитальной и гинекологической патологией и не уступает по своей значимости инъекционному контрацептиву Депо-Провера. Практическая эффективность метода зависит от квалификации специалиста, предоставляющего контрацептивные услуги.

Ниязов И.К.^{1,2}, Гаффоров К.А.², Мазбучонзода М.¹

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЁННЫМ РАКОМ ГОЛОВЫ И ШЕИ. ОПЫТ ТАДЖИКСКИХ ОНКОЛОГОВ

1. Кафедра онкологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Душанбе, Республика Таджикистан

2. Отделение общей онкологии ГУ «Республиканский онкологический научный центр»

Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н. профессор Сангинов Д.Р.

Цель исследования. Провести сравнительную характеристику параметров качества жизни (КЖ) больных раком органов головы и шеи в зависимости от способа реконструкции.

Материал и методы. Проведён ретро- и проспективное наблюдение 169 больных раком органов головы и шеи в возрасте от 25 до 92 лет. Основная группа включала 108 (63,9%) больных, которым произведена одномоментная пластика дефектов различными лоскутами. При этом с целью пластики дефекта у 108 больных были применены 14 различных вариантов (132 лоскутов): кожно-мышечных 65 (49,2%), кожно-фасциальных и кожно-жировых 56 (42,4%) и других 11 (8,2%) лоскутов. Контрольную группу составили 61 (36,1%) больных, у которых операция завершена пластикой местными тканями либо свободным кожным трансплантатом. Общее функциональное состояние и КЖ пациентов оценено по шкалам Карновского, ECOG-Performance status scale и опроснику EORTC QLQ-H&N-35.

Результаты. Исходное состояние больных в основной и контрольной группах были на одинаковом уровне – в диапазоне между 40-80 баллов по шкале Карновского. После оперативного вмешательства добились изменения общего состояния пациентов в обеих группах в сторону улучшения – в диапазоне от 60 до 100 баллов. Оценка статуса работоспособности (ECOG) больных до и после операции показала, что после оперативного вмешательства данный статус изменен от низких ECOG1-2 до ECOG-0 у 63,9% больных основной и 37,7% контрольной группы. Анализ результатов опросника КЖ EORTC QLQ-H&N35 выявил существенные позитивные изменения во все параметры КЖ больных основной группы, а среди больных контрольной группы после операции позитивных сдвигов не отмечены. Таким образом, статистически значимо получены позитивные результаты общего статуса здоровья и параметров качества жизни у больных основной группы по всем трём шкалам оценки.

Заключение. Основываясь на полученные нами результаты, несмотря на сложность и многогранность оценки, и субъективный характер параметров КЖ, можно сделать вывод о том, что одномоментные реконструктивно-восстановительные операции при местнораспространённом раке органов головы и шеи лоскутами на ножке позитивно влияют на показатели качества жизни пациентов и ускорят их реабилитацию.

Нозири Н.Х., Косимов А.Х., Зиёзода М.Р.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПТЕРИГИУМА

Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Научный руководитель - старший преподаватель кафедры Каримов М.Б.

Цель исследования. Изучение эффективности хирургического лечения птеригиума с применением метода аутопластики свободным конъюнктивальным лоскутом.

Материалы и методы исследования. Исследование было проведено в 1-м глазном отделении Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш», где было прооперировано 32 пациента (40 глаз) в возрасте от 25 до 65 лет. Все пациенты имели первичный птеригиум, локализующийся с внутренней стороны глазного яблока. Пациенты были разделены на две группы: основная группа, состоящая из 17 человек (22 глаза - 55%) и контрольная группа, состоящая из 15 человек (18 глаз - 45%). В контрольной группе использовалась методика открытой склеры для иссечения птеригиума, в то время как в основной группе пациентов была применена методика аутопластики конъюнктивы. До и после операции всем пациентам проводился комплекс офтальмологических исследований, включающий визометрию, офтальмометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, тонометрию и рефрактометрию.

Результаты исследования. Техника операции с аутопластикой конъюнктивы заключалась в следующем: крыловидная плева отслаивалась от роговицы с помощью микрошпателя, после чего тело птеригиума с прилегающей

тканью удалялось на 2 мм от основания. В верхненаружном квадрате, от лимба, вырезалась донорская ткань для пересадки в виде четырехугольного трансплантата. Размер трансплантата определялся с учетом размера конъюнктивы и был на 1 мм больше, чтобы компенсировать возможное сокращение ткани в зоне пересадки. Рану донорского участка ушивали узловыми швами (1-3 шва 10/0 в зависимости от размера раны), либо оставляли без швов, и эпителизация происходила самостоятельно. Полученный трансплантат укладывался на ложе и фиксировался к конъюнктиве с помощью узловых швов в четырех углах, а затем - непрерывными швами 10/0 по всему периметру трансплантата, за исключением зоны лимба. В контрольной группе, после иссечения птеригиума на 1,5-2 мм от лимба, оставался участок обнаженной склеры в области удаленной бульбарной конъюнктивы. В послеоперационном периоде пациентам обеих групп закапывали раствор флоксидекса в течение 30 дней по схеме. Швы снимались на 14-20-й день после операции.

Пациенты находились под наблюдением от 3 месяцев до 1 года. В основной группе было зафиксировано 2 случая (6,2%) рецидива птеригиума, в то время как в контрольной группе рецидив наблюдался в 4 случаях (22,2%). В обеих группах улучшалась острота зрения в послеоперационном периоде. В основной группе область раны заживала более чисто и косметично, и исчезли такие симптомы, как чувство дискомфорта, слезостояние и слезотечение. В контрольной группе сохранялись участки гиперваскуляризации в области операционной раны, что свидетельствовало о наличии сосудистых изменений в конъюнктиве.

Выводы. Таким образом, хирургическое лечение птеригиума методом аутопластики свободным конъюнктивальным лоскутом демонстрирует высокий уровень эффективности, обеспечивая устойчивый косметический эффект, снижение риска рецидива заболевания и отсутствие специфических осложнений.

Номозова Г.К.

ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛИЗАЦИИ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ ФИБРОМИОМЫ МАТКИ

Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан.

Научный руководитель - к.п.н., доцент Мамадиярова Д.У.

Цель исследования. Определить патоморфологическую характеристику матки, удаленной путем кесарева сечения.

Материал и методы. В отделении гинекологии многопрофильной клиники кусочки ткани матки размером 0,5х0,5 см, удаленные путем кесарева сечения, фиксировались в 10% формалине, готовились парафиновые блоки после прохождение через спиртовую батарею. Из блоков брали гистологические срезы толщиной 0,5-0,7 см. Гистологические срезы окрашивали гематоксилин-эозином и методами Ван-Гизона.

Результаты исследования. Миому матки удалили у 27 пациенток гинекологической практики. Из них у 6 пациентов при патоморфологическом исследовании образцов тканей выявлена субмукозная фибромиома. Макроскопические размеры 4х3х4 см. В частности, под микроскопом видно небольшое количество гладкомышечных клеток и большое количество пучков фиброзной ткани, а также небольшое количество мелких кровеносных сосудов.

Патоморфологическое исследование образцов тканей от 5 больных выявило интрамуральную фибромиому. Их средний размер 3х2х2х см. В частности, в поле зрения выявляются гладкомышечные элементы и волокна фиброзной ткани и кровеносные сосуды в одинаковом соотношении.

У 10 больных при патоморфологическом исследовании образцов тканей выявлен субсерозная фибромиома. Средний размер субсерозной фибромиомы составляет 4,5х5,0х4,0х см. В частности, под микроскопом обнаруживаются параллельная плотная фиброзная ткань и большое количество мелких кровеносных сосудов.

При патоморфологическом исследовании препаратов, изготовленных из тканей, взятых у 6 больных, обнаружена трех видов фибромиома. В частности, их макроскопические размеры составляли субмукозную фибромиому 4,5х3х3,5 см, интрамуральную фибромиому 3,5х1,5х2 см, субсерозную фибромиому 4х5,5х4 см.

Выводы. Таким образом, из видов беременности субмукозная и субсерозная фибромиома не рассматриваются как показание к удалению матки, поскольку миоматозные узлы могут быть удалены самостоятельно, однако размеры миоматозных узлов при всех трех локализациях могут быть определяющими. показание к экстратапии матки. Особенно интрамуральные и субмукозные фибромиомы препятствуют прикреплению плаценты к матке и отрицательно влияют на развитие плода.

Норматов А.У., Хамидова М.Т., Асадов Б.А.

РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Самаркандский Государственный Медицинский Университет. Узбекистан

Научный руководитель - Мирмухаммедов Н.Ж.

Цель исследования. Разработка и внедрение эффективных алгоритмов диагностики и лечения пациентов с доброкачественными патологиями желчевыводящих путей, направленных на повышение качества медицинской помощи и снижение риска осложнений.

Материал и методы. являются малоинвазивные методы хирургического вмешательства, применяемые для лечения более 100 пациентов с доброкачественными заболеваниями желчевыводящих путей, таких как холецистит и желчнокаменная болезнь оперированных в многопрофильной клинике Самаркандского государственного медицинского университета за период с 2022 по 2025 гг. Это включает в себя технологии, такие как лапароскопия и эндоскопия, а также сопутствующие процедуры и подходы, направленные на минимизацию травматичности опера-

ций и улучшение клинических исходов.

Результаты исследования. Создание и внедрение стандартизированных алгоритмов диагностики и лечения доброкачественных патологий желчевыводящих путей, которые будут использоваться в клинической практике. Эти алгоритмы будут включать в себя четкие рекомендации по диагностическим методам и лечебным стратегиям, что позволит врачам более эффективно и быстро принимать решения.

Повышение точности и своевременности диагностики заболеваний желчевыводящих путей за счет интеграции современных методов визуализации, таких как УЗИ, КТ и МРТ, а также клинических данных. Это позволит снизить количество случаев недообследования и неправильной интерпретации результатов.

Определение наиболее эффективных стратегий лечения, включая как консервативные, так и хирургические методы. Это позволит врачам выбирать наиболее подходящий метод лечения в зависимости от конкретной клинической ситуации, что, в свою очередь, повысит шансы на успешное выздоровление пациентов.

Оценка экономической эффективности предложенных алгоритмов, что позволит не только улучшить качество медицинской помощи, но и снизить затраты на лечение. Это будет способствовать более рациональному использованию ресурсов в системе здравоохранения.

Проведение клинических испытаний разработанных алгоритмов на базе медицинских учреждений, что позволит проверить их практическую применимость и эффективность в реальных условиях. Результаты испытаний могут стать основой для дальнейшего внедрения алгоритмов в широкую практику.

Разработка программ обучения для медицинского персонала, направленных на внедрение новых алгоритмов в практику. Это обеспечит более высокую квалификацию врачей и улучшит качество медицинской помощи.

Выводы. практические результаты исследования будут направлены на улучшение качества диагностики и лечения доброкачественных патологий желчевыводящих путей, что в конечном итоге приведет к повышению качества жизни пациентов и оптимизации работы системы здравоохранения.

Норов Н.Х., Эраджи Дж., Пулодов С.Э.

ДВУХЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ ОБТУРАЦИОННЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Кафедра хирургический болезни №1 имени академика К.М. Курбонова

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Назаров Х.Ш.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных старческого возраста с острым обтурационным холециститом.

Материал и методы. В ГУ ГЦ СМП г. Душанбе с 2018 по февраль 2025 года оперативному лечению были подвергнуты 54 (100%) больных с острым обтурационным холециститом, возраст которых составлял от 75 до 84 лет. Превалировали женщины, которые составили – 43 (79,6%) случая, мужчин было – 11 (20,4%). Больные были госпитализированы через 1-3 суток с момента появления желчной колики. Всем больным из-за высокого операционно-анестезиологического риска лечение было проведено двумя этапами. На первом этапе больным под контролем УЗИ была проведена декомпрессия желчевыводящих систем через холецистостому и им же проведена предоперационная подготовка в течение 4-7 суток, после которой на втором этапе была проведена холецистэктомия. У всех больных имели место одно или несколько сопутствующих патологий в виде: ИБС, атеросклероз сосудов головного мозга и аорты, ХПН, сахарный диабет, хронический бронхит.

С целью диагностики всем пациентам были проведены общеклинические и биохимические исследования крови и мочи, УЗИ, ЭКГ, рентгенография грудной клетки, ФВД, ЭХО-кардиография, по показаниям МРТ и КТ. Для уточнения степени эндотоксемии использовали лейкоцитарный индекс интоксикации по Я.Я Кальф-Калифу.

Результаты исследования. Предоперационная подготовка больных была проведена совместно с врачами анестезиологами и специалистами по сопутствующей патологии. В раннем послеоперационном периоде в 2 (3,7%) случаях наблюдалось нагноение послеоперационной раны, в 2 (3,7%) случаях желчеистечение и в 1 (1,8%) случае инфильтрат подпеченочной области. Следует отметить, что после проведения соответствующего консервативного лечения наблюдались исчезновения инфильтрата и признаков желчеистечения у обоих пациентов. Летальный исход наблюдался в 1(1,8%) случае, причиной которого являлся инфаркт миокарда, в то время как по данным литературы этот показатель достигает до 13% случаев.

Результат хирургического лечения больных старческого возраста, страдающих острым обтурационным холециститом, зависит от ряда важных факторов, как: продолжительность приступа желчной колики, характер и тяжесть сопутствующей патологии, квалификация оперирующего хирурга, качество предоперационной подготовки больных и выбор метода проведенной операции.

Выводы. Двухэтапная тактика проведения хирургического лечения больных старческого возраста, имеющих высокий операционно-анестезиологический риск страдающих острым обтурационным холециститом, заключающаяся в совместном проведении необходимого лечения с врачами специалистами, направленного на ликвидацию сопутствующей патологии, является более эффективным методом лечения этого контингента больных, что способствует снижению частоты послеоперационных осложнений и летальных исходов.

Норов Х.О., Юлдошев Р.З., Ашурова М.Дж.
ПРОФИЛАКТИКА ОТСРОЧЕННОЙ РВОТЫ НА ФОНЕ ВЫСОКОЭМЕТОГЕННОЙ ТЕРАПИИ РАКА
ПИЩЕВОДА.

Кафедра онкологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н. Бакиев С.А.

Цель исследования. Целью работы является изучение результатов профилактики и лечения различных форм тошноты и рвоты у больных раком пищевода в процессе проводимой высокоэметогенной химиотерапии.

Материал и методы. Изучить частоту и особенности развития отсроченной тошноты и рвоты у больных раком пищевода в процессе высокоэметогенной химиотерапии. Разработать эффективную схему профилактики отсроченной тошноты и рвоты у больных раком пищевода в процессе химиотерапии.

В работе использованы материалы клинических наблюдений за 83 больными раком пищевода, получавшими цитостатическую терапию, базовым препаратом которой является цисплатин, назначенный по наиболее распространенной схеме. Из 83 больных только 2 (1,5%) поступили в клинику с I степенью дисфагии. II степень дисфагии имело абсолютное большинство больных – 60 (80,15%), III степень дисфагии имела место у 13 пациента (16:5), что составило 15,44% случаев и у 8 (2,94%) больных была установлена IV степень дисфагии.

Выводы. Отсроченная рвота развивается у 61,03% больных на фоне высокоэметогенной химиотерапии. Дисфагия II-III степени у пациентов резко осложняет течение тошноты и рвоты – появляются загрудинные боли (65,0% больных), кровохарканье (14,4% пациентов). Применение антиэметогенной терапии в комплексе противорвотной профилактики обеспечивает надлежащий контроль над отсроченной рвотой у 69,5% пациентов, что способствует сокращению риска возникновения рефрактерной рвоты на 34,4%. После окончания каждого курса высокоэметогенной химиотерапии больным с отсроченной рвотой показано применение антиэметиков антагонистов 5-НТЗ рецептора (Зофран, Гранисетрон, Ондансетрон или Эметрон) в комплексе с дексаметазоном и сопроводительная терапия на протяжении 3-4 суток.

Нуритдинзода М.Р.¹, Хушқадамова О.Х.^{1,2}, Шарипов Б.А.²
ВОПРОСЫ ХИМИОИНДУЦИРОВАННОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ В ОНКОЛОГИИ

1. Кафедра Онкологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

2. ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ

Научный руководитель – д.м.н., профессор Сангинов Дж.Р.

Цель исследования. Изучить научные данные о методах лечения периферической нейропатии, индуцированной химиотерапией.

Материал и методы. Был проведен научный анализ данных, касающихся периферической нейропатии, индуцированной химиотерапией. Полученные результаты были тщательно изучены и обобщены, что позволило глубже понять современные подходы к лечению этого нежелательного явления и инициировать научное исследование.

Результаты исследования. У многих людей, выживших после рака, развивается химиоиндуцированная полинейропатия (ХИПН), которая возникает из-за химиотерапии, представляя собой тяжелый и долгосрочный побочный эффект, способный повредить сенсорные, моторные, вегетативные или черепные нервы. Это нежелательное явление может потребовать изменения дозы или даже прекращения лечения из-за плохой переносимости. Существуют группы химиотерапевтических препаратов, которые могут вызвать ХИПН, среди которых алкалоиды барвинка, платиносодержащие средства, таксаны, ингибиторы протеасом и иммуномодулирующие лекарства (ИМиД). Механизм их действия заключается в разрушении микротрубочек, нарушающем транспорт веществ в аксонах, что приводит к валлеровской дегенерации, а также изменяет активность ионных каналов, вызывая гипервозбудимость периферических нейронов. Повреждения митохондрий эпотилонами увеличивают выработку активных форм кислорода, что повреждает ферменты, белки и липиды в нейронах, а также вызывает апоптоз в периферических нервах, изменяя их возбудимость. Освобождение активных форм кислорода и привлечение Т-лимфоцитов и моноцитов активируют высвобождение провоспалительных цитокинов, что способствует активации иммунных клеток и развитию нейровоспаления. В исследовании, проведенном Smith и его коллегами, было показано, что 5-недельный курс лечения дулоксетином (30 мг в день в первые 7 дней и 60 мг в день в последующие 4 недели) значительно уменьшил симптомы, такие как боль, онемение и покалывание, возникающие при химиотерапии с использованием оксалиплатина или паклитаксела, что не только облегчило физическое состояние пациентов, но и заметно улучшило их качество жизни. Таким образом, дулоксетин считается препаратом первой линии для лечения нейропатической боли у пациентов с ХИПН.

Выводы. ХИПН является тяжелым побочным эффектом химиотерапии, часто приводящим к необходимости коррекции лечения. Основные механизмы повреждения нервных клеток связаны с нарушением работы микротрубочек и митохондрий, что вызывает воспаление и повреждение нейронов. Лечение дулоксетином показало значительное улучшение симптомов нейропатической боли и улучшило качество жизни пациентов. Этот препарат считается эффективным средством для лечения ХИПН и рекомендован в качестве первой линии терапии.

Нуритдинзода М.Р.¹, Хушкадамова О.Х.^{1,2}, Шарипов Б.А.²
РОЛЬ ГЕПСИДИНА В ПАТОГЕНЕЗЕ АНЕМИИ ПРИ ХИМИОТЕРАПИИ: ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ К ЛЕЧЕНИЮ

1. Кафедра Онкологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

2. ГУ «РОИЦ» МЗСЗН РТ. Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Сангинов Дж.Р.

Цель исследования. Оценить патогенетические механизмы анемии, индуцированной химиотерапией, и определить современные подходы к её диагностике и коррекции на основе анализа данных современной научной литературы и рекомендаций международных онкологических сообществ.

Материалы и методы. Проведен обзор современной научной литературы по анемии, индуцированной химиотерапией, с акцентом на патогенетические механизмы, методы диагностики и подходы к коррекции данного состояния. Были проанализированы статьи из баз данных PubMed, Cochrane Library, Web of Science, опубликованные за последние 10 лет.

Основное внимание уделено изучению роли гепсидина в патогенезе анемии, функционального и абсолютного дефицита железа, а также влиянию различных химиотерапевтических режимов на уровень гемоглобина и параметры обмена железа. Основное внимание уделено изучению роли гепсидина в патогенезе анемии, функционального и абсолютного дефицита железа, а также влиянию различных химиотерапевтических режимов на уровень гемоглобина.

Результаты исследования. Анализ литературы показал, что анемия, индуцированная химиотерапией, встречается у 30–60% пациентов с онкологическими заболеваниями, особенно при применении миелосупрессивных режимов (антрациклины, препараты платины). Основными механизмами развития анемии являются угнетение эритропоэза, функциональный дефицит железа и повышенная активность гепсидина, что приводит к нарушению метаболизма железа и снижению уровня гемоглобина.

Современные подходы к коррекции анемии включают применение эритропоэз-стимулирующих агентов, внутривенного железа при функциональном дефиците железа, а также коррекцию воспалительного статуса у пациентов. Особое внимание уделяется индивидуализированному подходу к выбору терапии в зависимости от типа анемии и общего состояния пациента.

Выводы. Анемия, индуцированная химиотерапией, является частым осложнением противоопухолевого лечения. Для оптимальной коррекции анемии важно учитывать патогенетические механизмы её развития и применять мультидисциплинарный подход, сочетающий фармакологическую терапию, нутритивную поддержку и контроль воспалительных процессов.

Роль гепсидина как ключевого регулятора обмена железа открывает перспективы для разработки новых терапевтических стратегий при анемии у онкологических пациентов.

Нуров Х.С., Эмомов Х.С.

ПРЕИМУЩЕСТВА ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ПЕРИТОНИТЕ

Кафедра хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Махмадзода Ф.И.

Цель исследования. Определить преимущества лапароскопии в лечении больных с распространённым аппендикулярным перитонитом.

Материал и методы. Проведён сравнительный анализ хирургического лечения 86 больных острым аппендицитом, осложнённым распространённым перитонитом, оперированных на базе Клиники хирургических болезней №1 имени академика К.М. Курбонова Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино. Мужчины составили 57,0% (n=49), женщины – 43,0% (n=37). Средний возраст больных составил 45,7±11,3 года, а давность от начала заболевания – 39,1±12,9 часов. Пациенты были разделены на 2 группы. Основную группу составили 42 (48,8%) пациента, которым была выполнена лапароскопическая аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости, контрольную группу – 44 (51,2%), которым была выполнена традиционная лапаротомная аппендэктомия. Пациенты, в соответствии с классификацией ASA V, септическим шоком и выраженной внутрибрюшной гипертензией (II-IV степени) были исключены из анализа исследования.

Результаты исследования. Лапароскопическая аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости были выполнены у 42 пациентов основной группы. При этом основание червеобразного отростка у 36 (85,7%) пациентов обработано лигатурным методом. В 6 (14,3%) случаях гангренозных изменений или перфораций червеобразного отростка, была выполнена перитонизация культи интракорпоральным кисетным швом. У двух пациентов в связи с периаппендикулярным абсцессом с прорывом в брюшную полость произошёл переход на минилапаротомию, т.е. проведена гибридно-лапароскопическая аппендэктомия. Среднее время операции у больных основной группы составило 85,29±36,51, в контрольной группе – 119,64±32,26 минут. Послеоперационный парез желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде отмечен у 4,7% и 20,4% соответственно в сравниваемых группах. Частота послеоперационных осложнений в группе с лапароскопической аппендэктомией составила 16,7%, тогда как в контрольной группе – 29,5%. Летальный исход наблюдался в 1 случае (2,3%), у больных контрольной группы.

Выводы. Лапароскопические вмешательства при распространённом аппендикулярном перитоните выполняемы, эффективны и могут быть альтернативой традиционным лапаротомным операциям.

Нурулхак Ш.К., Хакназарова Ф.Х., Мамадѣкубова Д.Д.
ДОСТИЖЕНИЯ ПРЕНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА В ТАДЖИКИСТАНЕ ПО ДАННЫМ ГУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР» РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН
Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Шарипова М.Б.

Цель исследования. Оценить эффективность пренатальной диагностики у женщин с постнатально диагностированными хромосомными aberrациями у детей.

Материал и методы. Проведено ретро и проспективный анализ случаев, в ходе которого изучены данные медицинской документации, акушерско-гинекологической базы данных, результатов пренатального скрининга женщин — жительниц города Душанбе, родивших детей с хромосомными aberrациями (ХА) за период 2022–2024 гг. анализ ПС включало также расчет индивидуального риска хромосомной патологии плода с помощью программ PRISCA. В рамках автоматизированной программы PRISCA расчет риска в I триместре проводится на основании анамнестических данных, результатов биохимического скрининга (PAPP-A и β -ХГЧ) и УЗ-маркеров ХА (расширение воротникового пространства, гипоплазия или отсутствие изображения носовых костей и др.), установленных в 11,0–13,6 нед на экспертном уровне. Далее осуществлялось второе скрининговое УЗИ в сроке гестации 19,0–21,6 нед. При отсутствии первого пренатального скрининга и расчета риска или при наличии дополнительных показаний, которые определялись в рамках медико-генетического консультирования, рассчитывали индивидуальный риск по результатам обследования, проведенного во II триместре.

Результаты исследования. За указанный период в городе Душанбе родилось 864 детей с врожденными пороками развития, 59 детей с ХА, большинство (90,0%) — с синдромом Дауна, при этом девочек родилось в 1,7 раза больше, чем мальчиков. Средний возраст женщин, родивших детей с постнатально установленной хромосомной патологией, составил 35 лет, при этом в 5,2% случаев возраст матери на момент рождения ребенка был 21,3 года, в 40,6% — 31,2 года. Каждая вторая женщина (55,1%) была старше 35 лет. Ретроспективный анализ патологических пренатальных маркеров и автоматизированный расчет индивидуального риска показали, что в 79,7% случаев риск хромосомной патологии плода был средний или высокий, при такой степени риска можно установить диагноз пренатально, и лишь в 20,3% случаев отсутствовали эхографические и биохимические маркеры хромосомной патологии плода. В 20,3% случаев отсутствовал ранний пренатальный скрининг в связи с поздней явкой беременных в женскую консультацию. Наибольшую эффективность в качестве пренатальных маркеров ХА показали эхомаркеры, выявленные врожденные пороки развития и результаты биохимического обследования во II триместре.

Выводы. Соблюдение технологии пренатального обследования для выявления хромосомной патологии плода позволит своевременно установить диагноз, предоставляя семье право решать вопрос о целесообразности прерывания беременности.

Обидов Д.С., Юлдошев У.Р.
ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Республиканский онкологический научный центр РТ
Научный руководитель – д.м.н., профессор Расулов С.Р.

Цель исследования. Оценить непосредственное и ближайшие результаты органосохраняющие операции у больных РМЖ.

Материал и методы. В условиях РОНЦ РТ, нами проведен перспективный анализ 37 пациенток с верифицированным диагнозом, получавших в свое время комплексное лечение по поводу РМЖ в период с января 2019 по январь 2024 года. Возраст больных варьировал от 33 до 50 лет. I-стадию РМЖ была 7 (18,9%)-пациентов. 21 (56,7%)-пациенты имели II-стадию и 9 (24,3%)-пациентов соответственно III-стадию. Из 37 пациенток всем проводилась ИГХ анализ. В результате : люминальный тип А у 9 пациенток, трипл негативный у 4, Нег 2 нео- позитивный у 3 пациенток и у 21 пациенток был люминальный тип В. У 9(24,3%)больных проводили гормонотерапия, остальные 28(75,6%) больным начинали неоадьювантную химиотерапию. Всем исследуемым женщинам производилась органосохраняющая операция: у (%) радикальная резекция проводилось с использованием собственных тканей ТД-лоскутом. У(%)с использованием собственных тканей ТД- лоскутом и без него. 29 пациенткам операция выполнялась с левой стороны, а 8 с правой.

Результаты исследования. За время наблюдения средняя длительность пребывания составляет 5-7 дней. Дренажи удалялись на 3-5 сутки после операции, швы снимались на 10-12 сутки. Среди наблюдаемых пациенток осложнения после операционной раны отмечались у одной пациентки краевой некроз лоскута. В одном случае отмечался местный рецидив, последней проводилась радикальная мастэктомия. В 4-х случаях появились отдаленные метастазы у которых последующем проводилось адьювантная химиотерапия..

Выводы. Данные операции стали более доступными, растет информированность населения. Реконструктивно-восстановительные операции проводимые у женщин по поводу рака молочной железы позволяют восстановить эстетичный внешний вид области оперативного вмешательства, ускорить социальную, психологическую адаптацию пациенток, что в целом улучшает качество жизни пациенток. При этом проведенные реконструктивные операции никак не влияют на отдаленные результаты данного заболевания.

Обидов Ш.Ш., Сафаров Н.Х., Джуракулов Ш.Б.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРОТЯЖЁННЫХ И СУБТОТАЛЬНЫХ СТРИКТУР УРЕТРЫ У МУЖЧИН: ОЦЕНКА ДОЛГОСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ И ФАКТОРОВ РИСКА

Кафедра урологии имени профессора Осими А.С., ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан.

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии», Таджикистан.

Научный руководитель - старший преподаватель Салимов Х.Г.

Цель исследования. Оценить долгосрочные результаты хирургического лечения протяжённых и субтотальных стриктур уретры у мужчин, а также выявить факторы, влияющие на успешность вмешательства.

Материал и методы. В ретроспективное исследование включены 53 пациента в возрасте от 18 до 79 лет с диагностированными протяжёнными (n=42) и субтотальными (n=11) стриктурами уретры, которым проводились различные хирургические вмешательства в период с 2018 по 2024 годы. Средняя продолжительность наблюдения составила от 6 месяцев до 5 лет. Диагностический комплекс включал сбор анамнеза, физикальное обследование, урофлоуметрию, ретроградную и микционную уретрографию, уретроскопию, а в сложных случаях - доплерографию сосудов и КТ-уретрографию. Хирургические вмешательства включали: иссечение рубцово-изменённой уретры, мобилизацию и фиксацию донорского материала (буккальные трансплантаты, кожные лоскуты), реконструкцию просвета уретры. Размер трансплантатов варьировался в зависимости от протяжённости и локализации дефекта. Оценка эффективности проводилась по критериям: восстановление проходимости уретры, нормализация мочеиспускания, стабильность показателей урофлоуметрии, отсутствие рецидивов стриктуры на контрольной уретроскопии через 6 и 12 месяцев после вмешательства.

Результаты исследования. Из 53 пациентов успешное восстановление проходимости уретры и нормализация мочеиспускания достигнуты у 52 (98,1%). В группе с протяжёнными стриктурами одномоментная реконструкция была успешной у 54,6% пациентов, а при субтотальных стриктурах - у 44,4%. Среднее количество этапов хирургического вмешательства составило 2,3 для протяжённых и 3,0 для субтотальных стриктур. Применение буккальных трансплантатов сопровождалось наименьшим числом осложнений, что подтверждает их предпочтительность в качестве донорского материала. В группе с кожными трансплантатами чаще наблюдались воспаления, фистулы и сужения уретры. Долгосрочные результаты показали стабильность достигнутого эффекта в группе пациентов с буккальными трансплантатами, что свидетельствует о высокой эффективности данной методики. Однако успешность хирургического лечения зависит от степени рубцевания уретры, наличия сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, артериальная гипертензия) и возраста пациента. Пациенты старшего возраста и больные с множественными стриктурами требуют более осторожного подхода при выборе метода лечения и послеоперационного наблюдения.

Выводы. 1. Многоэтапные хирургические вмешательства с использованием буккальных трансплантатов являются высокоэффективным методом лечения протяжённых и субтотальных стриктур уретры, обеспечивая восстановление нормального мочеиспускания и снижение риска осложнений. 2. Применение буккальных трансплантатов предпочтительно при стриктурах средней и тяжёлой степени, так как они обеспечивают стабильные долгосрочные результаты. 3. Для оптимизации результатов лечения необходимо учитывать клинические и анатомические особенности пациентов, а также наличие сопутствующих заболеваний, что позволяет подобрать наиболее эффективную тактику хирургического вмешательства и снизить риск рецидивов.

Обидов Ш.Ш., Сафаров Н.Х., Шукуров Д.

АНАЛИЗ ДОЛГОСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОЙ УРОПАТИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кафедра урологии имени профессора Осими А.С., ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Саъдуллозода Ф.С.

Цель исследования. Оценить долгосрочные результаты хирургического лечения обструктивной уропатии у пациентов с хронической почечной недостаточностью (ХПН) и выявить факторы, влияющие на успешность вмешательства.

Материал и методы. В ретроспективное исследование включены 120 пациентов в возрасте от 40 до 75 лет с обструктивной уропатией, осложнённой ХПН, которым проводились хирургические вмешательства в период с 2015 по 2023 годы. Средняя продолжительность наблюдения составила от 6 месяцев до 5 лет. Диагностический комплекс включал сбор анамнеза, физикальное обследование, лабораторные тесты (уровень креатинина, скорость клубочковой фильтрации), ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей, экскреторную урографию. В сложных случаях использовалась МРТ или КТ урография.

Хирургические вмешательства включали: эндоскопическую декомпрессию (стентирование, нефростомия) - 40 пациентов; реконструктивную пластику мочеточника - 40 пациентов; радикальное хирургическое вмешательство (нефрэктомия) при необратимых изменениях почки - 40 пациентов.

Оценка эффективности проводилась по следующим критериям: динамика уровня креатинина и скорости клубочковой фильтрации (СКФ); частота рецидивов обструкции и необходимость повторных вмешательств; частота инфекционных осложнений; долгосрочные клинические исходы (сохранение функции почки, потребность в диализе).

Результаты исследования. В группе эндоскопического лечения в 35% случаев отмечена повторная обструкция в течение первого года, что потребовало повторного вмешательства. В группе реконструктивной пластики СКФ увеличилась в среднем на 18% (p<0,05), а частота рецидивов составила 12%. В группе радикального лечения

70% пациентов перешли на программный гемодиализ, однако инфекционные осложнения встречались реже (9% против 27% в других группах). Факторами риска неблагоприятного исхода стал возраст старше 65 лет, уровень креатинина выше 350 мкмоль/л до операции и наличие рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей.

Выводы. 1. Реконструктивные операции являются наиболее эффективным методом лечения обструктивной уретрии при ХПН, позволяя улучшить функцию почек и снизить частоту рецидивов. 2. Эндоскопические вмешательства подходят для временного облегчения состояния, но требуют высокой частоты повторных процедур. 3. Радикальные операции оправданы при выраженной почечной дисфункции, но сопровождаются высокой вероятностью необходимости диализной терапии. 4. Оптимизация хирургической тактики и своевременная коррекция факторов риска (возраст, исходная почечная функция, инфекции) позволяют улучшить прогноз у данной категории пациентов.

Огарева И.А., Аленцин К.А., Тришин В.В.

РЕЗУЛЬТАТЫ НЕОТЛОЖНЫХ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Кафедра госпитальной хирургии с курсами травматологии и ортопедии, офтальмологии,
Национальный исследовательский Мордовский государственный университет. Россия.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Давыдкин В.И.

Цель исследования. Оценить эффективность неотложных эндоваскулярных коронарных операций при ОКС.

Материал и методы. В исследование вошли 76 пациентов, поступивших в 2020 – 2024 гг. в Региональный сосудистый центр с ОКС. Средний возраст мужчин составил $57,31 \pm 1,65$ года, женщин – $65,5 \pm 2,12$ года. Все обследуемые были подразделены на 2 группы: 1 группа обследуемых с диагнозом «острый коронарный синдром с элевацией сегмента ST» ($n=48$), 2 группа обследуемых с диагнозом «ОКС без подъема сегмента ST» ($n=28$). Оценка результатов лечения основывалась на клинической картине, данных коронароангиографии (КАГ), ЭхоКС.

Результаты исследования. Установлено преобладание ОКС у лиц трудоспособного возраста и жителей села. Среди пациентов с подъемом сегмента ST у 60,3% длительность анамнеза была до 5 лет, у 20,8% – от 6 до 10 лет и у 18,9% – более 11 лет. У пациентов с диагнозом ОКС без подъема сегмента ST у 50% анамнез составил до 5 лет, у 28,6% – 6 до 10 лет и у 21,4% – свыше 11 лет. 21 больному из 1 группы на догоспитальном этапе была проведена тромболитическая терапия (ТЛТ). 27 же пациентам не была проведена ТЛТ из-за противопоказаний. Проведенная догоспитальная ТЛТ не оказывала влияние на продолжительность лечения в стационаре. При оценке результатов эхокардиографии при ОКС с подъемом сегмента ST нормальная фракция выброса (ФВ) была у 27 (56,3 %) пациентов, незначительно сниженная – у 15 (31,3 %), умеренно сниженная – у 6 (25,0 %), значительного снижения ФВ не было. У пациентов с догоспитальной ТЛТ нормальная ФВ выявлена у 18 (66,6 %) пациентов, незначительно сниженная ФВ – у 6 (22,2%), умеренно сниженная – у 3 (11,2%), значительно сниженной ФВ выявлено не было. У больных кому на догоспитальном этапе была проведена ТЛТ, нормальная ФВ определялась у 9 (42,8 %), незначительно сниженная – у 9 (42,8 %), умеренно сниженная – у 3 (14,4%) пациентов.

Среди пациентов с ОКС без подъема сегмента ST нормальная ФВ определялась у 13 (48,5 %) пациента, незначительно снижена – у 11 (40,7 %), умеренно сниженная – у 3 (11,1%). После повторной ЭхоКС у обследуемых в 1 группе ФВ не изменилась у 18 (85,7%) человек, прирост замечен у 1 (4,9%) пациента, и понижение – у 2 (9,8 %) больных. В 16 группе ФВ не изменилась у 18 (66,6 %), у 4 (14,8 %) наблюдается прирост ФВ и у 5 (18,5 %) снижение ФВ. После коронароангиографии было выявлено, что у 59,1 % пациентов инфаркт-зависимый стеноз находился в бассейне ПМЖВ; в бассейне правой ПКА – у 27,9 %, в огибающей артерии – 13,0 %. Транслуминальная баллонная ангиопластика и стентирование (ТЛБАП) проведена 68% пациентов, ангиопластика – 8 % больных. В 18 % ТЛБАП не потребовалась из-за отсутствия значимого нарушения коронарного кровотока, а в 5% было показано АКШ из-за многососудистого и протяженного стенозирования коронарного русла.

Один стент был установлен 43 (81%) больным, 2 стента – 9 (17%) и 3 стента – 1 (2%) больному. В 38,5% случаях была использованы стенты марки Driver sprint, в 23% – Liberte, в 13,5% – Promus Premier, в 11,5 % –Omega, в 3,8 % – Rezolute integrity, Biomime, Multi Link Vision и в 1,9 % – Taxus element.

Выводы. Догоспитальная ТЛТ способствует сохранению ФВ на должном уровне. В обследуемых категориях пациентов не было найдено серьезных отличий между формами ОКС и количеством пораженных артерий. Ранняя ТЛБАП при ОКС способствует сохранению уровня внутрисердечной гемодинамики, а снижение некоторых показателей ЭхоКС обусловлено ХСН на фоне как коронарогенных, так и некоронарогенных причин. При этом клиника ОКС в 81 % случаев была купирована установкой 1 стента в гемодинамически значимом стенозе.

Одилов О.Д., Саиджамолов К.М., Шарипова Ф.Ф.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИРУСНОГО КЕРАТИТА ПО ВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ

Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»,

ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Таджикистан

Научный руководитель – доцент кафедры к.м.н. Юнусова З.И.

Цель исследования. Определить распространённость кератитов вирусной этиологии по возрастным группам по данным детского глазного отделения ГУ НМЦ РТ «Шифобахш».

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе детского глазного отделения ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Нами были проанализированы 597 историй болезни пациентов, поступивших в отделение с января 2024 г. по декабрь 2024 г. Из них 44 пациента с кератитами вирусной этиологии, что составило 7.5% от общего числа госпитализированных больных. Из них 27 девочек, что составило 61.4% и 17 мальчиков - соответственно 38.6%. Всем па-

циентом была произведена визометрия, биомикроскопия, определялась чувствительность роговицы в динамике, роговица окрашивалась раствором флюоресцеина, взяты анализы крови на ВПГ 1 и 2 типа методом ИФА, посев с конъюнктивальной полости на флору.

Результаты исследования. Пациенты были разделены на 3 возрастные группы. В первую группу вошли пациенты в возрасте до 3 лет - 25 детей, что составило 56.8% от общего количества детей с вирусными заболеваниями роговицы, во вторую группу вошли пациенты от 4 до 7 лет - 6 детей, что составило 18.6%, в третью группу вошли пациенты от 8 до 15 лет - 13 детей, соответственно, 29.5%. У 4 детей процесс был двусторонний, что составило 9%, а у 40 пациентов процесс был односторонний, что соответствует 91%. Чувствительность роговицы во всех случаях была снижена, анализ крови на ВПГ 1 типа был положительным у 42 детей (95.4%), у 2 детей - ВПГ 2 типа, в посеве с конъюнктивальной полости высеян *Staphylococcus epidermidis* - у 22 детей, у 4 - *Staphylococcus aureus*, что говорило о присоединении вторичной инфекции.

Выводы. Наибольшее количество детей с кератитами вирусной этиологии приходится на возрастную группу до 3 лет, что составляет 56.8%, по половому признаку чаще встречается у девочек, что составляет 61.4%, чаще процесс односторонний (в 91% случаев). Необходимо проводить посев с конъюнктивальной полостью для выявления вторичной инфекции для дальнейшей коррекции данного лечения, что приведёт к снижению осложнений и быстрейшему восстановлению.

Одинаев Э.М., Аминзода Х.С., Зайнидинзода С.И.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАНДАРТНЫХ НОСОВЫХ ТАМПОНОВ ПРИ ПОЛИПОЭТМОИДОТОМИИ

Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – старший преподаватель Мехмондустов С.Г.

Цель исследования. Оценить эффективность стандартных губчатых тампонов при полипоэтомидотомии у больных с хроническим полипозным этмоидитом.

Материал и методы. С периода 2021 по 2024г под нашим наблюдением находились 43 больных с хроническим полипозным этмоидитом в возрасте от 19 до 65 лет. Мужчин было-28, женщин-15. Всем больным проводили оториноларингологическое обследование, рентгенографию околоносовых пазух с целью исключения патологии последних и лабораторные методы исследования. При передней риноскопии у 35 больных наблюдали – двусторонний ХПЭ, а у 8 – односторонний. Больные при поступлении жаловались на заложенность носа, периодические головные боли и слизистые выделения из носа. Почти все больные по поводу своей патологии обращались повторно после проведенного медикаментозного лечения. Стоит отметить, что 37 больных длительное время регулярно пользовались сосудосуживающими каплями.

Результаты исследования. Всем больным после проведения операции полипоэтомидотомии с целью остановки кровотечения в полость носа с одной или с двух сторон вводили стандартные гемостатические губчатые тампоны с трубками для дыхания с размерами 10смх1.5смх2см. После увлажнения данные тампоны увеличиваясь в объеме, полностью заполняли полость носа, обеспечивая щадящее сдавление слизистой оболочки что приводило к полной остановке кровотечения, а трубка для дыхания расположенная в середине тампона обеспечивала сохранение носового дыхания больному, что очень важно для предупреждения развития дискомфорта, нарушения сна, головной боли, сохраняя при этом качество его жизни. Обеспечение носового дыхания больному позволяло нам держать данные губчатые тампоны в полости носа больных до 4-х суток, что в свою очередь приводило к очень эффективной остановке носового кровотечения. На 3-и сутки после предварительного увлажнения губчатых тампонов 0.9% физраствором, безболезненно и без травматизации слизистой оболочки носа извлекали их из полости носа. У 39 больных после удаления тампонов кровотечения из носа отмечено не было.

Выводы. Таким образом, использование стандартных губчатых тампонов с трубкой для дыхания после операции полипоэтомидотомии, обеспечивает эффективную остановку кровотечения и сохраняет носовое дыхание больному, что предотвращает развитие дискомфорта, нарушения сна и головных болей вследствие гипоксии мозга.

Одинаев Э.М., Юсупов А.А., Саидов Д.Х.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ НОСА У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ СЕПТОПЛАСТИКИ С ОДНОМОМЕНТНОЙ АДЕНОТОМИЕЙ

Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - старший преподаватель кафедры Юсупов А.Ш.

Цель исследования. Изучить динамику показателей функционального состояния носа после септопластики с одномоментной аденотомией у детей.

Материал и методы. В условиях детского ЛОР отделения ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» за период 2024-2025гг. нами было обследовано и прооперировано 45 детей в возрасте от 7 до 15 лет (из них девочек – 18, мальчиков - 27), с деформацией перегородки носа, сочетанной гипертрофией глоточной миндалины. План обследования включал оториноларингологический осмотр с применением эндоскопической техники, рентгенографию околоносовых пазух (ОНП) и носоглотки, исследование проходимости носовых ходов, двигательной активности мукоцилиарного клиренса, кислотно-щелочного равновесия (КШР) носового секрета и обонятельной функции до и в послеоперационном периоде.

Всем пациентам была выполнена одномоментно хирургическая коррекция перегородки носа и эндоскопическая аденотомия под общим эндотрахеальным наркозом.

Результаты исследования. При передней риноскопии и эндоскопическом исследовании у всех больных были

выявлены различного типа искривления перегородки носа и аденоидное разрастание различной степени в носоглотке. Основными жалобами обследованных были на постоянную заложенность в носу, затрудненное носовое дыхание, слизистые выделения из носа, храп во время сна, гнусавость голоса и повышенную утомляемость при физической нагрузке.

Как было сказано выше, в зависимости от характера искривления и степени разрастания аденоидов применяли различные варианты щадящей септопластики и эндоскопической аденотомии.

При изучении функциональных результатов хирургического лечения в отдалённом послеоперационном периоде (через 6 месяцев) было обнаружено статистически значимое улучшение всех показателей функционального состояния носа по сравнению с дооперационными показателями. К примеру, данные ринопневмометрии показали, что восстановление дыхательной функции носа наблюдалось у 94,4% обследованных. У 91,1% детей нормализовалась двигательная активность мерцательного эпителия слизистой полости носа, среднее значение которой составило $21,2 \pm 0,19$ мин. При этом у 97,7% больных восстановлена обонятельная функция носа. Среднее значение pH носового отделяемого составило $7,1 \pm 0,02$, что указывает на тенденцию к нормализации кислотно-щелочного равновесия слизистой оболочки полости носа.

Выводы. Выполнение септопластики с одномоментной аденотомией способствует к значительному улучшению всех параметров функционального состояния носа, что подтверждает эффективность и целесообразность проведения одномоментных вмешательств при сочетанной патологии полости носа и носоглотки.

Одинаева З.Б., Чориев Ш.Б.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛЫХ ИМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ

Кафедра нейрохирургии и сочетанных травм ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Бердиев Р.Н.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения застарелых импрессионных переломов костей черепа у детей.

Материалы и методы исследования. В качестве исследования были взяты 7 пациентов, обратившиеся за медицинской помощью после получения ими черепно-мозговой травмы, на кафедру нейрохирургии и сочетанных травм ГОУ ТГМУ им. Абуали Ибни Сино на базе ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» в отделение детской нейрохирургии за период 2020-2025 гг. Возраст пациентов варьировал от 1 до 12 лет. Средний возраст составил 6 лет. Из них 2 (28,5%) больных женского и 5 (71,5%) мужского пола. Соотношение женского пола к мужскому 1:2,5. Среди причин получения травмы головы превалировало падение с высоты разного расстояния и удар головы об различные предметы. Длительность периода от момента получения травмы до первого обращения в специализированное медицинское учреждение у исследуемых составило от 14 дней до 2-х месяцев. Причиной позднего обращения являлось удовлетворительное состояние пациентов после травмы, отсутствие адекватной оценки состояния пациентов со стороны родных. У всех пациентов на основании объективного обследования и компьютерной томографии черепа и головного мозга были выявлены застарелые переломы костей черепа импрессионного характера. В большинстве случаев перелом находился в теменной и лобной костях черепа. Всем пациентам проведена реконструктивная операция по устранению импрессионного перелома костей черепа.

Результаты исследования. Все пациенты выписаны из клиники на 7-10 сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Результаты операции оценивали визуально, пальпаторно и по данным КТ- черепа.

Выводы. Таким образом, применение стандартных методов операции для поднятия области вдавленного перелома костей черепа до физиологического положения часто бывает неэффективным в виду окостенения и уплотнения застарелого импрессионного перелома костей черепа. В связи с этим применение реконструктивных операций показывает свою высокую эффективность.

Окилова М.С., Нуралиева М.Т., Саидзода Ф.С.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ АППЛАНАЦИОННОМ И ИМПРЕССИОННОМ МЕТОДАХ ТОНОМЕТРИИ

Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Республиканский глаукомный диспансер. Таджикистан.

Научный руководитель - Кадырова Н.А.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ результатов тонометрии, полученных при использовании аппланационного метода (тонометрия по Маклакову) и импрессионного метода (тонометрия по Шютцу) и определить оптимальный метод тонометрии для ежедневной клинической практики.

Материалы и методы. Исследование проведено 17 здоровым студентам (34 глаза) в возрасте 23-25 лет, без патологических изменений придаточного аппарата и роговицы. Все исследованные женского пола. Обследуемым было измерено внутриглазное давление методом аппланационной тонометрии по Маклакову грузиком в 10 гр. и методом импрессионной тонометрии по Шютцу грузиком в 10 гр. Оба метода проводили в положении лёжа под местной анестезией. Исследование проводилось в дневное время суток. Кроме того, всем обследуемым проведены стандартные методы исследования: визометрия, периметрия по Фёрстеру, биомикроскопия, прямая офтальмоскопия, гониоскопия по Гольдману.

Результаты. По результатам исследования установили, что разница в показателях внутриглазного давления отмечается во всех группах. При измерении внутриглазного давления аппланационным методом по Маклакову уро-

вень внутриглазного давления варьировал от 16 до 19 мм рт. ст. (при норме с грузиком 10 гр. в диапазоне от 16 до 26 мм рт. ст.). Разница в показателях между правым и левым глазом составил 1-2 мм рт. ст. При измерении внутриглазного давления импрессионным методом по Шиотцу уровень внутриглазного давления варьировал от 16.5 до 19.6 мм рт. ст. (при норме с грузиком в 10 гр. в диапазоне от 15-25 мм рт. ст.). Разница в показателях между правым и левым глазом составил до 0.9 мм рт. ст. Полученные данные показывают, что разница внутриглазного давления при импрессионном методе тонометрии по Шиотцу от аппланационного метода по Маклакову составляет 0.5-0.6 мм рт. ст. (то есть больше), что необходимо учитывать при оценке внутриглазного давления у пациентов.

Выводы. Таким образом, тонометрия по Маклакову и по Шиотцу являются перспективными методами тонометрии на амбулаторно-поликлиническом уровне и в условиях специализированного отделения. Метод Шиотца рекомендуется применять при искривленной роговице, когда нет возможности захватить большую площадь.

Олимов О.З., Набиев Б.И., Рашидов Б.Дж.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛАХ МОЧЕТОЧНИКОВ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан.

Кафедра урологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Саъдуллозода Ф.С.

Цель исследования. Определить оптимальную лечебную тактику при камнях дистальных отделов мочеточников.

Материалы и методы. Основу настоящей работы составили результаты исследования данных 80 пациентов в ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии» в амбулаторных и стационарных условиях. Возрастной диапазон больных составлял от 21 до 65 лет с конкрементами дистальных отделов мочеточников, диагностированных при помощи ультразвукового исследования почек и мочевыводящих путей, внутривенной урографии и КТ с введением рентгенконтрастных препаратов. Размеры конкрементов были в пределах от 6 до 12 мм, плотностью от 380 до 960 НУ. В основном камни мочеточников самостоятельно переместились из чашечно-лоханочной системы почек в дистальные отделы мочеточников. Уретерогидронефроз наблюдался у 76 (95%) пациентов. В зависимости от метода лечения больные были разделены на две группы. В 1-й группе 16 пациентам проводили литокинетическую терапию, во 2-й группе 64 пациентам была проведена контактная уретеролитотрипсия (КУЛТ) при помощи контактного литотриптора Carl Storz (Германия) с последующей экстракцией фрагментов камней.

Результаты исследования. В первой группе литокинетическую терапию проводили пациентам с конкрементами до 8 мм в течение 10 дней. Она включала приём антибиотиков, спазмолитиков, альфаадреноблокаторов, вибротерапию, водную нагрузку во всех случаях. Средний койко-день составил 7 дней. Самостоятельное отхождение конкрементов произошло у 4 (25%) пациентов. Осложнения в виде уретерогидронефроза были у 15 (94%) больных, обострения хронического пиелонефрита – у 12 (75%) больных. У остальных 8 (66,7%) пациентов камни были удалены при помощи контактной уретеролитотрипсии (КУЛТ). Во второй группе у 62 (97%) пациентов конкременты были успешно удалены при помощи одного сеанса КУЛТ. В 2 (3%) случаях в связи с анатомическими сужениями мочеточников было проведено стентирование мочеточников. Среднее пребывание койко-дней у больных составило 4 дня.

Выводы. Таким образом, консервативное лечение (литокинетическая терапия) эффективна при наличии конкрементов размерами до 5-6 мм в течение 10 дней. Контактная уретеролитотрипсия более эффективна при локализации конкремента в нижней трети мочеточников, и её своевременное применение позволяет минимизировать количество воспалительных осложнений и сократить эффективность пребывания коек-дней.

Олимов О.З., Раджабов Ф.С., Авганов А.А.

ЧАСТОТА УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МУЖСКОГО ПОЛА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБРАЩЕНИИ В ПОЛИКЛИНИКУ ГУ «РНҚЦУ»

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан.

Кафедра урологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Одилов А.Ю.

Цель исследования. Изучить частоту андрологических заболеваний в условиях поликлиники ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии» при первичном обращении к врачам – урологам.

Материалы и методы. Основу настоящей работы составили результаты исследования данных 42 пациентов, которые первично обратились в поликлинику ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии».

Всем больным проводили комплексное обследование, которое включает в себя общеклинические анализы крови и мочи, спермограмму, анализ крови для определения уровня гормонов, ультразвуковые исследования почек и мочеполовой системы.

Результаты исследования. Пациенты обратились с жалобами на дизурические расстройства, болевыми ощущениями в поясничной области, болью в области мочевого пузыря, промежности, а также в органах мошонки и половую слабость. Возрастной диапазон пациентов составлял от 18 до 40 лет. В общем анализе крови отмечался незначительный лейкоцитоз до $10,0 \times 10^{12}/л$ – у 6 (14,3%) пациентов и повышение скорости оседания эритроцитов – у 10 (23,8%) пациентов, в общем анализе мочи преобладали протеинурия и лейкоцитурия – у 8 (19,1%) больных. В спермограмме у 24 (57,2%) – отмечалась олигоастеноспермия, у 22 (52,3%) – отмечалась пиоспермия. Тестостерон у 25 (59,5%) – пациентов составил $\pm 21,4$ н.мол/л, у 12 (28,6%) – составил $\pm 16,1$ н.мол/л и у 5 (12%) мужчин – отмечалось снижение уровня тестостерона $\geq 11,5$ н.мол/л. В ультразвуковом исследовании почек у 14 (33,4%) мужчин от-

мечался микронефролитиаз, у 26 (61,9%) мужчин – воспалительные изменения в структуре простаты, у 14 (33,4%) – кальцинаты в предстательной железе, у 12 (28,6%) – диагностировали варикоцеле 1 и 2 степени, у 6 (14,3%) – пациентов диагностирован эпидидимит.

Выводы. Таким образом, при первичном обращении пациентов с андрологическими заболеваниями в специализированные учреждения диагностированы такие заболевания как хронический простатит, варикоцеле, эпидидимит и мочекаменная болезнь. Своевременное обращение пациентов в медицинские учреждения позволяет вовремя диагностировать различные патологии у мужчин и предпринимать лечебные и профилактические мероприятия для устранения их причин.

Олимова Ф.З.

АКУШЕРСКИЕ ИСХОДЫ ПРИ ТЯЖЁЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Вафоева Н.В.

Цель исследования. Изучить акушерские исходы при тяжелой преэклампсии (ПЭ) у беременных позднего репродуктивного возраста.

Материал и методы. Проведено проспективное исследование 86 беременных женщин, поступивших в реанимационное отделение городского родильного дома №1 г. Душанбе, у которых была диагностирована тяжелая ПЭ. Критериями включения в основную группу (n=30) были: артериальная гипертензия впервые возникшая после 20 недель беременности, наличие патологической протеинурии и/или опасных симптомов гипертензивных нарушений и возраст беременных старше 35 лет. Группу сравнения (n=56) составили беременные с тяжелой преэклампсией в возрасте от 20 до 35 лет.

Результаты исследования. Средний возраст женщин в основной группе составил $37,3 \pm 0,4$ лет, а в группе сравнения – $23,7 \pm 0,3$ года. Индекс массы тела (ИМТ) в первой группе был $29,5 \pm 0,9$, во второй – $25,7 \pm 0,7$. Следовательно, чаще пациентки с тяжелой ПЭ позднего репродуктивного возраста имели избыточную массу тела. В основной группе первородящих было 13,3%, повторнородящих – 86,7%, в группе сравнения – соответственно 67,8 %, и 32,2%. Так, наиболее часто повторнородящие позднего репродуктивного возраста страдали тяжелой ПЭ. Среди осложнений беременности и сопутствующей патологии в первом триместре у 16,7% женщин основной группы беременность протекала с явлениями угрозы прерывания, анемия отмечалась в 60,0% случаев, обострение хронического пиелонефрита – 40,0%. Высокая частота преждевременных родов отмечена среди пациенток с тяжелой ПЭ позднего репродуктивного возраста (50,0%), что связано с индуцированием родов. Операция кесарево сечение чаще всего (в 50,0% сл.) проведена в основной группе. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) и дистресс плода чаще всего встречались у пациенток с тяжелой ПЭ позднего репродуктивного возраста (6,7 и 10,0%). Тем не менее, случаи развития хориоамнионита наблюдались у пациенток с тяжелой ПЭ молодого возраста. Ранний послеродовой период осложнился гипотоническим кровотечением в 3,3% случаев в основной группе. Гематометра развилась в 13,3% среди пациенток с тяжелой ПЭ позднего репродуктивного возраста и 17,8% молодого возраста.

Средняя масса новорожденных от матерей с тяжелой ПЭ в 1-й группе составила $2449,7 \pm 166,0$ г, во 2-й – $3028,0 \pm 85,5$ г ($p < 0,05$). Новорожденные массой тела при рождении ниже 2500 г составили 40,0% и 25,0% соответственно ($p < 0,05$). Средний рост новорожденных в 1-й группе был $45,5 \pm 1,02$ см., во 2-й – $49,4 \pm 0,4$ см. Оценка новорожденных по шкале Апгар на первой и пятой минутах: $6,3 \pm 0,3$, $6,9 \pm 0,2$ – в основной группе и $7,05 \pm 0,1$, $7,7 \pm 0,1$ в группе сравнения. В основной группе энцефалопатия различного генеза зарегистрировано в 20,0% случаев, задержка внутриутробного развития плода отмечалась у 26,7%, внутриутробная инфекция – 3,3%. В группе сравнения – 12,5%, 17,8% и 0% соответственно. Неонатальная смертность в 1-й группе составила 7 случаев (23,3%).

Выводы. Таким образом, полученные результаты проведенных исследований показали, что тяжелая преэклампсия у пациенток позднего репродуктивного возраста связана с неблагоприятными перинатальными исходами. Установлена высокая частота ПОНРП, преждевременных и оперативных родов среди беременных основной группы. Высокая частота перинатальной энцефалопатии различного генеза и задержки внутриутробного развития стали причиной неонатальной смерти 23,3% новорожденных, родившихся от матерей с тяжелой преэклампсией позднего репродуктивного возраста.

Олимова Ф.З., Юлдошева М.У., Муминова С.

АКУШЕРСКИЕ ИСХОДЫ РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ ТЯЖЁЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - академик АМН МЗ РТ, д.м.н., профессор М.Ф. Додхоева

Цель исследования. Изучить акушерские исходы ранней и поздней тяжелой преэклампсии.

Материал и методы. Проведено проспективное исследование 140 пациенток с тяжелой ПЭ, поступивших в реанимационное отделение городского родильного дома №1 г. Душанбе. Беременные были разделены на 2 группы: первую группу (n=47) составили пациентки с тяжелой ПЭ со сроком гестации до 34 недель (ранняя ПЭ), вторую группу (n=93) с доношенным сроком беременности, определяемая как поздняя ПЭ. Анализ включал следующие параметры: возраст, паритет, служебная принадлежность, социальное положение, место проживания, сопутствующие заболевания, акушерский анамнез, осложнения настоящей беременности, осложнения родов, исходы беременности.

Результаты исследования. Возраст пациенток в обеих исследуемых группах варьировал от 19 до 43 лет.

Средний возраст женщин в первой группе составил $30,0 \pm 1,01$ год, во второй группе – $24,7 \pm 0,5$ года. Значительная часть беременных с тяжелой ПЭ в сроке до 34 недель оказалась в позднем репродуктивном возрасте (35 и более) – 32,0% ($p < 0,05$). Поздняя ПЭ преимущественно наблюдалась у беременных возрастной категории 20-24 года – 42% ($p < 0,05$). Средний срок беременности в группе беременных с ранней ПЭ составил $31,7 \pm 0,4$, во второй – $38,7 \pm 0,1$ неделя. Ранняя ПЭ встречалась у 1/3 первородящих и 2/3 с паритетом 2-3, а поздняя ПЭ преимущественно (в 62,3% сл.) наблюдалась у первородящих. Отягощенный акушерский анамнез отмечался у беременных обеих групп. Тем не менее, частота преждевременных родов, неонатальной смертности и операции кесарева сечения в анамнезе была достоверно выше у пациенток с ранней возникшей ПЭ ($p < 0,05$). Преэклампсия в анамнезе зарегистрирована у 23,4% пациенток с ранней ПЭ и 9,6% поздней. В структуре сопутствующей патологии в обеих исследуемых группах преобладали хронический пиелонефрит, анемии различной степени, йод-дефицитные состояния, ожирения, хронический бронхит. Однако, у каждой 4-й беременной с ранней ПЭ был диагностирован гломерулонефрит (10%) ($p < 0,05$). Ожирение в обеих группах наблюдалось у каждой пятой беременной. Во втором и третьем триместре обострение хронического пиелонефрита диагностировано у 19,1% пациенток первой группы и у 22,6% второй группы. Угроза преждевременных родов чаще наблюдалась среди беременных с поздней ПЭ (8,6%). Антенатальная гибель плода составила 2,1% в группе с ранней ПЭ. Высокая частота преждевременных родов отмечена среди пациенток первой группы (100%). Это связано с преждевременной индукцией родов при ранней ПЭ. Роды через естественные родовые пути составили 55,3% в первой группы и 100% во второй ($p < 0,05$). Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) встречалась у каждой 9-й пациентки первой группы ($p < 0,05$), у которых частота интранатальной гибели плода и ДВС-синдрома также была высока и составила 4,2%. Средняя масса новорожденных от матерей с тяжелой преэклампсией в 1-й группе составила $1807,2 \pm 86,5$ г, во 2-й – $3178,1 \pm 54,4$ г. ($p < 0,05$). Новорожденные массой тела при рождении 2500,0 г и ниже составили 100% и 16,0% соответственно ($p < 0,05$). Средний рост новорожденных в 1-й группе был $41,5 \pm 0,7$, во 2-й – $50,2 \pm 0,2$ см ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, акушерские исходы ранней и поздней тяжелой преэклампсии отличаются. Результаты исследования показали, что раннее начало преэклампсии увеличивает частоту преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты с развитием ДВС-синдрома и интранатальной гибели плода, индуцированных преждевременных родов, недоношенности и рождения маловесных детей.

Олимова Ф.З., Валдешова С.Ш.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПОВТОРНОЙ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - академик АМН МЗ РТ, д.м.н., профессор М.Ф. Додхоева

Цель исследования. Изучить медико-социальные аспекты повторной тяжелой преэклампсии.

Материал и методы. Проведено проспективное исследование 44 пациенток с повторной тяжелой ПЭ, которые были госпитализированы в отделении реанимации городского родильного дома №1 г. Душанбе. Критериями включения в основную группу ($n=44$) были: впервые возникшая артериальная гипертензия после 20 недель гестации, патологическая протеинурия и/или опасных симптомов гипертензивных расстройств и гипертензивные нарушения во время беременности в анамнезе. Группу сравнения ($n=53$) составили пациентки с впервые возникшей тяжелой ПЭ. Анализ включал такие параметры как возраст, паритет, репродуктивный анамнез, служебная принадлежность, место проживания, сопутствующие заболевания, течение настоящей беременности, осложнения родов, акушерские исходы для матери.

Результаты исследования. Возраст пациенток в обеих группах варьировал от 24 до 38 лет. Средний возраст женщин с повторной ПЭ составил $31,2 \pm 0,6$ год, в группе сравнения – $23,9 \pm 0,6$ года. Подавляющая часть беременных с тяжелой ПЭ и перенесших ПЭ оказалась в возрасте 30-34 года - 41,0% (95% ДИ 26,98-55,61), ($p < 0,05$), в то же время беременные позднего репродуктивного возраста составили 27,3% (95% ДИ 15,31-41,26), ($p < 0,05$). Впервые возникшая ПЭ чаще всего наблюдалась у беременных возрастной категории 20-24 года – 50,9% (95% ДИ 37,57-64,16), ($p < 0,05$). Анализ репродуктивной функции женщин показал, что из 44 пациенток с паритетом 1 составили 29,5% (95% ДИ 17,11-43,67), 2-3 – 52,3% (95% ДИ 37,66-66,74), 4 и более – 18,2% (95% ДИ 8,27-30,69). В группе сравнения: 28,3% (95% ДИ 17,10-41,06), 1,9% (95% ДИ 0,01-7,45), 0% соответственно. Следовательно, большинство пациенток с повторной ПЭ в анамнезе имели 2-3 срочных родов ($p < 0,05$). Доля многоплодных в основной группе составила 18,2% (95% ДИ 8,34-30,81), а в группе сравнения женщин с паритетом 4 и более отмечено не было. Индекс массы тела (ИМТ) в первой группе был $26,3 \pm 0,7$, во второй – $25,7 \pm 0,7$. В основной группе средний срок беременности составил $35,7 \pm 0,5$, в контрольной – $38,1 \pm 0,4$ неделя. Домохозяйками оказались 86,3% (95% ДИ 74,71-94,74) и 90,5% (95% ДИ 81,24-96,84) соответственно. Средний межродовой интервал в основной группе - $4,8 \pm 0,3$, в контрольной – $1,2 \pm 0,3$ года. Доля жительниц города в первой группе составила 97,7%, (95% ДИ 91,27-100,0) во второй – 100%. Как видно, отягощенный акушерский анамнез преимущественно отмечался у беременных основной группы. Частота вакуум-аспирации, репродуктивных потерь, преждевременных и оперативных родов в анамнезе была значительно выше у пациенток с повторной ПЭ ($p < 0,05$). Среди сопутствующей патологии в обеих исследуемых группах преобладали хронический пиелонефрит, анемии различной степени, йод-дефицитные состояния, однако гломерулонефрит в 9,1% (95% ДИ 2,44-19,11) случаев диагностирован у пациенток основной группы. Ожирение преимущественно наблюдалось у пациенток с повторной ПЭ - 29,5% (95% ДИ 17,11-43,67), а в группе контроля – 16,9% (95% ДИ 8,12-28,06).

Выводы. Таким образом, полученные результаты показали, что значительная часть беременных с повторной тяжелой преэклампсией были в возрасте 30-34 года и позднего репродуктивного возраста, с паритетом 2-3 родов, жителями города с отягощенным акушерским анамнезом (самопроизвольный выкидыш и преждевременные роды в

анамнезе); более 85% были домохозяйками и малообразованными, у большинства беременность протекала на фоне заболеваний почек и ожирения.

Орифов М.Б., Юлдошев У.Р.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦИТОКИНОВ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра онкологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н. Юлдошев Р.З.

Цель исследования. Изучение клинической значимости определения цитокинов в диагностике и лечении рака молочной железы.

Материал и методы. Нами проанализировано иммунный статус у 20 больных с раком молочной железы находящихся на лечение в условиях ГУ Согдийский областной онкологический центр в периодах 2022-2024гг.

С целью изучения иммунологического статуса было проведено анализ интерлейкина-2 (IL-2), интерлейкина-6 (IL-6) и интерлейкина-10 (IL-10) до и после специального лечения. Сравнения проведено по аналогичном параметре у 20 практический здоровых женщин.

Результаты исследования. Наш анализ показал, что у обратившейся в Центре пациентов отмечается повышение маркеров онкологических процессов – цитокины. Лабораторно уровень IL-2 медиана вариационного ряда составила Ме 15,5 пг/мл и доверительный интервал 95% (12,4-18,3), что на 55,0% выше, чем у практический здоровых женщин. Повышение этого онкомаркера свидетельствует о том что организм даёт иммунный ответ на опухолевые клетки. Его прогностический значения при раке молочной железы является неизменным.

Уровень интерлейкина IL-6 составил Ме 11,2 пг/мл и доверительный интервал 95% (9,2-13,1), что на 60,0% выше, чем у практический здоровых женщин. Необходимо отметить, что повышенные уровни IL-6 в основном связаны с развитиями воспалительных процессов, наличии инфекции, а также новообразования.

Уровень интерлейкина IL-10 составил Ме 42,3 пг/мл и доверительный интервал 95% (35,1-52,8), что повышено на 36,4% чем у практический здоровых женщин. Повышения уровня IL-10 свидетельствует о запущенности опухолевого процесса, а также снижение иммунитета.

Учитывая повышенный показатели цитокинов крови решено провести инструментальные исследования: ультразвуковое исследования, компьютерной томографии органов грудной клетки и МРТ молочной железы. У всех больных выявлено запущенной стадии рака молочной железы.

Всем больным назначено специальное лечение в течение продолжительного времени. После лечение состояние пациентов относительно улучшилось.

Было проведено повторный анализ цитокинов крови после лечения. Лабораторно уровень IL-2 было Ме 10,4 пг/мл и доверительный интервал 95% (8,5-11,7), что на -32,9% ниже, чем уровень IL-2 до лечения. Достоверное снижение уровня этого онкомаркера свидетельствует об эффективности проводимой комплексной терапии.

Уровень интерлейкина IL-6 составил Ме 7,8 пг/мл и доверительный интервал 95% (7,1-8,9), что на -30,3% ниже, чем уровень IL-6 до лечения. Уровень IL-10 Ме 32,1 пг/мл и доверительный интервал 95% (27,3-36,8) на -24,1% ниже, чем уровень IL-10 до лечения.

Достоверное снижение уровня этих онкомаркеров указывает на эффективность проводимой комплексной терапии и восстановление иммунной системы больных раком молочной железы, что указывает на необходимости использования этих анализов для контроля эффективности лечебных мероприятий.

Выводы. У больных с подозрением раком молочной железы необходимо провести анализ цитокинов крови, в частности интерлейкина – 2, интерлейкина -6 и интерлейкина – 10 как предиктор опухолевого процесса в организме женщин. Снижение уровня этих онкомаркеров в процессе комплексной терапии свидетельствует о чувствительности опухолевых клеток на применяемые методов лечения.

Орифова Г.Х.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Кафедра хирургических дисциплин №2 ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Научный руководитель – Махмудзода И.Х.

Цель исследования. Изучить роль КТ при заболеваниях носа и околоносовых пазух.

Материал и методы. В данном исследовании использованы сведения о 528 больных, которые обратились в Республиканскую клиническую больницу Дангаринского района с февраля 2023 года по март 2025 года по поводу нарушения носового дыхания, наличия температуры, боли в области носа и околоносовых пазух, общую слабость, недомогание и отсутствие аппетита. Возраст больных колебался от 7 до 53 лет. Мужчины составили 216 (40,9%) человек, а женщины - 312 (59%).

Результаты исследования. При изучении КТ снимков выявлены следующие патологии: искривление носовой перегородки в 390 случаях, гипертрофия нижних носовых раковин в 256 случаях, конхобулеза в 112 случаях, синуситы в 33 случаях, кисты и полипы пазух носа в 29 случаях, инородные тела гайморовой пазухи в 4 случаях. Кроме этого, в ходе исследования у 19 пациентов обнаружено, что толщина дна полости носа составляет менее 1 мм, а у 2 пациентов толщина кости твердого неба менее 0,2 мм, что практически в 10 раз меньше среднего значения.

Выводы. Изучение компьютерной томографии носа и околоносовых пазух позволяет выявить деформации наружного носа, носовой перегородки, а также патологии полости носа и околоносовых пазух.

Таким образом, полученные нами данные могут стать базисом для разработки щадящих методик хирургического вмешательства на перегородке носа, направленных на профилактику развития интраоперационных осложнений.

Отаев Ш.З., Валиев Б.К., Шарифов С.А.

ТЕЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЁННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА ПОСЛЕ САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Кафедра хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова

ГОО «ТГМУ им.Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Назаров Ш.К.

Цель исследования. Изучить течение распространённого гнойного перитонита на фоне санации брюшной полости.

Материал и методы. В основу проведенного исследования положены результаты комплексного исследования 51 больных с распространённым гнойным перитонитом находившихся на лечении в хирургических отделениях ГУ «городской центр неотложной медицинской помощи города Душанбе» с 2002 по 2023 гг. РГП был обусловлен деструктивной формой острого аппендицита – у 17(33,3%) пациентов, острая кишечная непроходимость – у 7(13,7%) пациентов, перфорация полых органов – у 11(21,5%) пациентов, Распространённый гнойный перитонит на фоне панкреонекроза у 16(31,3%) больных. панкреонекроз осложнился развитием распространённого гнойного перитонита. У 9(17,6%) пациентов этой группы причиной развития перитонита был прорыв обширной забрюшинной флегмоны в брюшную полость прорыв абсцесса сальниковой сумки в свободную брюшную полость. В комплексе при поступлении были исследованы общие и биохимические исследования крови и мочи с определением уровня белка, показателей билирубина, концентрации мочевины и креатинина, показателей печеночных проб и уровня С-реактивного белка, уровни амилазы в сывороточной крови и диастазы в моче, показателей ПОЛ, интерлейкин, прокальцитонин, ферритин. Микробиологию содержимого брюшной полости изучали после лапаротомии и в период программных санаций брюшной полости. Обработку результатов исследования проводили методами прикладной статистики с использованием MS Excel и программного пакета для статистического анализа «Statistica v. 10.0». Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Число программных санаций брюшной полости зависел от особенностей течения послеоперационного периода, тяжести состояния больного и ожидаемых осложнений. Санацию брюшной полости осуществляли путём применения ионизированного 0,9% физиологического раствора. По 1-2 санации выполнено 29 (56,8%) больным, 3-4 санации - 22(43,1%) больным. На сегодняшний день данная методика является основным методом лечения тяжелых форм РГП. Клиническое течение РГП после проведения программных санаций брюшной полости характеризовался вялотекущим, торпидным характером гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости. На 1-3-е сутки после первой санации состояние больных был расценён тяжелым, стойкая гипертермия сохранялась до 38-39^оС, гиперемия кожных покровов, тахикардия до 110-120 уд. в мин. По назоинтестинальному зонду поступало застойное кишечное содержимое объемом от 500 до 1500 мл. Больные на 7-12-е сутки после многократных программных санаций брюшной полости были вялые, в брюшной полости, на УЗИ определялся до 200 мл жидкого гноя, фибриновые плёнки, поддерживающие гнойный процесс. У части больных с крайне тяжелым течением отмечено выраженный спаечный процесс с фибриновым налётом.

Выводы. Таким образом, после тщательных программных санаций отмечается положительная динамика однако воспалительный процесс в брюшине сохраняется в зависимости от реактивности и течения перитонита, очищение брюшной полости начинается после 2-3-го сеанса санации.

Отахонов Ф.Х., Холов А.Д., Юлдошев А.Н.

САМАРАНОКИИЧАРРОХИИ “АДЕНОТОМИЯ” ДАР ТАБОБАТИ ОТИТИ МИЁНАИ ЭКСУДАТИВӢ

Кафедраи фанҳои ҷарроҳии №4, МДТ "Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон".

Беморхонаи марказии ноҳияи Данғара. Тоҷикистон

Научный руководитель – Пиров Б.С.

Мақсади таҳқиқот. Муайян намудани самаранокии ҷарроҳии “аденомия”дар табобати отити миёнаи эксудативӣ дар шароити Беморхонаи марказии ноҳияи Данғара.

Мавод ва усулҳо. Таҳқиқот дар давоми соли 2024 -2025 дар Беморхонаи марказии ноҳияи Данғара, шӯъбаи бемориҳои гӯшу гулу ва бинӣ дар 39 нафар бемор, ки бо аденоидҳои дараҷаи II - III ва 10 нафар бемори гирифтори аденоидҳои дараҷаи II - III бо отити миёнаи эксудативӣ муроҷиат намудаанд, гузаронида шуд. Аз шумораи умумии беморон 25 нафар мард (64,1%) ва 14 нафар зан (35,9 %) мебошанд ва синну соли онҳо аз 3 сола то 12 соларо ташкил медиҳад.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Ба ҳамаи беморон (39 нафар) пеш аз табобат барои муайян намудани оризаҳо ва табобат усулҳои зерини ташхисӣ гузаронида шудааст:

1. Анамнези беморӣ ва шикоятҳо – дар 29 нафари бо ташхиси аденоидҳои дараҷаи II - III (74,3%) душвории нафаскашӣ бо воситаи бинӣ, тағйирёбии шакли чеҳра, обиятравӣ аз бинӣ, асабхастагӣ. Дар 10 нафари бо ташхиси аденоидҳои дараҷаи II - III ва отити миёнаи эксудативӣ (25,7%) ба ғайр аз шикоятҳои асосӣ инчунин пастшунавоӣ ва хисси маҳкам будани гӯш дида шуд.

2. Муоинаи ковокии даҳон (фарингоскопия) - тағйирёбии коми саҳт - баланд ҷойгиршавии он, нодуруст баромадани дандонҳо.

3.Муоинаи ковокии бинӣ (риноскопия) - луобпардаҳои ковокии бинӣ сурхчатоб, садафаҳои ковокии бинӣ миёнаҳам, дар роҳи умумии бинӣ каме ихроҷоти луобӣ мушоҳида мешавад.

4. Отоскопия – пардаи таблӣ сурх, варам ва ҷой доштани ҳубобчаҳо дар он, инчунин деформатсияи конуси рӯшноӣ ва тағйирёбии ҳолати устухони болғача дида мешавад.

5.Рентгенография паҳлуи бинибальум - сояи нимкурашакл, ки қисми зиёди сакфи бинибальумро фаро гирифтааст, мушоҳида мешавад. Аз натиҷаи таҳхиси рентгенӣ маълум мегардад, ки дар натиҷаи калон шудани ҳаҷми бодомаки ҳалқ суроҳии ҳалқии ноӣи сомеа маҳкам гардида, боиси пайдоиши раванди илтиҳобӣ дар гӯши миёна гардидааст.

6.Таҳхисҳои лабораторӣ - таҳлили умумии хун, пешоб, наҷосат, гурӯҳи хун, лахташавии хун.

Ба ҳамаи беморон баъди гузаронидани усулҳои таҳхисии дар боло зикршуда ва муайян намудани аденоидҳои дараҷаи II - III, табobati консервативӣ ва ҷарроҳӣ - аденотомия (бурида гирифтани бодомаки ҳалқ) гузаронида шуд. Баъди гузаронидани ҷарроҳӣҳолати беморон хуб шуда, аломатҳои пастшунавой ва маҳкамшавии гӯш бартараф шуданд.

Хулоса. Аз натиҷаи таҳқиқот маълум мегардад, ки яке аз сабабҳои пайдошавии отити миёнаи эксудативӣ аденоидҳои дараҷаи II - III ба ҳисоб рафта, усули табобатҷарроҳӣ - аденотомия мебошад.

Парпиев Ф.М., Пиров Ш.А.

ЗНАЧЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии и нейрохирургии с курсом сочетанной травмы
ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Научные руководители – д.м.н., проф. А.А. Раззоков и д.м.н., проф. Р.Н.Бердыев

Цель исследования. Улучшение результатов лечения повреждений конечностей при сочетанной травме. (СТ).

Материал и методы. Анализированы результаты оперативного лечения 254 больных с СТ в возрасте от 18 до 60 лет, пролеченных с применением малоинвазивных технологий (МТ). Больные распределялись на перспективную (пролеченные с применением совершенствованных подходов) и ретроспективную (пролеченные с применением общеизвестных подходов) группы (соответственно по 131 и 123 наблюдений).

Результаты исследования. При переломах длинных костей в ретроспективной группе, в связи с проведением традиционных методов остеосинтеза, операции за редким исключением (открытые переломы, травмы сосудисто-нервного пучка и др.) выполнялись в отсроченном порядке. В перспективной группе, исходя из комплексной оценки тяжести состояния больных, по показаниям в более ранние сроки в различных комбинациях выполнялись различные технологии лечения переломов длинных костей:

- закрытая репозиция с помощью электронно-оптического преобразователя (ЭОПа) с фиксацией спицами – 24 (18,3%) набл.;

- открытый малоинвазивный экстрамедуллярный остеосинтез из технологических окон - 14 (10,7%) набл.;

- остеосинтез стержневыми аппаратами - 23 (17,6%) набл.;

- остеосинтез аппаратом Илизарова в упрощенном варианте - 18 (13,7%) набл.;

- остеосинтез с помощью титанового эластичного набора (ТЭН) - 12 (9,2%) набл.;

- операция с помощью блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза (БИОС) - 40 (30,5%) набл.;

При анализе отдаленных результатов лечения переломов частота неудовлетворительных исходов в перспективной группе оказались статистически значимо меньше по сравнению с ретроспективной группой (соответственно 9,6% и 18,7%, $t < 0,05$).

Выводы. Применение малоинвазивного остеосинтеза позволяет операции провести в симультанном варианте, в более ранние сроки и при отсутствии вторичных изменений в мягких тканях. В конечном итоге данный тактический подход способствует минимизировать развитие отека головного мозга и достичь синхронизацию между сроками репозиции и темпами регенеративных процессов в зоне переломов.

Пинчук А.В., Косимов И.О., Достиев У.А.

ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕГО ОЖИРЕНИЯ НА ИСХОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРО-ЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н. Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценка влияния ожирения на частоту послеоперационных осложнений и результаты хирургического лечения пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями.

Материал и методы. Включены данные 120 пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями, перенесших хирургическое лечение. Средний возраст пациентов составил $49,2 \pm 7,4$ года. Пациенты были разделены на группы:

- **Группа 1** (60 человек): пациенты с нормальным индексом массы тела (ИМТ < 25).

- **Группа 2** (60 человек): пациенты с ожирением (ИМТ ≥ 30).

Сравнивались частота послеоперационных осложнений (инфекции, тромбозмболии, нарушение моторики ЖКТ), длительность госпитализации и сроки реабилитации. Использовались методы χ^2 и однофакторный анализ (ANOVA) при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. В группе 2 частота инфекционных осложнений составила 22%, что в 2 раза выше, чем в группе 1 (11%, $p < 0,01$).

- Риск тромбозмболических осложнений у пациентов с ожирением был выше в 1,8 раза (7% против 4%, $p < 0,05$).

- Средняя длительность госпитализации у пациентов с ожирением составила $9,6 \pm 2,1$ дней, что на 3 дня больше, чем у пациентов с нормальным ИМТ ($6,5 \pm 1,8$ дней, $p < 0,01$).

- Восстановление моторики ЖКТ происходило медленнее в группе 2 (в среднем $5,3 \pm 1,4$ дня против $3,9 \pm 1,2$

дней, $p < 0,01$).

Выводы. Ожирение значительно увеличивает риск послеоперационных осложнений и удлиняет сроки госпитализации и восстановления. Для пациентов с ожирением необходимо разрабатывать специализированные протоколы подготовки и послеоперационного ведения, направленные на снижение негативного влияния избыточной массы тела на исходы лечения.

Пинчук А.В., Косимов И.О., Достиев У.А.

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ НА ЧАСТОТУ ОСЛОЖНЕНИЙ И ИСХОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н. Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценка влияния длительности предоперационной госпитализации на частоту осложнений и результаты лечения у пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 130 пациентов. Средний возраст – $48,5 \pm 6,9$ года; мужчины – 56% (73 человека), женщины – 44% (57 человек). Пациенты были разделены на две группы:

- **Группа 1** (65 человек): предоперационная госпитализация длилась до 3 дней.
- **Группа 2** (65 человек): предоперационная госпитализация длилась более 3 дней.

Оценивались частота послеоперационных осложнений (инфекции, тромбоэмболии, дыхательная недостаточность), длительность общей госпитализации и сроки восстановления. Для статистического анализа использовались методы χ^2 и t-критерий при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. В группе 2 частота инфекционных осложнений была на 30% выше (15% против 10% в группе 1, $p < 0,05$).

- Дыхательная недостаточность наблюдалась у 6% пациентов в группе 2 по сравнению с 3% в группе 1 ($p < 0,05$).
- Средняя длительность общей госпитализации в группе 2 составила $12,4 \pm 2,5$ дней, что на 3,2 дня больше, чем в группе 1 ($9,2 \pm 2,1$ дней, $p < 0,01$).
- У пациентов группы 1 восстановление моторики ЖКТ происходило быстрее (в среднем за $4,2 \pm 1,3$ дня) по сравнению с группой 2 ($5,5 \pm 1,6$ дней, $p < 0,05$).

Выводы. Продолжительная предоперационная госпитализация повышает риск инфекционных осложнений и удлиняет сроки восстановления пациентов. Оптимизация сроков госпитализации и использование амбулаторных методов подготовки к операции позволяют снизить частоту осложнений и улучшить результаты лечения. Рекомендуется пересмотреть стандартные подходы к предоперационной госпитализации, ориентируясь на минимальные сроки пребывания в стационаре.

Пиров Ш.А., Парпиев Ф.М., Сатторов А.И.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ТЯЖЁЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Кафедра нейрохирургии с курсом сочетанной травмы и травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Р.Н. Бердиев

Цель исследования. Улучшение результатов лечения тяжёлой сочетанной черепно-мозговой травмы (ТСЧМТ).

Материал и методы. Работа основана на результатах комплексного лечения 121 пациента ТСЧМТ в возрасте от 18 до 60 лет, пролеченных с применением симультанных операций (СО). Больные распределялись на перспективную (пролеченные с применением совершенствованных подходов) и ретроспективную (пролеченные с применением общеизвестных подходов) группы. В перспективную группу включены 58 (47,9%) и в ретроспективную - 63 (51,1%) пациента. В ходе выполнения работы применялись клинические, рентгенологические методы, КТ, МРТ, УЗИ, лабораторные и статистические методы.

Результаты исследования. В ретроспективной группе показания и срочность к выполнению СО преимущественно определялись с помощью качественных показателей. В перспективной группе применены количественные современные объективные балльные методы оценки показателей, характеризующих тяжесть повреждения черепа и головного мозга, а также внечерепных повреждений. По совокупности вышеприведённых интегральных показателей установлены вынужденные, отсроченные и необходимые показания к СО при ТСЧМТ. При повреждении черепа и головного мозга за редкими исключениями (ШКГ < 4 баллов, ШН - более 35 баллов, ШГ - более 35 баллов) показания к СО носят вынужденный характер. При повреждениях внечерепных повреждений вынужденные показания к СО ставились только при повреждениях жизненно важных органов с паренхиматозными и другими жизнеопасными кровотечениями. При ШКГ до __ баллов, ШН до 22 баллов, ШГ от 21 до 35 баллов, если имеются полноценные условия для проведения адекватной анестезии и комплексного послеоперационного лечения, а также современные технологии для проведения малоинвазивных операций, можно прибегнуть к выполнению СО по необходимым показаниям.

При анализе ближайших результатов показатель летальности в группах сравнения статистически значимо не отличался. Среди выживших пациентов в отдалённом периоде в перспективной группе наблюдается статистически значимое увеличение положительных результатов по сравнению с ретроспективной группой (соответственно 69,2% и 46,8%, $t < 0,05$).

Выводы. Выполнение СО при ТСЧМТ позволяет минимизировать проявление синдрома «взаимного отягощения» и может рассматриваться как эффективный способ улучшения повреждений.

Пулодов Д.Б., Аминов А.Х., Хакимов Х.Дж.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАЛОИНВАЗИВНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА НЕСТАБИЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ТАЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан.

Научный руководитель - Парпиев Ф.М.

Цель исследования. Оценить эффективность новых методов оперативного лечения переломов костей таза с применением современных технологий.

Материалы и методы. Представлен опыт лечения 18 пациентов, которым выполнили 25 операций остеосинтеза переломов лонных костей с использованием титанового штифта. Средний возраст пациентов составил $40,16 \pm 10,35$ лет. Предложенная хирургическая методика предусматривает обязательное использование электронно-оптического преобразователя на всех этапах операции. В положении пациента на спине осуществляли остеосинтез переломов лонных костей штифтом ретроградно с помощью ручки-навигатора через кожный разрез 1 см в области симфиза. После полного погружения штифта в кость выполняли его блокировку в проксимальной части двумя кортикальными винтами диаметром 3,5 мм через дополнительный кожный разрез 1,0 см при помощи ручки-навигатора и направляющих втулок.

Результаты исследования. Билатеральные переломы были диагностированы у 7 (38,8%) пациентов (флотирующий симфиз). У 13 (72,2%) пациентов имела место сочетанная травма - средний балл по ISS составил $25,1 \pm 7,8$. У 2 (11,1%) пациентов диагностированы открытые переломы таза, у 3 (16,6%) - имелся сопутствующий перелом вертлужной впадины. Двум (11,1%) пациентам выполнена эпицистостомия, 5 (27,8%) - лапаротомия с выведением дренажей. Средний срок наблюдения составил $7,8 \pm 6,2$ месяцев. У всех пациентов удалось добиться стабильной фиксации отломков лонных костей. К моменту публикации рентгенологическое сращение лонных костей диагностировано в 16 (64%) случаях, в остальных 9 (36%) случаях срок наблюдения был меньше среднего срока сращения (2 мес.). У 11 (68,8%) пациентов функциональный результат в срок наблюдения 6 мес. составил в среднем $91 \pm 3,9$ балла по шкале Majeeed, у 8 (50%) пациентов через 12 месяцев и больше средний балл по Majeeed составил $93,8 \pm 2,9$ балла. Осложнений в виде некроза кожи, вторичного смещения отломков случаев и развития инфекции не наблюдалось.

Выводы. Данная методика позволяет, благодаря надёжной фиксации отломков, практически сразу купировать болевой синдром в области перелома лонной кости и активизировать пациента в максимально короткие сроки. Результаты показали отсутствие инфекционных осложнений со стороны ран и надёжную фиксацию отломков наряду с традиционными методами остеосинтеза. Кроме того, фиксация может выполняться пациентам с наличием эпицистомы и дренажей в области передней брюшной стенки, что расширяет показания для хирургического лечения переднего полукольца таза.

Р. Дж. Салихов, Дж. К. Абдуллоев, М.М. Кучов

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ ПО МЕТОДИКЕ «ЕДИНОГО ДОСТУПА»

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии им. профессора М.К. Каримова

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ашуров А.С.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения у больных с острым калькулёзным холециститом (ОКХ).

Материал и методы. Настоящее исследование основано на анализе клинических наблюдений за 30 больными с острым калькулёзным холециститом за период с 2010 по 2013 год. Мужчин было 3 (10%), женщин - 27 (90%) в возрасте от 18 до 65 лет. Давность заболевания от 6 до 72 ч. Все больные оперированы под общей анестезией в условиях искусственной вентиляции лёгких, использовали эндовидеохирургическую стойку «Азимут» (г. Санкт-Петербург, Россия), «Крыло» (г. Воронеж, Россия). Для доступа в брюшную полость во время операции использовали один трансумбиликальный разрез передней брюшной стенки до 2,5 см, через который устанавливали 3 рабочих троакара.

Результаты исследования. ЛХЭ из единого доступа выполнено 26 больным. У 3 пациентов в связи с инфильтратом в области шейки желчного пузыря применяли дополнительный троакар в правой подрёберной области, через который производили пункцию и аспирацию содержимого желчного пузыря, и в дальнейшем через этот порт дренировали подпечёчную область. Конверсия на ЛХЭ потребовалась у одного больного, причиной является интравенозное кровотечение. Среднее время вмешательства составило $69 \pm 7,1$ мин. В раннем послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. На 2-е сутки выполнялось УЗИ брюшной полости. Пациенты активизировались в первые сутки после операции, болевой синдром был минимален и не требовал назначения наркотических анальгетиков. Больные выписаны до 5-х суток после операции в удовлетворительном состоянии. Швы снимались амбулаторно на 10-е сутки.

Выводы. Таким образом, лапароскопическая холецистэктомия из «единого доступа» даёт возможность оперировать больных с острым холециститом, позволяет добиться хорошего косметического эффекта, и в то же время снизить инвазивность оперативного вмешательства.

Раббимкулов С.Х.
**ПРИМЕНЕНИЕ МЕСТНОГО ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ИМПЛАНТАТА «ХЕМОБЕН» ПРИ ТЯЖЕЛЫХ
ОЖОГАХ**

Кафедра общей хирургии
Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан.
Научный руководитель - PhD Юнусов О.Т.

Цель исследования. Оценить эффективность применения отечественного гемостатического имплантата «Хемобен» у тяжелообожженных.

Материал и методы. На основании данных областного филиала РНЦЭМП в период 2022-2024 гг. В большинстве наблюдений причиной травмы являлось пламя (19 случаев), также наблюдались ожоги кипятком (8 случаев), контактные ожоги (3 случая). Общая площадь поражения у пациентов составляла от 5 до 30% поверхности тела, а глубокого ожога ШБ-IV степени до 10%. Всем пациентам выполняли раннюю некрэктомию до здоровых тканей с появлением капиллярного кровотечения с одновременной аутодермопластикой. Гемостаз осуществляли гемостатическим порошком из производных целлюлозы препаратом «Хемобен» 10 мг порошка 1 раз в день в течении 3 суток.

Результаты исследования. Клиническая оценка включала следующие критерии: количество и характер отделяемого; кровоточивость ран; сроки эпителизации донорских участков, пересаженных аутодермотрансплантатов; полноту эпителизации; выраженность раневой боли. Оперативное вмешательство 102 пациентам с глубокими ожогами заключалось в применении гемостатического препарата Хемобен для остановки кровотечения после иссечения некротизированной кожи и подкожных структур.

Выводы. Адекватно проведенная во время операции местная гемостатическая терапия может предотвратить кровопотерю, тем самым улучшить результаты лечения данного контингента больных. В этом плане перспективным является использование местного гемостатического средства «Хемобен». Применение Хемобена позволяет проведение ранней некрэктомии с одновременной или отсроченной аутодермопластикой, появляются возможности для изменения хода ожоговой болезни и прерывания ее течения, сокращается время восстановления целостности кожных покровов, длительность стационарного лечения, число инфекционных осложнений и летальных исходов.

Рабиев К.Р., Махсумов С.М., Иброимзода С.Ч.
**СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОСУДОСОХРАНЯЮЩИХ МЕТОДОВ УРЕТРОПЛАСТИКИ БУЛЬБО-
МЕМБРАНОЗНОЙ ЧАСТИ УРЕТРЫ**

Кафедра урологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Ризоев Х.Х.

Цель исследования. Проведение сравнительного анализа эффективности реконструктивного хирургического лечения стриктур бульбо-мембранозной уретры с использованием двух видов анастомозов: с сосудосохраняющим и без сосудосохраняющего анастомоза.

Материалы и методы. Исследование было проведено в клинике урологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино в период с 2018 по 2024 годы. В исследование были включены 48 пациентов, у которых был установлен диагноз: стриктура бульбо-мембранозной уретры. Все пациенты прошли реконструктивное хирургическое вмешательство, направленное на восстановление нормальной проходимости уретры. В зависимости от выбранного метода, пациентам была выполнена одна из двух техник анастомозирования: **классический метод (ЕРА-TWW) и сосудосохраняющий метод (ЕРА-Ј)**. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от того, какой метод был выбран для их операции. Послеоперационные результаты оценивались с использованием нескольких клинических шкал, включая Международную шкалу простатических симптомов (IPSS), Международный индекс эректильной функции (IIEF) и шкалу качества жизни, что позволило оценить функциональный статус пациентов на разных этапах реабилитации.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что эффективность обоих методов анастомозирования была статистически сопоставимой. В обеих группах пациентов наблюдалось значительное улучшение показателей на шкале IPSS, что указывает на успешное восстановление мочеиспускания. Международный индекс эректильной функции (IIEF) показал некоторое улучшение состояния эректильной функции у пациентов, перенесших сосудосохраняющую операцию. Что касается частоты осложнений, то в обеих группах риск развития недержания мочи, укорочения полового члена был одинаковым и не превышал статистически значимых значений. Однако в группе пациентов, перенесших сосудосохраняющие операции, отмечалось меньшее количество жалоб на снижение эректильной функции в долгосрочной перспективе. Это указывает на возможные преимущества сосудосохраняющих методов в восстановлении функциональности полового члена.

Выводы. Проведённое нами исследование не выявило статистически значимой разницы в общей эффективности реконструктивного лечения стриктур бульбо-мембранозной уретры между двумя методами анастомозирования. Однако, исходя из результатов послеоперационного восстановления, можно утверждать, что сосудосохраняющий метод обладает некоторыми преимуществами в плане сохранения эректильной функции и улучшения качества жизни пациентов. Это может быть важным фактором при принятии решения о выборе метода у пациентов, для которых сохранение половой функции является важным аспектом послеоперационного восстановления.

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕНИНГИОМ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ПАЦИЕНТОВ

Кафедра нейрохирургии Самаркандского государственного медицинского университета, Узбекистан
Научный руководитель - д.м.н., профессор Мавлянова З.Ф.

Цель исследования. Оценить влияние гистологической структуры менингиом на вероятность рецидива, выживаемость и потенциал нейрореабилитации после хирургического лечения.

Материал и методы. В проспективное исследование были включены 124 пациента, проходивших хирургическое лечение по поводу внутричерепных менингиом в условиях нейрохирургического стационара. Возраст пациентов варьировал от 32 до 68 лет (средний возраст $-49,1 \pm 7,6$ лет), 78 женщин (62,9%), 46 мужчин (37,1%). Распределение по гистологическим типам менингиом соответствовало классификации ВОЗ (2021): менингиомы Grade I - 82 случая (66,1%), Grade II (атипичные) - 32 случая (25,8%), Grade III (анапластические/злокачественные) - 10 случаев (8,1%). Гистологическая верификация проводилась по стандартному протоколу гистохимического окрашивания с обязательным определением уровня экспрессии Ki-67, как маркера клеточной пролиферации. Дополнительно изучались признаки ангиогенеза (по выраженности сосудистой сети в препарате) и наличие инвазии в мозговую паренхиму и твердую мозговую оболочку. Оценка реабилитационного потенциала пациентов проводилась по совокупности параметров: наличие остаточного неврологического дефицита (по шкале NIHSS), степень восстановления в течение 6 месяцев по шкале реабилитации Barthel Index, частота рецидивов в течение 5 и 10 лет (по результатам наблюдения), а также выживаемость. Для статистической обработки использовались: дисперсионный анализ ANOVA, критерий χ^2 , t-критерий, логистическая регрессия. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$. Обработка данных выполнялась в пакете SPSS Statistics v.11.

Результаты исследования. У пациентов с менингиомами Grade I, средний индекс пролиферации Ki-67 составил $2,3 \pm 0,9\%$, признаки ангиогенеза и инвазии отсутствовали или были минимальными. Частота рецидива в 10-летний период составила 9,8%, а 5-летняя общая выживаемость — 96,2%. Средний показатель по шкале Barthel через 6 месяцев составил $87,4 \pm 8,2$, что соответствует высокому реабилитационному потенциалу. У этой категории пациентов чаще всего встречались фиброзные и псамомные подтипы с плотной капсулированной структурой. В группе атипичных менингиом (Grade II) средний Ki-67 составил $5,6 \pm 1,4\%$ ($p < 0,001$ по сравнению с Grade I), выявлены случаи локальной инвазии и выраженного ангиогенеза. Частота рецидива за 5 лет достигала 34,2%, а 5-летняя выживаемость — 76,5% ($p = 0,003$). Умеренное снижение восстановления реабилитационного потенциала отражалось в показателе Barthel: $64,7 \pm 11,6$ баллов. Статистически значимо увеличивалось количество случаев, требующих адъювантной радиотерапии ($\chi^2 = 12,43$; $p = 0,001$). Пациенты с злокачественными менингиомами (Grade III) имели наихудшие показатели: индекс Ki-67 $> 12\%$ в 90% случаев, выраженная тканевая инвазия, высокая митотическая активность. Частота рецидива в течение 5 лет — 68,4%, а 5-летняя выживаемость — 38,7% ($p < 0,001$ по сравнению с Grade I и II). Показатель реабилитационного восстановления через 6 месяцев был крайне низким — $42,2 \pm 12,1$ баллов по Barthel Index. Эти пациенты требовали комбинированного лечения (хирургия + радиотерапия + химиотерапия), что также удлиняло сроки восстановления и снижало функциональную независимость, когнитивных процессов, что проявляется ухудшением самочувствия, снижением активности и негативными изменениями настроения у интернет-зависимых студентов. Хроническое стрессовое воздействие, связанное с интернет-зависимостью, приводит к гиперактивации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и увеличению уровня кортизола. Это влечет за собой нарушение нейромедиаторного баланса, снижение активности серотонинергической и дофаминергической систем, ухудшение нейропластичности мозга и нарушение регуляции эмоционально-когнитивных процессов.

Выводы. Гистологический тип менингиомы (Grade I–III) достоверно влияет на выраженность пролиферативной активности опухоли (Ki-67), степень инвазии и ангиогенеза, что, в свою очередь, определяет риск рецидива, общую выживаемость и прогноз восстановления. Менингиомы Grade I, особенно псамомные и фиброзные формы, характеризуются низким уровнем пролиферации, капсулированным ростом и благоприятным восстановлением (Barthel > 85 в 82% случаев). Атипичные и злокачественные менингиомы (Grade II–III) требуют индивидуализированного ведения и включения в реабилитационные планы компонентов онкоподдержки и специализированной нейропсихологической помощи, особенно при выраженной инвазии и Ki-67 $> 5\%$. Гистологический анализ опухоли должен рассматриваться как один из ключевых прогностических факторов, определяющий тактику ведения и интенсивность реабилитационных мероприятий после нейрохирургического вмешательства.

Рагимов Р.Г., Мазанова Н.Г., Алиярова Ф.З.

К МЕТОДИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ПОДКАПУЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ

Кафедра оперативной хирургии с топографической анатомией ФГБОУ ВО «ДГМУ» Минздрава России. Россия
Научный руководитель — д.м.н., профессор Рагимов Г.С.

Цель исследования. Разработать надежный способ лечения посттравматических подкапсульных повреждений печени и селезенки.

Материал и методы. Нами разработан способ лечения посттравматических подкапсульных повреждений паренхиматозных органов в эксперименте на беспородных собаках обоего пола с весом от 14-25 кг с соблюдением всех этических норм. Суть способа заключается в следующем: удаляют гематому из полости с помощью пункционной иглы, затем в полость через эту же иглу вводят раствор 3% перекиси водорода, равный 1/2 объема извлеченной крови, чтобы не создать избыточно давление в полости гематомы, и оставляют на 3-5 минут. После чего раствор перекиси водорода удаляют и вводят в полость озонированный биоклей (объем, равный от 1/4 до 1/3 аспирируемой

крови, так как данный объем позволяет покрыть раневую поверхность слоем достаточной толщины для аппликации отслоенной капсулы) и тампоном слегка придавливают отслоенную капсулу в области гематомы на 3-4 минуты. Предварительно моделировали повреждения (подкапсульные, внутриорганные) на печени, селезенки. При подкопсульных повреждениях малых размеров с нарушением целостности паренхимы органа и при отсутствии в ней кровотока, ввиду опасности вторичного разрыва с последующим кровотечением, использовали разработанный миниинвазивный способ.

Результаты исследования. Гематомы моделировали у 24 животных (подкапсульные-17, внутри-органные - 7). При субкапсульных гематомах печени и селезенки малых размеров с повреждением паренхимы по 17 случаев (печень -17, селезенка -17) использовали разработанный нами метод лечения. При гематомах больших размеров и внутриорганных (по 7 случаев) производили атипическую резекцию соответствующего участка органа. У двух собак при внутриорганной локализации гематомы печени после клиновидной резекции для окончательного гемостаза пришлось накладывать дополнительные П-образные швы. Морфологические данные, полученные в динамике, свидетельствуют о хорошей регенерации в области гематомы (полости нет и трудно отличить место локализации гематомы). Подкапсульные гематомы диафрагмальной поверхности печени в клинике лечили разработанным миниинвазивным методом 5 больным (гематомы диафрагмальной поверхности (3): в области 3-го сегмента левой доли (2,0 x 3,0 см) и 6 -го сегмента правой доли печени (1,8 x 3,0 см) и висцеральной по-верхности (2) в области 5-го сегмента правой доли (2,7 x 3,2 см).

Подкапсульные гематомы диафрагмальной поверхности селезенки лечили мини-ин-вазивным методом 6 больным (гематомы средней части диафрагмальной поверхности селезенки - 2 и нижнего полюса -2) размерами до 3 см в диаметре и висцеральной поверхности нижнего полюса -2. Во всех случаях удалось обеспечить надежный гемостаз. Во всех наблюдениях удалось обеспечить надежный гемостаз.

Выводы. Использование предлагаемого способа обеспечивает надежный гемостаз, ликвидирует полость гематомы, уменьшает риск инфицирования её, и предупреждает образование кисты, улучшает процессы регенерации в области травмы.

Рагимов Р.Г.

СПОСОБ ОПТИМИЗАЦИИ АНАТОМИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ

Кафедра оперативной хирургии с топографической анатомией ФГБОУ ВО «ДГМУ» Минздрава России. Россия
Научный руководитель – д.м.н., профессор Рагимов Г.С.

Цель исследования. Разработать способ оптимизации анатомических резекций паренхиматозных органов.

Материал и методы. Нами разработан способ визуализации внутриорганных зон (долей), сегментов паренхиматозных органов на их поверхность для оптимизации техники анатомических резекций. Способ заключается в следующем: выделяют сосудистую ножку оперируемого органа. Берут на лигатуру зонально-долевой или сегментарный артериальный сосуд оперируемого участка органа и прижимают её на 2-3 минуты для обескровливания его, потом дистальнее лигатуры вводят раствор намагниченного «красителя». В качестве «красителя» использовали раствор намагниченного индигокармина. Через 2-3 минуты после введения раствора прижимают и соответствующую вену. Одновременно оказывают воздействие источником постоянного магнита, расположенного снаружи органа в соответствующей доле (зоне) или сегменте. Спустя некоторое время на поверхности оперируемого органа окрашивается соответствующая доля (зона) или сегмент. Резекцию выполняли вдоль линии окрашенной части органа. Данный способ апробирован вначале на изолированных макропрепаратах селезенки (22), печени (22), взятых от трупов людей, причина смерти которых не связана с повреждением и патологией печени и селезенки, затем в условиях эксперимента на 24 беспородных собаках обоего пола и весом от 12-24 кг при выполнении анатомических (зонально-24), сегментарных-(24) резекций селезенки, печени. Все операции выполнены с соблюдением всех этических норм.

Результаты исследования. Производили резекцию доли печени после введения в сосуд раствора намагниченного индигокармина. Гемостаз удалось обеспечить при резекции доли печени в 14 случаях из 22. В случаях продолжающегося паренхиматозное кровотечение остановлено применением дополнительных мер гемостаза. Гемостаз удалось обеспечить при зональных резекциях селезенки в 16 случаях из 22 (72,7%) и 12 из 22 (54,5%) при сегментарных резекциях. У 3 животных при зональной и у четырех при сегментарной резекции селезенки пришлось применить дополнительные меры гемостаза. Из-за выраженности кровотечения в 6 случаях при сегментарной, 3-х при зональной резекции накладывали дополнительные швы с применением дополнительно биоклея, гемостатической губки и пластинок «Тахокомба».

Выводы. Использование предлагаемого способа позволяет четко и быстро визуализировать соответствующую зону (долю), сегмент органа на её поверхность, что облегчает хирургу выполнение анатомических резекций, обеспечивает надежный гемостаз и исключает оставление аваскулярных участков и зон оперируемого органа и тем самым предупреждает послеоперационные осложнения. Способ расширяет арсенал средств для визуализации внутриорганных зон, сегментов паренхиматозных органов и может быть использован при плановых операциях на паренхиматозных органах для выполнения экономных анатомических резекций.

ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОРЕОЛОГИИ КРОВИ И СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Кафедра оперативной хирургии с топографической анатомией ФГБОУ ВО «ДГМУ». Россия
Научный руководитель – к.м.н. Рагимова Р.И.

Цель исследования. Выявить изменения в реологии крови и показателей системы гемостаза после резекции мочевого пузыря.

Материал и методы. Эксперименты выполнены на 15 собаках. Производили резекцию мочевого пузыря. Изучали у всех животных после резекции 2/3 мочевого пузыря показатели реологии крови: вязкость, гематокрит и скорость капиллярного кровотока до операции и в динамике послеоперационного периода на 1,3,5,7,14-е сутки. а) вязкость крови определялась на лабораторном воднокапиллярном вискозиметре «ВК-4»; б) определение гематокрита (Ht) производили на гематокритной центрифуге «Красногвардеец» при частоте 2000 об/мин в течение 15 минут; в) скорость капиллярного кровотока определяли с помощью лазерного доплеровского флоуметра «ЛАКК-1». Полученные данные подвергались статистической обработке с использованием пакета статистических программ Biostat. Достоверность разницы оценивалась по критерию Стьюдента с поправкой Бонферони и критерия Тьюки.

Результаты исследования. Результаты исследований показали, после резекции 2/3 мочевого пузыря в крови оперированных животных отмечали изменения в реологии крови в виде повышения вязкости, увеличения гематокрита и уменьшением скорости капиллярного кровотока в динамике до 5-7 суток ($p \leq 0,05$) после операции с последующей тенденцией к восстановлению.

На 1-е сутки после операции выявили значимое повышение вязкости крови на 82,12 % ($8,05 \pm 0,65$) (мм.вод.ст.) и гематокрита на 33,16 % ($52,2 \pm 3,7$ %) ($p \leq 0,05$). Спустя 3-е суток после операции повышение вязкости на 48,4% составила $6,5 \pm 0,6$ (мм.вод.ст.) и гематокрита на 40,56% ($55,1 \pm 3,4$ %) ($p \leq 0,05$). К концу 2-й недели данные показатели имели тенденцию к снижению до: $4,5 \pm 0,3$ и $41,4 \pm 2,7$. Скорость капиллярного кровотока достоверно снижалась в динамике до 7 суток. Спустя сутки снижение составило 17,2% ($15 \pm 1,2$), на 3-е сутки – на 27,6% ($13,1 \pm 1,19$) ($p \leq 0,05$). Через неделю значимое снижение составило 10,5% ($16,2 \pm 1,48$) от исходных данных ($18,1 \pm 1,19$). Начиная с 7-й сутки после операции наблюдали тенденцию к восстановлению.

Наряду с гемореологическими нарушениями у оперированных животных наблюдали и изменения в свертывающей системе крови. Свертывающая система крови после резекции 2/3 мочевого пузыря претерпевала изменения в виде укорочения времени свертывания крови (ВСК), тромбинового времени (ТВ), повышения протромбинового индекса (ПТИ) и концентрации фибриногена, увеличения уровня растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК) и удлинения антипротромбо-пластинового времени (АПТВ), замедления фибринолитической активности, увеличения количества тромбоцитов и обнаружения продуктов паракоагуляции в виде положительного этанолового теста и обнаружения фибриногена В динамике до 7 -х суток после операции с последующей тенденцией к восстановлению.

Выводы. Исследования показали, что после резекции 2/3 мочевого пузыря в крови оперированных животных выявили выраженные изменения в реологии крови в виде повышения вязкости, увеличения гематокрита и уменьшения скорости капиллярного кровотока в динамике до 5-7 суток ($p \leq 0,05$) после операции с последующей тенденцией к восстановлению. А в свертывающей системе крови оперированных животных в ранние сроки отмечали повышение активности системы гемостаза, что создает риск к возникновению ранних тромбоэмболических осложнений.

Раджабзода Н.Ф.

ТРОМБОЦИТАРНО-СОСУДИСТОЕ ЗВЕНО ГЕМОСТАЗА ПРИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЯХ ПЛОДА

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – С.Г. Кодирова

Цель исследования. Изучить тромбоцитарно -сосудистое звена гемостаза при репродуктивных потерях плода.

Материал и методы. Анализ системы гемостаза проведен 100 беременным. Основную группу составили 60 женщин с неразвивающейся беременностью (НБ), и группу сравнения составили 40 относительно здоровых беременных женщин. Оценка первичного механизма гемостаза проведена с использованием анализа показателей внешнего и внутреннего пути свертывания крови. Определение сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза проведено на основании определения общего числа тромбоцитов и фактора фон Виллебранда.

Результаты исследования. Содержание тромбоцитов до 12 недель составило в основной группе - $245 043,4 \pm 187,5$; в группе сравнения - $247 023,1 \pm 210,8 \times 10^9/\text{л}$; при сроке гестации более 12 недель: $245 673 \pm 212,1$ и $270 158 \pm 231,3 \times 10^9/\text{л}$. соответственно. Несмотря на колебания тромбоцитов в пределах физиологических границ, при поздней потере плода и НБ их оказалось меньше на $23 000 \times 10^9/\text{л}$, чем в группе сравнения. Содержание фактора фон Виллебранда в обеих группах оказалось в пределах референсных значений. У обследованного контингента не было обнаружено случаев, свидетельствующих о наличии болезни Виллебранда. В то же время, отсутствовала стимуляция эндотелиальных клеток, которая проявляется увеличением экспрессии фактора Виллебранда, при физиологической беременности. В обеих группах содержание фактора Виллебранда оказалось на нижней границе нормы, при этом при неразвивающейся беременности во все сроки беременности меньше, чем в группе сравнения. Содержание фактора фон Виллебранда с началом второго триместра в обеих группах практически не отличалось и соответствовало референсным значениям во время беременности. При прерывании беременности соответственно сроку гестации показатели экспрессии фактора фон Виллебранда идентичны физиологической беременности и составили $110,93 \pm 8,5\%$.

Неразвивающейся беременности при сроке беременности более 12 недель снижалось в среднем до $101 \pm 11,5\%$.

Выводы. Таким образом, сравнительный анализ коагуляционного потенциала крови основной и групп сравнения демонстрировал его снижение при неразвивающейся беременности. Определения общего числа тромбоцитов и фактора фон Виллебранда рекомендуется использовать для прогнозирования неразвивающейся беременности у женщин с нарушением свёртывающей системы крови.

Н.Ф.Раджабзода., А. Гаффорова

МИКРОБИОЦЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Абдуллаева Р.А

Цель исследования. Изучить свойства биотопа влагалища при неразвивающейся беременности.

Материал и методы. Исследование биотопа влагалища было проведено в 87 случаях при неразвивающейся беременности и 36 случаях при спонтанном аборте.

Результаты исследования. У 45,5% обследованных с неразвивающейся беременностью в бактериологических исследованиях из цервикального канала обнаружена микст инфекция из двух и более микробов.

Основным представителем аэробной флоры оказались неспецифические микробы – стафилококки и стрептококки, суммарная частота которых составила 39,0%.

В обеих группах у обследованных была выявлена грибковая инфекция, представителем которой явились кандиды. Инфицированность грибами рода *Candida albicans* оказалась самой высокой и была выявлена в каждом третьем случае.

Клинические проявления, характерные для данной патологии, включающие зуд, жжение, творожистые выделения отсутствовали в 81,8% случаев у беременных основной группы и 83,3 % - группы сравнения.

В основной группе клинические проявления кандидоза характеризовались неприятными выделениями у 11,7% обследованных, 6,5% - предъявляли жалобы на зуд; в группе сравнения - 11,1% и 5,6%, соответственно.

Клинические показатели в исследуемых группах находились в пределах референсных значений, статистически не отличались: температура тела колебалась в пределах от $36,2 \pm 0,4$ до $36,3 \pm 0,07$ °C; ЧДД - $16,3 \pm 0,9$ - $17,6 \pm 0,5$ в минуту, пульс - $73,2 \pm 1,7$ - $83,9 \pm 0,9$; систолическое АД - $92,6 \pm 2,8$ - $103,8 \pm 2,9$ диастолическое АД - $61,9 \pm 2,4$ - $63,8 \pm 4,9$ мм рт. ст.

Показатели пульса в сочетании с температурой являются косвенным подтверждением отсутствия острого гнойно-воспалительного процесса у обследованного контингента.

Выводы. Таким образом исследование микробиоценоза влагалища при неразвивающейся беременности показало, что доля условно патогенной флоры в биотопе влагалища повышалась с увеличением срока гестации, грибковое поражение с ростом беременности выявлялось чаще, чем в ранние сроки беременности. Бактериологическая картина спектра микроорганизмов, ассоциированных с бактериальным вагинозом, была представлена облигатно-аэробными бактериями рода *Bacteroides*, *Fusobacterium*, *Peptococcus*, *Mobiluncus*, частота которых при НБ – оказалась на 4,5% меньше, чем в группе сравнения.

Раджабзода Н.Ф.

БАКТЕРИОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Абдуллаева Р.А.

Цель исследования. Бактериоскопическое исследование содержимого уретры, влагалища и цервикального канала у женщин с неразвивающейся беременности.

Материал и методы. Бактериологическое исследование было проведено в 77 случаях при неразвивающейся беременности в сроки гестации до 12 недель. Пациентки были разделены на 2 группы: группа А – 40 женщин с неразвивающейся беременностью и группа Б-37 женщин с привычным выкидышам.

Результаты исследования. Среднее содержание лейкоцитов во влагалище при неразвивающейся беременности в подгруппе А и Б соответствовало III степени чистоты: $37,9 \pm 5,2$ и $39,4 \pm 5,7$ в поле зрения.

Среднее содержание лейкоцитов во влагалище при потере плода соответствующей сроку гестации менее 12 недель соответствовало II степени чистоты - $19,6 \pm 2,9$, а при поздней потере плода - III степени чистоты: $36,6 \pm 5,2$ в поле зрения. Следует подчеркнуть, что удельный вес мазков I-II степени чистоты в основной группе визуализировались у $67,6 \pm 7,1\%$ обследованных при сроке беременности 0-12⁺⁶ недель и $74 \pm 11,3\%$ - 13-21⁺⁶ недель беременности.

В аналогичные сроки в группе сравнения мазки I-II степени обнаружены в первом триместре беременности у $66,7 \pm 12,1\%$ и $47,6 \pm 14,3\%$ при сроке беременности до и более 12 недель. В каждом третьем случае при невынашивании беременности в ранние сроки выявлены мазки III-IV степени, которая с ростом беременности снижалась с $33,4 \pm 8,7\%$ до $26 \pm 5,4\%$. Наличие анаэробной флоры установлено при помощи аминного теста.

В обеих группах выявлена высокая частота анаэробной инфекции, предварительно диагностированная с использованием аминного теста. Установлено, что удельный вес положительного аминного теста, характерного для бактериального вагиноза, оказался более выраженным и выявлен в 2,1 раза больше, в группе сравнения, чем в основной группе: 14,8% и 7,1% случаев соответственно. При увеличении беременности данный показатель в основной группе имел тенденцию к снижению, в то время как в группе сравнения – наоборот, увеличивался.

Выводы. Результаты бактериоскопического исследования содержимого уретры, влагалища и цервикального канала у пациенток основной и группы сравнения демонстрировали, что частота патологических мазков оказалась ниже в группе с неразвивающейся беременностью, чем в группе сравнения.

Раджабов А.А., Ёфтов С.Р. Набиев М.Т.
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Курбанов С.Х.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с переломами костей в сочетании с черепно-мозговой травмой (ЧМТ).

Материал и методы. Работа основана на изучении диагностики и лечения 49 больных в возрасте от 21 до 57 лет с сочетанными травмами, находившихся на лечении с 2018 по 2024гг. в отделении травматологии и сочетанной травмы, взрослой ортопедии, а также нейрохирургии НМЦРТ «Шифобахш». Среди сочетанной травмы опорно-двигательного аппарата наиболее часто встречались переломы плечевой кости - 9 (18,3%), переломы костей предплечья 4 (8,1%), переломы костей таза - 8 (16,3%), бедра - 13 (26,5%) и с переломами костей голени - 15 (30,6%) больных. Использованы клинические и рентгенологические методы исследования.

Результаты исследования. Повреждения опорно-двигательного аппарата в сочетании с черепно-мозговой травмой представлены наибольшим количеством больных - 46 (93,8%) человек. При лечении переломов в сочетании с ЧМТ в остром периоде на фоне интенсивной терапии производили первичную малоинвазивную фиксацию стержневыми аппаратами. Стабильная фиксация позволила избежать развития синдрома промежуточного мозга у всех больных (тахикардия, возбуждение, повышение температуры тела центрального генеза). По достижению стабилизации общего состояния через 2-3 недели с целью активизации пострадавших с сочетанной травмой производили погружной остеосинтез. Накостный остеосинтез пластинами АО производили при переломах плечевой кости - 9 (18,3%), костей предплечья - 5 (10,2%), при переломе в метаэпифизарной зоне всех локализаций – 11 (22,4%) и при переломах диафиза бедра – 11 (22,4%). Компрессионно-дистракционный остеосинтез аппаратом Илизарова был использован, в основном, при переломе костей голени - 13 (26,5%) больным.

Выводы. В остром периоде при сочетанной травме длинных костей и черепа для предотвращения осложнений ЧМТ следует стремиться к ранней стабилизации отломков малоинвазивным методом внеочагового остеосинтеза. В последующем периоде целесообразно перейти на стабильно погружной остеосинтез. Такая двухэтапная хирургическая тактика является мерой профилактики осложнений и способствует активизации больных и благоприятному исходу.

Разоков Г. Г., Бустонова С.М., Рахмонов С.У.
АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА, СОЧЕТАННОГО С ГИПЕРТРОФИЕЙ НОСОВЫХ РАКОВИН

Кафедра хирургических дисциплин №2
ГОУ Хатлонский государственный медицинский университет. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Бустонов М.О.

Цель исследования. Выявить особенности антибактериальной терапии в лечении верхнечелюстного синусита, сочетанного с гипертрофией носовых раковин.

Материалы и методы. В ЛОР отделении НМЦ РТ " Шифобахш " в 2023 году обследовано 27 больных ОВС с патологией носовых раковин. Возраст больных составлял от 20 до 50 лет. Из них мужчин было 8, женщин - 19. Всем больным были проведены оперативные вмешательства. В послеоперационном периоде сочетали применение антибиотиков и фаготерапии (ФТ). Использовали препарат пиобактериофаг «Секстофаг» - 20 мл ×1 раз/день в течении 10 дней, который применяли рого и местно с введением в просвет верхнечелюстной пазухи. Соответственно, также проводили необходимое симптоматическое лечение.

Результаты исследования. Пациенты при поступлении в стационар предъявляли жалобы на затруднение носового дыхания: одностороннее - у 17 (62,9 %) и двустороннее - у 10 (37,1 %). У всех пациентов было выявлено снижение мукоцилиарного транспорта. Нарушение I степени установлено у 15 (55,5%), II степени - у 10 (37,1%), III степени – у 2 (7,4%) больных. Нарушение обонятельной функции в виде различной степени гипоосмии выявлено у 19 (73,3%) больных. Нарушение проходимости носовых ходов I-II степени выявлено у 22 (81,5%) больных и II- III степени - у 5 (18,5%). В первый и во второй дни приёма раствора бактериофага у пациентов отмечалось незначительное повышение температуры тела. Мы расценивали это как своеобразную реакцию организма на продукты лизиса бактерий под действием фагов. В процессе наблюдения у пациентов в послеоперационном периоде быстрее нормализовалась эндоскопическая картина слизистых оболочек и восстанавливались защитные функции полости носа, уменьшались сроки лечения.

Выводы. Антибактериальная терапия совместно с препаратами бактериофагов в лечении одонтогенного верхнечелюстного синусита, сочетанного с гипертрофией носовых раковин, позволяет преодолеть антибиотикорезистентность патогенной микробиоты.

Рахимзода Ш.Ш., Давронзода М.Д., Шерматов З.Т.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТРУБОЧНЫХ И БЕЗТРУБОЧНЫХ
НАЗАЛЬНЫХ ТАМПОНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАМИ НОСА

Кафедра оториноларингологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - д.м.н., доцент Махмудназаров М.И.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ эффективности трубчатых и безтрубчатых назальных тампонов по сравнению с традиционной марлевой тампонадой по следующим параметрам: время остановки кровотечения, уровень комфорта пациента, частота осложнений и восстановление носового дыхания.

Материал и методы. В кабинете экстренной ЛОР-службы и в отделении оториноларингологии Национального медицинского центра РТ «Шифобахш» нами было обследовано 75 пациентов с травмами носа, которые сопровождались носовым кровотечением. Из них мужчин - 52 (69,3%), женщин - 23 (30,7%). Возраст пациентов колебался от 14 до 65 лет. Больные были распределены на три группы, по 25 человек в каждой группе. В плане остановки носового кровотечения, первой группе больных - 17 мужчинам (68%) и 8 женщинам (32%) в полость носа вставляли назальные тампоны с дыхательной трубкой, второй группе - 18 мужчинам (72%) и 7 женщинам (28%) - назальные тампоны без трубок, третьей группе пациентов - 17 мужчинам (68%) и 8 женщинам (32%) проводили традиционную марлевую тампонаду носа. При выполнении различных видов тампонады носа оценивали время остановки кровотечения, комфортность переносимости тампонов для больных и риск возможных локальных и системных осложнений.

Результаты исследования. При обследовании: у 59 (78,7%) больных выявлен закрытый перелом костей носа с дислокацией костных фрагментов, у 5 (6,7%) - открытый перелом костей носа со смещением костных отломков и у 11 (14,6%) - ушиб мягких тканей и костно-хрящевого каркаса носа с наличием носового кровотечения. Наблюдение показало, что наиболее удобным, практически безболезненным оказался назальный тампон с дыхательной трубкой, который наравне с хорошей фиксацией костных структур обеспечивает носовое дыхание, что снижает состояние дискомфорта больных в послеоперационном периоде.

Выводы. Вышеуказанные положительные свойства современных назальных тампонов с дыхательной трубкой целесообразно широко использовать в клинической практике ЛОР службы для оптимизации экстренной помощи больным с различными травмами носа и с носовыми кровотечениями.

Рахимзода Ш.Ш., Муродов Ш.Д., Шерматов З.Т.
ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА

Кафедра оториноларингологии им. Исхаки Ю.Б. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - д.м.н. Махмудназаров М.И.

Цель исследования. Улучшение эффективности лечения путём оптимизации консервативной терапии больных с острым верхнечелюстным синуситом (гайморитом).

Материал и методы. В ЛОР-отделении НМЦ «Шифобахш» нами обследовано и пролечено 62 больных с острым гнойным верхнечелюстным синуситом. Возраст пациентов составил от 16 до 45 лет, из них мужчин было 38, женщин - 24. Для сравнения результатов традиционной терапии и оптимизированного лечения с применением препарата «Синусет» больных распределили на две группы, по 31 человек методом случайного выбора. Больным 1-ой группы была проведена терапия, включающая антибиотики внутрь, сосудосуживающие капли в нос, пункция и промывание гайморовой пазухи раствором фурасола, а больным 2-й группы добавили препарат «Синусет», состоящий из нескольких лекарственных растений, по 2 таблетки 3 раза в день в течение 10 суток.

Результаты исследования. На 10-е сутки в группах наблюдалось значительное улучшение риноскопической картины. Однако, у пациентов 1-ой группы все ещё сохранилась лёгкая гиперемия слизистой носовых раковин, их набухлость и слизистое содержимое в общем носовом ходе, а у больных 2-й группы воспалительная реакция слизистой полости носа практически исчезла и носовое дыхание восстановилось. Активность МЦТ у больных 1-й группы составила $17,5 \pm 0,5$, а у пациентов 2 группы $15,0 \pm 0,2$, с разницей между группами 2,5%, что указывает на восстановление двигательной активности МЦТ у пациентов основной группы на фоне приёма препарата «Синусет».

Выводы. Препарат «Синусет», обладающий противовоспалительным, муколитическим и сосудосуживающим свойствами, способствует более быстрому разрешению воспалительного процесса в верхнечелюстной пазухе.

Рахими А.А., Олимов И.Р.
МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПИЩЕВОДА

Кафедра онкологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан
ГУ «РОНЦ МЗ РТ». Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Юлдошев Р.З

Цель исследования. Оценить эффективность и клинические результаты применения минимально инвазивных технологий при хирургическом лечении пациентов с раком пищевода в условиях Республиканского онкологического научного центра.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Республиканского онкологического научного центра за период с января 2022 по декабрь 2024 года. В исследование вошли 30 пациентов с подтверждённым диагнозом рак пищевода, которым были выполнены минимально инвазивные операции:

- гибридная эзофагэктомия (сочетание лапаротомического и торакоскопического методов) – 28 пациентов;
- тотальная эзофагэктомия (сочетание лапароскопического и торакоскопического методов) – 2 пациента.

Возраст пациентов варьировал от 48 до 72 лет, средний возраст составил 60 лет. Всем пациентам выполнено предоперационное обследование, включавшее эндоскопическое исследование, компьютерную томографию, гистологическое подтверждение диагноза и оценку сопутствующей патологии.

Результаты исследования. Минимально инвазивные технологии обеспечили высокую онкологическую эффективность при лечении пациентов с раком пищевода. Во всех случаях была достигнута полная резекция опухоли и регионарных лимфатических узлов, подтвержденная гистологическими исследованиями. Средняя продолжительность операции составила 240 минут. Интраоперационная кровопотеря была значительно ниже по сравнению с традиционными методами хирургического лечения.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 7 пациентов (23,3%): кровотечение из ветвей аорты – у 2 больных, повреждение бронхов главного калибра – у 1 больного, расхождение швов и несостоятельность анастомоза – у 4 больных. Все осложнения были своевременно выявлены и успешно устранены. Летальность составила 2 случая (6,7%). Среднее время пребывания пациентов в стационаре составило 14 дней, что существенно меньше аналогичных показателей при традиционных открытых вмешательствах.

Пациенты отмечали значительное улучшение качества жизни в послеоперационном периоде, а время возврата к обычной социальной активности составило от 3 до 4 недель.

Выводы. Минимально инвазивные технологии при хирургическом лечении рака пищевода продемонстрировали свою эффективность, безопасность и значительные преимущества перед традиционными открытыми вмешательствами. Применение данных методик способствует сокращению времени госпитализации, уменьшению количества послеоперационных осложнений и ускорению восстановления пациентов. Таким образом, минимально инвазивные операции должны быть рекомендованы к более широкому использованию в онкологических учреждениях.

Рахимова Н.Т., Бабаева Т.С., Назарзода Н.Х.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМЫЕ ВИДЫ АМЕТРОПИИ

Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Махмадзода Ш.К.

Цель исследования. Оценка распространённости и клинических особенностей различных видов аметропии (миопия, гиперметропия, астигматизм) среди пациентов в возрасте от 10 до 30 лет.

Материал и методы. В исследование были включены 166 пациентов в возрасте от 10 до 30 лет, обратившихся в офтальмологическую клинику в период с января по декабрь 2024 года. Из них 116 пациентов имели миопию (83 человека с миопией слабой степени, 22 - средней степени, 11 - высокой степени), 36 - гиперметропию (24 с гиперметропией слабой степени и 12 - средней степени). Астигматизм наблюдался у 136 пациентов с миопической формой и у 24 - с гиперметропической формой. Также были выделены следующие подгруппы: пациенты с миопией только с сферическим компонентом - 7 человек, с гиперметропией только с сферическим компонентом - 1 человек, с миопией только с цилиндрическим компонентом - 6 человек, с гиперметропией с цилиндрическим компонентом - не выявлено. Все пациенты прошли комплексный офтальмологический осмотр, включая рефрактометрию, биомикроскопию, измерение внутриглазного давления и оптическую когерентную томографию. Данные обрабатывались с использованием статистического пакета SPSS.

Результаты исследования. Миопия была наиболее часто встречающимся нарушением, составляя 70% от общего числа пациентов. Среди пациентов с миопией преобладала слабая степень (71,6%), за ней следуют средняя (19%) и высокая степень (9,5%). Гиперметропия встречалась у 21,7% пациентов, из которых 66,7% имели слабую степень, а 33,3% - среднюю степень гиперметропии. Астигматизм в миопической форме был выявлен у 81,9% пациентов с астигматизмом, в миопической форме - 21,9% гиперметропической форме - у 18,1%. Пациенты с чисто сферическим компонентом миопии или гиперметропии составили малую часть обследованных (7 и 1 человек соответственно), в то время как астигматизм только с цилиндрическим компонентом был зафиксирован у 6 пациентов. Было выявлено, что миопия средней и высокой степени чаще встречается у пациентов старшей возрастной группы (от 20 до 30 лет), что может свидетельствовать о постепенном прогрессировании заболевания с возрастом. Установлено, что среди пациентов с миопией было отмечено улучшение зрительных функций после подбора индивидуальных оптических средств, что подтверждает высокую эффективность ранней диагностики и адекватной коррекции.

Выводы. Таким образом, миопия является наиболее распространённым видом аметропии среди подростков и молодых людей. Преобладание слабой степени миопии требует своевременной диагностики и коррекции для предотвращения прогрессирования заболевания. Также важно обратить внимание на астигматизм, который может сочетаться с миопией и гиперметропией. Раннее выявление и коррекция аметропии с использованием соответствующих методов лечения (очки, контактные линзы, хирургическое вмешательство) значительно улучшают качество жизни пациентов и предотвращают развитие сопутствующих заболеваний.

Рахимова Н.Т., Бахроми Ф.Д., Алиева Н.А.

ПРЕИМУЩЕСТВА ОПЕРАЦИИ ФЕМТО-LASIK ПРИ МИОПИИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ

Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Медицинский центр «Шифо». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Махмадзода Ш.К.

Цель исследования. Оценить преимущества операции FS-LASIK при миопии высокой степени по сравнению со стандартными методиками LASIK и ФРК.

Материал и методы. В исследование включены 30 пациентов (60 глаз) в возрасте от 20-35 лет с миопией

выше 6,25дптр. Пациенты разделены на три группы: 1-FS-LASIK (15 пациентов, 30 глаз), 2 - стандартный LASIK (12 пациентов, 24 глаза) и ФПК (3 пациента, 6 глаз). Помимо стандартных офтальмологических методов исследования была проведена пахиметрия, компьютерная кератотопография и спектральная оптическая когерентная томография роговицы. Острота зрения без коррекции была $0,08 \pm 0,02$; с коррекцией $0,85 \pm 0,12$. Толщина роговицы в центре - $495,15 \pm 10,67$ мкм по данным пахиметрии. Всем пациентам проводили операцию FS-LASIK, LASIK и ФПК по стандартной технологии. Период наблюдения 1-3 месяцев

Результаты исследования. На следующий день у всех пациентов после операций FS-LASIK и LASIK была достигнута острота зрения, соответствующая максимальной корректируемой остроте зрения, которая сохранялась на протяжении всего срока наблюдения (1-3 месяцев). После операции методом ФПК максимальная острота зрения была достигнута к 2-3 неделе. У пациентов второй группы после операции LASIK на 10 глазах наблюдали умеренную эпителиопатию, на 4 глазах имелся лёгкий отёк роговицы. У пациентов первой группы послеоперационные осложнения отсутствовали. У всех пациентов второй группы, которым была проведена ФПК (3 пациента, 6 глаз), наблюдалась умеренная субэпителиальная фиброплазия, которая исчезла к 3 неделе. У 1 пациента второй группы после проведения ФПК (2 глаза) была необходимость назначения рассасывающей терапии, после проведения которой к 3 месяцу после операции прозрачность роговицы восстановилась полностью. В первые часы после операции у пациентов первой группы на 36 глазах наблюдалась лёгкая эпителиопатия. У остальных пациентов какие-либо реакции роговицы отсутствовали. Все пациенты были выписаны на следующий день после операции с максимальной корректируемой остротой зрения, которая сохранялась на протяжении всего срока наблюдения (1-3 месяцев). За период наблюдений какие-либо осложнения отсутствовали. Таким образом, при срезе роговичного клапана механическим микрокератомом образуется клапан менискообразной формы. В отличие от него ФС-лазер формирует униморфный клапан. У пациентов первой группы роговичный клапан имел чёткий и равномерный профиль, практически равномерный по толщине, соответствуя предварительно заданным до операции параметрам.

При выписке пациентов второй группы после операции LASIK у 3 из них присутствовали жалобы на сухость в оперированном глазу, у 2 - лёгкий туман.

Через 1 месяц после операции у одного пациента второй группы после LASIK на обоих глазах была обнаружена лёгкая форма неспецифического диффузного ламеллярного кератита, которая при соответствующем лечении исчезла через 2 недели. В первой группе вышеуказанные осложнения отсутствовали.

Выводы. Кераторефракционные операции по технологии FS-LASIK имеют значительные преимущества по сравнению с LASIK и ФПК. Формируется более ровный клапан, с более прогнозируемой его толщиной. Отсутствует реакция эпителия роговицы. Возможность проведения операции у пациентов с тонкой роговицей как альтернатива операции ФПК. Более быстрая адаптация пациентов и значительное снижение ограничений в послеоперационном периоде.

Рахимова Ф.С., Юлдошев Р.З.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСЛЕ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Кафедра инновационных хирургических технологий, Кыргызская Государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева, г.Бишкек, Кыргызстан.

Научный руководитель- д.м.н., профессор Бебезов Б.Х.

Цель исследования. Оценить эффективность коррекции осложнений после проведенной гастропанкреато-дуоденальной резекции.

Материал и методы. В клинике им. И.К. Ахунбаева Национального госпиталя Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики в период с 2009 по 2024гг. выполнено 87 ГПДР по поводу злокачественных новообразований периапулярной зоны. Больные распределились по полу следующим образом: из 87 больных мужчин было 70 (80,5%), женщин- 17 (19,5%). Возраст больных был в пределах от 16 лет до 81 года, средний возраст пациентов составил $57,8 \pm 1,5$ года. По международной классификации стадирования по системе TNM (8-е издание) больные распределились следующим образом: T1-2N0M0(I стадия)- 10,4% (9 больных), T1-3N0-1M0 (II стадия)- 85% (74 больных), T1-3N2M0 (III стадия)- 4,6% (4 больных), Tлюб.Nлюб.M1(IV стадия)-0. Послеоперационные осложнения отмечены у 26 (32,9%) больных.

Результаты исследования. Из 87 больных послеоперационные осложнения отмечены у 26 (33,7%). Основными и наиболее тяжелыми из них были несостоятельность панкреатикогастроанастомоза с формированием панкреатического свища – у 6 больных (7,2%), несостоятельность билиодигестивного анастомоза – у 1 больного (1,2%), гастростаз – у 20 больных (24,1%), несостоятельность гастроэнтероанастомоза- у 3 больных (3,6%). Послеоперационные осложнения отмечены у 28 (33,7%) больных. Основными и наиболее тяжелыми из них были несостоятельность панкреатикогастроанастомоза с формированием панкреатического свища – у 6 больных (21,4%), несостоятельность билиодигестивного анастомоза – у 1 больного (3,5%), гастростаз – у 20 больных (71,4%), несостоятельность гастроэнтероанастомоза- у 3 больных (10,7%). Послеоперационная летальность составила – 3,6%. В случае развившегося панкреатического свища назначались препараты группы синтетических аналогов соматостатина. В динамике в среднем на 21-е-30-е сутки отмечается закрытие свища, в последующем с удалением дренажной трубки. На фоне проведенного лечения у пациентов с гастростазом на 3-е сутки лечения отмечается уменьшение отделяемого по назогастральному зонду, а в среднем к 7-м -10-м суткам отмечается полное разрешение гастростаза. Несостоятельность билиодигестивного анастомоза проявилась на 2-3-ем сутки. У данного пациента отмечалась неполная несостоятельность с полным дренированием брюшной полости, в связи с чем пациенту рекомендовано динамическое наблюдение за дренажом. В динамике на 30 сутки свищ закрылся, дренаж удален. Трём больным с несостоятельностью гастроэнте-

роанастомоза назначалось консервативное лечение с переводом на парентеральное в течение 5-7 суток. У одного больного отмечается закрытие дефекта на 20-е сутки. У 2-х больных- перитонита на 4-5-е сутки, в связи с чем была проведена релапаротомия с ушиванием дефектов анастомоза, однако на 15-16-е сутки после операции у больных развилась полиорганная недостаточность и в следствие наступил летальный исход. Из 87 больных летальный исход в раннем послеоперационном периоде наблюдался у 3 пациентов; в одном наблюдении летальный исход наступил в следствии ТЭЛА, в двух случаях наблюдалась полиорганная недостаточность.

Выводы. В настоящее время единственной радикальной операцией по поводу злокачественных новообразований билиопанкреатодуоденальной зоны является ГПДР. Послеоперационные осложнения отмечаются у 36,1% больных. В 89% развившихся осложнений больным было проведено консервативное лечение положительным эффектом. Послеоперационная летальность составляет 3,6% случаев.

Рахматова Ф.К., Ошурмадова Р.Б.
СТРАТИФИКАЦИЯ ФАКТОРОВ, ВЫЗЫВАЮЩИХ МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ИНФЕРТИЛЬНЫХ ЖЕНЩИН

ГУ «Таджикский Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗ СЗН РТ ГУ
Научный руководитель – к.м.н., доцент Болиева Г.У.

Цель исследования. Изучить факторы риска, влияющие на развитие метаболического синдрома (МС) у бесплодных женщин, с акцентом на висцеральное ожирение, тяжесть метаболических нарушений и роль щитовидной дисфункции.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 61 женщина репродуктивного возраста с МС. Пациентки были распределены следующим образом:

- 1 группа (n=34): МС без дисфункции щитовидной железы;
- 2 группа (n=27): МС с патологией щитовидной железы;
- Контрольная группа (n=30): здоровые женщины без избытка массы тела и с нормальной функцией щитовидной железы.

Результаты:

- Возраст и место проживания: средний возраст составил $28,7 \pm 5$, $30 \pm 6,3$ и $33,5 \pm 1,3$ года в группах, с существенными различиями ($p < 0,05$). Большинство пациенток были жительницами города (примерно 65–77% в группах), однако влияние места проживания не подтвердилось статистически ($p > 0,05$).

- Образование и национальная принадлежность: преобладающими оказались женщины со средним образованием и таджички, но их статус не оказывал значимого влияния на развитие МС ($p > 0,05$).

- Социальный статус: домохозяйки значительно чаще страдали от метаболических нарушений ($p = 0,032$) по сравнению с женщинами иного социального статуса.

- Наследственный анамнез: у пациенток 1-й группы (без щитовидной дисфункции) в 50,0% случаев фиксировались сахарный диабет и сердечно-сосудистые заболевания, что значительно превосходило показатели группы с патологией щитовидной (22,2%, $p < 0,05$). При этом ожирение было более характерно для второй группы.

- Менструальный цикл и гормональные нарушения: нарушения менструального цикла с начала менархе обнаруживались существенно чаще у пациенток с МС ($p < 0,001$). Гипотиреоз являлся доминирующей формой щитовидной дисфункции в группе с патологией. Кроме того, 13,7% пациенток отмечали гормональные нарушения в пубертатном периоде, что способствовало раннему формированию метаболических нарушений через увеличение массы тела и изменения цикла. Также 32,5% связывали ухудшение клинической картины с началом половой жизни, а у части пациенток нарушение ритма менструаций наблюдалось после самопроизвольного прерывания первой беременности (с проявлениями ранних и поздних выкидышей, а также внематочной беременности).

Выводы. У 45,3% инфертильных пациенток с МС выявлена дисфункция щитовидной железы (преимущественно гипотиреоз), что указывает на её роль в развитии метаболических нарушений. Кроме того, семейный анамнез сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний и ожирения, нарушения менструального цикла с начала менархе, нейрогормональные изменения в пубертатном периоде и последствия прерывания беременности выступают важными факторами риска. Статистически значимых различий в развитии МС в зависимости от места проживания и национальной принадлежности не установлено, тогда как социальный статус (домохозяйки) оказывает влияние на его развитие.

Рахматуллоева М.Ф, Махмадкулова Н.А., Сайфуллоев Б.С.
УСТРАНЕНИЕ СЛОЖНЫХ ВИДОВ СИНДАКТИЛИИ У ДЕТЕЙ

Кафедра хирургических болезней №2 имени академика Н.У. Усманова; Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии имени М.К.Каримова ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”.

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии, Душанбе, Таджикистан

Научный руководитель - д.м.н. Маликов М.Х.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения сложных видов врожденной синдактилии кисти у детей с применением прецизионной техники.

Материал и методы. За период с 2019 по 2025 годы в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ и лечебно-диагностическом отделении ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино” разобщение пальцев выполнено 20 детям в возрасте от 4 до 16 лет.

При осмотре сращения II-V пальцев имело место у 3, II-IV пальцев у 5, II-III пальцев у 7 и III-V пальцев у 5

пациентов. Среди этих пациентов в 4 наблюдения отмечалось скручивание пальцев, что явилось в плане диагностики и выбора способа операции. С целью выбора способа операции больным выполнили рентгенографию кистей, УЗДГ сосудов и в 4 наблюдениях скручивания пальцев – ангиографию конечности.

Результаты исследования. Операции выполнялись с применением оптического увеличения и прецизионной техники. Идентификация пальцевых сосудисто-нервных пучков и формирование межпальцевого промежутка явились важным во всех наблюдениях. При скручивании пальцев данные ангиографии имели немаловажное значение, строго соблюдался принцип поэтапного разобщения пальцев кисти. Такой же принцип соблюдался при сращении нескольких пальцев. В основном при простых формах синдактилии применялась Z-пластика, однако возможности местно-пластических операций при скручивании пальцев резко были ограниченными.

Операции детям выполнили под общей анестезией. Во всех наблюдениях использовали кровоостанавливающие жгуты. При одновременном сращении II-III-IV-V пальцев операцию разделили на два этапа и первым этапом разобщались II-III и IV-V пальцев, вторым этапом были разобщены III-IV пальцы. Но в 3 наблюдения было предпринято разобщение всех пальцев. Сложности при скручивании пальцев были связаны с сосудистыми проблемами, ограниченную возможность местно пластического материала и отсутствия некоторых фаланг сращенных пальцев. Стоит отметить, что были использованы стандартные и нестандартные схемы операции, но в ряде случаев по краям разобщенных пальцев оставались дефекты кожного покрова, для укрытия которых были использованы кожные трансплантаты. Последние выкраивались в пределах этой же конечности.

В ранний послеоперационный период грозными осложнениями явились острое нарушение кровообращения разобщенных пальцев, нагноения ран.

Острое нарушение кровообращения пальцев имело место у 3 пациентов. Снятия нескольких швов и спиц привела к возобновлению кровообращения пальцев.

При разобщении III-IV пальцев имело место нагноение раны, которое в последующем способствовало развитию сращения проксимальных фаланг, требовавший повторной коррекции.

Рецидив патологии в отдаленные сроки имел место у 2 пациентов, повторная операция дала удовлетворительный результат. Сгибательная контрактура у одного ребенка также требовала проведения повторной операции.

Выводы. Коррекция врожденных сращений пальцев кисти является сложной задачей реконструктивной микрохирургии. Применение оптического увеличения, адекватного способа операции, этапность операции способствуют достижению хороших функциональных и эстетических результатов в большинстве случаев.

Рахмонкулова Р.Т., Усмонкулов М.К., Худаярова Ф.З.

ИНФРАКРАСНЫЙ ЛУЧ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Самаркандский Государственный Медицинский Университет. Узбекистан.

Научный руководитель – Шеркулов К.У.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения острого парапроктита с использованием инфракрасного луча.

Материал и методы. Исследование проведено на 28 больных с острым парапроктитом, которые были распределены на две группы по 14 человек. В контрольную группу вошли пациенты, пролеченные традиционным способом, в основную - пациенты, которым проводилось комплексное лечение, включающее фототерапию. При изучении структуры групп установлено, что основная масса болеющих – лица трудоспособного возраста от 25 до 55 лет, в основном - мужчины. Все пациенты оперированы. Полученный гной забирался на бакпосев. У пациентов контрольной группы операция завершалась постановкой марлевой турунды с мазью "Левомеколь". У пациентов же основной группы полость раны, на 5 минут тампонировалась салфеткой, смоченной раствором "Бетадина". Затем в течение 5 минут проводилась фотодинамическая терапия излучателем с длиной волны 630 нм, после чего рана также дренировалась. Инфракраснолучевая терапия проводилась в первую фазу воспалительного процесса. Затем ежедневно проводилась ИКЛ терапия и местно использовались мази. Пациенты контрольной группы велись традиционным способом. Критериями эффективности лечения служили общее состояние больного, интенсивность и продолжительность болевого синдрома, наличие гнойного отделяемого, время появления грануляций и эпителизации. Для оценки избраны 1, 4, 7, 10, 15 сутки после операции, когда забирали материал для цитологического исследования, отделяемое из раны брали на бакпосев.

Результаты исследования. Динамика общих и местных проявлений в группах была различной. На 1-е сутки у пациентов основной группы значительно меньше был выражен болевой синдром. К 4-м суткам у многих он исчезал, нормализовалась температура тела, исчезала гиперемия кожи и инфильтрация тканей в области раны, начинали появляться грануляции. К 7-м суткам почти полностью прекращалось гнойное отделяемое, появлялись хорошие грануляции с активной краевой эпителизацией ран, снижался рост колоний микроорганизмов, лабораторные показатели не отличались от нормальных. У больных контрольной группы высеваемость микробных колоний оставалась высокой, что говорило о продолжении гнойно-воспалительных процессов в ране. В цитологических препаратах контрольной группы определялось большое количество микробной флоры, нейтрофильных лейкоцитов, а в препаратах основной группы - пласты эпителиальных клеток и фибробластов, микробные тела и нейтрофильные лейкоциты были единичными. На 10-е сутки раны значительно уменьшались в размерах, полностью прекращалось гнойное отделяемое, что не так ярко было выражено у пациентов контрольной группы. К 15-м суткам раны практически полностью заживали, рубцовая ткань была хорошо развита. Раны же у пациентов контрольной группы продолжали заживать вторичным натяжением. Каких либо реакций при проведении ИКЛ терапия нами установлено не было.

Выводы. Применение инфракрасного луча позволяет быстрее купировать болевой синдром, воспалительный процесс, подавляет рост микробов, стимулирует регенерацию, что способствует более быстрому очищению и заживлению ран, сокращает сроки лечения. Разработан новый метод лечения острого парапроктита, не вызывающий побочных реакций и легко переносимый больными.

**Рахмонкулова Р.Т., Усмонкулов М.К., Худаярова Ф.З.
АКТУАЛЬНОСТЬ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА**

Самаркандский Государственный Медицинский Университет. Узбекистан.
Научный руководитель – Шеркулов К.У.

Цель исследования. Проанализировать заболеваемость острого парапроктита.

Материал и методы. Научная работа основана на результатах обследования и лечения больных острого парапроктита, оперированных в проктологическом отделении многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета.

Результаты исследования. За изучаемый период в отделении колопроктологии по поводу острого парапроктита прооперировано 350 пациентов, что составило 15,9% от экстренных операций и 30,4% от всех операций за текущий период в отделении. Средняя продолжительность лечения в отделении пациентов с данной патологией составила 5,7 дней. Анализ заболеваемости по годам свидетельствует, что частота острого парапроктита из года в год остается стабильно высокой. Острый парапроктит у мужчин диагностирован в 225 случаях (64,3%), у женщин - в 125 (35,7%). Среди больных преобладают лица от 25 года до 55 лет, которые составили 67,5%, что позволяет нам сделать акцент на данном заболевании, как социальной проблеме. Пациенты юношеского возраста составили 20,3%, лица старшей возрастной группы - 12,2%. При изучении локализации процесса установлено, что гнойный очаг располагался в подкожной клетчатке в 75,5% случаев, в ишиоректальной области - в 12,5%, в пельвиоректальной - в 2,5% случаев. На долю подслизистого и ретроректального парапроктита пришлось 5,5% и 4,0% соответственно. Установлен рост ишиоректального парапроктита. Основная масса пациентов поступила по направлению врачей поликлиник (87,8%), самостоятельных обращений пациентов в приемное отделение - 12,2%. Обращения в первые 6 суток от начала заболевания составили 72,5%. На долю поздних обращений от 7-10 до 11 и более суток от начала заболевания приходится 20% и 7,5% соответственно. Все поступившие пациенты оперированы, причем основной массе (78,5%) была назначена антибиотикотерапия, (21,5%) пациентам подобная терапия не назначалась это в основном пациенты с неглубокой подкожной формой острого парапроктита.

При изучении микрофлоры, вызвавшей острого парапроктита, нами установлено, что наиболее часто выявляются *E. coli* (68,5%), *E. cloacae* (10,5%), *S. aureus* (8,5%), *K. oxytoca* (6,5%), и *S. epidermidis* (5%).

Выводы. Самой частой экстренной патологией, потребовавшей хирургического вмешательства, является острый парапроктит, которым преимущественно страдают лица трудоспособного возраста, среди которых преобладают мужчины. Основной по локализации является подкожная форма процесса. На долю ранних обращений пришлось треть всех случаев, основная часть пациентов поступила в стационар по направлению поликлиник. У большинства пациентов применено хирургическое лечение с антибиотикотерапией. Основной состав микрофлоры представлен *E. coli*, *E. cloacae*, *S. aureus*.

Рахмонов К.А., Шаханова Ш.Ш.

**НЕЙРОПАТИЧЕСКАЯ БОЛЬ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ ДО НАЧАЛА СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ**

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан
Научный Руководитель- д.м.н., профессор Рахимов Н.М

Цель исследования. Определить частоту встречаемости нейропатического и смешанного болевого синдрома у онкологических пациентов до начала специфической противоопухолевой терапии и идентифицировать ассоциированные клиничко-психологические факторы.

Материал и методы. В рамках одномоментного обсервационного исследования с проспективным сбором данных были обследованы 150 пациентов (n=150) с морфологически верифицированным злокачественным новообразованием. Средний возраст участников составил 57,3±8,4 года, соотношение мужчин и женщин – 1:2,1. Диагностика нейропатического компонента боли осуществлялась с применением валидированной шкалы LANSS (Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs) с пороговым значением ≥12 баллов. Психосоциальный статус оценивался посредством госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), где показатели 8-10 баллов интерпретировались как субклинически выраженная тревога/депрессия, а >11 баллов – как клинически значимая. Статистический анализ проводился с использованием программного обеспечения SPSS 23.0. Для оценки статистической значимости различий применялись критерий χ^2 Пирсона и точный критерий Фишера. Корреляционный анализ выполнялся с использованием коэффициента Спирмена. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Болевой синдром различной интенсивности был зарегистрирован у 72,3% (n=108) обследованных пациентов. В подгруппе пациентов с болевым синдромом, не получавших ранее противоопухолевого лечения (n=32), нейропатический компонент боли (≥12 баллов по шкале LANSS) был выявлен в 46,7% случаев (n=15). Средний балл по шкале LANSS в данной подгруппе составил 13,8±4,2. Статистический анализ продемонстрировал значимую корреляцию между наличием нейропатической боли и длительностью онкологического заболевания более 6 месяцев ($r=0,42$, $p=0,003$). Психосоциальные нарушения были диагностированы у значительной час-

ти обследованных пациентов. Клинически значимая тревога (>11 баллов по шкале HADS-A) выявлена у 42,7% (n=64) пациентов, субклинически выраженная тревога (8-10 баллов) – у 27,3% (n=41). Клинически значимая депрессия (>11 баллов по шкале HADS-D) диагностирована у 38,0% (n=57) пациентов, субклинически выраженная депрессия (8-10 баллов) – у 32,0% (n=48). Многофакторный анализ выявил статистически значимую ассоциацию между наличием нейропатического компонента боли и выраженностью тревожно-депрессивных расстройств ($\chi^2=9,74$, $p=0,008$).

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о высокой распространенности нейропатической боли и психоэмоциональных нарушений у пациентов с онкологическими заболеваниями еще до начала специфической противоопухолевой терапии. Своевременная диагностика и коррекция данных состояний с использованием валидированных инструментов (LANSS, HADS) может существенно повысить эффективность комплексного ведения онкологических пациентов и улучшить их качество жизни. Полученные данные обосновывают необходимость междисциплинарного подхода к ведению пациентов с онкологическими заболеваниями с привлечением специалистов по лечению боли и психоонкологов на ранних этапах заболевания.

Рахмонов М.А.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ В ПАХОВОМ ОБДАСТИ ТЕЛА

Кафедра хирургических дисциплин №4 ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Научный руководитель – Холов А.Д.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ результатов традиционных методов грыжесечения.

Материал и методы. Изучены 34 случая оперативного вмешательства пациентам в 2023г, находившимся на лечении в центральные больницы Дангаринского района по поводу паховой грыжи.

Результаты исследования. При изучении результатов оперативного лечения пациентов выявлено, что 29 (85,2%) составили мужчины, это можно объяснить особенностями строения у них пахового канала, а также большими физическими нагрузками. Средний возраст у мужчин составил 36 ± 1 лет. Женщины составили 5 (14,8%) пациентов - средний возраст -39 ± 1 лет. Из 34 пациентов с паховой грыжей, косая грыжа была диагностирована в 14 случаях, прямая грыжа в 20 случаях. Из 34 (100%) оперативных вмешательств в 8 (23,6%) был использован метод Бассини, в 9 (26,4%) - по Мартину, в 9 (26,4%) - по Ру, в 6 (17,7%) - по Постемскому, в 2 (5,9%) - по Лихтейнштейну.

Основными достоинствами всех этих методов грыжесечения является относительная простота выполнения, безопасная анестезия, правильный выбор пластики. Недостатками являются: высокий риск рецидивов, высокий риск осложнений, длительные послеоперационные боли. Выяснилось, что у пациентов, которым проводилось грыжесечение различными методами, наблюдались длительные послеоперационные боли, которые продолжались от 3-х недель до 5 месяцев. Рецидивов у данных пациентов не наблюдалось.

Выводы. Паховые грыжи часто наблюдаются у мужчин, чем у женщин. Залогом успеха лечения пахового канала является правильный выбор методики операции и отличное знание герниопластики.

Рахмонов У.Х., Насридинов Х.Н.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ АДЕНОМ ГИПОФИЗА

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Бердиев Р.Н.

Цель исследования. Изучить результаты эндоскопической эндоназальной хирургии аденом гипофиза.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось среди 45 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет, поступивших в отделение нейрохирургии Национального медицинского центра г. Душанбе (НМЦ «Шахраки Шифобахш») за период с 2020 по 2024 гг. Распределение аденом по локализации: 10 - эндоселлярная; супраселлярная опухоль распространялась у 17 больных; в кавернозном синусе распространение опухоли отмечено у 12 больных; в основной пазухе - у 3 больных. Тотальное распространение опухоли было у 3 больных. По гормональной активности опухолями являются: пролактиномы - 25 (55,6%), соматотропиномы - 12 (26,7%) и кортикотропиномы - 8 (17,7%). Согласно классификации Б.А. Кадышева, по размерам опухоли распределялись следующим образом: микроаденомы - 6 (13,3%); небольшие - 10 (22,2%); средние - 14 (31,1%); большие - 12 (26,7%) и гигантские - 3 (6,7%). Помимо соответствующих эндокринных расстройств, клинические проявления в большей степени затрагивают нарушение половых функций. В связи с этим в подавляющем большинстве у женщин они диагностируются на стадии гормональных изменений, у мужчин - на стадии неврологических нарушений.

Результаты исследования. Основными показаниями к удалению аденом гипофиза являются: быстрая декомпенсация зрительных функций, развитие ликвореи на фоне медикаментозного лечения, развитие апоплексии при отсутствии эффекта на фоне приёма дексазона, наличие фармакорезистентности опухоли, желание и согласие пациента.

Длительный анамнез у больных с акромегалией приводит к экстраселлярному распространению опухоли, что усложняет её тотальное удаление. Факторами, снижающими вероятность ремиссии акромегалии, являются: молодой возраст пациента, высокий базальный уровень СТГ до операции, макроаденомы с экстраселлярным ростом, инфильтрация капсулы опухоли.

В группе пациентов, оперированных трансназальным микроскопическим методом, получены результаты, где уровень гормона нормализовался у 93,3% больных. Таким образом, с помощью методики эндоскопической эндоназальной трансфеноидальной аденомэктомии нам удалось осуществить радикальное удаление опухоли у 42 пациентов из 45. Этот показатель статистически достоверен. Летальных исходов в данной группе больных не было.

Выводы. Полученные нами результаты свидетельствуют о преимуществах методики эндоскопической эндонозальной трансфеноидальной аденомэктомии, и мы можем обоснованно назвать данную методику не только минимально травматичной, но и максимально инвазивной.

Рахмонов У.Х., Насридинов Х.Н.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АДЕНОМ ГИПОФИЗА ПО ВИДУ ВСТРЕЧАЕМОСТИ

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Бердиев Р.Н.

Цель исследования. Оценить хирургические особенности гормонально активных аденом гипофиза.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось среди 45 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет, поступивших в отделение нейрохирургии Национального медицинского центра г. Душанбе (НМЦ «Шахраки Шифобахш») за период с 2020 по 2024 гг. Наиболее часто встречаемыми гормонально активными опухолями являются: пролактиномы - 25 (55,6%), соматотропиномы - 12 (26,7%) и кортикотропиномы - 8 (17,7%). Несмотря на единый источник роста (клетки аденогипофиза), повышение того или иного гормона накладывает отпечаток на клинику, диагностику и особенности удаления аденом гипофиза. Диагноз ставился на основе результатов, полученных при комплексном обследовании, включающем динамический клинико-неврологический осмотр, КТ, МРТ и лабораторные данные.

Результаты исследования. Основными показаниями к удалению пролактином являются: быстрая декомпенсация зрительных функций, развитие ликвореи на фоне медикаментозного лечения, развитие апоплексии при отсутствии эффекта на фоне приёма дексазона, наличие фармакорезистентности опухоли, желание и согласие пациента.

Длительный анамнез у больных с акромегалией приводит к экстракеллярному распространению опухоли, что усложняет её тотальное удаление. Факторами, снижающими вероятность ремиссии акромегалии, являются: молодой возраст пациента, высокий базальный уровень СТГ до операции, макроаденомы с экстракеллярным ростом, инфильтрация капсулы опухоли.

Особенностью кортикотропином являются, как правило, их малые размеры и отсутствие капсулы, при этом большинство из них характеризуются наличием инфильтративного роста в толщу гипофиза, а также ТМО и костные структуры турецкого седла. До 15% случаев кортикотропином не могут быть визуализированы на МРТ. Наиболее встречаемыми осложнениями при лечении этой патологии являлись различные виды гормонального дефицита.

Выводы. Трансфеноидальная аденомэктомия в целом является эффективным и безопасным методом лечения больных с данной патологией, но каждая из нозологий имеет свои особенности, знание которых возможно приведёт к большей эффективности лечения.

Рахмонова М.Х., Юлдошев Р.З., Ашурова М.Дж.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТАРГЕНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МЕТАСТАЗОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Кафедра онкологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель- к.м.н. Бакиев С.А.

Цель исследования. Оценить эффективность таргетной терапии у больных с метастатической опухолью головного мозга.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов лечения пациентов раком молочной железы с МГМ, которые проходили лечение в РОНЦ МЗ РТ. Рак молочной железы с метастазом в головной мозг был установлен у 60 пациенток. Пациенты были разделены на 2 группы, по 30 человек, больные получавшие Бевацизумаб - 400мг каждые 2 недели и группа больных получавших комбинацию Темозоломид- 250мг в течении 5 дней(каждые 28 дней) + Бевацизумаб 400мг каждые 2 недели. Наблюдение и лечение проводилось в течении 6 месяцев.

Результаты исследования. У 8 больных первой группы, получавших только Бевацизумаб в первые 2 месяца отмечено прогрессирование процесса (клинически и по данным МРТ), у 15 пациентов в обеих группах отмечается стабилизация опухолевого процесса (данные МРТ), в процессе наблюдения в течении 6 месяцев по данным МРТ исследования полная регрессия метастатических очагов головного мозга имело место у 7 больных в первой группе. Во второй группе получавшей лечение по схеме Темозоломид+ Бевацизумаб положительная динамика отмечена у 15 больных.

Выводы. При лечении больных метастатическим поражением головного мозга у абсолютного большинства пациентов отмечено купирование головных болей, урежение частоты и глубины эпилептических приступов, восстановление речи, улучшение зрения, восстановление двигательных функций и 29% вернулись к обычному образу жизни.

Включение схемы Темозоломид + Бевацизумаб в лечение метастазов в головной мозг в сравнении с монотерапией Бевацизумаб способствовало увеличению продолжительности жизни до 14 месяцев и более, возвращению более 29% больных к привычному образу жизни и работе.

Раҳими Ш.Д.^{1,2}, Тоҷибоев Ш.А.², Мамачонов А.²

ТАБОБАТИ ЭНДОСКОПИИ БЕМОРИИ ЛЕЙКОКЕРАТОЗИ МАСОНА

МД «Маркази ҷумхуриявии клиники – Урология» ВТ ва ҲИА Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Шуъбаи урологияи беморхонаи марказии ноҳияи Бобоҷон Ғафуров

Рохбари илмӣ - н.и.т. Раҳимов Д.А.

Мақсади таҳқиқот. Таҳлили натиҷаҳои табоботи эндоскопӣ – резексияи трансуретралии масона дар бемории лейкокератоз.

Мавод ва намудҳои муоина. Таҳлили 70 таърихи занҳои гирифтори бемории илтиҳоби музмини масона, ки оризаи лейкокератоз ба амал омадааст. Бемороне, ки ба таҳлил гирифта шудаанд амалиёти эндоцарроҳии резексияи трансуретралии масонаро гузаронидаанд. Ҳамаи занон дорои бемории тулонии илтиҳоби музмини масона буданд, ки табобати гуногунро дар ҳаргуна мутахассисон қабул намудаанд (гинеколог ва терапевтон). Собикаи умумии беморӣ аз 3 то 25 солро ташкил медиҳад. Синну соли миёнаи занон $36,1 \pm 4,7$ солро ташкил кард. Нишонаҳои асосии беморӣ чунинанд: дардҳои созидаю кашолашаванда дар қисми поёни шикам, зиёдшавии дардҳо ҳангоми пуршавӣ ё холишавии масона, пешобкунии тез-тез ва баъзан бардуруғ (императивӣ), авҷгирии зуд-зуди беморӣ, хусусан пас аз алоқаи ҷинсӣ, вайроншавии асаб ва пастшавии сифати ҳаёт. Муоина ва ташхисгузорӣ аз руи протоколҳои клиникии тасдиқшуда дар шароити дармонгоҳи гузаронида мешуд, ба ғайри он ҳатмӣ муоинаи гинеколог гузаронида шудааст. Дар 42% занон дар таҳлили умумии пешоб лейкоцитурия, дар 35% бактерийурия, дар 67% ҳар гуна микрофлораҳо дар кишти пешоб муайян мешуданд. Барангезандаии асосӣ чун нишондодҳои адабӣ ба *E.Coli* 69% рост меояд. Илова бар он тариқи анализатори имунноферменти бемориҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда муайян шудааст, ки дар 5 ҳолат уреоплазма, 4- микоплазма, 7 – хламидии ва 4 – трихомонас дарёфт шудааст. Ҳамаи сироятҳои дарёфт шуда бо табобатҳои лозима бартараф карда шуда, сипас барои табобати эндоскопӣ беморон ба беморхона бистарӣ карда мешуданд. Дар амалиёти систоскопия нишонаҳои илтиҳоби музмини пешобдон ва дар минтақаи секунҷаи Лето густурдани пулакчаҳои сафед, шаклаш нодуруст, ҳачмаш гуногун, бо канораҳои амиқ, ки ба сатҳи тунуки бориши барф монанди дорад, муайян шудаанд.

Натиҷаи таҳқиқот. Резексияи трансуретралии масона зери беҳискунии ҳарромағзи гузаронида шудааст. Давомнокии ҷарроҳӣ $23,5 \pm 3,2$ дақиқа. Резексияи қисми таъғирёфтаи масона гузаронида шудааст. Оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ ба қайд гирифта нашудаанд. Дар 2 ҳолат аломатҳои бенезимии пешоб боқӣ мондааст, ки пас аз муолиҷаҳои иловагӣ умумӣ ва маҳалӣ бартараф карда шудаанд. Босамарии табобатро беморон аз 2-ум шабонаруз мушоҳида карданд. Босамарии умумии амалиёти эндоскопӣ – 94-95%-ро ташкил дод. Миёнаҳои бистарии беморон ба 3,1 рӯз баробар аст. Дар ҳама ҳолат ташхисгузориҳои амиқ дар асоси натиҷаи таҳқиқоти гистологӣ шудааст, ки бо ташхиси пеш аз ҷарроҳӣ мутобиқ омад. Муоинаи такрорӣ пас аз 3 ва 6 моҳ гузаронида мешуд. Ҷои қайд аст, ки авҷгирии илтиҳоби музмини масона ба маротиба кам шудааст, агарчи пештар ҳар 1-2 моҳ авҷгирӣ ба қайд гирифта мешуд, пас аз амалиёти эндоцарроҳӣ то 1 сол ремиссия давом меод.

Хулосаҳо. Муолиҷаи асосӣ ва пешрафтаи амалиёти эндоцарроҳии резексияи трансуретралии масона дар беморони дорои лейкокератоз ба ҳисоб меравад. Аз он лиҳоз, ки оризаҳои бармаҳал мушоҳида намешавад, босамарии зиёд дорад ва ба баландшавии сифати ҳаёти беморон мусоидат менамояд.

Раҳмонов Ф.Х., Эшбадалова Б. Б., Ашӯрзода А.К.

МОДИФИЦИРОВАННАЯ КАНЮЛЯ ДЛЯ ПРОМЫВАНИЯ ПОЛОСТИ НОСА

Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Бекназарова Г.М.

Цель исследования. Улучшения качества промывания полости носа и зоны этмоидальных клеток после полипозной этмоидотомии у больных с хроническим полипозным этмоидитом.

Материал и методы. В ЛОР отделении Национального медицинского центра РТ нами обследовано и прооперировано 84 больных с хроническим полипозным этмоидитом. Возраст пациентов варьировал от 24 до 58 лет, из них мужчин было 58, женщин – 26. Обследование больных включало общеклиническое исследование крови, мочи и кала, биохимию крови, ЭКГ, эндоскопию полости носа, КТ околоносовых пазух, исследование мукоцилиарного транспорта (МЦТ) и обонятельной функции слизистой полости носа. Для сравнения результатов традиционного орошения полости носа и промывания с модифицированной канюлей, больных распределили на две группы по 42. Для обеих групп, промывание и орошение полости носа проводили с физиологическим раствором. Пациентам 1-ой группы промывание полости носа проводили традиционной металлической канюлей и направляли струю промывной жидкости по общему носовому ходу в верхне-задний отдел полости носа. промывая ограниченную часть полости носа. Второй (основной) группе, промывания полости носа и зоны этмоидальных клеток проводили с модифицированной нами полиэтиленовой канюлей с многочисленными и одинаковыми по диаметру отверстиями по всей поверхности канюли и с закрытым концом. Канюля соответствующей длины и диаметра, прикрепленная к шприцу вводили глубоко в полость носа до её задних отделов и под умеренным давлением жидкость направляли в полость носа. При этом, лекарственная жидкость, поступая в полость носа из многочисленных отверстий канюли под определенным давлением равномерно распределяется в полости носа и орошает всю поверхности её стенок. Для целенаправленного лечебного воздействия на околоносовые пазухи струю жидкости направляли в средний носовой ход под умеренным давлением.

Результаты исследования. Снижение МЦТ слизистой оболочки носа и обоняния выявлено у абсолютного большинства обследованных. Средние показатели МЦТ составили $32,4 \pm 0,3$ минут, при норме $14,2 \pm 3,5$ мин. Риноско-

пия показала, что во 2-й группе пациентов на шестые и седьмые сутки после операции, гиперемия и отек слизистой носа, экссудация слизисто-серозных выделений в носу уменьшались быстрее чем в первой группе, где орошение носовой полости проводилось с традиционной канюлей. Выявлены достоверные различия в показателях МЦТ слизистой полости носа. Через 15 дней лечения у 33 (78,5%) больных 1-й, и у 37 (88,1%) пациентов второй группы нормализовалась двигательная МЦТ слизистой полости носа. При этом, разница между первой и основной группой составила 9,6%. У 32 (76,2% больных первой и у 36 (85,7%) пациентов 2-й группы восстановилась обонятельная функция с разницей между группами - 8,9%. У абсолютного большинства больных 2-й группы отмечено ускорение процессов послеоперационного заживления раны слизистой полости носа и клеток решетчатых пазух с значительным улучшением функционального состояния носа по сравнению с пациентами первой группы, что указывает на эффективность модифицированной канюли для промывания полости носа и околоносовых пазух.

Выводы. Регулярное промывание полости носа и зоны этмоидальных клеток с применением модифицированной канюли после ринохирургических вмешательств способствует более быстрому улучшению и восстановлению дыхательной, обонятельной и защитной функций носа.

Рашидов Б.Дж.¹, Сафаров Н.Х.¹, Авганов А.А.^{1,2}

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ КАМНЕЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ: ОТКРЫТЫЕ ОПЕРАЦИИ, ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ ЛИТОТРИПСИЯ И ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОРИПСИЯ

¹Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

²ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан.

Научный руководитель - старший преподаватель Сидиков А.Ш.

Цель исследования. Является сравнительный анализ эффективности различных хирургических методов лечения камней мочевыводящих путей, включая открытые операции, трансуретральную литотрипсию (ТУЛ) и перкутанную нефролитотрипсию (ЧПНЛ). Определить оптимальный метод для лечения камней в зависимости от их локализации, размера и клинической ситуации.

Материалы и методы. В исследование были включены 120 пациентов, которым в период с 2023 по 2024 годы были проведены хирургические вмешательства по поводу камней мочевыводящих путей. Пациенты были разделены на три группы по методу лечения: группа 1 (открытые операции) - 40 пациентов, группа 2 (ТУЛ) - 40 пациентов, группа 3 (ЧПНЛ) - 40 пациентов. Диагностика включала рентгенографию, УЗИ, урофлоуметрию, лабораторные анализы и контрольную уретроскопию. Оценка результатов проводилась на основании восстановления проходимости мочевыводящих путей, уровня осложнений, продолжительности госпитализации, а также улучшения показателей качества жизни пациентов, измеренных с помощью опросников.

Результаты исследования. В группе с открытыми операциями успех лечения был достигнут у 90% пациентов с камнями почек размером более 2 см. Осложнения (кровотечения, инфекции) наблюдались у 15% пациентов. В группе ТУЛ наибольшая эффективность была при лечении камней мочеточника до 1 см (успех лечения - 95%). Осложнения наблюдались у 5% пациентов, в основном в виде микротравм уретры. В группе ЧПНЛ, применяемой при камнях почек размером от 1 до 2 см, наивысшая эффективность была достигнута в 97% случаев, что значительно выше по сравнению с открытыми операциями. Частота осложнений составила 3%, в основном это были лёгкие послеоперационные инфекции, которые были успешно купированы. Среднее время госпитализации составило: в группе открытых операций - 7 дней, в группе ТУЛ - 3 дня, в группе ЧПНЛ - 4 дня. Открытые операции остаются актуальными при камнях больших размеров и сложных случаях, однако они сопряжены с более высокими рисками и длительным восстановлением. Трансуретральная литотрипсия является методом выбора для лечения камней мочеточника, особенно тех, которые не превышают 1 см. Этот метод отличается высокой эффективностью и минимальными осложнениями. Перкутанная нефролитотрипсия демонстрирует высокую эффективность при камнях почек от 1 до 2 см и является предпочтительным методом при таких локализациях, так как она позволяет избежать открытых вмешательств и имеет меньшие риски осложнений. Статистический анализ показал, что ЧПНЛ и ТУЛ обеспечивают более быстрое восстановление и меньшее количество послеоперационных осложнений по сравнению с открытыми операциями.

Выводы. Каждый метод имеет свои показания в зависимости от локализации и размера камня. Трансуретральная литотрипсия (ТУЛ) является высокоэффективным методом лечения камней мочеточника до 1 см. Перкутанная нефролитотрипсия (ЧПНЛ) является предпочтительным методом для лечения камней почек от 1 до 2 см, представляя более безопасный и эффективный вариант по сравнению с открытыми операциями. Открытые операции остаются методом выбора при крупных камнях (>2 см) в почках, однако они сопряжены с более высоким риском осложнений и требуют более длительного периода восстановления. Результаты исследования показывают, что применение инвазивных методов, таких как ТУЛ и ЧПНЛ, позволяет значительно снизить количество осложнений и сократить время госпитализации, что влияет на качество жизни пациентов и экономическую эффективность лечения.

Рашидов Б.Дж., Музаффарзода Х.М., Олимов О.З.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЧРЕСКОЖНОЙ ПУНКЦИОННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ ПРИ РЕЦИДИВЕ МКБ.

Кафедра урологии имени профессора А.С. Осими ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н, доцент Саъдуллозода Ф.С.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность чрескожной пункционной нефролитотрипсии

(ЧПНЛ) у больных с рецидивирующие МКБ.

Материал и методы. В основу исследования положены ретроспективный анализ история болезни результатов ЧПНЛ у 222 больных, которых из них у 42 (18,9%) больных с рецидивом камни почек в период с 2021 по 2024 годы. ЧПНЛ было выполнено в отделение эндоурологии ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии», который является клинической базой кафедры урологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Средний возраст больных составил $20,6 \pm 4,5$ лет, а средняя продолжительность заболевания $5,4 \pm 1,5$ года. Размеры камней варьировали от 0,9 до 4,5-5 см, (средний 2,0-2,5 см). По стороне поражения преобладают больные с левосторонним нефролитиазом – 23 (54,7%), а с правосторонним нефролитиазом – 14 (33,3%), двухсторонними поражениями почек было 5 (12,0%) больных.

Для диагностики рецидивного камнеобразования в почке используются те же методы, что и для первичного нефролитиаза. В предоперационном периоде особое внимание было направлено на ранее определение рецидивного камня, место локализации камня, его размера и формы, архитектоники чашечно-лоханочной системы почки, выяснение функционального состояния пораженной и контралатеральной почки и воспалительного процесса в почке. Особое внимание следует уделить предшествующему лечению, его эффективности, обоснованности, результатом.

Средняя продолжительность операции составила $40 \pm 20,5$ минут. Продолжительность пребывания больных в стационаре составила 6 (4-8) койко-дней.

Оперативное вмешательство завершалось установкой нефростомического дренажа 18-20 Ch (47 больных). Уретральный катетер 16-20 Ch и мочеточниковый катетер 4-6 Ch удалялись минимум через 1 сутки после операции. У 4 (9,5%) больных были выполнены антеградные стентирования почек и мочеточника, которые удлены от 1 до 3 месяцев.

Результаты исследования. Результаты ЧПНЛ в лечения рецидивных камней почек можно оценить уже в раннем послеоперационном периоде. Удовлетворительным исходом считали полное освобождение почки от камня, либо наличие мелких фрагментов чашечек, не превышающих в диаметре 3-5мм, не нарушающих внутривнутрипочечную уродинамику. Для определения результатов лечения проводили рентгенологическое и ультразвуковое исследование. На момент выписки из стационара у 39 (92,8%) больных удалось полностью удалить конкременты из почки.

ЧПНЛ у всех больных выполнены без значимых осложнений, которые могли бы изменить ход операции. Самым частым осложнением среди интраоперационных осложнений являлось кровотечение – 5 (11,9%) наблюдений, который были остановлены, не прибегая к выполнению хирургической конверсии. Наиболее часто встречающимся осложнением после операции являлось обострение хронического пиелонефрита, которое отмечено у 6 (14,3%) больных.

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод что ЧПНЛ является эффективным методом лечения рецидивной МКБ, обеспечивая высокий уровень санации почки при допустимом уровне осложнений. Для повышения эффективности требуется индивидуальный подход, учитывающий анатомо-функциональные особенности пациента и характеристики камня.

Рашидов Б.Дж¹, Олимов О.З², Чиллаев К.Х³.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ЧРЕСКОЖНОЙ ПУНКЦИОННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДВУСТОРОННИМ НЕФРОЛИТИАЗОМ

Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан

ГУ «Городской центр медицинской помощи отделения урологии». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н, доцент Саъдуллозода Ф.С.

Цель исследования. Оценить клинические результаты чрескожной пункционной нефролитотрипсии (ЧПНЛ) у пациентов с двусторонним нефролитиазом, анализируя эффективность метода и частоту осложнений.

Материал и методы. В отделение эндоурологии ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии», который является клинической базой кафедры урологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» за период с 2020 по 2025 наблюдали 18 пациентов, оперированных чрескожным доступом по поводу двухстороннего нефролитиаза. Из них мужчин было 11 (61,1%), женщины - 7 (38,9%), в возрасте от 22 до 54 лет, средний возраст пациентов составил 38 лет. В соответствии с расположением конкрементов выявлены следующие варианты двухстороннего нефролитиаза: одиночные конкременты почек размерами до 2см диагностированы у 12 (66,7%) больных, множественные конкременты у 4 (22,2%) и коралловидные (K1 и K2) - у 2 (11,1%). Одномоментно чрескожные операции выполнены у 8 (44,5%) из 18 больных, у 10 (55,5%) пациентов - поэтапно. Всем пациентам проводилось предоперационное обследование в стандартном объеме. Больным, у которых выявлялась бактериурия или лейкоцитурия, перед операцией проводили курс эмпирической антибактериальной терапии до нормализации лабораторных показателей.

Результаты исследования. Все процедуры ЧПНЛ выполнены двумя хирургами под эндотрахеальным наркозом и спинальной анестезией в положении больного «лежа на животе» под ультразвуковым и рентгеновским контролем после предварительной катетеризации мочеточника на стороне операции. Дробление камней производилось пневматический литотриптер Karl Storz Calculusplit. Доступ к полостной системе почки осуществлялся после изучения локализации и размеров камня, анатомии чашечно-лоханочной системы. Дилатация пункционного хода осуществлялась при помощи дилататоров Amplatz с последующей установкой кожура Amplatz 24-26Ch. Средняя продолжительность операции при удалении конкремента с одной стороны составила 40 минут, при одномоментном удалении камней с двух сторон - 85 мин. Все вмешательство завершалось установкой нефростомического дренажа 18-20 Ch. Уретральный катетер 16-20 Ch и мочеточниковый катетер 4-6 Ch удалялись минимум через 1-2 сутки после операции. Нефростому оставляли на 5 суток до прекращения гематурии, удаляли ее после контрольной обзорной и антеградной

пиелоуретерографии.

У 17 (94,5%) пациентов удалось достичь состояния «stone free». Среди интраоперационных осложнений у 7 (38,9%) пациентов были отмечены кровотечения во время бужирования, которые удалось остановить после установкой Amplatz шит. Классификация Clavien–Dindo служила шкалой оценки послеоперационных осложнений: осложнения 1 степени наблюдались у 6 (33,3%) больных, 2 степени у 3 (16,7%) больных, 3, 4 и 5 степени осложнений не было.

Выводы. Таким образом, ЧПНЛ является эффективным методом лечения пациентов с двусторонним нефролитиазом, обеспечивая высокий уровень полной санации почек. Метод имеет приемлемый уровень осложнений, который соответствует литературным данным по одностороннему вмешательству. ЧПНЛ остается эффективным и безопасным методом лечения при двустороннем нефролитиазе, с низким уровнем рецидивов при должной подготовке и соблюдении принципов безопасности.

Ризманова Ш.У., Нурова Н.Р., Баротова С.Х

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН ОТ РОДСТВЕННОГО БРАКА

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Бобджонова О.Б.

Цель исследования. Изучить особенности развития органов репродуктивной системы, у женщин от родственного брака.

Материал и методы. Проведено проспективное исследование 105 женщин, родившихся от родственного брака, из них 32 женщины находились также в родственном браке и 30 женщин контрольной группы. Гистосовместимость человека по HLA типированию супругов. Генетика фолатов и тромбофелии; Функциональные методы исследования (эхография матки, придатков).

Результаты исследования. Изучение полиморфизм генов фолатного цикла у женщин, родившихся от родственного брака показал развитие генетически обусловленных нарушений метаболизма фолатов, обмена метионина, гипергомоцистеинемии.

Особенности генетических рисков тромбофелии у женщин от кровнородственной связи было обусловлено изменением показателей свертывающей системы крови, наличием интегрин и серпоина, что обусловила высокую частоту потерь плода и мертворождений, гипотрофии плода, акушерских осложнений, а также и соматической патологии в виде обострения экстрагенитальной патологии.

Установлена высокая частота совпадений генов гистосовместимости у обеих супругов по аллели HLA-II класса по генотипам локусов: HLA DRB1, указывая на риск развития невынашивания и бесплодия и снижения репродуктивного потенциала обследованных женщин от родственного брака, и находящие в родственном браке.

Более чем у половины (59/105) пациенток, составляющая 56,2% выявлена патология развития генеративного органа, из них у 30/28,6%, была установлена гипоплазия и 29/27,6% аномалия развития матки. У более чем половины женщин с гипоплазией диагностирована I степень, размеры матки были в 1,2 и 1,3 раза меньше аналогичных показателей женщин основной группы с нормальными размерами матки, при гипоплазии II и III степени, так же выявлена достоверное снижение длины, ширины и переднезаднего размеров.

Среди обследованного контингента, родившихся от родственного брака с аномалией матки были диагностированы: Uterus fetalis (6,8%), двурогая матка (15,2%), однорогая (1/1,7%) и седловидная матки (8/14,9%), наличие неполной внутриматочной перегородки (1/1,7%). Кроме того, у 2 женщин были диагностированы две матки и две шейки матки.

Выводы. Таким образом, у женщин, родившихся от родственного брака, выявлен низкий репродуктивный потенциал, в связи с высокой частотой генетических нарушений, приводящих к развитию аномалий органов репродуктивной системы.

Розиёв Ф.А., Чабборов И.Ф., Рахимов А.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Махамадиев А.А.

Цель исследования. Оценка эффективности шунтирования барабанной перепонки с одномоментной аденомией при экссудативном среднем отите у детей.

Материал и методы. В ЛОР клинике ГУ НМИЦ РТ под нашим наблюдением находились 24 детей с экссудативным средним отитом (ЭСО). Мальчиков было – 14, девочек – 20. Возраст колебался от 6 до 12 лет. Почти все пациенты по поводу своей патологии обращались повторно после безрезультатного неоднократного консервативного лечения по месту жительства. Больные предъявляли жалобы на снижение слуха, шум в ухе, чувство переливания жидкости в ухе и аутофонию. При отомикроскопии определяли тусклый цвет барабанной перепонки, втянутость и местами образование ретракционных карманов в расслабленной и натянутой частях барабанной перепонки, а также определялось наличие жидкости в барабанной полости. Непроходимость слуховой трубы определяли опытами Тойнби, Вальсальвы, продуванием ушей по Политцеру и катетеризацией слуховой трубы. При акуметрии (Шёпотная речь) определяли разную степень снижения слуха. При камертональном исследовании у всех больных определяли отрицательный опыт Ринне, удлинение опыта Швабаха и латерализацию звука в хуже слышащее ухо при опыте Вебера. При тональной пороговой аудиометрии у всех больных определяли снижение слуха на уровне низких и средних

частот и улучшение слуха на уровне высоких частот (кондуктивная тугоухость) 2-3 степени.

Результаты исследования. Всем больным с ЭСО под общей анестезией на задненижнем квадранте барабанной перепонки производили миринготомию с последующим введением шунта с диаметром 1.14 мм (Medtronic xomed inc USA) в перфорационное отверстие. Через данный шунт происходило дренирование барабанной полости. Восстановление проходимости слуховой трубы происходило у больных по-разному, варьируя от 3 до 5 месяцев. После полного восстановления проходимости слуховой трубы шунт удаляли, а закрытие дефекта барабанной перепонки происходило самостоятельно. Проходимость слуховой трубы определяли опытами Тойнби, Вальсальвы а также продуванием ушей по Политцеру. К концу лечебного периода восстановление проходимости слуховой трубы установили у 34 (100%) больных.

Выводы. Таким образом, шунтирование барабанной перепонки при ЭСО по сравнению с безрезультатными консервативными методами лечения показало высокую эффективность, поэтому позволяет рекомендовать его как основной и эффективный метод лечения больных с экссудативным средним отитом.

Розикзода Л.А., Муродов Ш.Д., Одинаев А.С.

РАЗНОВИДНОСТЬ МИКРОФЛОРЫ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРИ ЕЁ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ ВОСПАЛЕНИИ

Городской центр здоровья №14.

Кафедра оториноларингологии им. Исахи Ю.Б. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н. Махмудназаров М.И.

Цель исследования. Исследование микробной флоры верхнечелюстной пазухи при хроническом гнойном гайморите.

Материалы и методы исследования. В ЛОР-кабинете Городского центра здоровья №14 РТ под наблюдением находились 35 пациентов в возрасте от 18 до 45 лет, с диагнозом: хронический гнойный верхнечелюстной синусит. Из них мужчин было - 22, женщин - 13. Обследование включало риноскопию, эндоскопию носа, КТ ОНП и бактериологическое исследование патологического содержимого гайморовой пазухи в период лечения. Патологическое содержимое из верхнечелюстной пазухи брали во время её пункции, которую проводили в начале и в процессе лечения. Исследование патогенной микрофлоры проводилось в бактериологической лаборатории данного лечебного учреждения.

Результаты исследования. Жалобы пациентов были на гнойные выделения из носа, ощущение неприятного запаха в носу, затруднение носового дыхания и периодические головные боли. При риноскопии определяли отёк слизистой оболочки носовых раковин на стороне локализации гнойно-воспалительного процесса и наличие гнойного содержимого в среднем носовом ходе. При бактериологическом исследовании содержимого из гайморовых пазух у 15 (41,6%) больных выявлен *Staphylococcus aureus*, у 11 (25,0%) - *Staphylococcus pyogenes*, у 5 (20,8%) - *Streptococcus haemolyticus*, смешанная флора - у 4 (12,5%) пациентов.

Выводы. Бактериологическое исследование патологического содержимого гайморовых пазух показало преобладание стафилококковой и стрептококковой флоры при хроническом гнойном верхнечелюстном синусите, что необходимо учитывать при назначении противовоспалительной терапии.

Розиков М. С., Достиев У.А.

ПРОФИЛАКТИКА РАННЕЙ ДИСФУНКЦИИ ТРАНСПЛАНТИРОВАННОЙ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино . Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Исмоилова С.С.

Цель исследования. Оценить эффективность современных стратегий профилактики ранней дисфункции трансплантата у пациентов, перенесших трансплантацию печени.

Материал и методы. В исследование включены 120 пациентов, перенесших трансплантацию печени, разделенные на две группы: основная группа (n=60), где использовалась комплексная стратегия профилактики РДТП (антиоксидантная терапия, инфузионный контроль, фармакологическая защита), и контрольная группа (n=60), получавшая стандартное послеоперационное лечение. Оценивались уровни билирубина, АЛТ, АСТ, лактата, показатели коагулограммы, частота развития РДТП и показатели выживаемости трансплантата в течение 30 дней.

Результаты исследования. Частота ранней дисфункции трансплантата в основной группе составила 12%, в контрольной группе – 34% (p<0.01). Средние уровни билирубина на 3-и сутки после операции были 8.5±2.1 мг/дл в основной группе и 14.2±3.4 мг/дл в контрольной (p<0.001), а уровень АЛТ/АСТ был ниже в основной группе на 40% (p<0.01). Пациенты, получавшие комплексную профилактику, имели более стабильные показатели коагулограммы, уровень лактата был достоверно ниже (2.3±0.5 ммоль/л против 4.1±0.8 ммоль/л, p<0.001). Выживаемость трансплантата через 30 дней составила 95% в основной группе и 82% в контрольной (p<0.05).

Выводы. Комплексная профилактика ранней дисфункции трансплантата печени, включающая оптимизацию консервации органа, антиоксидантную защиту, фармакологическую коррекцию реперфузионного ответа и раннюю стабилизацию микроциркуляции, позволяет значительно снизить частоту РДТП, улучшить показатели синтетической функции печени и повысить раннюю выживаемость трансплантата. Данный подход должен быть внедрен в клиническую практику для улучшения исходов трансплантации печени.

Розилов М.С., Достиев У.А.

РАННЯЯ ДИСФУНКЦИЯ ТРАНСПЛАНТИРОВАННОЙ ПЕЧЕНИ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И СТРАТЕГИИ КОРРЕКЦИИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино . Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценить эффективность различных стратегий профилактики и коррекции ранней дисфункции трансплантированной печени у пациентов, перенесших трансплантацию.

Материал и методы. Проведен анализ 150 пациентов, перенесших трансплантацию печени, которые были разделены на основную группу (n=75) с применением комплексной профилактики (оптимизация перфузии трансплантата, антиоксидантная терапия, модуляция реперфузионного ответа) и контрольную группу (n=75), получавшую стандартное лечение. Оценивались биохимические маркеры функции печени (билирубин, АЛТ, АСТ, МНО), уровень лактата, частота РДТП, потребность в повторной трансплантации и показатели 30-дневной выживаемости трансплантата.

Результаты исследования. Частота РДТП в основной группе составила 9%, в контрольной — 31% ($p < 0.001$). Уровни билирубина на 3-и сутки после трансплантации в основной группе были 8.1 ± 2.3 мг/дл против 14.6 ± 3.5 мг/дл в контрольной ($p < 0.001$), а уровни АЛТ/АСТ были снижены на 40% ($p < 0.01$), что свидетельствует о меньшей выраженности ишемически-реперфузионного повреждения. В основной группе отмечена лучшая коагуляционная функция печени (МНО 1.6 ± 0.2 против 2.3 ± 0.3 в контрольной, $p < 0.01$), а уровень лактата был на 50% ниже (2.0 ± 0.5 ммоль/л против 4.2 ± 0.8 ммоль/л, $p < 0.001$). Выживаемость трансплантата через 30 дней составила 96% в основной группе и 83% в контрольной ($p < 0.05$).

Выводы. Комплексная профилактика ранней дисфункции трансплантата печени, включающая оптимизацию перфузии, антиоксидантную защиту, фармакологическую коррекцию реперфузионного ответа и раннюю стабилизацию микроциркуляции, позволяет значительно снизить частоту РДТП, улучшить функциональное восстановление печени и повысить раннюю выживаемость трансплантата. Внедрение данных методов может существенно улучшить результаты трансплантации печени и повысить эффективность послеоперационного ведения пациентов.

Розилов М. С., Достиев У.А.

ОПТИМИЗАЦИЯ СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ РАННЕЙ ДИСФУНКЦИИ ТРАНСПЛАНТАТА ПЕЧЕНИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино . Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценить влияние комплексного подхода к профилактике ранней дисфункции трансплантата печени на функциональные показатели трансплантированной печени и раннюю выживаемость трансплантата.

Материал и методы. Проведен ретроспективный и проспективный анализ 140 пациентов, перенесших трансплантацию печени, которые были разделены на две группы: основную (n=70), где применялась комплексная профилактика (антиоксиданты, метаболическая защита, мониторинг перфузии трансплантата), и контрольную (n=70) с традиционным послеоперационным ведением. Оценивались биохимические маркеры функции печени (билирубин, АЛТ, АСТ, лактат), показатели коагулограммы, частота развития РДТП и 30-дневная выживаемость трансплантата.

Результаты исследования. Частота РДТП в основной группе составила 10%, в контрольной — 28% ($p < 0.001$). Уровни билирубина на 3-и сутки после трансплантации были 7.8 ± 2.0 мг/дл в основной группе против 13.9 ± 3.1 мг/дл в контрольной ($p < 0.001$), уровни АЛТ/АСТ снижены на 35% ($p < 0.01$), что указывало на меньшую выраженность ишемически-реперфузионного повреждения. В основной группе также отмечалась стабильная коагулограмма, уровень лактата был ниже (2.1 ± 0.4 ммоль/л против 3.9 ± 0.7 ммоль/л, $p < 0.001$), что свидетельствовало о лучшей перфузии трансплантата. Выживаемость трансплантата через 30 дней составила 97% в основной группе и 85% в контрольной ($p < 0.05$).

Выводы. Применение комплексной стратегии профилактики ранней дисфункции трансплантата печени, включающей улучшение перфузии трансплантата, антиоксидантную защиту и оптимизацию инфузионной и метаболической терапии, позволяет существенно снизить частоту РДТП, улучшить функциональное восстановление печени и повысить раннюю выживаемость трансплантата. Внедрение данного подхода в клиническую практику может значительно улучшить результаты трансплантации печени.

Роилов Б.С., Салимов Ф.М., Тоиров М.Г.

ФАКТОРЫ РИСКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ПОДВЗДОШНО-БЕДРЕННЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ
Отделение функциональной диагностики ГУ «Медицинский комплекс «Истиклол»
Научный руководитель: к.м.н. Неъматзода О.

Цель исследования. Изучить факторы риска и результаты лечения острых флелотромбозов подвздошно-бедренного сегмента нижних конечностей.

Материал и методы. Анализированы результаты комплексной диагностики и лечения 432 больных с острым илеофеморальным венозным тромбозом (ИФВТ). Среди наблюдавшихся было 289 женщин (66,9%) и 143 мужчины (33,1%) в возрасте от 19 до 84 лет (средний возраст $51 \pm 2,2$).

Диагноз устанавливался на основании клинических проявлений заболевания и результатов ультразвукового дуплексного ангиосканирования (УЗДАС). Состояние системы гемостаза оценивалось путем определения уровня активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), протромбинового времени (ПТВ), протромбинового индекса (ПТИ), международного нормализованного отношения (МНО), тромбинового времени, фибриногена, количества тромбоцитов и коагулинового времени.

Результаты исследования. Изучая возможные факторы, влияющих на развитие ИФВТ установлено, что наиболее число обращений отмечалось в период соблюдения поста священного месяца Рамадан и в летний период года – июнь-август. Полученные данные подтверждают влияния жаркого климата в развитии заболевания, что обусловлено повышенной потливостью и обезвоживанием, сопровождающихся изменениями в системе гемостаза.

У 296 (68,5%) больных были выявлены факторы развития ИВТ, которые, по нашему мнению, могли способствовать образованию венозного тромба. Среди них наиболее важными, кроме указанной выше причины с нашей точки зрения, являются: осложненные роды и послеродовой период, тяжелое течение брюшного тифа и операции на органах брюшной полости и малого таза.

На основании УЗДАС, окклюзионная форма ИФВТ выявлена у 345 (79,9%) больных, пристеночный тромбоз обнаружена у 51 (11,8%) и флотирующий – у 36 (8,3%). Дуплексное ангиосканирование направленная для изучения характера тромба и состояния венозной системы играла существенную роль в определении лечебной тактики и контроля эффективности терапии. В период реканализации этим же методом у 47 больных выявлен стеноз подвздошных вен различной степени.

Основным компонентом консервативной терапии являлись антикоагулянты прямого и непрямого действия. В качестве антикоагулянтов прямого действия применялись гепарин (450-500 ед/кг массы больного), фондопаринокс, клексан. В процессе стационарного лечения хорошие результаты получены у 372 (86,1%) больных, удовлетворительные - у 31 (7,2%) и неудовлетворительные - у 24 (5,5%) пациентов. ТЭЛА со смертельным исходом отмечалась у 5 (1,2%) больных. Еще двое пациентов умерли от острого кишечного кровотечения.

Выводы. Выявлена закономерность развития ИФВТ в жарком периоде года и в месяце Рамадан, а также спровоцирующие ее факторы, что позволяет рекомендовать больным применению сезонного профилактического лечения. Современная комплексная консервативная терапия основными компонентами, которой явились антикоагулянты, антиагреганты и эластическая компрессия позволили достичь положительных результатов у 86,1% пациентов.

Руснак М.В., Якушенко А.Р.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТОНУСА НИЖНЕГО ВЕКА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЕГО ИНВОЛЮЦИОННЫХ МАЛЬПОЗИЦИЙ

Кафедра офтальмологии с клиникой имени профессора Ю.С. Астахова

ФГБОУ ВО «ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова». Россия

Научный руководитель – д.м.н., профессор Потемкин В.В.

Цель исследования. Сравнить эффективность коррекции инволюционных мальпозиций нижнего века путем оценки его тонуса после проведения латерального подвешивания тарзальной пластинки и тоннельной кантопластики.

Материал и методы. В исследование включено 46 пациентов с эктропионом и 6 пациентов с энтропионом нижнего века, проходивших лечение на базе СПб ГБУЗ "ГМПБ №2". Исследуемые были разделены на две группы: I группе выполняли латеральное подвешивание тарзальной пластинки (36 человек, средний возраст $71,6 \pm 7,8$ лет, 36 глаз), II группе – тоннельную кантопластику (16 человек, средний возраст $73,6 \pm 6,9$ лет, 19 глаз). Отличительной особенностью тоннельной кантопластики является формирование сквозного тоннеля в надкостнице латеральной стенки орбиты, через который проводят выделенную полоску тарзальной пластинки и фиксируют ее к надкостнице узловым швом. До операции, через 2 недели, 2 и 6 месяцев после нее при осмотре пациентов использовались несколько методов оценки тонуса нижнего века: тест возвращения нижнего века в исходное положение (оценивается скорость, необходимость моргания для возвращения века в обычное положение после смещения его книзу), показатели горизонтальной слабости нижнего века (тест с «оттягиванием» нижнего века – Pinch test, подвижность медиальной и латеральной спайки). Для оценки полученных данных использовалась программа IBM SPSS Statistics, версия 27.0.1 (Нью-Йорк, США).

Результаты исследования. В обеих группах исследования наблюдаются статистически значимые ($p < 0,001$) изменения результатов оценки тонуса нижнего века на протяжении всего рассматриваемого послеоперационного периода: возвращение нижнего века в прежнее положение без моргания и быстрее, чем до операции; снижение горизонтальной слабости нижнего века: Pinch test – менее 6 мм у 88,9% и 84,2% пациентов в I и II группе соответственно, снижение подвижности латеральной спайки. Однако, в I группе через 2 и 6 месяцев подвижность медиальной спайки века статистически не значимо отличается от дооперационных измерений ($p = 0,115$), в отличие от результатов во II группе – после тоннельной кантопластики ($p = 0,0023$). Изменения результатов оценки подвижности медиальной спайки через 2 и 6 месяцев относительно данных до оперативного вмешательства также значимо отличаются ($p = 0,019$) между двумя группами.

Выводы. Используемые в работе методы позволяют качественно и всесторонне оценить состояние тонуса нижнего века. Результаты проведенной оценки на протяжении 6 месяцев после тоннельной кантопластики сопоставимы, а также могут выгодно отличаться относительно данных после традиционного латерального подвешивания тарзальной пластинки. Это свидетельствует о более эффективной коррекции горизонтальной слабости века, стабильности полученного результата и снижении риска рецидива инволюционных мальпозиций нижнего века при применении тоннельной кантопластики.

Рустамкулова Г.Ш., Шарипов М.С., Хасанова А.А.
БЛЕФАРИТ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ РАЙОНА ДЖАЛОЛИДДИНА БАЛХИ
Симуляционный центр ХГМУ. Таджикистан.
Научный руководитель - Эшпулатова С.С.

Цель исследования. Определить заболеваемость хроническим блефаритом среди жителей района Дж. Балхи.

Материал и методы. Исследование проводилось в Центральной клинической больнице района Дж. Балхи в 2024 году. Было обследовано 98 человек в возрасте от 20 до 60 лет. Обследование включало наружный осмотр глаз и биомикроскопию. В анамнезе приблизительно у всех пациентов отмечались такие симптомы, как дискомфорт, слезотечение и зуд в глазах.

Результаты исследования. При обследовании были выявлены характерные для каждой формы блефарита отдельные симптомы: простая форма- покраснение и припухлость краёв век (65,3%); чешуйчатая форма- покраснение и припухлость краёв век, образование чешуек между основанием ресниц, плотно спаянных с кожей, формирование желтоватых жирных корочек (26,5%); язвенная форма- формирование гнойничков и желтоватых корочек на краях век, при удалении которых остаётся кровоточащая поверхность, после заживления которой образуются рубчики (10,2%).

Отмечено, что при обследовании 98 больных у 64 человек выявили простую форму блефарита (65,3%), 26 человек- чешуйчатую форму (26,5%) и 10 человек- язвенную форму (10,2%) .

Выводы. Установлено, что блефарит среди жителей района Дж.Балхи встречается чаще в возрасте от 40 до 60 лет. Из всех видов блефаритов наиболее распространённой является простая форма, которая составляет 65,3% случаев.

Рустамкулова Г.Ш., Халимзода М., Самадзода М.К.
ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЁННОГО ДАКРИОЦИСТИТА
Центр симуляционного обучения ГОУ ХГМУ. Таджикистан.
Научный руководитель - Эшпулатова С.С.

Цель исследования. Оценить результаты различных методов терапии при врождённом дакриоцистите.

Материал и методы. Исследование проводилось в Республиканской клинической больнице (РКБ) района Дангара. Материалом служили пациенты, обратившиеся по данному заболеванию. Обследование включало данные анамнеза, проведение осмотра век и слезоотводящих путей. Наблюдали 40 больных за период 2023-2024 гг. Начальным этапом терапии был массаж слёзного мешка в течение двух недель или одного месяца, после неэффективности массажа было проведено зондирование носослёзного канала с последующим промыванием слёзных путей. Основной поток больных составили дети в возрасте от 1,5 месяца до 2 года

Результаты исследования. По результату наблюдений, после проведённого массажа слёзного мешка у 8 (20%) пациентов было отмечено открытие носослёзного протока, у остальных 32 (80%) пациентов улучшения не наступило, и было проведено зондирование носослёзного канала с последующим промыванием раствором 0,9% NaCl слёзных путей. После однократного зондирования носослёзного канала и промывания слёзных путей и наступление выздоровления детей.

Выводы. Проведённое исследование показало, что массаж слёзного мешка приводит к выздоровлению крайне редко. Основным эффективным методом лечения врождённого дакриоцистита является зондирование носослёзного канала с последующим промыванием слёзных путей.

Сабзалиева Ш.У., Одилов О.Д., Алиева Н.А.
К ВОПРОСУ О ВИРУСНЫХ КЕРАТИТАХ У ДЕТЕЙ
Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»,
ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Таджикистан.
Научный руководитель - старший преподаватель Кадырова Н.А.

Цель исследования. Провести анализ заболеваемости роговицы вирусной этиологии у детей.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе детского глазного отделения ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Нами были проанализированы 597 историй болезни пациентов, поступивших в детское глазное отделение с января 2024 г. по декабрь 2024 г. Из них 44 пациента с кератитами вирусной этиологии, что составило 7.5%, из них девочек - 27(61.4%), мальчиков - 17 (38.6%). Средний возраст пациентов составил 2.9 ± 0.1 лет. Всем детям проводилась визометрия, биомикроскопия, проверялась чувствительность роговицы, посев с конъюнктивальной полости и кровь на ВПГ 1 и 2 типа методом ИФА.

Результаты исследования. Все поступившие дети с вирусными кератитами (44 пациента) были разделены по региональному признаку следующим образом; Душанбе - 7 детей, что составило 15.9%, РРП - 17 детей, соответственно 38.6%, Хатлонская область - 19 детей, что составило 43.2%, ГБАО - 1, соответственно 2.3%. У 38 детей отмечался поверхностный вирусный кератит, что составило 86.4% от общего количества детей с вирусными заболеваниями роговицы, у оставшихся 6 детей диагностированы глубокие формы вирусного кератита (13.6%). У 4 детей процесс был двусторонний, что составило 9%, а у 40 пациентов процесс был односторонний, что соответствует 91%. Пик поступления больных с вирусными заболеваниями роговицы отмечается с сентябрь по февраль месяцы - 23 больных, что составило 52.3% от общего количества пациентов с вирусными заболеваниями роговицы.

У детей старше 3 лет (19 детей) в лечении применялся ацикловир 80 мг/кг, что совместно с местной терапией

ей привело к быстрой эпителизации роговицы.

Выводы. Из госпитализированных больных с вирусными заболеваниями роговицы 43.2% составляют дети из Хатлонской области, чаще встречаются поверхностные формы кератита (86.4%), односторонний процесс преобладает над двусторонним, что составляет 91%. Рекомендовать детям старше 3 лет применять в лечении ацикловир в дозе 80 мг/кг для скорейшей ремиссии процесса.

Садулов А.М., Мухаббатов Х.Дж.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ СИМПТОМАМИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ С ПРЕПАРАТАМИ α 1-АДРЕНОБЛОКАТОРОМ И ИНГИБИТОРОМ ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ 5-ГО ТИПА

Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н. доцент Мираков Р.С.

Цель исследования. Определение эффективности комбинированного применения α 1- ингибиторов фосфодиэстеразы-5 (ФДЭ-5) и адrenoблокаторов, по сравнению с монотерапией этими препаратами.

Материал и методы. Всем пациентам установлен диагноз: доброкачественная гиперплазия предстательной железы и эректильная дисфункция. Они рандомизированы; 2-я группа состояла из 32 мужчины, которому проводилась монотерапия тамсулозином. Через 3 и 6 месяцев исследования в каждой группе пациентов оценивалась динамика метаболических показателей, объема предстательной железы, объема остаточной мочи, максимальной скорости потока мочи, суммарного балла IPSS и QoL.

Результаты исследования. Установлена прямая корреляция между выраженностью метаболических нарушений и прогрессированием доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ)/симптомами нижних мочевых путей (СНМП) по основным оцениваемым показателям. Применение комбинированной терапии с тамсулозином показало эффективность через 3 и 6 месяцев исследования по сравнению с монотерапией тамсулозином. В основу лечения положен принцип поддержания целевых уровней артериального давления, глюкозы, липидных параметров крови, коррекция массы тела.

Выводы. Избыточная масса тела, артериальная гипертензия, атерогенный профиль дислипидемии и гипергликемия являются факторами риска более выраженного прогрессирования ДГПЖ/СНМП и ухудшения качества жизни пациентов. Исследование показало эффективность патогенетической обоснованной комплексной терапии, направленной на устранение метаболического дисбаланса

Садулов А.М., Мухаббатов Х.Дж.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ НАРУШЕНИЯ ПОЛОВОЙ ФУНКЦИИ У МУЖЧИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Мираков Р.С.

Цель исследования. Изучить влияние метаболического синдрома (МС) на развитие эректильной дисфункции (ЭД) и гипогонадизма, определить ключевые патофизиологические механизмы, включая сосудистые, гормональные и нейрогенные нарушения.

Материал и методы. В исследование включены 150 мужчин (возраст 30–60 лет) с диагностированным МС, разделенные на три группы: Группа 1 (n=50) – мужчины с МС без выраженной ЭД; Группа 2 (n=50) – мужчины с МС и умеренной ЭД; Группа 3 (n=50) – мужчины с МС и тяжелой ЭД. Контрольную группу составили 50 здоровых мужчин без МС и ЭД. Применены следующие методы исследования: Оценка уровня тестостерона, ЛГ, ФСГ, пролактина, инсулина и НОМА-IR; Исследование эндотелиальной функции (уровень NO, эндотелин-1); Оценка оксидативного стресса (глутатион, малоновый диальдегид); Допплерография сосудов полового члена; Анкетирование по шкале IIEF-5 для оценки эректильной функции.

Результаты исследования. Уровень общего тестостерона у пациентов с тяжелой ЭД был на 38,2% ниже, чем в контрольной группе ($p<0,05$). Уровень инсулина и индекс НОМА-IR были повышены в группах с выраженной ЭД, что свидетельствует о значительном влиянии инсулинорезистентности на половую функцию. Концентрация оксида азота (NO) у пациентов с тяжелой ЭД снижена на 47,5% ($p<0,05$), что коррелировало с ухудшением эндотелиальной функции. В группе с тяжелой ЭД отмечен высокий уровень малонового диальдегида (+62,4%, $p < 0,05$), указывающий на выраженный оксидативный стресс. Допплерография выявила снижение PSV (систолического кровотока) на 35,7% у пациентов с тяжелой ЭД, что свидетельствует о сосудистых нарушениях.

Выводы. Нарушение половой функции у мужчин с метаболическим синдромом связано с комбинацией эндотелиальной дисфункции, гипогонадизма, инсулинорезистентности и оксидативного стресса. Данные механизмы усиливают выраженность эректильной дисфункции и снижают либидо. Коррекция метаболического синдрома и его патофизиологических проявлений может способствовать улучшению половой функции у данной категории пациентов. Перспективными направлениями исследований являются разработка целевых терапевтических стратегий, направленных на нормализацию эндотелиальной функции и метаболического статуса.

Садулов А.М., Мухаббатов Х.Дж.
СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан.
Научный руководитель- к.м.н., доцент Мираков Р.С.

Цель исследования. Изучить эффективность лечения эректильная дисфункция (ЭД) после радикальная простатэктомия (РПЭ).

Материал и методы. Медикаментозное лечение: прием ингибиторов фосфодиэстеразы-5 (ФДЭ-5) ежедневно. Аппаратное лечение: 1-я линия: вакуум-терапия и вибростимуляция полового члена; 2-я линия: вибростимуляция и дистанционный ударно-волновая терапия (ДУВТ) полового члена; 3-я линия (при неэффективности предшествующих): применение интракавернозных инъекций (алпростадил), и при неэффективности консервативных методов – фаллопротезирование (4-я линия). Лечение назначали через месяц после РПЭ с интервалами три месяца. Диагностика. ЭД-опросник международный индекс эректильной функции-5 (МИЭФ-5). Критерии включения: отсутствие спонтанных и вызванных эрекций, после РРП, локализованная форма рак предстательной железы (РПЖ). Критерии исключения: тяжелая сопутствующая патология, рецидив РПЖ. Период исследования: 2022– 2024гг. Число пациентов – 58, 63±4 года.

Результаты исследования. До лечения МИЭФ-5 8±3 балла. Через 6 месяцев 32 пациентов (55,17%), получавших лечение, отмечали улучшение, МИЭФ-5 16±4. К 12 мес. 1 пациентам рефрактерным к консервативной терапии выполнено фаллопротезирование. Применение аппаратного лечения позволило снизить число пациентов, нуждающихся в фаллопротезировании, на 43,1%.

Выводы. Применение аппаратного лечения ЭД после РПЭ является эффективным и безопасным методом, ведущим к улучшению качества жизни пациентов.

Саидзода К.И., Пиров Н.С., Кахоров И.И.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ СПИНЫ

Кафедра хирургических дисциплин №1 ГОУ ХГМУ. Таджикистан.
Республиканская клиническая больница района Дангара.
Научный руководитель – к.м.н. Пиров Б.С.

Цель исследования. Сообщить о случае эхинококковой кисты спины в практической работе республиканской клинической больницы (РКБ) района Дангара.

Материал и методы. Больной Г.Н., 27 лет поступил 02.01.2025 года с жалобами на боль и чувство тяжести в поясничной области справа, нарушение осанки, чувство дискомфорта и эстетического неудобства. Со слов больного, за последние 2 месяца отмечал выраженный болевой синдром лежа на спине, он считает себя больным последние 7 лет. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не выступает из – под края реберной дуги. Селезенка перкуторно не увеличена. При осмотре спины в области позвоночного столба на уровне L2-L3 справа было обнаружено бугристое образование.

При УЗИ выявлено многополостное образование с умеренно выраженной капсулой, размерами 8,6х6,7 см. При МРТ определена солитарная киста исходящая из мышц спины.

Под общим обезболиванием 03.01.2025 было выполнено оперативное вмешательство. Выявлено, что между мышцами позвоночного столба справа имеется напряжённая многокамерная эхинококковая киста с умеренно выраженной фиброзной капсулой, размерами 10х9,0см. Выполнена открытая эхинококэктомия, перикистэктомия с коагуляцией, ушивание и дренирование остаточной полости. Послеоперационный период протекал без особенностей. Дренаж из остаточной полости удален на 5 сутки. На 7-е сутки выписан в удовлетворительном состоянии. В послеоперационном периоде назначена курсовая профилактическая химиотерапия производными альбендазола в стандартной дозировке. При амбулаторном осмотре через месяц состояние удовлетворительное. Пациент вернулся к обычному образу жизни. Продолжает заниматься физическим трудом.

Выводы. Таким образом, наш опыт показывает, что в практике отмечается появление многокамерных эхинококковых кист в межмышечных пространствах, которая труднодиагностируема и необходимы определенные навыки для лечения данной патологии.

Саидзода П.А.
ПРИМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ «FAST-TRACK» У ПАЦИЕНТОК С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ ПЕРИТОНИТОМ

Кафедра хирургических болезней №1 имени академика К.М. Курбонова
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н. Рузбойзода К.Р.

Цель исследования. Оценить эффективность применения программы «Fast-track» в хирургическом лечении пациенток с гинекологическим перитонитом.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 94 пациенток с гинекологическим перитонитом, находящихся на стационарном лечении в хирургических отделениях ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе и ООО «Медицинский центр Насл» в период с 2018 по 2025 года. Все больные были разделены на

две группы. Первая (основная) 46 пациента – их лечение было дополнено некоторыми элементами программы «Fast-track». Вторая группа (сравнения) – 48 больных их лечение проводилось согласно общепринятым клиническим протоколам. Этиология гинекологического перитонита была представлена следующими гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки: гнойный сальпингит – 31 (33,0%) наблюдение, в 22 (23,4%) случаях причиной перитонита явился пиосальпинкс, в 12 (12,8%) наблюдениях прорыв абсцесса маточной трубы (пиосальпинкс) в брюшную полость, в 6 (6,4%) - прорыв тубовариального абсцесса в брюшную полость, а прорыв абсцесса яичника (пиовар) имел место в 4 (4,3%) наблюдениях. Также местный гинекологический перитонит – пиовар имел место в 5 (5,3%) случаях, гнойные тубовариальные образования – 6 (6,4%) и в 3 (3,2%) - прорыв эндометриодных кист яичников в брюшную полость. В 5 (5,3%) случаях причиной перитонита являлся разрыв нагноившейся дермоидной кисты яичника.

Мы применяли следующие элементы программы «Fast-track»: профилактика нарушений углеводного обмена, минимизация оперативного доступа с применением лапароскопической технологии, целенаправленная инфузионная терапия, отказ от наркотических анальгетиков, раннее энтеральное питание, ранняя активизация. Эффективность проводимой терапии оценивали по уровню болей по Визуально аналоговой шкале (ВАШ), показателей перекисного окисления липидов (ПОЛ), уровень показателей гипоксии (лактат и пируват), уровень маркеров воспаления (С-реактивный белок и прокальцитонин), дисфункции эндотелия, а также восстановление перистальтики кишечника и отхождения газов и стула.

Результаты исследования. В первые двое суток послеоперационного периода, у пациенток основной группы, уровень болей по ВАШ не превышал 5 баллов. В группе сравнения у 39 (81,3%) больных уровень боли достигал 7-9 баллов. Раннее восстановление перистальтики кишечника в основной группе, относительно группы сравнения (в 2,1 раза быстрее). На 2-3 сутки у больных основной групп отмечается снижение уровня ПОЛ и дисфункция эндотелия и гипоксии в 2,2 раз по сравнению с до операции, тогда как в группе сравнения показатели ПОЛ и дисфункция уменьшились в 1,4 раз ($p>0,05$). В раннем послеоперационном периоде в группе сравнения у 16 (33,3%) были зарегистрированы различные по характеру и тяжести осложнений, что продлило стационарное лечение на $12,2\pm 1,1$ дней. В основной группе у 6 (13,0%) пациенток были зарегистрированы ранние послеоперационные осложнения, что продлило лечение на $4,4\pm 1,2$ дней. Средняя длительность стационарного лечения больных основной группы составила 3-8 суток (в среднем $4,1\pm 1,2$ суток), в группе сравнения 7-14 суток (в среднем $10,5\pm 1,4$ суток) ($> 0,05$).

Выводы. Таким образом, применение программы «Fast-track» в лечении пациенток с гинекологическим перитонитом позволило сократить длительность стационарного лечения, что в свою очередь влечет раннее восстановление трудоспособности больных данной категории.

Саидов А.А., Каримов Б.К.

ЛЕЧЕНИЕ ГОНАРТРОЗА НА РАННИХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - старший преподаватель Назаров И.Р.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения гонартрозы (ГА) на ранних стадиях заболевания.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты лечения на ранних стадиях заболевания у 70 больных с достоверным диагнозом гонартроз, в возрасте 40 - 60 лет. Лиц женского пола было - 41 (58,5%), мужского - 29 (41,5%). При обследовании больных использовали анамнестические данные, результаты клинического, рентгенологического исследования, а также магнитно - резонансной томографии (МРТ).

Также у 10 больных клинически и по результатам МРТ диагностировался синовит. Больные с ранними стадиями ГА были разделены на основную и контрольную группы. В основную группу вошли 40 больных, которым с момента включения в исследование была назначена терапия Хондроспеем по 1 таб. 2 раза в день в течение 2-3-х месяцев. Контрольную группу составили 30 больных, которым с момента включения в исследование был рекомендован приём 100 мг диклофенака в сутки в сочетании с различными видами физиолечения. На момент включения в исследование основная и контрольная группы были сопоставимы по параметрам суставного синдрома. Дополнительно выполнялись исследования Са и Р крови.

Результаты исследования. При длительном приёме хондроспеев оказал положительное влияние на симптомы гонартроза. В результате ежедневного приема препарата в течение 3-х месяцев была отмечена положительная динамика всех клинических показателей. Выраженность боли в покое и при ходьбе снизилась по сравнению с исходными значениями.

Выводы. Таким образом, длительная терапия хондроспеем, назначенная на ранних стадиях ГА, оказала положительное влияние на симптомы заболевания, эффект терапии сохранялся во все сроки наблюдения и 30 (42,8 %) больных смогли полностью отказаться от приёма НПВП. На основании данных результатов исследования хондроспеев можно рекомендовать для применения в клинической ортопедии.

Саидов Д.Х., Куллиев А.С., Мардонзода И.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ

Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Махамадиев А.А.

Цель исследования. Разработка диагностического алгоритма для раннего выявления сенсоневральных расстройств у больных с хроническим средним отитом.

Матери и методы. В ЛОР клинике ГУ НМЦ РТ под нашим наблюдением находились 32 больных с хроническим гнойным средним отитом (ХГСО). мужчин было – 18, женщин – 17. Возраст колебался от 16 до 45 лет. Почти все пациенты по поводу своей патологии обращались повторно после безрезультатного неоднократного консервативного лечения по месту жительства. В диагностический алгоритм входили: акуметрия, тональная пороговая и над-пороговая аудиометрия в расширенном диапазоне частот, речевая аудиометрия, регистрация слуховых вызванных потенциалов, а также компьютерная томография височных костей.

Результаты исследования. Применение того или иного объёма хирургического вмешательства зависело от данных отомикроскопии, КТ височных костей, характера интраоперационных находок (преимущественно в зависимости от распространённости холестеатомы), состояния цепи слуховых косточек и аудиологического исследования. Нами были проведены следующие виды операций: у 15 больных (46,8 %) проведена saniрующая операция (антромастотомия) и у 17 больных (53,2 %) антромастотомия с одномоментной тимпанопластикой. В ближайшем послеоперационном периоде удовлетворительные анатомические и функциональные результаты получены у 30 (93,5%) пациентов. Исследования показали, что у более 40 % больных имела место кондуктивная форма тугоухости и у около 60% больных имела место 2-3-я степень сенсоневральной или смешанной тугоухости. После проведения соответствующего курса хирургического и комплексного противоневритного лечения, у больных улучшился слух, субъективный ушной шум в разной степени уменьшился, либо вообще исчез.

Выводы. Таким образом, разработанный нами аудиологический алгоритм позволяет своевременно выявить сенсоневральный компонент тугоухости у больных с хроническим средним отитом и проводить целенаправленное хирургическое и консервативное лечение.

Саидов Д.Х., Одинаев А.С., Худоева Н.Н.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ В СОВРЕМЕННОЙ ПРАКТИКЕ РИНОАЛЛЕРГОЛОГА

Кафедра оториноларингологии им. Исхаки Ю.Б. ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино". Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н. Муродов Ш.Д.

Цель исследования. Изучение эффективности препарата «Риналер» у больных с аллергическим ринитом.

Материал и методы. В период с июня 2024 года по настоящее время в НМЦ РТ «Шифобахш» в исследование были включены 65 больных с сезонным и круглогодичными формами аллергического ринита в амбулаторных условиях. Возраст пациентов составил от 20 до 45 лет. Больным основной группы был назначен препарат глюкокортикоидной группы (мометазона фуората) «Риналер», который обладал противовоспалительным, противоаллергическим и противоотёчным действием в виде назального спрея в нос в послеоперационном периоде, по 2 впрыскивания (по 50 мкг мометазона фуората каждое) в каждый носовой ход, 1 раз в день в течение 10 дней. В качестве сравнения взяли контрольную группу, что составило 20 пациентов, которым проводили традиционные методы лечения с применением антигистаминного препарата 1-го поколения, по 1 таблетке 1 раз в день в течение 10 дней, ночью перед сном. С целью выяснения влияния проводимой терапии на функциональное состояние слизистой полости носа в динамике изучали дыхательную, обонятельную и транспортную функцию мерцательного эпителия носа.

Результаты исследования. При обращении пациенты жаловались на заложенность носа одностороннего или двустороннего характера, обильное выделение из носа от слизистого до серозного, зуд в носу, частое чиханье, нарушение сна и головные боли. Также больные предъявляли жалобы на раздражительность и длительное использование сосудосуживающих препаратов. При риноскопическом осмотре отмечались: бледноватая, синюшная или мраморная окраска слизистой оболочки полости носа, отёчность нижних носовых раковин, слизисто-водянистые выделения в носовых ходах. Нарушение обоняния в виде гипосмии выявлены почти у всех обследованных больных. В качестве основного препарата для терапии аллергического ринита использовали в нос спрей гормонального средства «Риналер». Каждый обращаемый больной применял данный спрей по 1 впрыскиванию 2 раза в день в нос, с продолжительностью курса 10 дней. Оценку эффективности препарата дали после 5-го дня лечения. Отёчность слизистой оболочки носа и носовых раковин уменьшилась на 5-6 сутки наблюдения с постепенным и значительным восстановлением дыхания. По мере этого постепенно восстановились обонятельная и транспортная функции мерцательного эпителия носа у всех пациентов.

Выводы. Исследование показало, что применение спрея «Риналер» из группы гормональных средств, по сравнению с традиционным методом терапии позволяет более эффективно и безопасно за максимально короткие сроки лечения достичь полной ремиссии аллергического процесса в слизистой полости носа у больных с аллергическим ринитом.

Саидов Д.Х., Муродов Ш.Д., Киматов М.Р.

АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАЗРЫВАХ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ

Кафедра оториноларингологии имени Исхаки Ю.Б. «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Махамадиев А.А.

Цель исследования. Оценить эффективность мирингопластики при восстановлении разрыва барабанной перепонки.

Материалы и метод. В период с января по декабрь 2024 года в сурдологическом отделении нами было госпитализировано 23 пациента (18 мужчин и 5 женщин) в возрасте от 17 до 49 лет с диагнозом: посттравматический разрыв барабанной перепонки. Все пациенты поступили в клинику в первые 48 часов после получения травмы, что обеспечивало возможность оперативного вмешательства.

Для подтверждения диагноза проводились: отомикроскопия, эндоскопическое исследование речевая аудиометрия и импедансометрия. На основании результатов обследования пациенты были разделены на несколько групп в зависимости от характера разрыва (передний, задний, центральный, частичный и тотальный) и наличия сопутствующих повреждений, таких как травмы слуховых косточек или воспалительные заболевания среднего уха.

Для восстановления целостности барабанной перепонки и предотвращения развития хронической перфорации в дальнейшем все пациенты прошли операцию - мирингопластику. В ходе операции использовались специальные синтетические протезы, подобранные в зависимости от характера повреждения. Мирингопластика проводилась под микроскопом, под местной анестезией, в отдельных случаях использовалась общая анестезия для пациентов с сильной тревожностью.

Результаты исследования. Процесс восстановления после операции у пациентов был положительным, что подтвердили результаты эндоскопии, аудиометрии и тимпанометрии через 1 месяц и 3 месяца после вмешательства. Из 23 пациентов у 20 (87%) была полностью восстановлена целостность барабанной перепонки с хорошими результатами слуха (улучшение или стабилизация слуха на 20-30 дБ по сравнению с показателями до операции). У троих пациентов (13%) наблюдалась частичная регенерация перепонки, однако слуховые функции были улучшены.

Применение протезов в мирингопластике обеспечило не только восстановление структуры барабанной перепонки, но и восстановление функции слуха, что подтвердилось аккуметрией и аудиометрическими данными. Протезы эффективно использовались для восстановления звуковой проводимости в случае серьезных повреждений.

Не было зарегистрировано ни одного случая инфекционных осложнений в послеоперационный период, что также свидетельствует о высокой эффективности проводимого лечения. Все пациенты соблюдали рекомендации по уходу за ушами и профилактике инфекций.

Выводы. Опыт лечения 23 пациентов с разрывами барабанной перепонки с проведением мирингопластики подтверждает эффективность данного подхода в восстановлении слуха и предотвращении дальнейших осложнений. Важно, чтобы пациенты с травмами барабанной перепонки получали квалифицированную помощь как можно быстрее, что позволяет минимизировать долгосрочные последствия и восстановить нормальную слуховую функцию. Применение современных протезов даёт положительные результаты и повышает эффективность лечения.

Саидова М.М., Бердияр С., Шокирова Р.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Абдуллаева Р.А.

Цель исследования. Изучить фактор риска развития задержки роста плода при многоплодной беременности.

Материалы и методы. Ретроспективно было исследовано 48 историй родов женщин с многоплодной беременностью, родоразрешённых в городском родильном доме №1 за период с октября 2024 по декабрь 2024 года. На каждую пациентку и её ребенка заполняли разработанную карту обследования, которая позволила осуществлять учёт клинических данных и результатов дополнительных методов исследования.

Результаты исследования. Анализ полученных данных показал, что возраст обследованных женщин колебался от 18 до 44 лет, составив в среднем $23,8 \pm 4,61$ лет. Роженицы раннего репродуктивного возраста составили - 16,8%, активного репродуктивного возраста - 68,7%, позднего репродуктивного возраста - 14,5%. При изучении паритета выявлено, что 27,3% женщин были первородящими, 55,2% - являлись повторнородящими и 17,5% - многорожавшими. В результате нашего исследования выявлено, что перинатальные потери происходят чаще среди однойцевых двоен мужского пола, преимущественно с задержкой развития плода.

При анализе полученных данных установлено, что женщины, родившие детей с задержкой роста плода, были старше, чем женщины, чьи дети не имели различий в массе тела при рождении. В возрасте женщин от 35 лет и старше задержка роста плода встречалась в 2 раза чаще, чем у женщин раннего и активного репродуктивного возраста.

Дети с задержкой роста плода чаще рождались от 3-й и более беременности. Монохориальный тип плацентации встречался у 25 рожениц, что составило 52,1%, среди которых в 14 (56%) случаях родились дети с задержкой роста плода, в то время как в 23 (47,9%) случаях при дихориальном типе плацентации задержка роста плода встречалась лишь в 7 (30,4%) случаях.

Распределение детей в зависимости от оценки по шкале Апгар на 1 минуте выявило статистически значимые различия. В группе меньших плодов значимо чаще рождались дети в тяжёлой асфиксии. К пятой минуте после рождения распределение детей в зависимости от тяжести состояния не имело значимых различий, что свидетельствует о том, что меньший плод адекватно реагировал на реанимационные мероприятия.

Выводы. Таким образом, перинатальные потери происходят чаще среди однойцевых двоен мужского пола, преимущественно с задержкой развития плода. Дети-двойни с задержкой внутриутробного развития чаще рождаются от 2-ей и более беременности, чаще у рожениц старшего возраста. При монохориальном типе плацентации у женщин с многоплодной беременностью задержка внутриутробного развития плода встречается в 56% случаев, что в 2 раза больше, чем при дихориальном (30,4%).

Саидова Ф.Ф., Давронзода М.Д., Турамуродова Ш.Т.
ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА ПОЛОСТИ НОСА И РОТОГЛОТКИ У БОЛЬНЫХ С РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА

Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н., доцент Махмудназаров М.И.

Цель исследования. Определить особенности микробного пейзажа полости носа и глотки у пациентов с расщелиной верхней губы и нёба.

Материал и методы. В детском ЛОР отделении Национального медицинского центра РТ нами обследовано 78 пациентов с диагностированной расщелиной верхней губы и нёба, находящихся на различных этапах хирургического лечения и реабилитации в возрасте от 1 до 7 лет, из которых мальчиков было - 20, девочек - 22. Всем пациентам проведено клиническое обследование, а также микробиологическое исследование полости носа и ротоглотки с последующим посевом на питательные среды. Оценивалось антибиотикорезистентность – определение чувствительности выделенных штаммов к основным группам антибактериальных препаратов методом диск-диффузии и МИК (минимальная ингибирующая концентрация) полости носа и ротоглотки. Контрольную группу составили 36 здоровых добровольцев без врождённых аномалий челюстно-лицевой области и воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей.

Результаты исследования. Анализ микробиоты полости носа и ротоглотки у пациентов с РВГН выявил значительные изменения в составе микробного сообщества по сравнению с контрольной группой. У пациентов с РВГН наблюдалась повышенная частота выявления *Staphylococcus aureus* (в 65% случаев), *Streptococcus pyogenes* (47%) и *Haemophilus influenzae* (40%), тогда как в контрольной группе их наличие было значительно ниже. Обнаружено увеличение доли грамотрицательных бактерий (*Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*) у пациентов с РВГН, что может быть связано с хроническим воспалительным процессом и снижением местного иммунитета. В контрольной группе преобладали комменсальные микроорганизмы, характерные для нормальной микробиоты верхних дыхательных путей (*Streptococcus mitis*, *Neisseria* spp., *Corynebacterium* spp.). У пациентов с РВГН было выявлено увеличение микробной обсеменённости ($>10^5$ КОЕ/мл в 70% случаев), что свидетельствует о дисбиозе и повышенном бактериальном росте. В 30% случаев отмечалось присутствие полирезистентных штаммов, устойчивых к β -лактамам антибиотикам и макролидам. Наибольшая резистентность отмечена к амоксициллину/клавуланату (40%), азитромицину (35%) и ципрофлоксацину (28%). Высокая эффективность сохранялась у карбапенемов и препаратов линезолида.

Выводы. Определение особенностей микробного пейзажа полости носа и глотки у пациентов с расщелиной верхней губы и нёба имеет важное клиническое значение. Данные пациенты подвержены хроническим воспалительным процессам из-за анатомических нарушений, способствующих колонизации патогенной микрофлоры. Полученные результаты подчеркивают необходимость регулярного микробиологического контроля и индивидуального подбора антибактериальной терапии для снижения риска инфекций и улучшения хирургических исходов. Дальнейшие исследования микробного пейзажа у данной группы пациентов могут способствовать созданию персонализированных подходов к терапии и профилактике воспалительных заболеваний глотки, что значительно повысит качество жизни и эффективность реабилитации этих больных.

Саидова Ф.Ф., Давронзода М.Д., Умарализода С.А.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЛОСТИ НОСА И НОСОГЛОТКИ У ПАЦИЕНТОВ С РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА

Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н., доцент Махмудназаров М.И.

Цель исследования. Оценить эффективность эндоскопического метода диагностики патологий полости носа и носоглотки у пациентов с расщелиной верхней губы и нёба.

Материал и методы. В детском ЛОР отделении Национального медицинского центра РТ нами обследовано 71 пациентов в возрасте от 1 до 7 лет с диагнозом "расщелина верхней губы и нёба", из них мальчиков было - 39, девочек - 32. Всем пациентам проведено эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки с использованием гибкого эндоскопа диаметром 2,7 мм с возможностью фотозаписи. Оценивались носовые ходы, перегородка носа, устья околоносовых пазух и область хоан. Критериями включения в исследование были наличие расщелины верхней губы и нёба, наличие жалоб на нарушения дыхания, частые воспалительные заболевания ЛОР-органов. Для сравнения результатов традиционной диагностики и эндоскопической диагностики заболеваний ЛОР-органов у больных с расщелиной верхней губы и нёба, больных распределили на две группы: первая 35 пациентов и вторая 36 пациентов. Результаты эндоскопии сопоставлены с данными рентгенографии и компьютерной томографии, а также клинической симптоматикой.

Результаты исследования. Жалобы пациентов при поступлении были на затруднённое дыхание, нарушение сосания и глотания, гнусавость, нарушение сна, ночной храп и частые воспалительные заболевания ЛОР-органов. Эндоскопическое исследование выявило у 23 (32,4%) пациентов деформацию носовой перегородки и гипертрофию нижних носовых раковин у 8 (11,2%) пациентов. У 6 (8,4%) пациентов отмечена частичная или полная обструкция хоан. У 21 (29,5%) пациентов диагностированы воспалительные заболевания в виде хронических ринитов и риносинуситов. У 13 (18,3%) пациентов выявлены аденоидные вегетации II–III степени. Эндоскопия показала высокую диагностическую точность в выявлении скрытых патологий, недоступных при стандартных методах (например, микроперфораций, субатрофий). У 51 (72%) пациентов результаты эндоскопии повлияли на выбор хирургической тактики,

включая коррекцию носовой перегородки, удаление аденоидов и улучшение дренажа пазух.

Субъективная оценка: После эндоскопически ориентированного лечения у 63 (89%) пациентов наблюдалось улучшение носового дыхания и снижение частоты респираторных инфекций.

Выводы. Эндоскопическое исследование является информативным и безопасным методом диагностики анатомических и воспалительных изменений в полости носа и носоглотке у пациентов с расщелиной верхней губы и нёба. Данный метод позволяет выявлять патологии, которые остаются незамеченными при стандартных методах визуализации, таких как рентгенография. Эндоскопия способствует повышению качества предоперационного планирования и выбора индивидуализированных методов лечения, что улучшает долгосрочные результаты реабилитации. Рутинное использование эндоскопического метода диагностики рекомендуется для включения в протокол обследования данной группы пациентов.

Саймухидинов М.М., Тагоев С.Х., Усмонов И.М.

РОЛЬ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ В ПРЕДОТВРАЩЕНИИ ПОЗДНЕГО ОТТОРЖЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАТА ПОЧКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХБП 5 СТАДИИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н. Исмоилзода С. С.

Цель исследования. Оценить эффективность различных схем иммуносупрессивной терапии в предотвращении позднего отторжения трансплантата почки у пациентов с ХБП 5 стадии.

Материал и методы. Исследование включало 90 пациентов, перенесших трансплантацию почки в 2012–2022 гг. Средний возраст – $43,5 \pm 6,7$ года. Пациенты были разделены на три группы в зависимости от схемы иммуносупрессивной терапии:

- **Группа 1** (30 человек): стандартная схема (циклофосфамид, кортикостероиды).
- **Группа 2** (30 человек): терапия с использованием ингибиторов кальциневрина.
- **Группа 3** (30 человек): комбинированная схема с ингибиторами кальциневрина и мониторингом уровня DSA.

Оценивались частота позднего отторжения, выживаемость трансплантатов через 5 лет, частота инфекционных осложнений и показатели функции почек (СКФ, креатинин). Использовались статистические методы (χ^2 , ANOVA) при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Частота позднего отторжения в группе 3 составила 6%, что значительно ниже, чем в группе 1 (20%) и группе 2 (12%, $p < 0,01$).

- 5-летняя выживаемость трансплантатов была выше в группе 3 (92%) по сравнению с группой 2 (85%) и группой 1 (75%, $p < 0,05$).
- Инфекционные осложнения встречались у 10% пациентов в группе 3, что сопоставимо с группой 2 (12%) и группой 1 (15%, $p > 0,05$).
- Функция трансплантатов через 5 лет была наилучшей в группе 3 (СКФ – $68,5 \pm 4,3$ мл/мин, $p < 0,01$).

Выводы. Комбинированная иммуносупрессивная терапия с мониторингом DSA значительно снижает частоту позднего отторжения и улучшает долгосрочную функцию трансплантатов почки. Этот подход рекомендован для широкого применения в клинической практике для пациентов с ХБП 5 стадии.

Саймухидинов М.М., Тагоев С.Х., Усмонов И.М.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ ОТ ЖИВЫХ И УМЕРШИХ ДОНОРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХБП 5 СТАДИИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н. Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Сравнить результаты трансплантации почки от живых и умерших доноров у пациентов с ХБП 5 стадии.

Материал и методы. В исследование включены данные 100 пациентов, перенесших трансплантацию почки в 2015–2023 гг. Средний возраст – $46,1 \pm 7,2$ года. Пациенты были разделены на две группы:

- **Группа 1** (50 человек): трансплантация от живых доноров.
- **Группа 2** (50 человек): трансплантация от умерших доноров.

Оценивались 1- и 3-летняя выживаемость трансплантатов, частота отторжения (гуморального и клеточного), уровень осложнений (инфекционных и хирургических). Для анализа использовались χ^2 и однофакторный анализ (ANOVA) при $p < 0,05$.

Результаты исследования. 1-летняя выживаемость трансплантатов составила 96% в группе 1 и 85% в группе 2 ($p < 0,01$).

- 3-летняя выживаемость трансплантатов в группе 1 была выше (90%) по сравнению с группой 2 (75%, $p < 0,05$).
- Частота гуморального отторжения составила 6% в группе 1 против 15% в группе 2 ($p < 0,05$).
- Инфекционные осложнения были выше в группе 2 (18%) по сравнению с группой 1 (10%, $p < 0,05$).
- Средняя функция трансплантата (СКФ) через 1 год была лучше в группе 1 ($72,3 \pm 5,1$ мл/мин против $62,7 \pm 6,4$ мл/мин в группе 2, $p < 0,01$).

Выводы. Трансплантация почки от живых доноров демонстрирует лучшие результаты по выживаемости

трансплантатов и снижению частоты отторжения по сравнению с трансплантацией от умерших доноров. Рекомендуется приоритетное использование органов от живых доноров в трансплантационных программах при наличии соответствующих условий.

Саймухидинов М.М., Тагоев С.Х., Усмонов И.М.

ОЦЕНКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ СТЕПЕНЯМИ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К HLA-АНТИГЕНАМ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н. Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценить влияние уровня сенсibilизации на частоту и характер осложнений у пациентов с ХБП 5 стадии после трансплантации почки.

Материал и методы. Исследование включило 120 пациентов, перенесших трансплантацию почки в 2015–2023 гг. Пациенты были разделены на три группы в зависимости от уровня сенсibilизации (PRA):

- **Группа 1** (40 человек): PRA < 10%.
- **Группа 2** (40 человек): PRA 10–30%.
- **Группа 3** (40 человек): PRA > 30%.

Оценивались частота отторжения трансплантата (гуморального и клеточного), инфекционных осложнений, показатели функции трансплантата через 1 год (СКФ) и длительность госпитализации. Для анализа данных использовались методы χ^2 и ANOVA при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Частота гуморального отторжения была выше в группе 3 (20%) по сравнению с группой 2 (12%) и группой 1 (5%, $p < 0,01$).

- Инфекционные осложнения наблюдались у 18% пациентов в группе 3, у 10% в группе 2 и у 8% в группе 1 ($p < 0,05$).
- Показатели СКФ через 1 год были лучше в группе 1 ($68,7 \pm 4,5$ мл/мин) по сравнению с группой 2 ($63,2 \pm 5,1$ мл/мин) и группой 3 ($58,4 \pm 6,3$ мл/мин, $p < 0,01$).
- Средняя длительность госпитализации увеличивалась с повышением уровня сенсibilизации (группа 1 – $8,5 \pm 1,6$ дней, группа 2 – $10,3 \pm 2,1$ дней, группа 3 – $12,4 \pm 2,3$ дней, $p < 0,01$).

Выводы. Высокий уровень сенсibilизации к HLA-антигенам ассоциирован с увеличением частоты осложнений и снижением функции трансплантатов почки. Применение современных протоколов иммуносупрессивной терапии и технологий мониторинга сенсibilизации позволяет улучшить клинические результаты у таких пациентов. Рекомендуется внедрение персонализированных подходов в трансплантационные программы.

Сайфуллинзода Р.С.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ НА ФУНКЦИЮ ГОЛОСОВОГО АППАРАТА

Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Исмоилова М.А.

Цель исследования. Оценить влияние хронических заболеваний верхних дыхательных путей, таких как хронический риносинусит, ларингит и бронхит, на функцию голосового аппарата, а также изучить методы их лечения и профилактики.

Материал и методы. В исследование включено 35 пациентов в возрасте от 20 до 65 лет, страдающих хроническими заболеваниями верхних дыхательных путей (хронический риносинусит, хронический ларингит, хронический бронхит). Пациенты были обследованы с помощью эндоскопии, а также оценивали функциональных показателей голоса с использованием слуховой оценки голоса и время максимальной фонации. Лечение включало комплексную терапию, включающую медикаментозное лечение, физиотерапию, а также рекомендации по голосовой гигиене.

Результаты исследования. Из всех обследованных пациентов, 75% страдали от дисфонии или других нарушений голоса, таких как осиплость, снижение громкости и тембра. Пациенты с хроническим ларингитом и риносинуситом демонстрировали более выраженные нарушения в области голосовых складок (гиперемия, отек). Хронический бронхит приводил к постоянному раздражению гортани и ухудшению ее функции из-за кашля и избытка мокроты. Лечение, включающее антибактериальные, противовоспалительные средства, ингаляции и голосовую терапию, значительно улучшало голосовую функцию у 70% пациентов, особенно при соблюдении рекомендаций по голосовой гигиене.

Выводы. Хронические заболевания верхних дыхательных путей оказывают негативное влияние на функцию голосового аппарата, способствуя развитию дисфонии и других расстройств голоса. Эффективное лечение требует комплексного подхода, включающего медикаментозную терапию, физиотерапию и соблюдение голосовой гигиены. Своевременное вмешательство и профилактика обострений этих заболеваний могут значительно улучшить качество голоса и снизить риск длительных расстройств голосовой функции.

Сайфуллоев Л.Н.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан.

Научный руководитель - старший преподаватель Аскарлов А.Т.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения хронического травматического остеомиелита (ХТО) костей голени.

Материалы и методы. Анализированы результаты оперативного лечения 303 пациентов с ХТО костей голени. В зависимости от метода лечения больные распределены на две группы. В контрольной группе (156 набл. - 51,5%) всем пациентам проводились традиционные схемы комплексного лечения, в основной группе (147 набл. - 48,5%) применили оптимизированную комплексную схему лечения.

Результаты исследования. Ключевыми звеньями предложенной тактики в основной группе являлись: лимфотропная иммуноантибиотикотерапия, радикальная санация гнойного очага с миопластикой, ауто- и аллопластикой или реконструкцией с помощью компрессионно-дистракционного остеосинтеза, местное применение бензойной мази на гидрофильной основе, дифференцированный подход при коррекции сопутствующих вторичных нарушений и соматической патологии и дифференцированное проведение антибиотикотерапии с идентификацией аэробной и анаэробной облигатной микрофлоры.

При анализе ближайших результатов лечения в основной группе первичное заживление раны отмечено у 81 (55,1%) пациента, вторичное заживление - у 36 (24,5%), гнойных ран - у 11 (7,5%) и свищей - у 19 (12,9%) больных. В контрольной группе это соотношение соответственно составило 41,7% - 28,2% - 11,5% - 18,6%. При анализе отдаленных результатов установлено, что в целом рецидивы в основной группе в 1,9 раза меньше, чем в контрольной (соответственно 14,3% и 27,6%). В основной группе применение предложенных подходов позволило снизить удельный вес рецидивов в 2,9 раза (соответственно в 7,5% и 21,8%).

Вывод. Результаты исследования свидетельствуют о том, что при травматическом остеомиелите костей голени применение предложенных подходов создаёт благоприятные условия для раннего купирования гнойно-воспалительного процесса и восстановления анатомо-функциональных нарушений пораженного сегмента.

Салимбеков Дж.К., Фатхуллоев Н.Дж., Гоибов В.А.

ТРОАКАРНЫЕ ГРЫЖИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Кафедра хирургических болезней №1 имени академика К.М. Курбонова

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н. Каримов П.Ш.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с троакарными грыжами после лапароскопических холецистэктомии.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 25 пациентов с троакарными грыжами госпитализированных в ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» на базе кафедры хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова. Все больные были женщины в возрасте от 36 до 65 лет. У всех была выполнена лапароскопическая холецистэктомия за период от 2012 до 2022 гг. В 4 (16%) из них в послеоперационном периоде отмечались гнойно-воспалительные осложнения в ране возле пупка. Диастаз прямых мышц живота I-II степени диагностирован у 19 (76%) больной. В 23 (92%) пациенток грыжа возникла в области пупка, у 2 (8%) в боковом участке брюшной стенки, месте выведения подпеченочного дренажа. Согласно классификации JP. Chevrel, A.M. Rath (SWR-classification, 1999 г.), все грыжи распределены следующим образом - MW1 у 19 (76%) больных, MW2 - у 4 (16%), LW1 - в 2 (8%).

Результаты исследования. Во время операции в месте установки параумбиликального порта у 2 (8%) пациенток отмечено наличие двух дефектов белой линии живота. Отсутствие у 17 (68%) больных лигатур апоневроза в области грыжевого дефекта свидетельствовало, что дефект белой линии в месте постановки порта во время первой операции не зашивался. В 3 (12%) случаях пациентам с небольшим грыжевым дефектом (до 2 см) и сохраненной функцией прямых мышц живота выполнена автопластика с образованием дубликатуры апоневроза по Сапежко. При наличии диастаза прямых мышц и грыжевого дефекта более 3 см, а также у пациенток с боковыми грыжами (19 больных) мы предпочли аллопластику с использованием полипропиленовых сетчатых имплантатов. В 19 (76%) больных выполнена герниопластика по способу sublay, у 3 (12%) сетка расположена преперитонеально. Осложнений в послеоперационном периоде не было, рецидива грыж в течение 2 лет не отмечено.

Выводы. С целью предотвращения образования троакарных грыж после лапароскопических операций дефект апоневротических структур в месте постановки портов диаметром 10 мм и более необходимо тщательно зашить. Желчный пузырь из брюшной полости целесообразно удалять в контейнере через рану под мечевидным отростком. При наличии больших конкрементов рана расширять вверх с последующей послойной зашивкой тканей.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1. Кафедра онкологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

2. Отделение общей онкологии ГУ «Республиканский онкологический научный центр». Таджикистан

Научный руководитель - д.м.н. профессор Сангинов Д.Р.

Цель исследования. Изучение распространённости рака щитовидной железы (РЩЖ) в Республике Таджикистан, анализ клинических и морфологических особенностей, а также оценка цитокинового статуса у пациентов с данным заболеванием.

Материал и методы. В исследование были включены данные о пациентах, лечившихся в Республиканском онкологическом центре Таджикистана за период с 2014 по 2023 год. Применялись методы дескриптивной статистики для анализа заболеваемости, клинических характеристик и результатов лечения. Оценка цитокинового статуса проводилась у 52 пациентов, включавших определение уровней IL-4, IL-6 и ФНО-α в сыворотке крови до и после их комбинированного и комплексного лечения.

Результаты исследования. В Таджикистане за последние 10 лет не наблюдается значительного роста заболеваемости РЩЖ, однако выявляется преобладание поздних стадий (Т3-Т4). Преобладание заболевших среди женщин составило 75,5%, а значительная часть пациентов (60,9%) обращалась на поздних стадиях (Т3-Т4). Наиболее часто встречались папиллярная и фолликулярная карцинома. Хирургическое лечение в объеме тиреоидэктомии и субтотальной резекции оставалось основным методом терапии, в то время как гормонотерапия и полихимиотерапия использовались как адъювантные и паллиативные методы. Цитокиновый мониторинг выявил повышенные уровни IL-4, IL-6 и ФНО-α, который может свидетельствовать о нарушении иммунной регуляции у данного контингента пациентов, особенно в более старших возрастных группах.

Выводы. Результаты работы подчеркивают необходимость ранней диагностики РЩЖ, эффективного хирургического вмешательства, а также применения комплексного подхода в лечении, включая иммунологическое мониторинг.

Салимов Ф.М., Джаборова Н.О., Солиев О.Ф.

СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЁННЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Кафедра хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ и СЗН РТ

Научный руководитель - д.м.н., профессор Султанов Д.Д.

Цель исследования. Анализировать результаты многокомпонентного лечения пациентов с врождёнными мальформациями сосудов головы и шеи.

Материал и методы. Анализу подвергнуты результаты лечения 148 пациентов с сосудистыми мальформациями головы и шеи. Из них 104 пациента были госпитализированы и прооперированы, а 44 больным лечение проведено в амбулаторном режиме. Венозно-кавернозные гемангиомы имели места у 48 пациентов, мальформации перикраниального синуса - у 8, поверхностные капиллярные гемангиомы кожи - у 44, артерио-венозные мальформации - у 9, лимфангиомы - у 35 больных.

Диагностика базировалась на данные объективной визуализации, инструментальных методов исследования - ультразвуковое дуплексное сканирование, рентгеноконтрастная ангиография или флебография, спиральная компьютерно-томографическая ангиография.

Результаты исследования. После установления диагноза определялась тактика лечения для каждой из форм мальформаций. Так, при венозно-кавернозных гемангиомах применялась двухэтапная тактика лечения - первым этапом производилась склеротерапия (жидкостная, либо пенная) венозных образований, вторым - хирургическое удаление тромбированных венозных узлов. Изолированная склерооблитерация была проведена 12 больным с небольшими размерами вен которые в последующем рассосались.

При перикраниальном синусе иссечение гемангиомы было произведено после склерооблитерации у 5 и без склерооблитерации в трех случаях.

При артерио-венозной форме мальформаций применялась эндоваскулярная эмболизация, либо перевязка питающей аномальной артерии в сочетании со склерооблитерацией сосудистых образований.

Тактика лечения поверхностных капиллярных гемангиом несколько отличалась от других форм. Так, вначале оценивался характер роста гемангиом. При наличии признаков ранней инволюции назначалось консервативное лечение, включавшего приема пропранолола в дозе 5 мг в сутки и смазывании гемангиомы жидкостной, либо мазевой формы тимололом. При быстрорастущей тенденции гемангиомы проводилась склеротерапия 0,5-1,0% растворами этроксиклерола, либо фибровейна. Процедура проводилась каждые 14-21 дней. В зависимости от площади гемангиомы лечение продолжалось в среднем 3 месяца (от 2 до 6 месяцев).

Результаты лечения в ближайших сроках наблюдения при всех формах гемангиом оценивались как хорошие. Отдалённые результаты в настоящее время находится в стадии изучения.

Выводы. Современные методы лучевой диагностики позволяют с высокой точностью определить особенности строения различных вариантов сосудистых мальформаций и тем самым определить тактику лечения. Многокомпонентная тактика лечения носящее инновационный и комплексный подход позволяет достичь хороших непосредственных результатов не только в плане излечения мальформаций, но и эстетических нарушений.

Салимова З.Дж¹, Абдуллоев М.З., Гулов Ф.М².

ОСТРАЯ СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ

¹Кафедра акушерства и гинекологии №1,

²Кафедра общей хирургии № 1 им. профессора А.Н. Каххорова ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино". Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Салимов Дж. С.

Цель исследования. Изучить роль эндотелиальной дисфункции в патогенезе острой спаечной кишечной непроходимости, а также оценить эффективность современных методов диагностики и лечения.

Материалы и методы исследования. Проведён анализ 120 пациентов с ОСКН, госпитализированных в хирургическое отделение. Пациенты были разделены на две группы: основная группа (n=60) - пациенты с выраженными признаками эндотелиальной дисфункции, контрольная группа (n=60) - пациенты без значимых нарушений эндотелиальной функции.

Оценивались: клинические проявления и тяжесть ОСКН. Уровень маркеров эндотелиальной дисфункции: эндотелина-1, фактора фон Виллебранда, нитритов и нитратов. Показатели системного воспалительного ответа (С-реактивный белок, интерлейкин-6). Эффективность различных методов лечения (консервативная терапия, лапароскопическая и открытая хирургия).

Результаты исследования. У пациентов основной группы отмечались более выраженные клинические проявления ОСКН, включая интенсивный болевой синдром (85% против 60% в контрольной группе) и признаки системного воспалительного ответа. Уровень эндотелина-1 в основной группе составил 12.4 ± 3.1 пг/мл, что значительно превышало показатели контрольной группы (6.8 ± 2.2 пг/мл, $p < 0.001$). Концентрация С-реактивного белка в основной группе достигала 25.6 ± 5.4 мг/л, что также было выше, чем в контрольной группе (14.3 ± 3.7 мг/л, $p < 0.001$).

Применение лапароскопической хирургии в сочетании с инфузионной терапией, направленной на коррекцию эндотелиальной дисфункции, позволило снизить частоту послеоперационных осложнений на 30% и сократить среднюю длительность госпитализации на 3 дня по сравнению с традиционными методами лечения.

Выводы.

1. Эндотелиальная дисфункция играет ключевую роль в патогенезе острой спаечной кишечной непроходимости, способствуя развитию ишемии и воспалительных изменений.
2. Повышенные уровни эндотелина-1 и С-реактивного белка могут служить важными маркерами для оценки тяжести состояния и прогноза у пациентов с ОСКН.
3. Лапароскопическая хирургия в сочетании с терапией, направленной на восстановление эндотелиальной функции, является эффективным методом лечения, позволяющим снизить частоту осложнений и улучшить исходы.
4. Разработка индивидуальных протоколов лечения с учётом эндотелиальной дисфункции может способствовать повышению эффективности терапии и снижению летальности при ОСКН.

Салимова З. Дж¹, Саидова П.К², Сафарова М.М².

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

¹Кафедра акушерства и гинекологии №1,

²Кафедра общей хирургии № 1 им. профессора А.Н. Каххорова ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино". Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Салимов Дж. С.

Цель исследования. Оценить диагностическую ценность ультразвукового исследования при острой спаечной кишечной непроходимости и его роль в выявлении признаков эндотелиальной дисфункции.

Материал и методы. Проведён анализ 100 пациентов с ОСКН, госпитализированных в хирургическое отделение. Пациенты были разделены на две группы: основная группа (n=50) - пациенты с выраженными признаками эндотелиальной дисфункции, контрольная группа (n=50) - пациенты с минимальными нарушениями эндотелиальной функции. Оценивались:

- ультразвуковые признаки кишечной непроходимости: расширение петель кишечника, отсутствие перистальтики, наличие свободной жидкости;
- состояние кровообращения в стенке кишечника (доплерография);
- уровень маркеров эндотелиальной дисфункции: эндотелина-1, оксида азота (NO);
- сравнение данных УЗИ с результатами оперативного вмешательства.

Результаты исследования. Ультразвуковое исследование позволило выявить расширение петель кишечника (>3 см) у 92% пациентов основной группы и у 78% пациентов контрольной группы. У 85% пациентов основной группы отмечалось отсутствие перистальтики, что коррелировало с выраженной ишемией кишечной стенки. Доплерографическое исследование выявило снижение кровотока в стенке кишечника у 88% пациентов основной группы, что подтверждало наличие эндотелиальной дисфункции.

Уровень эндотелина-1 в основной группе составил 14.8 ± 3.2 пг/мл, что значительно превышало показатели контрольной группы (7.5 ± 2.1 пг/мл, $p < 0.001$). УЗИ показало высокую корреляцию с данными оперативного вмешательства (чувствительность - 91%, специфичность - 85%).

Выводы.

1. Ультразвуковое исследование является высокоинформативным методом диагностики острой спаечной кишечной непроходимости, позволяющим выявить ключевые признаки заболевания.
2. Доплерографическое исследование кровотока в стенке кишечника позволяет оценить степень ишемии и выявить признаки эндотелиальной дисфункции.

3. Повышенные уровни эндотелина-1 и данные УЗИ могут служить надёжными критериями для оценки тяжести состояния и выбора тактики лечения.

4. Внедрение УЗИ в комплексную диагностику ОСКН способствует своевременному выявлению осложнений, снижению частоты диагностических ошибок и улучшению исходов лечения.

Салимова З.Дж., Икромов П.Ф.

ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА БЕРЕМЕННЫХ И РОЖЕНИЦ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКОЙ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н. профессор, академик НАНТ Додхоева М.Ф.

Цель исследования. Изучение возрастной структуры беременных и рожениц с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты.

Материал и методы. Исследование проведено на основании ретроспективного и проспективного изучения историй родов 183 беременных и рожениц, поступивших в городской родильный дом № 1 г. Душанбе по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты за период 2019-2024 гг.

Результаты исследования. За указанный период частота этого грозного осложнения беременности колебалась с 0,46% или 1:213 к родам в 2019 году до 0,69 или 1:144 родам в первой половине 2024 г, т.е. с явной тенденцией к учащению. Из указанного числа 19 пациенток были с полной формой ПОНРП, и 164 – с частичной. Возраст исследованных колебался от 19 до 43-х лет. В рассматриваемые нами годы, среди пациенток юного репродуктивного возраста не наблюдались ни одного случая преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Пациенток в возрасте 19-24 года оказались 45 или 24,6%, средний возраст составил $22,0 \pm 1,2$ лет. При распределении частоты и тяжести ПОНРП по возрастным группам выяснилось, что по мере увеличения возраста увеличивалась частота этой патологии, достигая максимума к 25-29 годам (25,7%), средний возраст составил $26,9 \pm 1,2$ лет, после чего начиналось снижение частоты отслойки по возрастам. и в возрасте 40 и более лет наблюдалась всего у 7 пациенток, что составила 3,8%, а в среднем $41,7 \pm 1,3$ лет. При полной ПОНРП средний возраст во всех возрастных группах оказался несколько выше, чем при частичной форме отслойки плаценты. Например, в возрастной группе 25-29 лет эти показатели были равны $28,2 \pm 0,7$ и $26,8 \pm 1,2$ лет соответственно. Максимальное число – 135 или 73,7% пациенток оказались в активном репродуктивном возрасте (19-34 года) и $\frac{1}{4}$ часть (26,2%) – в позднем репродуктивном возрасте (35 лет и более) ($p < 0,001$). Такое различие наблюдалось и при сравнении формы отслойки плаценты. Учитывая региональную особенность таджиков как раннее начало репродуктивной функции, 42,6% всех поступивших с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты приходилось на долю повторнородящих женщин именно 25-29 лет.

Выводы. Таким образом, анализ возрастной структуры беременных и рожениц, поступивших с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты показал, что это грозное осложнение наиболее часто наблюдалось у молодых женщин активного репродуктивного возраста, особенно до 29 лет. Тяжёлая форма осложнения также наблюдалась наиболее часто в этой возрастной группе. Следовательно, активный репродуктивный возраст, особенно в возрасте 25-29 лет, следует относить в перечень группы риска по развитию преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

Саломов М.С.¹, Рахимов Н.М.², Юлдошев Р.З.

АНДРОГЕНДЕПРИВАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД СПАСЕНИЯ ПРИ БИОХИМИЧЕСКОМ РЕЦИДИВЕ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ ТЕРАПИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹ Сурхандаринский филиал республиканского специализированного научно практического медицинского центра онкологии и радиологии, г. Навоий, Узбекистан

² Самаркандский областной межрегиональный хоспис

Научный руководитель – д.м.н., профессор Тилляшайхов М.Н

Цель исследования. Изучение влияния андрогендепривационной терапии на смертность у пациентов местнораспространенного рака предстательной железы по аналитическим методом исследование.

Материал и методы. Мы собрали истории болезни ретроспективную группу из всех 125 мужчин с впервые диагностированным локализованным раком простаты в период с 2000 по 2020 год, у которых наблюдалось повышение простатического специфического антигена (биохимический рецидив) после первичной радикальной простатэктомии или гормонотерапии. Мы использовали модели пропорциональных рисков Кокса для оценки смертности при использовании спасительной андрогенной депривационной терапии в качестве временного предиктора.

Результаты исследования. Общая спасительная андрогенная депривация не была связана со смертностью от всех причин или специфической смертностью от рака простаты в когорте простатэктомии (ОР 0,94, 93% ДИ 0,68–1,31 или ОР 1,15, 95% ДИ 0,66–1,98) или в когорте гормонотерапии (ОР 0,84, 95% ДИ 0,70–1,01 или ОР 1,06, 95% ДИ 0,80–1,40 соответственно). Среди мужчин со временем удвоения ПСА менее 9 месяцев после повышения ПСА спасительная андрогенная депривация была статистически значимо связана со снижением риска смертности от всех причин и смертности от рака предстательной железы в когорте простатэктомии ОР 0,35, 94% ДИ 0,20–0,61 и ОР 0,43, 94% ДИ 0,21–0,89 и в когорте гормонотерапии (ОР 0,62, 95% ДИ 0,48–0,80 и ОР 0,65, 95% ДИ 0,47–0,90 соответственно).

Выводы. Мы не обнаружили связи спасительной андрогенной депривации со смертностью от всех причин или конкретной причины у большинства мужчин с биохимическим рецидивом после первичной радикальной про-

статэктомии или гормонотерапии по поводу клинически локализованного рака предстательной железы. Мужчины с быстро прогрессирующим заболеванием могут получить клиническую пользу от спасительной андрогенной депривационной терапии.

Салохитдинов Н.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ТРАВМАХ

Кафедра Факультетской и госпитальной хирургии Ферганского медицинского института общественного здоровья.
Узбекистан

Научный руководитель - д.м.н., доц. Г.Н.Райимов

Цель исследования. Оптимизировать алгоритм диагностики повреждений органов брюшной полости у пострадавших с осложненной травмой и продемонстрировать доминирующую роль лапароскопии в сочетании с новыми информационными технологиями.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 545 пациентов, госпитализированных в отделение 1-Экстренной абдоминальной хирургии Ферганского филиала РНЦЭМП Республики Узбекистан в период с 2014 по 2024 гг., из них были 431 мужчина (79%) и 114 женщин (21%); больше половины пациентов (89%) были в трудоспособном возрасте (20-60 лет). Из общего числа всех пострадавших летальных исходов было в 89 случаях, что составила 16,3%. По возрасту умершие распределились следующим образом: 9 (10,1 %) больных в возрасте до 20 лет, в возрасте 20-40 лет - 42 (47,2 %), в возрасте 40-60 лет - 27 (30,3 %) и 11 (12,4 %) больных в возрасте 60 лет и старше. Таким образом, 87,6 % пострадавших умерли в трудоспособном возрасте. В течение первого часа умерло 9% пациентов от жизнеугрожающей травмы. Для диагностики повреждений органов брюшной полости использовались следующие методы исследования: 372 (68,2%) рентгенография брюшной полости, 545 (100%) УЗИ, 14 (2,6%) абдоминоцентез, 16 (2,9%) микролапаротомия, 128 (23,5%) лапароскопия, 18 (3,3%) МРТ.

Результаты исследования. Из 207 пациентов с подозрением на травму органов брюшной полости лапароскопия была выполнена у 128 пациентов. Все оперативные вмешательства были разделены на срочные, экстренные и отсроченные. Срочные операции были выполнены у 41 пациента (32 %). Хирургическое вмешательство являлось основным способом реанимации и не имело противопоказаний. Лапароскопия выявила повреждение органов брюшной полости, потребовавшее лапаротомии у 26 пациентов. При лапароскопии выявлено повреждение органов брюшной полости, 22 пациентам потребовалась лапаротомия, 10 (7,5%) перенесли лапароскопическую операцию; у 48 пациентов повреждение органов брюшной полости отсутствовало, у 18 (13,4%) имелись забрюшинные и тазовые гематомы, и открытой операции удалось избежать. Отсроченная операция (третичная) была выполнена у 17 пациентов (13%). Операции выполнялись в первые трое суток после травмы после центральной гемодинамической и внешне-дыхательной субкомпенсации. Лапароскопия подтвердила повреждение органов брюшной полости у 62 (46,2%) пациентов, из них 52 (39%) потребовалась лапаротомия и 10 (7,5%) - лапароскопическая операция. У 72 (53,5%) пациентов были исключены внутрибрюшные повреждения органов, забрюшинные и тазовые гематомы имелись у 18 (13,4%) пациентов и позволили избежать лапаротомии; в двух случаях для подтверждения окончательного диагноза потребовалось динамическое лапароскопическое наблюдение с интервалом до двух часов. Использование лапароскопии позволило определить рациональную тактику лечения у 122 (95,5%) пациентов с абдоминальной травмой и в 10 случаях явилось окончательным методом лечения.

Выводы. Таким образом, диагностическая лапароскопия позволяет исключить повреждения органов брюшной полости на 53,5%, определить рациональную тактику лечения на 95,5%, увеличить частоту ранних операций на 15%, снизить количество диагностических лапаротомий с 12% до 0% и уменьшить смертность с 22% до 15%. В то же время два случая разрыва диафрагмы и два случая разрыва тонкой кишки были выявлены благодаря современным лапароскопическим средствам.

Самадова М.Х., Юлдошева М. У., Олимова Ф.З.

РОДОВОЙ ПРОЦЕСС У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ В АНАМНЕЗЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент Абдуллаева Р.А.

Цель работы. Изучить особенности течения родов у женщин, перенесших в анамнезе хирургические методы лечения заболеваний шейки матки.

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ 106 историй родов беременных женщин. Все данные были занесены в специально разработанную статистическую карту. Были созданы 2 группы исследования: I группа – 57 женщин с хирургическими методами лечения заболеваний шейки матки в анамнезе, II группа (сравнения) – 49 женщин со здоровой шейкой матки. Алгоритм обследования включал опрос беременных женщин, сбор анамнеза, измерение высоты стояния дна матки и окружности живота, определение предполагаемой массы плода, бимануальное исследование влагалища, осмотр шейки матки в зеркалах. Рутинно всем пациенткам были проведены: УЗИ плода в определенные сроки беременности, взятие мазка на флору и по показаниям проведена кольпоскопия.

Результаты исследования. Средний возраст рожениц составил $24,2 \pm 2,4$ лет, в группе сравнения этот показатель составлял $26,2 \pm 2,2$ лет. Алгоритм обследования включал опрос беременных женщин, сбор анамнеза, измерение высоты стояния дна матки и окружности живота, определение предполагаемой массы плода, бимануальное исследование влагалища, осмотр шейки матки в зеркалах. Рутинно всем пациенткам были проведены УЗИ плода в опреде-

ленные сроки беременности, взятие мазка на флору и по показаниям проведена кольпоскопия. В ходе анализа акушерского анамнеза у 17 (29,8%) женщин в основной группе отмечены самопроизвольные выкидыши, в группе сравнения этот показатель составлял 8 (17,0%) случаев. Из перенесённых гинекологических заболеваний в анамнезе было установлено, что 23 (21,6%) женщинам в основной группе из хирургических методов лечения заболеваний шейки матки была произведена ДЭК (диаэлектрокоагуляция) шейки матки, а 19 (33,3%) женщинам была произведена конизация шейки матки, 15 (26,3%) женщинам была произведена эксцизия шейки матки. При изучении течения беременности, в I-ом триместре настоящей беременности в основной группе отмечалась угроза прерывания беременности у 24 (42,1%) беременных женщин, у 8 (17,0%) женщин в группе сравнения. При анализе данных УЗИ длины шейки матки, статистически значимых различий в сравниваемых когортах не выявлено. Искомая величина составила – $32,2 \pm 5,6$ мм. На II и III триместрах беременности осложнились в исследуемых группах, патологией околоплодной жидкости. Так у женщин из основной группы встречалось мало- и многоводие в 13 (27,0%) случаев, в группе сравнения в 5 (10,6%) случаев. Беременность закончилась своевременными родами у 36 (63,1%) женщин в I группе, у 38 (80,8%) женщин в группе сравнения. Частым осложнением было дородовое излитие околоплодных вод, которое было отмечено в 15 (31,2%) случаев в основной группе, а в группе сравнения в 3 (6,3%) случаев. Аномалии родовой деятельности в 2 раза чаще регистрировались у женщин I группы по сравнению с группой контроля. В основной группе слабость родовой деятельности было отмечено в 27 (47,3%) случаев, в то время как в группе сравнения отмечалось у 3 (6,3%). Разрывы шейки матки I степени в 11 (19,2%) возникли у рожениц I группы, и в 2 (4,2%) случаев во II группе.

Выводы. Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что деструктивные манипуляции на шейке матки с целью лечебных мероприятий оказывают значимые последствия на течение и исход беременности и родовой деятельности.

Саодатова Г.А., Мухсинзода Н.А.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ЖЕНЩИН О СКРИНИНГЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Кафедра онкологии и лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Дж.Р. Сангинов

Цель исследования. Изучить информированность среди взрослого женского населения о скрининге рака шейки матки.

Материал и методы. Были изучены данные двух ранее проведенных исследований на предмет информированности женщин о скрининге РШМ: исследование СТЕПС (ВОЗ) в 2017 в сравнении с 2023 гг. и исследование Роспотребнадзор в 2022 г. среди 100 женщин с подтвержденным ВИЧ статусом и 100 здоровых женщин. Данные изучены путем сравнения первичных статистических данных в базе данных в рамках обоих исследований.

Результаты исследования. Рак шейки матки занимает (РШМ) второе место в структуре онкозаболеваемости. В 2024 г. РШМ составил около 8% среди первичных онкологических больных. Республика Таджикистан с 2020 г. присоединилась к инициативе ВОЗ о ликвидации заболевания к 2030 г. через меры первичной профилактики (вакцинация против ВПЧ) и вторичной – скрининг.

По данным СТЕПС информированность взрослых женщин в 2023 г. по сравнению с 2017 г. снизилась с 12% до 9,8%. Более высокая информированность в 2017 г. совпадает с началом внедрения первого пилотного проекта по визуальному скринингу. Указанное снижение информированности женщин на 2,2% за 6 лет произошло несмотря на то, что пилотный проект по визуальному скринингу был расширен на национальный уровень. Сравнение по регионам показало, что информированность женщин г. Душанбе составила 21,7%, Согдийской области 10,4%. Показатели обоих регионов оказались выше по сравнению с ГБАО (6,2%), Хатлонской области (4,3%) и самый низкий – в районах республиканского значения (3,7%).

Данные Роспотребнадзора показали, что информированность среди здоровых женщин в 2022 г. составила 18%, что свидетельствует о наращивании визуального скрининга на национальный уровень с вовлечением новых регионов и улучшением охвата в г. Душанбе и Согдийской области. Разница показателей информированности почти в 2 раза (9,8% по данным первого и 18% - второго) связана с тем, что в исследовании СТЕПС показатель был вычислен среди общего населения, тогда как во втором исследовании только среди женщин. Информированность о скрининге среди женщин, живущих с ВИЧ, оказалась 4%, что требует проведения дополнительных мер.

Выводы. Информированность женщин о возможностях скрининга РШМ является основным фактором для достижения охвата не менее 70% среди взрослых женщин. Дополнительное проведение разъяснительной кампании о скрининге РШМ будет способствовать активному вовлечению женщин в рамках проведения визуального скрининга РШМ в Республике Таджикистан.

Сармисокова. Х. Дж., Одинаева. М.

АКУШЕРСКИЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ПОЗДНИМИ САМОПРОИЗВОЛЬНЫМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ

Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

Научный руководитель – Шокири У.Г.

Цель исследования. Изучать акушерские исходы поздних самопроизвольных преждевременных родов у жительниц Хатлонской области в зависимости от срока гестации.

Материал и методы. Обследованы 146 женщин с поздними самопроизвольными преждевременными родами, которые были распределены в зависимости от срока гестации, при котором произошли роды: подгруппа А-срок гес-

тации 34 недели +6 дней (27 женщин), подгруппа Б- срок гестации 35 недель+ 6 дней (51 женщин), подгруппа В- срок гестации 36 недель + 6 дней (68 женщин). Критериями включения женщин в обследование явились: жительница Хатлонской области Таджикистана, репродуктивный возраст, беременность, начало спонтанных родовых схваток в сроки от 34 недель +6 дней до 36 недель +6 дней. Критериями исключения явились: другое место жительства, срочные роды, индуцированные преждевременные роды, наличие тяжелой экстрагенитальной патологии тяжелых осложнений беременности, являющихся показанием для досрочного родоразрешения.

Методы исследования включали общеклиническое обследование, акушерское обследование, подсчет срока гестации, оценку наличия осложнений беременности, статистические методы обработки полученных данных. Дизайн исследования – ретроспективный анализ.

Результаты исследования. Частота кесарева сечения у обследованных женщин составила 2,7%, течение родов осложнилось аномалией родовой деятельности в 3,4% случаев, травмами родовых путей – в 4,1%, акушерскими кровотечениями – в 6,2%, послеродовыми септическими осложнениями – в 5,5% случаях. При поздних самопроизвольных преждевременных родах частота осложнений в родах и послеродовом периоде не превышает показатели в общей популяции беременных. При распределении осложнений в родах и послеродовом периоде при поздних самопроизвольных преждевременных родах в зависимости от срока гестации статистически значимых различий между соответствующими показателями не установлено.

Выводы. Таким образом, нами не установлена какая-либо закономерность частоты осложнений в родах и послеродовом периоде в зависимости от срока гестации поздних самопроизвольных преждевременных родов. Полученные результаты определяют целесообразность одинаковых подходов ведения родов и послеродового периода женщин с самопроизвольными поздними преждевременными родами, независимо от сроков гестации.

Сатторов Х.И., Одинаев М.Ф.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИЗОЛИРОВАННЫХ И СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ НЕРВНЫХ СТЕЛОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

Научный руководитель - д.м.н. Мухсинзода Г.М.

Цель исследования. Обобщение результатов хирургического лечения проксимальных повреждений нервов верхних конечностей.

Материал и методы. Анализированы результаты хирургического лечения 189 пациентов с высокими повреждениями нервных стволов верхних конечностей. Из них 152 (80,4%) пациентов явились мужчинами, женский пол имели 37 оперированных. Средний возраст пациентов составил 30,7±4,7 лет.

Повреждения структур правой верхней конечности имелись у 128 пациентов, левой – в 61 наблюдениях. Наибольшее количество случаев повреждений относилось к травмам локтевого нерва – 69 (36,5%) случаев. Травмы лучевого нерва имелись у 53 (28%) пациента, срединного нерва – у 29 (15,3%) и их сочетание – у 38 (20,1%) оперированных.

В зависимости от методики операций все пациенты были распределены на 3 клинические группы: I-я группа - 48 пациентов перенесшие первичную реконструкцию нервных стволов путем наложения эпиневрального шва; II-я группа - 89 больные перенесшие аутонервную пластику; III-я группа - 52 пострадавшие перенесшие различные варианты переключающие операции.

Результаты исследования. Было выявлено, что проксимальные повреждения составляют 45,2% среди всех травм нервов верхней конечности, в 20,1% случаев они имеют сочетанный характер, а в 38,1% наблюдений сопровождаются с повреждением сосудов, мышц и костей. Только каждый четвертый пациент (25,4%) обращается в специализированное учреждение своевременно в первые сутки после травмы.

Во II группе средняя статистическая разница между потерей трудоспособности до и после реконструкции нерва с использованием аутонервной пластики составила более 30%. Данный результат можно считать очень хорошим, учитывая сложность восстановления функций конечностей в отдаленные сроки после получения травмы.

Альтернативные методы реконструкции у больных III клинической группы с плохим прогнозом получения функциональных результатов позволили достигать значительного прогресса (до 45%) в улучшении утраченных функций верхней конечности даже в тех случаях, когда повреждения нервов считались застарелыми.

Таким образом, хорошие результаты были отмечены у 30% пациентов, удовлетворительные у 45% и неудовлетворительные в 25% наблюдениях.

Выводы. Внедрение новых неинвазивных способов диагностики повреждений нервов позволяют улучшить диагностику повреждений нервов верхних конечностей. Высокие повреждения нервных стволов верхних конечностей в половине случаев заканчиваются потерей всех функций конечности, в связи с чем необходимо своевременная их диагностика и адекватное лечение.

Сафаров Н.Х.1, Сафаров Х.А.2, Шарифзода Ш.Х.

РАВИШҶОИ ИННОВАТСИОНӢ БА РУШӢИ ПЛАТФОРМАӢ ЯҶОНАӢ РАҚАМИӢ ТАНДУРУСТӢ

¹Кафедра урология ба номи профессор Осимӣ А.С. МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», Тоҷикистон.

²МД Маркази саломатии шахрии №11, Тоҷикистон.

Рохбари илмӣ – н.и.т., дотсент Саъдуллозода Ф.С.

Мақсади таҳқиқот. Ҳадафи ин тадқиқот таҳлили равишҳои муосир ба ташкили платформаи ягонаи рақамии тандурустӣ мебошад, ки ба ҳамгироии иттилооти меъерӣ, тавсияҳои клиникӣ ва талаботи техникӣ бо мақсади

оптимизация и доработки систематизации тибби, баланс бардоштани сифат ва дастрасии ерии тибби нигаронида шудааст.

Мавод ва усулҳо. Дар рафти кор маводҳо ва ҳуҷҷатҳои меъёри истифода шуданд, аз ҷумла “Платформаи рақамии тандурустӣ-Институтҳои илмӣ-тадқиқотии ташкили тандурустӣ ва менеҷменти тиббии Департаменти тандурустии Шаҳри Москва”, “Маълумоти меъерӣ-маълумотӣ: Принципиҳои сохтан ва дурнамои рушд”, “Ташаккули тибби рақамӣ”, “Пешниҳодҳо оид ба таҳияи тавсияҳои клиникӣ бо назардошти табдили рақамии тандурустии Федератсияи Россия”, инчунин “Вазифаи техникӣ барои платформаи ягонаи рақамӣ. Системаи иттилоотии тиббӣ 3.0”. Таҳлили мазкур ба таҳқиқи муқоисавии равишҳои гуногуни рақамикунони тандурустӣ асос ёфта, ба ҷорӣ кардани системаҳои доракунии иттилоотии тиббӣ (MIS), ба монанди таҳқиқоти Johnson et al. (2020), ки дар он аҳамияти ҳамгироии маълумот ба системаи ягона барои беҳтар кардани таҷрибаи клиникӣ ва қошӣ додани омилҳои инсонӣ таъкид шудааст. Илова бар ин, баррасии таҷрибаи татбиқи системаҳои рақамӣ дар соҳаи тандурустӣ, ки таҷрибаи кишварҳоро ба монанди Кореяи Ҷанубӣ ва Эстонияро дар бар мегирад, истифода шудааст, ки дар он рақамикунони тиб аллакай ба муваффақиятҳои назаррас ноил шудааст (Zhang et al., 2021).

Натиҷаҳои таҳқиқот. Тадқиқоти мо тасдиқ кард, ки ҳамгироии маълумотҳои меъерӣ, тавсияҳои клиникӣ ва параметрҳои техникӣ барои баланс бардоштани самаранокии платформаи ягонаи рақамӣ асос мебошад. Аз ҷумла, муносибати ҳамаҷониба ба ташкили иттилоотии рақамӣ ба муттаҳидсозии равандҳои мубодилаи маълумот мусоидат намуда, ба ин васила беҳтар шудани сифати хизматрасониҳои тиббӣ ва инчунин оптимизация истифодаи захираҳои тиббиро таъмин менамояд. Намунаи ин равиш системаест, ки дар Бритония ҷорӣ карда шудааст, ки нишон дод, ки ҳатогиҳо дар амалияи клиникӣ 25% қошӣ ёфтаанд (Smith et al., 2022). Илова бар ин, маълум шуд, ки чунин ҳамгироӣ на танҳо ба беҳтар кардани ҳамкориҳои байни муассисаҳои тиббӣ, балки ба баланс бардоштани беҳатарии коркард ва нигоҳдории маълумоти тиббӣ имкон медиҳад. Натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашуда инчунин нишон доданд, ки истифодаи платформаи ягона ба назорати беҳтари риояи стандартҳо ва тавсияҳои клиникӣ мусоидат мекунад, ки дар навбати худ самаранокии таъбиқоти афзоиш медиҳад ва раванди қабули қарорҳоро аз ҷониби табибон суръат мебахшад.

Хулоса. Тадқиқот зарурати ташкили платформаи ягонаи рақамии тандурустиро, ки ба ҳамгироии иттилоотии меъерӣ-маълумотӣ, тавсияҳои муносири клиникӣ ва талаботи техникӣ асос ёфтааст, тасдиқ мекунад. Татбиқи ин равиш ба тағирёбии устувори рақамии системаи тандурустӣ, беҳтар кардани доракунии ва беҳатарии маълумоти тиббӣ ва фароҳам овардани шароит барои қабули қарорҳои огоҳона ва огоҳонаи доракунии мусоидат мекунад. Бояд қайд кард, ки татбиқи системаҳои рақамӣ дар соҳаи тандурустӣ бояд бо назардошти хусусиятҳои қонунгузори ва технологияҳои мавҷуда ба хусусиятҳои системаҳои тиббии миллӣ ва минтақавӣ бодикқат мутобиқ карда шавад.

Сафаров Н.Х.1, Сафаров Х.А.2, Шарифзода Ш.Х.

РАЗРАБОТКА ЕДИНОЙ ЦИФРОВОЙ ПЛАТФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДЛЯ ТАДЖИКИСТАНА

¹Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

²ГУ «Городской медицинский центр № 11», Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Саъдуллозода Ф.С.

Цель исследования. Анализ международного опыта разработки и внедрения единых цифровых платформ в здравоохранении, а также оценка перспектив их адаптации для системы здравоохранения Республики Таджикистан с целью повышения качества и доступности медицинских услуг.

Материалы и методы. В исследовании использованы официальные документы, отчёты и научные публикации, включая: «Digital Health and Care Strategy in the EU» (Европейская комиссия, 2023), «E-Health System in Estonia: Current State and Future Prospects» (Министерство здравоохранения Эстонии, 2022), «Digital Health: Transforming Healthcare Services» (Всемирная организация здравоохранения, 2021), Отчёты Министерств здравоохранения Российской Федерации и Сингапура. Проведён сравнительный анализ цифровых стратегий здравоохранения различных стран с учётом текущего состояния цифровизации здравоохранения в Таджикистане, включая проект «Модернизация социальной защиты и экономической интеграции».

Результаты исследования. Международный опыт подтверждает, что успешная реализация единой цифровой платформы здравоохранения требует наличия следующих ключевых элементов: **1. Чёткая национальная стратегия цифрового здравоохранения.** В «Цифровой стратегии здравоохранения ЕС» отмечено, что стандартизация медицинских данных и интеграция различных сервисов (например, лабораторных исследований, результатов обследований и историй болезни) являются основой для эффективного функционирования цифровых платформ. Реализация таких инициатив требует активной поддержки государства и тесного взаимодействия с частным сектором для обеспечения устойчивости и масштабируемости системы (European Commission, 2023). **2. Централизованные электронные системы здравоохранения.** В Эстонии успешно внедрена система X-Road, которая обеспечивает централизованный обмен медицинской информацией. Это способствует повышению прозрачности, улучшению координации между медицинскими учреждениями и упрощает доступ граждан к медицинским услугам (Estonian Ministry of Health, 2022). **3. Использование инновационных цифровых технологий.** В Сингапуре активно развиваются телемедицина и мобильные приложения для мониторинга здоровья. Эти технологии значительно повысили доступность медицинской помощи, особенно в отдалённых районах, а также улучшили персонализированный уход за пациентами (Singapore Ministry of Health, 2021). В Таджикистане предпринимаются первые шаги по цифровизации здравоохранения, включая создание единой базы данных крови и реализацию проекта «Модернизация социальной защиты и экономической интеграции». Однако для полноценного внедрения единой цифровой платформы необходимо решение ряда задач, включая развитие инфраструктуры, совершенствование нормативно-правового регулирования и подго-

товку кадров.

Выводы. 1. Адаптация международного опыта по разработке и внедрению единой цифровой платформы здравоохранения может значительно повысить эффективность, доступность и качество медицинских услуг в Таджикистане. 2. Необходимо разработать национальную стратегию цифрового здравоохранения, инвестировать в развитие инфраструктуры и обучать специалистов в области цифровых технологий. 3. Интеграция существующих информационных систем в единую платформу позволит оптимизировать медицинские процессы, повысить безопасность пациентов и улучшить управление системой здравоохранения. 4. Государственная поддержка, в том числе создание нормативной базы для защиты медицинских данных и стимулирование сотрудничества с частным сектором, является важным условием успешного внедрения цифровых решений в здравоохранение Таджикистана.

Сафаров Х.А.2, Сафаров Н.Х.1, Шарифзода Ш.Х.

САМАРАНОКИИ ПЛАТФОРМАИ ЯГОНАИ РАҚАМИИ ТАНДУРУСТӢ ДАР ТАШХИС, ТАБОБАТ ВА ПЕШГИРИИ БЕМОРИҲО

¹Кафедраи урология ба номи профессор Осимӣ А.С. МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», Тоҷикистон.

²МД Маркази саломатии шаҳрии №11, Тоҷикистон.

Роҳбари илмӣ – н.и.т., дотсент Саъдуллозода Ф.С.

Мақсади таҳқиқот. Мақсади ин тадқиқот арзёбии таъсири татбиқи платформаи ягонаи рақамии тандурустӣ ба самаранокии таъхис, табобат ва пешгирии бемориҳо, инчунин муқоисаи таҷрибаи байналмилалӣ истифодаи чунин системаҳо барои баланд бардоштани сифати хизматрасониҳои тиббӣ мебошад.

Мавод ва усулҳо. Тадқиқот маълумотро аз Созмони умумиҷаҳонии тандурустӣ (ТУТ) дар бораи стратегияи глобалӣ тандурустии рақамӣ, таҳлили рақамисозии тандурустӣ дар Русия, инчунин таҳқиқот дар бораи истифодаи зеҳни сунъӣ дар амалияи тиббӣ ва нақши он дар бехтар кардани сифати кӯмаки тиббӣ истифода бурд. Таҳлили муқоисавии моделҳои гуногуни платформаҳои рақамӣ дар соҳаи тандурустӣ, аз ҷумла намунаҳои кишварҳои Аврупо, Эстония ва Сингапур бо мақсади муайян кардани омилҳои, ки ба бехтар шудани равандҳои тиббӣ мусоидат мекунад, гузаронида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Натиҷаҳо нишон доданд, ки татбиқи платформаи ягонаи рақамии тандурустӣ ба ҳама ҷанбаҳои асосии амалияи тиббӣ таъсири мусбат мерасонад: **1. Тақмили таъхис.** Истифодаи зеҳни сунъӣ (AI) ва омӯзиши мошинсозӣ барои таҳлили маълумоти тиббӣ, ба монанди тасвирҳо, санҷишҳои генетикӣ ва сабтҳои тиббӣ, имкон медиҳад, ки дақиқии таъхис ба таври назаррас бехтар карда шавад. Ин технологияҳо кодиранд миқдори зиёди иттилоотро қоркард кунанд ва намунаҳои мураккабро муайян кунанд, ки барои равиши анҷави дастдорасанд. Масалан, Сингапур системаҳои ба AI асосёфта барои таъхиси бемориҳои дил ва саратон ҷаёлона истифода мебарад, ки вақти таъхисро ба таври назаррас коҳиш медиҳад ва пешгӯӣхоро барои беморон бехтар мекунад. **2. Оптимизатсияи табобат.** Платформаҳои рақамӣ табибонро бо тавсияҳои клиникаи мувофиқ ва нақшаҳои инфиродии табобат, ки ба хусусиятҳои инфиродии бемор мутобиқ карда шудаанд, таъмин мекунад. Истифодаи сабтҳои электронии тиббӣ, ки бо системаҳои мониторинги саломатӣ ҳамгиро шудаанд, имкон медиҳад, ки сифат ва дақиқии табобат ба таври назаррас бехтар карда шавад. Масалан, дар Русия, татбиқи платформаҳои рақамӣ дар клиникаҳо ва беморхонаҳо идоракунии бемориҳои музмин, аз қабили диабетӣ қанд ва гипертонияро бехтар намуда, табобати саривақтӣ ва муассирро таъмин карданд. **3. Пешгирии самаранок.** Рақамисозии соҳаи тандурустӣ ба системаҳои мониторинг мусоидат мекунад, ки тавассути таҳлили пешгӯишаванда метавонанд беморони зерӣ хатарро муайян кунанд ва инчунин рушди бемориҳоро пешгӯӣ кунанд. Ин имкон медиҳад, ки барномаҳои фардии пешгирии, ки ба таъхиси барвақтӣ ва пешгирии бемориҳо равона карда шудаанд, таҳия карда шаванд. Созмони умумиҷаҳонии тандурустӣ дар стратегияи тандурустии рақамии худ ба аҳамияти чунин системаҳо диққат медиҳад, ки на танҳо табобат, балки пешгирии бемориҳоро дар марҳилаҳои аввал имкон медиҳанд.

Хулоса. Платформаи ягонаи рақамии тандурустӣ дастрасӣ ва сифати нигоҳубини тиббиро ба таври назаррас бехтар мекунад. Таҷрибаи байналмилалӣ нишон медиҳад, ки татбиқи технологияҳои рақамӣ, аз ҷумла зеҳни сунъӣ ва системаҳои мониторинг, ба бехтар шудани таъхис, табобат ва пешгирии бемориҳо мусоидат мекунад. Тавсия дода мешавад, ки чунин платформаҳо ба системаҳои миллии тандурустӣ барои баланд бардоштани самаранокӣ, бехтар кардани равиши фардӣ ва пешгирии бемориҳо ҷаёлона татбиқ карда шаванд. Ба инфрасохтор ва тайёр кардани му- тахассисон барои қор бо технологияҳои нав диққати махсус додан лозим аст.

Сафолова Ф.М., Давлатов Дж. Дж., Зарипова М.

СТРУКТУРНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ РЕЦИДИВНОЙ ФОРМЕ НЕДОСТАТОЧНОГО АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино. Таджикистан¹

Кафедра хирургии ГОУ Республиканский медицинский колледж²

Научный руководитель- д.м.н. Мухаббатов Дж.К.

Цел исследования. Оценка функционального изменения мышц запирающего аппарата прямой кишки при рецидивной форме недостаточного анального сфинктера.

Материал и методы. В основу данного исследования положены данные обследования и лечения 133 пациентов, с диагнозом послеродовой недостаточности анального сфинктера за период с 2019 по 2023 годы. Возраст больных колебался от 18 до 68 лет. Все больные до поступления в наш стационар перенесли операции по поводу: послеродовой разрыв промежности у 67,4%, среди них у 35,4% пациентов проводились домашние роды, выпадение прямой кишки у 6%, ректоцеле - 8% случаев и параректальные свищи у 11% и у 7 % ректовагинальные свищи. В за-

висимости от наличия жалоб II степень НАС установлена в 40,3%, и НАС III степени - в 59,7% больных. Диагноз ставился на основании клинических (анкетирования больных), лабораторных, функциональных методов исследования (сфинктерометрия, манометрия) и инструментальных методов исследования.

Результаты исследования. Во время осмотра рубцового процесса, распространенный только на уровне кожи промежности выявлен у 96 (80%), на уровне кожи промежности и анального канала – у 80 (67%). У 14 больных (12%) рубцовый процесс распространялся на кожу, анальный канал и мышцы тазового дна. При пальцевом исследовании у 18 (15%) пациенток определялся дефект наружного сфинктера: у 14 (11,7%) он составил до ½ его окружности, у 4 (3,3%) более ½ его окружности. У 8 (6,7%) пациенток выраженный дефект наружного сфинктера не определялся, хотя у них была клиника недостаточности анального сфинктера II степени. В данном случае при функциональном исследовании запирающего аппарата прямой кишки у всех 26 (21,7%) пациенток отмечено нарушение функции за счет снижения сократительной способности и нарушение нервно-рефлекторной деятельности наружного сфинктера.

При манометрии отмечено снижение давления в покое, в области наружного сфинктера на 8,8% и внутреннего на 9,1%. При произвольном сокращении давление наружного сфинктера было снижено на 5,7%. Максимальный объем восстановления внутреннего сфинктера в момент ректоанального рефлекса был снижен на 9,6%, порог чувствительности прямой кишки - на 2% и величина объема, вызывающая позыв на акт дефекации – на 19,8%. По данным сфинктерометрии в фронтальной плоскости максимальное усиление было снижено на 11,3%, волевое сокращение - на 11,6% и тоническое напряжение - на 12%. В сагиттальной плоскости максимальное усиление было снижено на 14,4%, волевое сокращение - на 14,5% и тоническое напряжение - на 14,9%.

Выводы. Для изучения функционального изменения запирающего аппарата прямой кишки при рецидивных формах НАС, инструментальные методы исследования, в том числе манометрия и сфинктерометрия являются более информативными.

Сердюкова А.М. МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ

Кафедра хирургических болезней педиатрического факультета,
ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России. Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Сердюков М.А.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения сером в послеоперационном периоде у больных с вентральными грыжами.

Материал и методы. Серома является одним из наиболее часто встречающихся ранних послеоперационных осложнений при грыжесечениях. Субстратом данной патологии является скопление серозной жидкости в области проведенной операции. В последнее время, в связи с популяризацией ненапряжных методов герниопластик, и использованием синтетических сетчатых протезов, число ранних послеоперационных осложнений заметно возросло и по данным некоторых авторов достигает 40%. Существует множество способов лечения данного осложнения, начиная от ликвидации раневой полости в области оперативного вмешательства и заканчивая введением различных веществ в полость уже сформировавшейся серомы. Ни один из существующих на данный момент способов на наш взгляд не является достаточно эффективным.

В нашей клинике на базе ЧУЗ "КБ "РЖД-Медицина" г. Астрахань был создан новый способ улучшения результатов лечения сером в послеоперационном периоде у больных с вентральными грыжами. Данный способ заключается в проведении пункции полости серомы стерильным шприцем, с последующей эвакуацией серозной жидкости. Не извлекая пункционную иглу, в полость серомы однократно вводят 1 мл дипроспана, разведенный в 10 мл физиологического раствора, и накладывают на рану асептическую повязку.

Был получен патент «Способ лечения сером в послеоперационном периоде у больных с вентральными грыжами» № RU 2697058.

Данный способ лечения сером, помимо купирования активных экссудативных процессов в послеоперационной ране, предусматривает общее противовоспалительное действие.

Результаты исследования. За период с 2020 года по настоящее время, у 29 больных была произведена пункция полости серомы данным методом. У 27 больных не наблюдалось рецидивов, регенеративные процессы в ране протекали быстрее, что способствовало быстрому послеоперационному восстановлению и уменьшению времени нахождения в стационаре. У 2 пациентов было повторное введение данного раствора.

Выводы. Указанный способ улучшает процесс регенерации тканей в области пластики, способствуя снижению риска послеоперационных осложнений, таких как серомы, что в свою очередь способствует улучшению качества жизни оперированных больных.

Сидиков И.И., Ньматзода О., Усмонов Дж.Н. ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кафедра хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ и СЗН РТ
Научный руководитель - д.м.н., профессор Султанов Д.Д

Цель исследования. Изучить характер поражения периферических сосудов конечностей у пациентов сахарным диабетом (СД).

Материал и методы. Работа по дизайну носила проспективный одномоментный поперечный характер и основана на результатах ангиологического обследования 198 пациентов (72 мужчин, 126 женщин) с СД II-го типа. С целью изучения частоты и характера поражения магистральных артерий нижних конечностей (МАНК) указанные пациенты были целенаправленно обследованы специалистами. Средний возраст респондентов составил $54,9 \pm 1,1$ лет, средняя длительность диабета $8,8 \pm 0,5$ лет, средний индекс массы тела (ИМТ) – $26,7 \pm 0,3$ кг/м².

Результаты исследования. Поражение МАНК выявлено у 10,1% обследованных – 19,4% мужчин и 4,8% женщин ($p < 0,001$). Отсутствие пульсации на всех МАНК, начиная с общей бедренной артерии (ОБА), отмечалось у 1 (0,6%) респондента, поверхностной бедренной артерии (ПБА) – у 3 (1,5%), подколенной артерии (ПКА) – у 5 (2,5%), задней большеберцовой артерии (ЗБА) – у 6 (3,0%), тыльной артерии стопы (ТАС) – у 5 (2,5%) респондентов. Средний возраст лиц с поражением МАНК (70,0% мужчин) составил $62,2 \pm 2,6$ лет, длительность диабета $10,8 \pm 1,8$ лет, уровень глюкозы натощак – $8,6 \pm 1,2$ ммоль/л, ИМТ – $26,9 \pm 1,9$ кг/м², лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ) – $1,12 \pm 0,03$.

Многофакторный анализ показал отсутствие ассоциации окклюзии МАНК с ишемической болезнью сердца (ИБС) (ОШ 2,645; 95% ДИ: 0,95-7,34), перенесенными в анамнезе инфарктом миокарда (ОШ 1,159; 95% ДИ: 0,22-6,06) и инсультом (ОШ 1,370; 95% ДИ: 0,26-7,36), артериальной гипертензией (АГ) (ОШ 2,00; 95% ДИ: 0,66-6,05), диабетической нефропатией с хронической почечной дисфункцией (ХБП) (ОШ 4,09; 95% ДИ: 0,88-18,99), лечением пероральными гипогликемическими препаратами (ОШ 2,579; 95% ДИ: 0,90-7,39).

Выявлена прямая корреляционная связь курения ($r=0,32$; $p=0,0014$), ИБС ($r=-0,26$; $p=0,01$), длительности заболевания СД ($r=0,27$; $p=0,008$) и мужского пола ($r=0,49$; $p=0,001$) с окклюзионно-стенотическим поражением МАНК. Не отмечалось зависимости развития окклюзии МАНК от АГ ($r=-0,08$; $p=0,45$), ХБП ($r=-0,14$; $p=0,17$), ИМТ ($r=0,06$; $p=0,57$), снижения зрения ($r=-0,17$; $p=0,10$), перенесенного нарушения мозгового кровообращения ($r=-0,10$; $p=0,42$), уровня глюкозы натощак ($r=0,02$; $p=0,84$).

Выводы. Бессимптомное поражение МАНК выявлено у 10,1% обследованных пациентов СД, чаще всего у лиц мужского пола. Значимыми факторами риска развития поражения сосудов среди отечественной когорты пациентов с СД являются мужской пол, длительность гипергликемии, курение и наличие ИБС. Принимая во внимание регулярный рост численности населения нашей республики и параллельно – людей, страдающих СД, в скором будущем ожидается пропорциональный рост числа случаев диабетической ангиопатии. В этой связи, имеется необходимость в проведении регулярных скрининговых программ на предмет раннего выявления и своевременного лечения поражений МАНК.

Синои С.Г.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДИК ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА (PRP И SVF)

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Курбонов С.Х.

Цель исследования. Сравнительного анализа методик пластики передней крестообразной связки коленного сустава с использованием PRP (плазмы, обогащенной тромбоцитами) и SVF (стромально-васкулярной фракции) является оценка эффективности и безопасности различных методов восстановления коленного сустава с точки зрения:

Функционального восстановления – сравнение степени улучшения функциональности сустава, включая восстановление подвижности, силы мышц и общего состояния колена после оперативного вмешательства.

Уменьшения воспаления и болевого синдрома – анализ влияния каждого метода на снижение воспалительных процессов и болевого синдрома в постоперационный период.

Скорости заживления – оценка времени, необходимого для полного восстановления после операции, включая степень регенерации тканей.

Качества жизни пациентов – анализ улучшений в повседневной активности пациентов, их способности вернуться к спорту и трудовой деятельности.

Риски и осложнения – сравнение частоты и типа возможных осложнений после применения PRP и SVF в пластике передней крестообразной связки.

Материал и методы. Клиническая выборка: Пациенты с разрывом передней крестообразной связки (18–50 лет). Два группы: первая — пластика с использованием PRP, вторая — пластика с использованием SVF. **Методы подготовки PRP и SVF:**

PRP: забирается 20–30 мл венозной крови, которая центрифугируется для получения плазмы с высокой концентрацией тромбоцитов, введение в область поврежденной связки.

SVF: липосакция жировой ткани, из которой извлекается стромально-васкулярная фракция для стимуляции регенерации.

Операция: стандартная пластика передней крестообразной связки с инъекцией PRP или SVF.

Результаты исследования. Используемые в сравнительном анализе пластики передней крестообразной связки коленного сустава с использованием PRP и SVF, можно разделить на несколько ключевых направлений. Каждый метод направлен на оценку различных аспектов восстановления пациента, функциональности сустава, а также безопасности и эффективности применяемых методов лечения.

Выводы. Таким образом, оба метода — **PRP** и **SVF** — являются эффективными и безопасными для пластики передней крестообразной связки, однако **SVF** показала лучшие результаты по скорости восстановления, снижению болевого синдрома, улучшению качества жизни и степени регенерации тканей.

PRP также является хорошим методом восстановления, особенно при менее выраженных повреждениях или в случае, когда пациенты предпочитают менее инвазивное вмешательство, но в сравнении с **SVF** этот метод требует более длительного времени для достижения полного функционального восстановления.

Синои С.Г.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ, ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Курбонов С.Х.

Цель исследования. Разработка и внедрение эффективных методов диагностики, хирургического вмешательства и реабилитации с целью повышения успешности лечения повреждения передней крестообразной связки, улучшения долгосрочных результатов, восстановления функциональной активности пациента и минимизации риска послеоперационных осложнений.

Материал и методы. Материалы исследования для изучения оптимизации хирургического лечения повреждения передней крестообразной связки (ПКС) могут включать как клинические данные, так и современные научные разработки, и технологии. Примерный список материалов может быть следующим:

- Истории болезни пациентов, прошедших хирургическое лечение повреждения передней крестообразной связки (ПКС), включая данные о возрасте, уровне физической активности до травмы, типе повреждения и сопутствующих травмах.
- Диагностические исследования: результаты МРТ, рентгенографии и артроскопии, проводимые до и после хирургического вмешательства, для оценки состояния связки и других структур коленного сустава.
- Функциональные тесты: оценка стабильности колена с использованием тестов на передний сдвиг (тест Лахмана), тестов на амплитуду движений и других функциональных тестов, проводимых до и после операции.

Результаты исследования. Оптимизации хирургического лечения повреждения передней крестообразной связки (ПКС) могут включать следующие ключевые выводы, которые обоснованы анализом клинических данных, хирургических методов, реабилитационных программ и долгосрочных результатов.

Выводы. Оптимизация хирургического лечения повреждения ПКС требует комплексного подхода, включая выбор эффективных методов хирургического вмешательства, внедрение инновационных технологий, индивидуализированную реабилитацию и профилактику осложнений. Это способствует улучшению долгосрочных результатов и возвращению пациентов к полноценной физической активности.

Содикзода Л., Хошимов Г.Ю., Аскарров Ш.Т

ПРЕИМУЩЕСТВА ВЫПОЛНЕНИЯ НЕОТЛОЖНЫХ ОПЕРАЦИЙ ОСТЕОСИНТЕЗА В ТРАВМАТОЛОГИИ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан.
Научный руководитель - старший преподаватель Назаров И.Р.

Цель исследования. Определить преимущества выполнения неотложных операций остеосинтеза.

Материал и методы. По данным историй болезни и операционных журналов отделения травматологии НМЦРТ «Шифобахш», с 2020 г. по 2025 г. госпитализированным пациентам были выполнены операции остеосинтеза в течение первых 24 ч. и в отсроченном порядке. Определяли среднее время нахождения пациента в стационаре.

Результаты исследования. Неотложные операции остеосинтеза были проведены 83 (43,46%) больным, отсроченные операции - 108 (56,54%) больным. В ходе 191 хирургического вмешательства у 97 (50,78%) больных - был выполнен экстрамедуллярный остеосинтез и у 66 (34,55%) больных - интрамедуллярный остеосинтез, в остальных 28 (14,65%) случаях с целью стабилизации перелома наложено КДО. Неотложные операции выполнялись в среднем в течение 3 ч. 56 мин. $\pm$ 2 ч. 52 мин. с момента поступления в стационар. Длительность хирургического вмешательства у них составляла в среднем 1 ч. 10 мин. $\pm$ 20 мин. Наряду с неотложными операциями остеосинтеза было выполнено 108 отсроченных операций остеосинтеза пострадавшим. При этом среднее количество дней у пациентов, прооперированных в неотложном порядке, составило $8,40 \pm 6,67$ дней, в то время как пациенты, перенесшие отсроченное хирургическое вмешательство, находились в стационаре в среднем $12,98 \pm 6,28$ дней.

Выводы. Таким образом, можно констатировать статистически значимое снижение длительности пребывания пациентов с изучаемыми повреждениями в стационаре в случае выполнения неотложных операций остеосинтеза при поступлении.

Солибоева А. А., Умарализода С. С., Абдусатторзода А.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРТИКОСТЕРОИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОРТАНИ.

Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н. Давронзода М.Д.

Цель исследования. Изучение эффективности кортикостероидных препаратов в восстановительном периоде после удаления доброкачественных опухолей гортани.

Материал и методы. В отделениях заболеваний уха, горла и носа ГУ Национального медицинского центра Таджикистана «Шифобахш» с 2021 по 2024 год находились под нашим наблюдением 34 пациента. Возраст больных колебался от 7 до 67 лет, из которых 19 пациентов - мужчины, а 15 — женщины. Все пациенты были направлены в отделения заболеваний уха, горла и носа с органическими заболеваниями гортани, т.е. с различными типами доброкачественных опухолей. Пациенты, над которыми мы наблюдали, были разделены на две группы: одна группа, состоящая из 17 человек, получала ингаляции с раствором дексаметазона, а в контрольной группе применялось тради-

ционное лечение. Большая часть пациентов жаловались на тяжелую дисфонию разного характера. Все пациенты проходили обследование органов уха, горла и носа, а также видеоларингоскопию гортани до и после операции. У всех больных хирургические операции проводились с использованием эндоскопа под эндотрахеальным наркозом. После удаления опухолей в области хирургического вмешательства сохранялись реактивные явления: наличие волюкнистых пленок в зоне удаленной опухоли, перифокальный отек и гиперемия слуховых связок.

Результаты исследования. В послеоперационный период пациентам основной группы, состоящей из 17 человек, назначались ингаляции с раствором дексаметазона. На разных стадиях лечения проводились повторные фиброларингоскопии у всех пациентов. Анализ результатов показал, что у всех пациентов основной группы восстановление слизистой оболочки голосовых связок происходило быстрее, гиперемия уменьшалась, в то время как в группе сравнения отек и гиперемия сохранялись. На 5-6 день после операции у пациентов основной группы наблюдалась минимальная воспалительная реакция, края голосовых связок и звуковая щель имели полукруглую форму. В группе сравнения послеоперационные реакции были более выраженными. У 14 пациентов основной группы восстановление после операции заняло от 10 до 14 дней, в то время как в группе сравнения этот процесс занял от 18 до 23 дней. В зависимости от диагноза и объема проведенной операции у 5 пациентов наблюдались более выраженные послеоперационные реакции в первые 2-3 дня. При фонаторной нагрузке края голосовых связок имели полукруглую форму, а в области удаленной опухоли отмечались гиперемия и отечность. На 20-й день после операции, при применении ингаляции, отек в области хирургического вмешательства уменьшился, голосовые связки приобрели розовый цвет и вернулись в нормальное состояние. В группе сравнения восстановление длилось значительно дольше, в течение 30 дней сохранялись послеоперационные явления.

Выводы. Применение кортикостероидных препаратов в послеоперационный период при удалении доброкачественных опухолей гортани показало хорошие результаты, способствуя быстрому устранению послеоперационных явлений и восстановлению нормального состояния голосовых связок.

Солиев О.Ф.¹, Незматзода О.², Тоиров М.Г.²

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛИКВИДАЦИИ ГОРИЗОНТАЛЬНЫХ РЕФЛЮКСОВ В ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ.

¹Кафедра хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова
ГОО «ТГМУ им.Абуали ибни Сино». Таджикистан

²ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ
Научный руководитель - д.м.н., профессор Султонов Д.Д

Цель исследования. Оценка эффективности склеротерапии несостоятельных перфорантных вен при лечении венозных язв.

Материал и методы. В объект исследования входили 25 больных с хронической венозной недостаточностью С 5-6 класса по классификации CEAP. Эти больные были обследованы амбулаторно в лечебно-диагностическом отделе РНЦССХ с 2021 по 2024 гг. Причиной ХВН явились различные формы варикозной болезни (ВБ). Все пациенты ранее были оперированы по поводу варикозного расширения подкожных вен. В разные сроки выявлены прогрессирования ХВН, вызывающее трофические язвы.

После установления несостоятельности клапанов перфорантных вен нами проведено пенная склеротерапия под контролем УЗИ исследования оптимизированной нами методикой которая заключается в следующем: под контролем ультразвукового сканера выявляется расширенная перфорантная вена с патологическим сбросом крови из глубоких в подкожные вены. Первоначально проводили блокировку перфорантной вены введением подфасциально по её периметрам раствора лидокаина 0,5% 10,0 с целью предотвращения попадания препарата в глубокую венозную систему. Далее проведено пенная склеротерапия Foam-form по методике Тессари. После завершения процедуры конечность бинтуется эластическим бинтом. Такая манипуляция повторялась в области каждого патологического выявленного несостоятельного перфоранта.

Контроль эффективности процедуры оценивались при помощи УЗДАС и клинически.

Результаты исследования. Через 2-3 часа эластические бинты заменяли на эластические медицинские трикотажи (чулки или колготки) 2 класса компрессии, которых, пациенты носили в течение 2 месяцев после процедуры. У пациентов с трофическими язвами удалось добиться заживления их в течение 1-1,5 месяца. У 3 больных через 2-3 месяцев потребовалось повторное выполнение склеротерапии перфорантных вен. На сегодняшний день у всех больных сохраняется хороший эффект процедуры. При контрольной дуплексном сканировании случаев реканализации не наблюдалось. Осложнений со стороны глубокой венозной системы не наблюдалось.

Выводы. 1.Выполнение склеротерапии под контролем УЗ навигации, позволяет добиться заживления трофической язвы в течение 1-1,5 месяца.
2. Оптимизированная нами методика позволяет выполнение склеротерапию перфорантных вен, без угрозы развития осложнений со стороны глубокой венозной системы.

Солиева М.Ю., Холов Д.Д.

СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кафедра общей хирургии № 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н., доцент Джамилов Р.Д.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных диабетической стопой, снижение количества высоких ампутации конечностей.

Материал и методы. Рассмотрены 26 пациентов с диагнозом СДС. У всех наблюдаемых был сахарный диабет II типа. Часто встречающимися жалобами при поступлении являются: боли, отек стопы, синюшная окрасивания, повышение температуры тела, снижена чувствительность. Для полного уточнения диагноза проведено лабораторно-инструментальные методы исследования.

Результаты исследования. Была вставлена диагноз диабетическая стопа, сахарный диабет II типа (90%), при этом трофические язвы составляют 16,2%, некроз пальцев и абсцессы 3,2%, гангрена 25,6%, флегмона 7,9%, инфицированные раны 2,9%, остеомиелит 1,9%. Наиболее часто встречающимися сопутствующими заболеваниями у больных являются: артериальная гипертония, кардиосклероз и ишемическая болезнь сердца. Лабораторные исследования показывают следующие результаты у больных с синдромом диабетической стопы: анемия у 83,3%, тромбоцитоз 36,8%, тромбоцитопения 20%, лейкоцитоз 69%, СОЭ повышен 73%, глюкоза повышен 67%. Были проведены операции: удаление пораженных пальцев 52,1%, ампутация нижней конечности на уровне верхней трети бедра 22,3%, и медикаментозное лечение.

Выводы. Сахарный диабет, наряду с ишемическими и онкологическими заболеваниями является причиной инвалидности и смертности людей. Почти 80% случаев нетравматических ампутаций нижних конечностей переходит на сахарный диабет. В нашем случае синдром диабетической стопы больные пожилого возраста, но редко встречаются у молодых людей. Ранняя диагностика, грамотный контроль уровня глюкозы в крови является ключевыми мерами профилактики. Современные методы лечения, включая медикаментозную терапию хирургические вмешательства и ортопедические приспособления, позволяют значительно снизить риск осложнений. Таким образом диабетическая стопа – это заболевание, требующие комплексного подхода со стороны врачей и активного участия самого пациента в процессе лечения и профилактики заболевания.

Солижонova У.И., Гатаулина Н.Н.

ОСОБЕННОСТИ ТРЕХПОРТОВОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Кафедра клинические дисциплины «Ташкентский Международный университет Кимё» Узбекистан.

Научный руководитель – к.м.н. Рахимов Б.К.

Цель исследования. Сравнить методы лапароскопической холецистэктомии с помощью тремя и четырьмя портами, оценить их эффективность и безопасность, длительность проведения операции, частоту интра- и послеоперационных осложнений, выраженность болевого синдрома и длительность госпитализации.

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ 200 пациентов (134 женщин, 66 мужчин) с калькулезным холециститом, перенесших лапароскопическую холецистэктомию в хирургических отделениях клиники Международного университета Кимё и клиники Viva med за период 2024-2025 гг. Средний возраст больных составил 42,5. Из них 100 пациентам (74 женщин, 26 мужчин) в клинике Viva med была выполнена операция с использованием трёх портов, а в клинике Кимё 100 пациентам (60 женщин и 40 мужчин) – с использованием четырёх портов. Оценивались длительность проведения операции, частота интра- и послеоперационных осложнений, выраженность болевого синдрома и длительность госпитализации.

Результаты исследования. Средняя длительность операции при трёх-портовой технике составила 40-50 минут, а при стандартной четырёх-портовой – 30-40 минут.

Частота интраоперационных осложнений (кровотечение – соответствовало 3 и 4 случаям, повреждение желчных путей – не наблюдалось при трёх-портовом доступе и 1 случай при четырёх-портовом доступе) отмечалось меньше при трёх-портовой, в отличии от стандартной методики.

Болевой синдром на первые сутки после операции был ниже в группе с использованием трёх портов по сравнению с четырёх-портовым доступом (при оценке боли по 10-бальной шкале соответствовало 3 балла против 5).

92 больных, оперированных через 3 доступа (из 100) выписаны из клиники на следующий день (средне койка-дня составляло 1,08 дня). А при четырёх-портовом доступе 21 больной были выписаны на 1-сутки, а 45 больных на 2-е сутки, остальные 34 больных были выписаны на 3-сутки. Средне койко-день составил 2,13 дня.

Со стороны пациентов также был отмечен косметический эффект данной методики из-за малого количества ран-проколов на передней брюшной стенке.

Выводы. Трёх-портовая лапароскопическая холецистэктомия является более щадящим и эффективным методом, позволяющий уменьшить выраженность послеоперационного болевого синдрома и сократить время пребывания пациентов в стационаре, а так же минимизировать косметический дефект при незначительном увеличении продолжительности времени операции.

Солихов Р.Ч., Солехов А.С., Абдуллоев Дж. К.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии им. профессора Каримова М.К.

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н. Курбанов Дж. М.

Цель исследования. Оценка причин осложнений ЛХЭ, а также мероприятий по их устранению и предупреждению.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 15 случаев осложнений ЛХЭ в ЛДЦ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. В период 2017- 2021 гг. было выполнено 380 ЛХЭ.

Результаты исследования. Послеоперационные осложнения выявлены у 6 пациентов (40%), интраоперационные кровотечения - у 4 пациентов (26,67%). Средний возраст данных пациентов - 48 лет. Из них доля женщин со-

ставила 88,89%, мужчин - 11,11%. Показанием к первичной операции у 15 пациентов являлся острый холецистит - у 3 (20%), хронический холецистит - у 9 (60%), у 3 (20%) - полипы желчного пузыря (ЖП). Медиана сроков, прошедших до повторного вмешательства составила 24 часа. Внутривнутрибрюшное кровотечение после ЛХЭ отмечалось у 1 пациентов, билома - у 2 пациентов. Кровотечение было вызвано техническими сложностями во время первой операции на фоне инфильтрации печеночно-двенадцатиперстной связки и подпеченочного пространства, наличия спаечного процесса или сопутствующей патологии. Также в 1- случае наблюдалось кровотечение из передней брюшной стенки в области её прокола троакарном. Всем пациентам проведена лапаротомия коагуляции ложа ЖП, лигирование или прошивание кровоточащих сосудов. Желчеистечение отмечалось у 2- пациентов. Их причинами были транслокация дренажа пузырного протока (ПП), нарушение его функции или подтекание желчи мимо дренажа. В зависимости от причины, вызвавшей осложнение, была выполнена повторная установка дренажа или дополнительное клипирование ПП.

Выводы 1. Доля послеоперационных осложнений составила 1,57%, интраоперационных - 1,05%. 2. Причиной осложнений во всех случаях были технические трудности во время основного вмешательства. 3. Важное значение имеет постоянное наблюдение за пациентом в послеоперационном периоде для сокращения сроков диагностики осложнений.

Сохибов Ш.М., Ашуралиев Н.К.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино . Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Исмоилзода С.С

Цель исследования. Оценить эффективность различных хирургических методик в лечении вентральных грыж у пациентов с морбидным ожирением и определить оптимальную тактику ведения данной категории пациентов.

Материал и методы. В исследование включены 120 пациентов с вентральными грыжами и морбидным ожирением (ИМТ >40 кг/м²), которые были разделены на две группы: основную (n=60), где применялись лапароскопическая техника герниопластики с предварительной подготовкой пациентов, и контрольную (n=60), где использовались традиционные методы открытой пластики. Оценивались длительность операции, частота послеоперационных осложнений (инфицирование, серомы, рецидивы), уровень боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и сроки восстановления трудоспособности.

Результаты исследования. В основной группе частота послеоперационных осложнений составила 12%, тогда как в контрольной группе — 35% (p<0.001). Средняя длительность операции в основной группе была 112±15 минут, в контрольной — 135±20 минут (p <0.01). Уровень послеоперационной боли (ВАШ) в первые сутки составил 4.2±0.7 балла в основной группе против 6.8±1.1 баллов в контрольной группе (p <0.001), что свидетельствует о меньшей травматичности лапароскопической методики. Средний срок восстановления трудоспособности в основной группе был на 30% короче, чем в контрольной (p <0.05). Частота рецидивов в течение первого года наблюдения составила 5% в основной группе против 18% в контрольной (p <0.01).

Выводы. Применение лапароскопических технологий, комбинированных методов пластики брюшной стенки и предоперационного снижения массы тела позволяет значительно снизить частоту осложнений и рецидивов вентральных грыж у пациентов с морбидным ожирением. Оптимизация хирургической тактики и послеоперационного ведения пациентов способствует улучшению функциональных результатов, снижению болевого синдрома и ускоренному восстановлению трудоспособности, что делает современные малоинвазивные методики предпочтительными для данной категории пациентов.

Сохибов Ш.М., Ашуралиев Н.К.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК В ЛЕЧЕНИИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино . Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Определить оптимальную тактику хирургического лечения вентральных грыж у пациентов с морбидным ожирением, оценивая влияние различных хирургических методик и предоперационной подготовки на частоту осложнений и рецидивов.

Материал и методы. Проанализированы данные 140 пациентов с вентральными грыжами и ИМТ >40 кг/м², которым выполнены различные виды пластики брюшной стенки. Пациенты разделены на основную группу (n=70), где применялись лапароскопические методы с ретромулярным размещением сетки, и контрольную группу (n=70), где использовалась традиционная открытая герниопластика. Оценивались частота осложнений, болевой синдром (ВАШ), длительность операции, сроки восстановления и процент рецидивов в течение 12 месяцев после операции.

Результаты исследования. В основной группе частота инфекционных осложнений составила 8%, а в контрольной — 25% (p<0.01). Средняя продолжительность операции в основной группе была 105±12 минут, тогда как в контрольной — 142±18 минут (p <0.001). Уровень боли по ВАШ на вторые сутки после операции в основной группе составил 3.9±0.6, тогда как в контрольной — 6.7±1.2 (p <0.001), что указывает на меньшую травматичность лапароскопических методик. Полное восстановление трудоспособности в основной группе произошло в среднем через 21±5 дней, тогда как в контрольной — через 38±7 дней (p <0.001). Частота рецидивов в течение первого года после операции составила 6% в основной группе против 22% в контрольной группе (p<0.01).

Выводы. Применение лапароскопической герниопластики с использованием ретромышечного размещения сетки и комплексной предоперационной подготовки позволяет значительно снизить частоту рецидивов, уменьшить послеоперационные осложнения и ускорить восстановление пациентов с вентральными грыжами и морбидным ожирением. Современные малоинвазивные подходы обеспечивают более выраженный функциональный результат, меньшую операционную травму и лучшую адаптацию пациентов в послеоперационном периоде, что делает их предпочтительными при выборе хирургической тактики в данной категории пациентов.

Сохибов Ш.М., Ашуралиев Н.К.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ: ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценить эффективность комплексного подхода к лечению вентральных грыж у пациентов с морбидным ожирением и определить оптимальную тактику хирургического вмешательства.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 150 пациентов с вентральными грыжами и ИМТ >40 кг/м², которым выполнены различные виды герниопластики. Пациенты разделены на две группы: основную (n=75), где использовались лапароскопические методики с применением комбинированной сетчатой пластики, и контрольную (n=75), где проводилась традиционная открытая герниопластика. Оценивались длительность операции, уровень послеоперационной боли (ВАШ), частота инфекционных осложнений, сроки восстановления и риск рецидива в течение 12 месяцев после операции.

Результаты исследования. Частота инфекционных осложнений в основной группе составила 9%, тогда как в контрольной — 28% (p <0.001). Средняя продолжительность операции в основной группе была 110±14 минут, в контрольной — 145±20 минут (p <0.001). Интенсивность болевого синдрома по ВАШ на 2-е сутки после операции составила 4.1±0.7 балла в основной группе и 7.2±1.3 балла в контрольной (p <0.001). Восстановление трудоспособности в основной группе составило 22±5 дней, тогда как в контрольной — 41±8 дней (p <0.001). Частота рецидивов через 12 месяцев после операции составила 7% в основной группе против 25% в контрольной (p <0.01).

Выводы. Комплексный подход к лечению вентральных грыж у пациентов с морбидным ожирением, включающий использование лапароскопических техник, комбинированной сетчатой пластики и предоперационную коррекцию массы тела, позволяет существенно снизить частоту послеоперационных осложнений, уменьшить болевой синдром и ускорить реабилитацию пациентов. Современные малоинвазивные методики обеспечивают более надежную фиксацию сетчатого имплантата, снижают нагрузку на швы и позволяют добиться лучших долгосрочных результатов, что делает их приоритетными в хирургическом лечении данной категории пациентов.

Сулейманова Ш.Х., Шадиев А.М.

ТРАНСЛЮМИНАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ КОРОТКИХ ВЕН ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТА С ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫМИ ВЕНАМИ ЖЕЛУДКА И ПИЩЕВОДА.

ГБУЗ НИИ СП им Н.В.Склифосовского. Россия

Научный руководитель - д.м.н. Тетерин Ю.С.

Цель исследования. Оценить возможность использования транслюминальной эндоскопической эмболизации коротких вен желудка в комплексном лечении пациентов с портальной гипертензией, осложненной ВРВП и ВРВЖ.

Материалы и методы. Пациент Д., 42 года доставлен по экстренным показаниям с направительным диагнозом желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК) через 3 часа от начала заболевания. На основании жалоб, анамнеза заболевания, данных физикального, лабораторного, инструментального методов обследования был выставлен диагноз: цирроз печени вирусной этиологии, по шкале Child Pugh класс В (7 баллов), гепатоспленомегалия, портальная гипертензия, желудочно-пищеводные ВРВ 3 ст. по классификации А.Г. Шерцингера, тип GOV 1 по классификации Sarin, пациент был госпитализирован в реанимационное отделение для определения тактики дальнейшего лечения.

Результаты исследования. Через 3 часа после поступления пациенту выполнена эндоскопическая ультразвуковая сканирование (ЭУС) из кардиального отдела желудка. В дне желудка в подслизистом слое определяются извитые ВРВ диаметром до 1,0 см, исходящие из короткой желудочной вены, диаметр которой составляет до 0,8 см. При осмотре в режиме ЦДК определяется выраженный кровоток. Было принято решение о выполнении транслюминальной эндоскопической эмболизации (ТЭЭ) под контролем ЭУС с использованием спирали и клеевой композиции (гистаакрил). Выполнена трансгастральная пункция короткой желудочной вены пункционной иглой, в которую заранее была установлена спираль. При помощи стилета спираль проведена в дилатированную вену. После развертывания спирали под контролем ЭУС была выполнена инъекция гистаакрила в объеме 1,0 мл. При контрольном ЭУС сканировании ВРВЖ в доплеровском режиме интенсивность кровотока значительно уменьшилась. На следующие сутки после ТЭЭ, вторым этапом было выполнено эндоскопическое лигирование. При контрольной ЭГДС через 10 дней после эмболизации ВРВЖ и лигирования ВРВП отмечается положительная динамика в виде уменьшения в желудке ВРВ, и отхождение лигированных узлов. При контрольном ЭУС ВРВЖ подслизистого слоя кардиального отдела желудка уменьшились в размере до 0,4 см, в доплеровском режиме кровотока практически не определяется.

Выводы. Описанный первый в России клинический случай применения ТЭЭ коротких вен желудка под контролем ЭУС с использованием спирали и клеевой композиции является малоинвазивным и не травматичным методом, что делает его перспективным в комплексном лечении пациентов с ВРВЖ. Однако малое число наблюдений требует дальнейшего изучения данной тематики.

Султанзада Н.Д., Юлдошев Р.З.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВЫХ БОЛЕЗНЕЙ ПЕЧЕНИ В ЗОНЕ ПРИАРАЛЬЯ

Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской академии. Узбекистан

Частная многопрофильная клиника «Бахтли оила». Узбекистан

Научный руководитель - Ходжиев Д.Ш.

Цель исследования. Настоящее исследование направлено на улучшение хирургических подходов к лечению пациентов с очаговыми поражениями печени, что позволит повысить эффективность терапии и снизить риск осложнений. В период с 2019 года в хирургическом отделении Республиканского специализированного научно-практического центра онкологии и радиологии (Хорезмский филиал) совместно с частной клиникой «Бахтли Оила» было выполнено 67 оперативных вмешательств у пациентов с различными поражениями печени. В исследуемой группе преобладали женщины (42 случая) по сравнению с мужчинами (23 случая), а возраст пациентов варьировал от 40 до 74 лет.

Материал и методы. Среди выявленных патологий гемангиомы диагностированы в 15 случаях, фокальная nodулярная гиперплазия – в 10 случаях, первичный рак печени – в 39 случаях, метастатическое поражение печени – в 3 случаях. Онкологический диагноз был подтверждён методом трепан-биопсии в 25 случаях, гистологически верифицирован в 25 случаях гепатоцеллюлярного рака (ГЦР), а также в 3 случаях метастатического поражения печени колоректальной аденокарциномой. Выполнены следующие хирургические вмешательства: правосторонняя гемигепатэктомия (38 случаев), левосторонняя гемигепатэктомия (12 случаев), расширенная гемигепатэктомия (8 случаев), атипичная резекция (7 случаев) и комбинированные операции. Для диссекции паренхимы печени применялись различные методики, включая дигитоклазию, монополярную и биполярную коагуляцию, а также ультразвуковой скальпель «Harmonic».

Диагностический алгоритм включал лабораторные исследования, а также инструментальные методы визуализации (ультразвуковое исследование (УЗИ), магнитно-резонансная томография (МРТ), мультиспиральная компьютерная томография с ангиографией (МСКТ-ангиография), эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)).

Результаты исследования. Средний объем интраоперационной кровопотери составил 1050 ± 420 мл, независимо от применяемого метода диссекции паренхимы печени. В послеоперационном периоде осложнения были зарегистрированы у 8 пациентов (11,9%), среди которых ведущую роль занимала печёночная недостаточность (4 случая). Дополнительные осложнения включали билиарное истечение (2 случая), реактивный плеврит (1 случай), послеоперационный абсцесс (1 случай) и нагноение послеоперационной раны (1 случай). Летальность составила 5,7% (2 случая), обусловленных развитием печёночной недостаточности и острого инфаркта миокарда.

При наблюдении в течение двух лет после резекции печени по поводу злокачественных новообразований рецидивы заболевания не зарегистрированы.

Выводы. Несмотря на высокую эффективность хирургического лечения очаговых поражений печени, его проведение сопряжено с рядом трудностей, включая необходимость высокой квалификации хирурга, риск послеоперационных осложнений и ограниченные возможности трансплантации печени. Дальнейшие исследования направлены на оптимизацию хирургической тактики и поиск методов, позволяющих минимизировать послеоперационные риски, что в конечном итоге повысит выживаемость и качество жизни пациентов.

Султонов Х.К.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФОРМАХ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ

Кафедра общей хирургии №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент М.Х. Набиев

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения при гнойно-некротической форме рожистого воспаления.

Материал и методы. Исследовательская работа выполнена в отделении центра эндокринной и гнойно-септической хирургии на базе ГУ ГМЦ №3 г. Душанбе в период 2018 -2019 гг. Под нашим наблюдением в лечении находились 29 больных с гнойно-некротическими формами рожистого воспаления в возрасте от 25 до 80 лет. Среди больных преобладали лица от 45 до 70 лет, большинство из которых были больные пожилого возраста. Распределение пациентов по полу было следующим: женщины составили 41,37% (12 человек), мужчины – 58,62% (17 человек). У части пациентов наблюдалась сопутствующая патология, способствующая отягощению течения хирургической инфекции, и они были разделены: ИБС у 18 (62,06%) больных, ГБ 24 (82,75%), железодефицитная анемия у 10 (34,48%), а также выявили сахарный диабет в стадии суб- и декомпенсации, с длительностью заболевания более трех лет 9 (31,03%). Диагноз рожистого воспаления был сформулирован в соответствии с классификацией В.Л. Черкасова (1986). Для оценки глубины поражения использовалась классификация хирургической инфекции мягких тканей по D.H. Ahrenholz (1991). До момента госпитализации длительность заболевания у большинства пациентов составляла более 8 дней.

Результаты исследования. По данным анамнеза у всех пациентов заболевание началось остро с подъёма температуры тела, а также наблюдались симптомы общей интоксикации: головная боль (90%), общая слабость (99,6%), ломота в теле (78%), головокружение. При госпитализации в стационаре состояние всех больных оценивалось как средней и тяжёлой степени. По характеру осложнений пациенты с различными формами рожистого воспаления распределились следующим образом: больные с флегмонами составили 11 (37,9%), а остальные 18 (62,06%) больных с некрозом мягких тканей. Наибольшее количество больных было с локализацией процесса на нижних ко-

нечностях – 21 человек (72,41%), реже рожистое воспаление наблюдалось на верхних конечностях – 8 (27,58%) человек. Бактериологический контроль динамики течения раневого процесса включал в себя определение видового состава возбудителей, их количественный состав и чувствительность к антибактериальным препаратам. Поскольку у всех больных, принимавших участие в данном исследовании, имелись гнойно-некротические осложнения рожистого воспаления, при госпитализации, в первую очередь, пациентам оказывалось хирургическое воздействие на очаг воспаления – проводилось вскрытие. Среди штаммов, высеянных на 6-е сутки с момента начала лечения, во всех изучаемых группах преобладают стафилококки (*Staphylococcus aureus* – 55% штаммов, *Staphylococcus saprophyticus* – 2%). На основании вышеизложенного можно заключить, что β -гемолитический стрептококк является пусковым фактором в возникновении рожистого воспаления, однако ведущая роль в развитии деструктивных форм принадлежит вторичной инфекции в виде золотистого стафилококка и различных микробных ассоциаций. Для пациентов с обширными некрозами кожи определяющим критерием эффективного лечения раневого процесса была готовность раны к аутодермопластике расщепленным лоскутом. Средний срок пребывания пациентов в стационаре в группе сравнения составил $16 \pm 2,7$ дней.

Выводы. Таким образом, лечение больных с осложнёнными формами рожистого воспаления является сложной междисциплинарной проблемой на стыке хирургии и инфектологии. Терапия гнойных ран требует особого подхода, учитывающего патофизиологические закономерности рожистого воспаления.

Султонов Х.К.

РАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОБШИРНЫХ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФЛЕГМОНАХ

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель - к.м.н., доцент М.Х. Набиев

Цель исследования. Изучить микробиологические аспекты микрофлоры и улучшить результаты хирургического лечения при обширных гнойно-некротических флегмонах.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось на лечении в отделении ГУ ГМЦ №3 г. Душанбе в период 2019 г. 50 больных с обширными гнойно-некротическими флегмонами. Распределение больных по полу - мужчины составили 29 (58%), женщины 21 (42). Возраст больных составил от 16-89 лет. Среди этих больных у 2 (4%) был анаэробная флегмона, у 26 (52%) - больных имелись обширные гнойно-некротические флегмоны а у 22 (44%) больных постинъекционные флегмоны. У 39 (78%) больных патологический процесс локализовался в области нижних конечностях. У 11 (22%) – верхних конечностях. Частота сопутствующих заболеваний, такими как, более 90% СД II – типа, ГБ 41 (82%), ИБС: стенокардия напряжения и атеросклероз у 9 (18%). Диагноз устанавливался на основании клинических, лабораторных, инструментальных методов исследования. Для контроля эффективности лечения проводили динамическое, микробиологическое, цитологическое исследование биоптатов тканей, изучили динамику течения раневого процесса по данным доплерографии, степени распространенности костной деструкции по данным рентгенографии пораженных областей. Определение чувствительности микрофлоры к антибактериальным препаратам и их количественное содержание на 1г ткани осуществлялось по общепринятым методам.

Результаты исследования. Все больные поступали в тяжелом, запущенном состоянии и были оперированы в экстренном порядке, производились широкие вскрытия и некрэктомии. При исследовании посевов из гнойных очагов у всех больных микробные ассоциации колебались от 2 до 5 видов микроорганизмов. Общая летальность составила 9 (18%) больных. Частота первичных высоких ампутаций составила 4% (2 больных). Объем операции при этом включал в себя нанесение протяженных разрезов и мобилизации кожно-жировых лоскутов в пределах очага инфекции, некрэктомию, дренирование раны. Этапные хирургические обработки выполнялись в интервале 12-24 ч, хирургическое лечение дополнялось комплексным консервативным. Оценка антибактериальных препаратов дала возможность получить доказательства высокой эффективности (85-100%) левофлоксацина, моксифлоксацина, клиндамицина, ванкомицина при доминировании в очаге *Staphylococcus aureus*, ванкомицина и линезолида – в случае метициллинрезистентного золотистого стафилококка (MRSA). У 15 (18,2%) больных Линезолид (100% чувствительность) явился последним рубежом защиты от MRSA в сравнении с ванкомицином. В случае инфекции, вызванной *Escherichia coli*, высокую эффективность (80-100%) проявили цефотаксим, цефтазидим, цефепим, имипенем/меропенем. Отмечена эффективность цефепима при выявлении *Pseudomonas aeruginosa*; амоксициллина/клавуланат, левофлоксацина, имипенема (80-100%) при обнаружении *Enterococcus faecalis*. При превалировании в очаге поражения *Peptostreptococcus* spp. и *Bacteroides fragilis* высокоактивными оказались с целью воздействия на анаэробную флору с высокой степенью эффективности (до 100%) применялся метронидазол.

Выводы. Таким образом, современная антибактериальная терапия у больных с обширными гнойно-некротическими флегмонами базируется на необходимости комплексного подхода к этой проблеме, а именно: адекватного хирургического лечения гнойного очага, рационального назначения антибактериальных препаратов с учетом чувствительности их к микрофлоре, высеваемой из гнойного очага с цитологическим контролем раневого содержания

Султонов Х.К.

СИНДРОМ ВЗАИМНОГО ОТЯГОЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Кафедра общей хирургии №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н., доцент М.Х. Набиев

Цель исследования. Целью работы явилось улучшение диагностики и лечения синдрома взаимного отягощения у больных гнойно-некротическими осложнениями сахарного диабета.

Материал и методы. В основу данного исследования положены результаты лечения 110 больных с гнойно-некротическими осложнениями сахарного диабета (ГНО СД), госпитализированных в отделение гнойно-септической хирургии ГУ ГМИЦ №3 г. Душанбе, муж. - 28 (46,6%), жен. – 32 (53,3%). Возрастной спектр больных колебался от 30 до 74 лет. Длительность заболевания сахарным диабетом в обеих группах составила от 2 до 25 лет. У большинства больных - 98 чел. (89%) отмечен сахарный диабет II типа, I тип выявлен у 12 (11%) больных. В анамнезе у 58 (52,7%) больных отмечалось лабильное течение СД. Уровень гипергликемии при поступлении в среднем составлял $14,6 \text{ ммоль/л}$ с глюкозурией до 4%. При поступлении и по ходу лечения интенсивность перекисного окисления липидов (ПОЛ) оценивали в плазме крови по продуктам пиллопероксидации малонового диальдегида (МДА) и диенового конъюгата (ДК) по методике С.Г. Конюковой. Оценка коагулологических свойств крови основывалась на исследовании уровня фибрина и фибриногена, фибриногена В, тромботеста, толерантности плазмы к гепарину, протромбинового индекса и времени.

Результаты исследования. Исследования показали, что наблюдается повышенное содержание продуктов ПОЛ в плазме крови у больных с ГНО СД, при этом МДА повышается до $6,3 \pm 1,25$, ДК – $0,92 \pm 0,14$, а при распространенных гнойно-некротических процессах у этих больных МДА достигает критического уровня $7,82 \pm 0,92$, ДК – $1,24 \pm 0,05$. Таким образом, показатели содержания продуктов ПОЛ были значительно выше у больных с гнойно-некротическими осложнениями сахарного диабета, что свидетельствует об одной из причин быстрого развития и распространения гнойно-некротического процесса под воздействием продуктов ПОЛ. Причиной распространения гнойно-некротических осложнений сахарного диабета во всех наблюдениях явилась гиперкоагуляция, вызванная перенасыщением крови больных продуктами ПОЛ и повреждением эндотелия.

Выводы. Таким образом, у больных, страдающих ГНО СД, купирование инфекционного процесса необходимо сочетать с коррекцией углеводного обмена критической ишемии антиоксидантного и антикоагулянтного лечения. Только в совокупности применения этих лечебных мероприятий возможно обеспечение нормализации гемокоагуляционных показателей и снижение риска сосудистых и тромботических осложнений.

Султонова С.А., Гаибназаров С.С.

КОМБИНИРОВАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕКРОТИЧЕСКОГО ФАСЦИИТА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Ташкентская медицинская академия. Ташкент, Узбекистан
Научный руководитель - Хамдамов Ш.А.

Цель исследования. Оптимизация хирургического лечения некротического фасциита при диабете с применением NPWT (негативно-давящей терапии) и последующей аутодермопластики для ускорения заживления, снижения частоты осложнений и риска ампутации.

Материал и методы. В исследование были включены 5 пациентов с некротическим фасциитом на фоне диабета, госпитализированных в многопрофильную клинику ТМА. Диагностика включала клинико-лабораторные исследования, УЗИ, МСКТ.

Результаты исследования. При поступлении у всех пациентов наблюдалась выраженная интоксикация, гипергликемия, болевой синдром, некроз тканей. После экстренной некрэтомии была проведена NPWT, ускорившая формирование гранул.

На 5-е сутки отмечена положительная динамика заживления. На 10-е сутки наблюдалась эпителизация трансплантата, а через 3–4 недели произошло полное приживление кожного лоскута, значительное уменьшение воспаления и восстановление микроциркуляции. Через 6 недель не было выявлено признаков инфекции или отторжения трансплантата. Через 3 месяца у большинства пациентов наблюдалось полное восстановление функции конечности, предотвращение образования рубцов и контрактур.

Выводы. Комбинированное лечение с применением NPWT и аутодермопластики позволило избежать ампутации, ускорить заживление и снизить риск осложнений. Пациентам рекомендованы контроль диабета, антибактериальная терапия, физиотерапия и профилактика диабетической ангиопатии.

Суфиев Л.А., Обидов Д.С., Юлдошев У.Р.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРИ РЕЦИДИВЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ
Научный руководитель – д.м.н. Мирзоева Д.С.

Цель исследования. Оценка иммуногистохимического профиля у пациентов с рецидивирующим и/или метастатическим раком молочной железы.

Материал и методы. В рамках проспективного исследования было обследовано 42 пациента с рецидивирующим и/или метастатическим РМЖ, находившихся на лечении в ГУ «Республиканский онкологический научный

центр» Министерства здравоохранения и социального развития Республики Таджикистан в период с 2022 по 2024 годы. Все пациенты были клинически или радиологически заподозрены в рецидиве заболевания, и для подтверждения диагноза им была проведена биопсия или хирургическая резекция рецидивирующих поражений. Рецидивирующие поражения определялись как любые местные, регионарные или отдаленные рецидивы.

Результаты исследования. Среди 42 больных с рецидивирующим и/или метастатическим РМЖ ИГХ-профиль первичных опухолей был следующим: 19 пациенток (45,2%) имели положительный статус РЭ/РП, 14 (33,3%) были HER2-амплифицированными, и 9 (21,5%) относились к трижды негативной группе. Протоковая карцинома оказалась наиболее распространенным гистологическим типом, встречаясь у 33 пациенток (78,6%), в то время как дольковый рак был зарегистрирован у 6 пациенток (14,3%). Анализ экспрессии Ki-67 показал, что 25 пациенток (59,5%) имели высокий уровень пролиферации ($>20\%$), что может указывать на более агрессивный характер опухоли. Все пациенты после первоначального диагноза прошли хирургическое вмешательство, а 38 из 42 (90,5%) получали адъювантную химиотерапию, эндокринную терапию или таргетную терапию до появления рецидивов. Наиболее частым местом рецидива были регионарные лимфатические узлы, которые затрагивались в 21 случае (50%), за ними следовала грудная стенка с 11 случаями (26,2%). Также отмечено, что у 7 пациенток (16,7%) были зарегистрированы отдаленные метастазы в легкие и печень.

Выводы. Иммуногистохимическая оценка является важным инструментом для определения прогноза и выбора терапии у пациенток с рецидивом рака молочной железы. Полученные результаты показывают высокую частоту положительной экспрессии РЭ/РП и HER2 среди исследуемой группы, что может иметь значение для дальнейшего выбора адекватной терапии. Понимание ИГХ-профиля опухоли у пациенток с рецидивом может способствовать более эффективному управлению заболеванием и улучшению клинических исходов. Дальнейшие исследования необходимы для более глубокого анализа взаимосвязи между ИГХ-маркерами и клиническими характеристиками рецидивирующего рака молочной железы, а также для разработки новых подходов к лечению на основе полученных данных.

Тагоев С.Х., Достиев У.А., Муллоев И.Дж.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ СПАЕЧНЫХ ПРОЦЕССОВ ПОСЛЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ И ТРАДИЦИОННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н. Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Сравнить частоту спаечных процессов у пациентов, перенесших малоинвазивные и традиционные хирургические вмешательства, и определить ключевые факторы, влияющие на их развитие.

Материал и методы. Обследованы 140 пациентов, перенесших хирургическое лечение гастроэнтерологических заболеваний. Средний возраст составил $48,1 \pm 7,3$ года; мужчины – 60% (84 человека), женщины – 40% (56 человек). Пациенты были разделены на две группы:

- **Группа 1** (80 человек): малоинвазивные операции (лапароскопия, эндоскопия).
- **Группа 2** (60 человек): традиционные операции (лапаротомия).

Оценивались частота спаечных процессов через 6 и 12 месяцев после операции, интенсивность хронической боли (по шкале ВАШ), частота кишечной непроходимости. Для анализа данных использовались χ^2 и регрессионный анализ при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. Частота спаечных процессов в группе 1 составила 12%, тогда как в группе 2 – 28% ($p < 0,01$).

- Пациенты группы 2 чаще сообщали о хронической боли (16% против 6% в группе 1, $p < 0,05$).
- Случаи кишечной непроходимости зарегистрированы у 10% пациентов группы 2 и у 3% пациентов группы 1 ($p < 0,01$).
- Основные факторы риска спаечных процессов: длительная операция (более 90 минут), открытый доступ (лапаротомия) и наличие воспалительных процессов в брюшной полости.

Выводы. Малоинвазивные хирургические вмешательства значительно снижают риск развития спаечных процессов по сравнению с традиционными методами. Эти операции обеспечивают лучшее качество жизни пациентов, сокращая частоту хронической боли и кишечной непроходимости. Рекомендуется шире внедрять малоинвазивные технологии в клиническую практику.

Тагоев С.Х., Достиев У.А., Муллоев И.Дж.

ИЗУЧЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н. Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценить эффективность фармакотерапии в сочетании с хирургическим лечением гастроэнтерологических заболеваний для улучшения клинических исходов и снижения частоты осложнений.

Материал и методы. В исследование включены 130 пациентов с хирургическими гастроэнтерологическими заболеваниями. Средний возраст пациентов составил $46,5 \pm 7,1$ года. Мужчины составляли 57% (74 человека), женщины – 43% (56 человек).

Пациенты были разделены на две группы:

- **Группа 1** (65 человек): получали стандартное хирургическое лечение без дополнительной фармакотерапии.
 - **Группа 2** (65 человек): помимо стандартного хирургического лечения, получали фармакотерапию, включающую иммуномодуляторы, антиоксиданты и препараты, улучшающие микроциркуляцию.
- Основные параметры оценки:
- Частота послеоперационных осложнений (инфекции, кровотечения, нарушения моторики ЖКТ).
 - Длительность госпитализации.
 - Время восстановления функциональной активности ЖКТ.
- Для статистического анализа использовались t-критерий Стьюдента и χ^2 при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. Частота осложнений в группе 2 снизилась до 12% по сравнению с 24% в группе 1 ($p < 0,01$).

- **Средняя длительность госпитализации** сократилась на 2,5 дня в группе с фармакотерапией ($7,3 \pm 1,9$ дней против $9,8 \pm 2,2$ дней в группе 1, $p < 0,05$).
- **Восстановление моторики ЖКТ** произошло быстрее у пациентов группы 2 (в среднем за $3,8 \pm 0,9$ дня) по сравнению с группой 1 ($5,1 \pm 1,2$ дня, $p < 0,01$).
- **Уровень удовлетворенности пациентов** лечением был выше в группе 2 на 20% по данным анкетирования.

Выводы. Применение фармакотерапии в сочетании с хирургическим лечением гастроэнтерологических заболеваний способствует значительному снижению частоты послеоперационных осложнений, ускоряет восстановление функций ЖКТ и сокращает сроки госпитализации. Рекомендуются включить фармакотерапевтические методы в стандартные протоколы лечения данных пациентов для улучшения клинических исходов и повышения качества жизни.

Тагоев С.Х., Достиев У.А., Муллоев И.Дж.

РОЛЬ РАННЕЙ МОБИЛИЗАЦИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ВОССТАНОВЛЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХИРУРГИЧЕСКИМИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н. Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценка влияния ранней мобилизации на частоту послеоперационных осложнений и скорость восстановления у пациентов с хирургическими гастроэнтерологическими заболеваниями.

Материал и методы. Исследование включало 140 пациентов, перенесших хирургическое лечение гастроэнтерологических заболеваний. Средний возраст составил $48,7 \pm 7,5$ года. Мужчины – 55% (77 человек), женщины – 45% (63 человека). Пациенты были разделены на две группы:

- **Группа 1** (70 человек): стандартное ведение послеоперационного периода с мобилизацией на 2–3 день.
- **Группа 2** (70 человек): ранняя мобилизация в течение первых 24 часов после операции.

Оценивались частота осложнений (тромбоэмболия, застойная пневмония, нарушение моторики ЖКТ), длительность госпитализации и субъективные показатели восстановления. Для анализа использовались χ^2 и однофакторный анализ (ANOVA) при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. Частота тромбоэмболических осложнений в группе 2 была на 60% ниже (4% против 10% в группе 1, $p < 0,01$).

- Застойная пневмония наблюдалась у 3% пациентов в группе 2 по сравнению с 8% в группе 1 ($p < 0,05$).
- Восстановление моторики ЖКТ произошло быстрее в группе 2 (в среднем $3,5 \pm 1,1$ дня против $5,2 \pm 1,4$ дней в группе 1, $p < 0,01$).
- Средняя длительность госпитализации сократилась на 2,4 дня в группе с ранней мобилизацией ($6,8 \pm 1,9$ дней против $9,2 \pm 2,3$ дней, $p < 0,01$).

Выводы. Ранняя мобилизация пациентов после хирургических вмешательств значительно снижает риск осложнений и ускоряет восстановление. Этот подход рекомендуется для включения в стандартные протоколы послеоперационного ухода, так как он улучшает клинические результаты и повышает удовлетворенность пациентов.

Тошкенбоев Ф.Р.

ТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ДОСТУПЫ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМОЗОВ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В.Вахидова». Узбекистан.
Научный руководитель - д.м.н. Гуламов О.М.

Цель исследования. Определить эффективность хирургических миниинвазивных тактик при осложнённых язвах желудка.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты исследования 42 больных с осложнёнными формами язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, лечившихся в стационарном лечении в отделении торакоабдоминальной онкохирургии ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова» в период 2022-2024 гг. Возраст пациентов составил от 23 до 71 л, в среднем 39,7 л.

Все пациенты исследованы лабораторным и инструментальными методами диагностики, особенно ЭГДФС (до- и после операции несколько раз), рентген-контрастное исследование органов ЖКТ, МРТ, МСКТ. При исследованиях у пациентов диагностирована несколько сопутствующие патологии: заболевания сердечно-сосудистой системы ($n=25$), дыхательной системы ($n=3$), сахарный диабет ($n=11$) и др. А также, выявлено несколько хирургических

патологий: хронический калькулезный холецистит, грыжа передней брюшной стенки и диафрагмальные. Им рекомендованы симультанные операции. Все пациенты осмотрены специалистами и подготовлены к плановым операциям.

Результаты исследования. По заключениям исследований выявлены следующие осложнения язвы желудка: остановившееся кровотечение у 4 (9,5%) больных, пилоростеноз в стадии декомпенсации у 12 (28,6%), малигнизация язвы у 26 (61,9%) пациентов.

Всем пациентам после предоперационной подготовки проведены оперативные вмешательства лапароскопическим путём под общей комбинированной анестезией. Из них 37 пациентам выполнены: «Лапароскопическая резекция желудка. Наложением гастроэнтероанастомоза» и 5 пациентам «Лапароскопическая гастрэктомия. Наложение эзофагоэнтероанастомоза». У больных с малигнизацией язвы во время операции выполнена лимфадиссекция ЛД2. А также, 13 пациентам с сопутствующими хирургическими патологиями выполнены симультанные операции: холецистэктомия, пластика пупочного кольца и крурорафия по Ниссену.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больные через день активизировались, назогастральный или назоинтестинальный зонд удален через 2-3 дня. Больные получали противопанкреатическую терапию, противоязвенную, антибактериальную, спазмолитическую, инфузионную и симптоматическую терапию. А также, коррекция сопутствующих патологий. Больные выписаны в среднем на 5-6 сутки после операции.

Выводы. При осложненных язвах желудка резекция или гастрэктомия лапароскопическим путём даёт хорошую визуализацию для полноценной лимфадиссекции, приводит к ранней реабилитации больных, и низкая степень болевого синдрома даёт положительный стимул для выздоровления пациентов.

Туйчиев О.Д.^{1,3}, Усманов Б.Б.², Юлдошев Р.З.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ РАКА ПИЩЕВОДА: РОЛЬ *HELICOBACTER PYLORI*

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, МЗ РУз¹
Кафедра онкологии, онкогематологии и радиационной онкологии, «Ташкентский Педиатрический медицинский институт»²

Кафедра Хирургии, «Евроазиатский Мультидисциплинарный Университет»³

Кафедра онкологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Юсупбеков А.А.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости *Helicobacter Pylori* (HP) в периоперационном периоде у больных с раком пищевода (РП).

Материал и методы. Субъектом исследования были 93 больных переносившие субтотальную экстирпацию пищевода (операция Льюиса) в отделении онкохирургии пищевода и желудка РСНПМЦОиР МЗ. РУз. с начала 2021 года по 07.2023 года. Всем больным была выполнена диагностика HP инфицированности с помощью Уреазного теста при первичной диагностике РП, а также для изучения HP контаминации в гастротрансплантате после радикальных вмешательств мы использовали CLO-тест с использованием планшетов «AMA RUT Pro». Объектом исследования были клинические материалы, взятые из пяти точек желудка во время первичной диагностической эзофагогастро-дуоденоскопии через 30 дней после вмешательства.

Результаты исследования. Работа была направлена на исследование HP контаминации желудочного трансплантата, которая существенно влияет на течение комплексного лечения и реабилитации больных с РП. По результатам уреазного дыхательного теста проведенного на все 93 больных при первичной диагностике, у 41 (44,0%) больных выявлена персистенция HP. Из них 10 (10,7%) мужчин и 31 (33,3%) женщин. Пациенты с положительным тестом на HP получили параллельно с основным методом лечения эрадикационную терапию с ингибиторами протонной помпы и двумя антибиотиками.

Показатели послеоперационного CLO-теста на персистенции HP в гастротрансплантате через 30 дней после операции показали у 8 (8,6%) больных положительный и у 12 (12,9%) слабоположительный результат. Данный результат показывает, что 20 (48,8%) из 41 больных с HP ассоциированным РП страдают от персистенции HP в послеоперационном периоде не смотря на полученную эрадикационную терапию.

Выводы. Среди контингента больных с РП, распространенность HP составила 44%. У инфицированных больных, после радикальной операции совместно с эрадикационной терапией, в 48,8% случаях бактерии HP продолжают персистировать в желудочном трансплантате. Этот факт указывает о острой необходимости изучения резистентности HP к антибиотикам.

Туланов Б.Т.¹, Шаханова Ш.Ш.², Рахимов Н.М.²

ЗНАЧЕНИЕ КОМБИНИРОВАНИЯ ОМЕГА-3 ЖИРНЫХ КИСЛОТ ПРОГЕСТАГЕНАМИ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПРИ СИНДРОМ АНОРЕКСИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ.

1-Кашкадаринский филиал Республиканского специализированного научно-практического центра онкологии и радиологии, Республика Узбекистан, г. Карши

2-Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Тиляшайхов М.Н

Цель исследования. В сравнительном аспекте оценить эффективность комбинации омега-3 жирных кислот с прогестогеном (мегестрол ацетата) в снижении уровня интерлейкина-6 и определить наиболее эффективный метод

коррекции у больных диссеминированным раком молочной железы осложненный синдромом анорексии.

Материал и методы. В исследовании участвовали взрослые пациенты с диссеминированным раком молочной железы. Ожидаемая продолжительность жизни прогнозировалась от 6 месяцев и статус ECOG до 2. При распределении учитывали локализацию опухоли, степень потери веса, статус ECOG, планируемое лечение и прогноз выживаемости. Пациентов разделили на три группы: первая группа (n=34) больных получавшие мегестрол ацетат 800 мг/день, вторая (n=35) – преднизолон 30 мг/день, третья (n=42) больных – мегестерол ацетат 400 мг/день и омега-3 1,6 гр/сутки. При оценке влияния лечения на аппетит пациентов биномиальный тест выявил 75% мощность при разнице 20% между группами. Общее количество больных составило 111 больных с диссеминированным раком молочной железы 4 клинической группы. Основным критерием для расчета статистической мощности было улучшение аппетита. Все сравнения проводились относительно группы мегестрол ацетата как стандартного лечения.

Результаты исследования. Показали тенденцию к большему набору веса (без учета жидкости) у пациентов, принимавших мегестрол ацетат+омега-3 (71%), по сравнению с группами монотерапии мегестерола (66%) и преднизолона (58%), что статистически достоверно преобладает комбинированный метод лечения $p=0,047$.

Среди пациентов, отметивших изменения аппетита, мы наблюдали значимых 3-месячных изменений ИЛ-6 в зависимости от того, сообщали ли пациенты, что их аппетит остался прежним (n=16), улучшился (n=49) или ухудшился (n=6): изменения (в среднем $\pm$ стандартное отклонение) составили: $-2,11 \pm 1,2$ пг/мл, $-0,51 \pm 3,9$ пг/мл соответственно ($P=0,042$, по одностороннему ANOVA).

Выводы. Исследование показало, что комбинация мегестрол ацетата и омега-3 жирных кислот является наиболее эффективным методом лечения анорексии у пациентов с диссеминированным раком молочной железы. Пациенты, получавшие мегестрол ацетат в сочетании с омега-3, демонстрировали значительное улучшение аппетита, увеличение массы тела и качества жизни по сравнению с группами, получавшими только мегестрол ацетат или преднизолон. Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о том, что добавление омега-3 жирных кислот к мегестрол ацетату может быть эффективным подходом к коррекции анорексии и снижению воспаления у пациентов с распространенным раком молочной железы.

Тураев Ф., Фуркатзод Ф.

ТРАНССКЛЕРАЛЬНАЯ ДИОДЛАЗЕРНАЯ ЦИКЛОФОТОКОАГУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВТОРИЧНОЙ ПОСТКОНТУЗИОННОЙ ГЛАУКОМОЙ

Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

1-е глазное отделение ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Карим-заде Х.Дж.

Цель исследования. Исследование эффективности применения циклофотокоагуляции при постконтузионной глаукоме.

Материалы и методы исследования. Методом трансклеральной диодлазерной циклофотокоагуляции (ТС ДЛ ЦФК) было прооперировано 6 пациентов (6 глаз) в первом глазном отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в 2024 году. Все пациенты были представителями мужского пола. Продолжительность койко-дней колебалась от 2 до 5 дней. Городских жителей было 66,5% (n=4), а жителей села - 33,5% (n=2). До операции уровень внутриглазного давления (ВГД) на максимальном режиме гипотензивных капель варьировал от 28 до 59 мм рт. ст. (в среднем 41,7 мм рт. ст.). Постоянный, выраженный болевой синдром присутствовал у всех больных.

Результаты исследования. Интраоперационные осложнения не наблюдались. В раннем послеоперационном периоде отмечали следующие осложнения: гифема - в 1 глазу, гемофтальм - в 1 глазу, фибрин - в 4-х случаях. Все осложнения были устранены медикаментозным путём. В первый день после операции уровень ВГД значительно снизился, но оставался выше среднего - пальпаторно Tn +. Уровень ВГД на 7-й день после операции варьировал от 16 до 32 мм рт. ст., в среднем 23,53 мм рт. ст. Через 1 месяц после операции ВГД колебалось от 16 до 26 мм рт. ст., в среднем 21,23 мм рт. ст. и оставалось на нормальном уровне после 6 месяцев - колебание от 16 до 26 мм рт. ст., а в среднем - 19,42 мм рт. ст. Болевой синдром был купирован во всех случаях.

Выводы.

1. Трансклеральная циклофотокоагуляция при вторичной постконтузионной глаукоме в терминально болящей стадии является хорошей альтернативой фистулизирующей, крио- и диатермохирургии, позволяющей добиться устойчивой компенсации на 91,7% прооперированных глаз, с постконтузионной глаукомой за период наблюдения 36 мес. Гипотензивный эффект операции связан с деструкцией цилиарных отростков и снижением выработки внутриглазной жидкости, а также вазодилататорным действием, которое обусловлено выбросом медиаторов воспаления.

2. В раннем послеоперационном периоде в 80% случаев удалось добиться компенсации ВГД и во всех случаях - купирования болевого синдрома. ВГД у большинства больных с рефрактерной глаукомой стабилизировалось через 7 дней после операции и оставалось стабильным на протяжении периода наблюдения.

3. ТС ДЛ ЦФК не только снижает ВГД у больных, но и снимает болевой синдром, что позволяет использовать его в практике в качестве гипотензирующего и анальгезирующего метода операции.

Турапова М.З., Муродов Д.К, Махмадкулова Н.А.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛОСКУТА ШИРОЧАЙШЕЙ МЫШЦЫ СПИНЫ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ДЕФЕКТОВ
ШЕИ И ЛИЦА

Кафедра хирургических болезней № 2 имени академик Н.У. Усманова;
Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии имени Каримова М.К.
ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии
Научный руководитель - д.м.н., доцент Маликов М.Х.

Цель исследования. Коррекция посттравматических дефектов шеи и лица использованием лоскута на основе широчайшей мышцы спины.

Материал и методы. Изучены результаты перемещения лоскута широчайшей мышцы спины на сосудистой ножке при дефектах и рубцовых деформациях шеи и лица.

Во всех наблюдениях была осуществлена несвободная транспозиция мышцы на сосудисто-нервной ножке. Всего были оперированы 5 пациентов, среди которых у одного имелся сквозной дефект лица, у другого – атрофия половины лица из-за паралича лицевого нерва. В 3 остальных наблюдениях имелся протяженный дефект покровных тканей с контрактурой шеи. Сквозной дефект лица явился последствием электрической травмы. Из-за паралича лучевого нерва (также последствия электрической травмы) имела атрофия правой половины лица. Протяженный рубцовый дефект шеи со сгибательной контрактурой у 3 пациенток явилось вследствие ожога кипяченой водой.

Результаты исследования. Сложным явилась коррекция сквозного дефекта лица. С использованием лоскута широчайшей мышцы спины одновременно нами было решено функциональная и эстетическая сторона вопроса. Лоскут был поднят на длинной сосудисто-нервной ножке и позади большой грудной мышцы был перемещен в области лица. После чего лоскут разделили на две части, и таким образом устранился дефект лица.

Несвободное перемещение лоскута также производилось при параличе лучевого нерва с хорошим эстетическим эффектом.

Возможности местно-пластических операций резко суживались при протяженных рубцовых деформациях шеи со сгибательной контрактурой. После иссечения рубцово-измененной кожи и устранения контрактуры протяженные дефект потребовали использованию васкуляризированного большого лоскута. При этих ситуациях идеальным считался также лоскут на основе широчайшей мышцы спины. Всем трем пациенткам было выполнено устранение контрактуры шеи, дефекты были закрыты лоскутом широчайшей мышцы спины.

Послеоперационный период протекал гладко, ишемии лоскутов не отмечалась. Больные находились под наблюдением в течение более 2 лет, показания к коррекции перемещенных лоскутов не были выставлены. Стоит отметить, что с целью устранения сквозного дефекта лица, используя столь сложную методику транспозиции, нами преследовалась цель достичь оптимального функционального результата. Использование лоскута, кроме устранения функционального нарушения способствовало прекращению выделения содержимого полости рта через посттравматический дефект, нормализации акта пищеварения и, тем самым, положительно повлияло на качество жизни пациента.

После устранения дефекта покровных тканей шей отмечалось полное восстановление движения в шеи, пациенты были удовлетворены функциональным и эстетическим результатом операции.

Выводы. Использование лоскута на основе широчайшей мышцы спины для коррекции сквозных и обширных тканевых дефектов шеи и лица считается оптимальным вариантом операции, когда возможности местно-пластического ресурса ограничены.

Турсунов Н.Б., Худоярова Д.Р.
СОХРАНЕНИЕ ФЕРТИЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ЖИВОТЕ

Кафедра акушерства и гинекологии №1
Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Худоярова Д.Р.

Цель исследования. Изучить возможности сохранения фертильности при остром гинекологическом животе.

Материал и методы. Данная научно-исследовательская работа проводилась в соответствии с целями и задачами исследования на клинической базе Самаркандского филиала Республиканского специализированного научно-практического центра экстренной медицинской помощи, в отделение гинекологии.

С целью повышения эффективности использования лапароскопических методов лечения при проведении оперативных вмешательств у гинекологических больных с симптомом «острого живота» путем усовершенствования тактики ведения и профилактики послеоперационных осложнений были обследованы данные лапароскопических операций 100 гинекологических больных с симптомами «острого живота», которые поступили в РНЦЭМП города Самарканд. Группу контроля составят 40 гинекологических больных с симптомами «острого живота», которые получают оперативное лечение лапаротомическим путем.

Результаты исследования. Возраст пациентов колебался от 22 до 48 лет, в среднем составив $33,4 \pm 2,2$ года. Все участники исследования жаловались на острые боли в животе, преимущественно в нижних его отделах. Сложности в дифференциальной диагностике возникали при диффузных формах заболевания, сопровождающихся гемоперитонием, что вело к неопределенной локализации болей: пациенты не могли указать конкретный квадрант, где болело. При смене положения тела с лежащего на горизонтальное боль усиливалась, вероятно, из-за накопления крови и воспалительного экссудата в брюшной полости, раздражающих нервные окончания, что также вызывало на-

пряжение мышц передней стенки живота. Примерно 40% пациентов самостоятельно принимали спазмолитики, и у 20% из них наблюдалось временное облегчение в течение 20-30 минут. Другие 20% использовали нестероидные противовоспалительные препараты в таблетках, что также обеспечивало временное улучшение состояния. Всем пациентам было проведено стандартное обследование, в результате которого был установлен диагноз и показаны показания к хирургическому вмешательству. В первой группе пациентов наиболее часто встречалась внематочная беременность (50%), тогда как во второй группе наибольшее количество диагнозов составляли разрыв кисты (40%) и внематочная беременность (40%). В целом объем хирургических вмешательств был сопоставим в обеих группах. Средняя продолжительность лапароскопических операций составила 40-45 минут, тогда как при лапаротомии время варьировало: в 5% случаев операция занимала лишь 15 минут, в 20% — до 85 минут, в большинстве случаев время также находилось в диапазоне 40-45 минут. Лапаротомия в целом занимала около часа.

Выводы. В исследовании рассматривались пациенты в возрасте от 22 до 48 лет (средний возраст $33,4 \pm 2,2$ года), жаловавшиеся на острые боли в нижних отделах живота, что усложняло диагностику, особенно при гемоперитонии. У 40% пациентов отмечалось самостоятельное применение спазмолитиков, у 20% — нестероидных противовоспалительных препаратов, что обеспечивало временное облегчение болей. В первой группе доминировала внематочная беременность (50%), во второй — разрыв кисты и внематочная беременность (по 40%). Среднее время лапароскопических операций составило 40-45 минут, при лапаротомии варьировалось от 15 до 85 минут с преобладанием 40-45 минут. Результаты подчеркивают необходимость своевременной диагностики и вмешательства при острых абдоминальных болях.

Тухтаева М.М.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С УРОГЕНИТАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ Хатлонский государственный университет. Таджикистан.

Научный руководитель — к.м.н. Шокири У.Г.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь между преждевременными родами и урогенитальными заболеваниями.

Материал и методы. Для проведения данного исследования были использованы данные историй родов Родильного отделения Центральной районной больницы Дангаринского района в период с 2023 по 2024 гг.

Результаты исследования. За данный период общее количество родов составило 2339. Среди них было зарегистрировано 78 случаев преждевременных родов, что составляет 3,3% от общего числа родов. Срок гестации варьировал от 27 до 34 недель. Среди экстрагенитальных заболеваний наблюдались пиелонефрит (3 случая), хронический тонзиллит (2 случая) и гастрит (1 случай). Возрастная категория рожениц составил 17-35 лет. Первородящие составили малую часть, их количество не превысило 5 женщин. В анамнезе каждой третьей повторнорожающей с преждевременными родами отмечалось мертворождение и/или выкидыш.

Урогенитальные инфекции были выявлены в 17 случаях среди рожениц. В структуре урогенитальных инфекций преобладали вагиниты, на которые пришлось 14 случаев. Эндометрит был диагностирован в 3 случаях. Общая частота урогенитальных инфекций составила приблизительно 0,7% от общего числа родов. У 15 пациенток данные патологии проходили бессимптомно или со стёртым течением и были диагностированы во время профилактического осмотра.

Частота преждевременных родов, составляющая около 3,3%, является важным показателем, требующим внимания, так как преждевременные роды связаны с повышенным риском для здоровья новорождённых.

Выводы. Выявление урогенитальных инфекций у 17 рожениц, при этом вагинит встречается чаще, чем эндометрит, подчеркивает необходимость своевременной диагностики и лечения инфекций мочеполовой системы у беременных. Урогенитальные инфекции могут оказывать негативное влияние на течение беременности и здоровье как матери, так и ребёнка.

Умарализода С.А., Саидва Ф.Ф., Рачабзода У.М.

ВИДЕОЛАРИНГОСКОПИЯ ВА ЧАРРОҲИИ ТАШКИЛАҲОИ ХУШСИФАТИ ХАНЧАРА

Кафедра оториноларингологии МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”. Тоҷикистон

Муассисаи давлатии маркази миллии тибии ҚТ “Шифобахш”

Роҳбари илмӣ - н.и.т., дотсент Давронзода М.Д.

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши самаранокии видеоларингоскопия дар чарроҳии ташкилаҳои хушсифати ханчара.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар шуъбаҳои бемориҳои гӯшу гулӯ ва бинии МД ММТ ҚТ «Шифобахш» аз соли 2021 то 2024 зери назорати мо 29 бемор қарор дошт. Синни беморон аз 16 то 57 солро ташкил меод, ки аз онҳо 18 нафар мардон ва 11 нафарашон занон буданд. Ҳамаи беморон бо этиологияҳои органикии ханчара, яъне бо ин ё он ташкилаи омосмонанди ханчара ба шуъбаҳои гӯшу гулӯ ва бинии МД ММТ ҚТ «Шифобахш» фиристода шуданд. Аксарияти беморон аз дисфонияи вазнинии гуногун шикоят мекарданд. Ҳамаи беморон аз муоинаи узвҳои гӯшу гулӯ ва бинӣ ва видеоларингоскопия пеш аз чарроҳӣ ва пас аз чарроҳӣ гузаронида шуданд.

Амалёти чарроҳӣ дар ҳамаи беморон зери беҳискунии эндотрахеалӣ, бо истифода аз эндоскоп анҷом дода шуд. Пас аз бартараф кардани ташкилаҳои хушсифат дар макони чарроҳӣ, падидаҳои реактивӣ барои муддати муайян боқӣ мемонанд: лавҳаи наҳдор дар макони ташаккули хориҷшуда, варами реактивии перифокалӣ ва гиперемияи садопардаҳо пайдо мегардад. Дар давраи пас аз чарроҳӣ, инфузияҳои дохилиханҷаравӣ барои бемороне, ки тағироти реактивии бештар дар минтақаи захми пас аз чарроҳӣ доштанд, гузаронида шуд.

Натиҷаҳои тадқиқот. Дар давраи баъд аз ҷарроҳӣ дар муҳлатҳои гуногун ба ҳамаи беморон муоинаи тақрорӣ видеоларингоскопӣ гузаронида шуд. Таҳлили натиҷаҳо нишон дод, ки дар 12 бемор барқароршавии луобпардаи роғи садо мушоҳида мегардад. Дар рӯзи 2-3-юми пас аз ҷарроҳӣ аксуламали ками илтиҳобӣ пайдо шуд, канорҳои садопардаҳо ва роғи садо ҳангоми фонатсия шакли нимбайзавӣ дошта, амплитудайи ларзиш ва мавҷи луобӣ хурд гардид. Барои 17 нафар давраи барқароршавӣ аз 11 то 28 рӯзро ташкил дод. Дар ин беморон дар рӯзи 2-3-ум нисбат ба беморони дар боло тавсифшуда падидаҳои реактивӣ пас аз ҷарроҳӣ шадидтар мушоҳида карда шуданд. Ҳангоми фонатсия, роғи садо шакли нимбайзавӣ дошт ва дар минтақае, ки аз он ташкила бартараф гардида буд, мавҷи луобӣ ва ҳаракатҳои ларзиш вучуд надоштанд. Дар рӯзи даҳуми пас аз ҷарроҳӣ садопарда ранги гулобиро гирифтанд. Дар баробари ин, ҳарду садопардаҳо ҳолати гипотоникӣ ва асимметрияро дар амплитудайи ларзишҳо нигоҳ медоштанд.

Танҳо дар рӯзҳои 11-15 ва дар 4 бемор ва баъдтар, хатҳои овозӣ ранги гулобии рушан доштанд. Бо вучуди ин, тонуси қабатҳо паст шуда, амплитуда ва мавҷи луобпардавӣ дар ҳама беморон барқарор нагардид. Ин фарқиат дар тасвири ларингоскопӣ дар давраи пас аз ҷарроҳӣ аз намуди патология, андозаи ташкилаҳо ва ҳаҷми амалёти ҷарроҳӣ вобаста аст. Ҳамин тариқ, бартариҳои ларингоскопияи видеоӣ қобилияти мушоҳида кардани ларзишҳои садопардаҳо, ноил шудан ба объектификатсияи тадқиқот тавассути сабти видеои тасвири ларингоскопӣ, эҷод кардани бойгонии ҳуҷҷатҳои видеоӣ, инчунин эҷоди психомотсионалии мусбӣ бартарият дорад. Муайян шудааст, ки видеоларингоскопия дар беморони гирифтори бемориҳои ханҷара барои барқарорсозии пас аз ҷарроҳӣ аҳамияти бузургӣ иттилоотӣ дорад.

Хулоса. Истифодаи эндоскопҳо барои ҷарроҳии дохилиханҷаравӣ ҳангоми ташкилаҳои хушсифати ханҷара асоснок буда, нисбат ба дигар усулҳо афзалияти бештар дорад. Натиҷаҳои амалёти ҷарроҳии дохилиханҷаравӣ тавассути видеоларингоскопия дақиқ баҳогузори мегардад.

Умарализода С.А. Давронзода М.Д., Солибоева А.А.
МУКАММАЛСОЗИИ ТАБОБАТИ МАВОДӢ ДАР ДАВРАИ ПАС АЗ ҶАРРОҲӢИ ОМОСҲОИ
ХУШСИФАТИ ХАНҶАРА

Муассисаи давлатии маркази миллии тибии ҚТ «Шифобахш»
Роҳбари илмӣ н.и.т., дотсент Исмоилова М. А.

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши самаранокии маводҳои кортикостероидӣ баъд аз ҷарроҳии бартарафсозии омосҳои хушсифати ханҷара.

Мавод ва усулю. Дар шӯъбаҳои бемориҳои гӯшу гулӯ ва бинии МД ММТ ЎТ «Шифобахш» аз соли 2022 то 2024 зери назорати мо 32 бемор қарор дошт. Синни беморон аз 9 то 58 солро ташкил медод, ки аз онҳо 21 нафар мардон ва 11 нафарашон занон буданд. Ҳамаи беморон бо эътилолиятҳои органикии ханҷара, яъне бо ин ё он ташкилаи омосмонанди ханҷара ба шӯъбаҳои гӯшу гулӯ ва бинии МД ММТ ЎТ «Шифобахш» фиристода шуданд. Беморон бо усули рандомизатсия ба ду гуруҳ иборат аз 16 нафарӣ ӯддо карда шудаанд. Дар гуруҳи асосӣ дар баробари табобати анъанавӣ иловатан ингалясия бо эмулсияи Гидрокортизон таъин намудем, дар гуруҳи муқоисавӣ бошад, баъд аз амалёти ҷарроҳӣ муолилаи анъанавӣ бо истифодаи маводҳои антигистаминӣ, оромии садо ва антибиотикҳо идома дода шуд. Аксарияти беморон аз дисфония гуногун шикоят мекарданд. Ҳамаи беморон аз муоинаи узвҳои гӯшу гулӯ ва бинӣ ва видеоларингоскопияи ханҷара пеш аз ҷарроҳӣ ва пас аз ҷарроҳӣ гузаронида шуданд. Амалёти ҷарроҳӣ зери беъискунии умумӣ-эндотрахеалӣ, бо истифода аз эндоскоп анҷом дода шуд. Пас аз бартараф кардани ташкилаҳои хушсифат дар макони ҷарроҳӣ, варами реактивӣ дар муъаллаҳои муайян боқӣ мемонанд, аз ӯмла лавҳаи нахдор дар ӯи буридашудаи ташкила, варами реактивии перифокалӣ ва гиперемияи садопардаҳо пайдо мегардад.

Натиҷаҳои тадқиқот. Дар давраи баъд аз ҷарроҳӣ ба беморони гуруҳи асосӣ ингалятсия бо эмулсияи Гидрокортизон муддати 10 рӯз дар як рӯз се маротиба таъин гардид. Дар рафти табобат фиброларингоскопияи тақрорӣ дар рӯзи 3-юми баъд аз ҷарроҳӣ гузаронида шуд, ки тибқи натиҷаи он дар ҳама беморони гуруҳи асосӣ барқароршавии луобпардаи садопардаҳо мушоҳида гардида, гиперемия камтар шуд ва дар гуруҳи муқоисавӣ бошад, варами ва пурхунӣ ба таври назаррас ӯй дошт. Дар рӯзи 5-6-юми пас аз ҷарроҳӣ дар гуруҳи асосӣ аксуламали ками илтиҳобӣ ба назар расида, канорҳои садопардаҳо ва роғи овоз ҳангоми фонатсия шакли нимбайзавӣ доштанд, дар гуруҳи муқоисавӣ бошад аксуламалҳои баъдӣ-ҷарроҳӣ зиёдтар баназар мерасиданд. Барои 13 нафар дар гуруҳи асосӣ давраи барқароршавии баъдӣ ҷарроҳӣ аз 10 то 14 рӯзро ташкил дода, дар гуруҳи муқоисавӣ бошад ин нишондод ба 18 то 23 рӯз баробар гардид. Вобаста ба таҳхис ва ҳаҷми ҷарроҳии гузаронидашуда дар 3 бемори дигар дар рӯзи 2-3-ум нисбат ба беморони дар боло тавсифшуда падидаҳои реактивӣ пас аз ҷарроҳӣ шадидтар мушоҳида карда шуданд.

Ҳангоми фонатсия, роғи садо шакли нимбайзавӣ дошт ва дар минтақае, ки аз он ташкилаи омоси бартараф гардида буд, сурҳи ва варамии зиёд ба назар мерасид. Дар рӯзи 20-уми пас аз ҷарроҳӣ ва гирифтани ингалясия варамии минтақаи ҷарроҳишуда кам гардида садопардаҳо ранги гулобиро гирифта, ба ӯлати мукарабӣ баргаштаанд, дар гуруҳи муқоисавӣ бошад дар ин беморон раванди барқароршавӣ тулонитар ба назар расида, дар давоми 30 рӯз падидаҳои баъдӣ-ҷарроҳӣ бартараф гардиданд.

Хулоса. Истифодаи маводҳои кортикостероидӣ дар равандҳои баъдӣ ҷарроҳии бартарафсозии ташкилаҳои хушсифати ханҷара натиҷаи хуб дода, барои ба зудӣ бартараф намудани падидаҳои баъдӣ ҷарроҳӣ самараи хуб доранд.

Умаров С.А., Наджмуудинов С.С., Алимардонова Х.Б.
ОСТРЫЕ ЯЗВЕННЫЕ ДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ: НАШ ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА

Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель - к.м.н., доцент Халимов Дж.С.

Цель исследования. Улучшение способов своевременной диагностики и оперативного лечения ОЯДК.

Материал и методы. Материал включает 162 наблюдений за больными с ОЯДК. В зависимости от локализации кровоточащей язвы разделили на 2 группы. В первую группу были включены 104 пациента (64,2%) с локализацией язвы в луковице ДПК, во вторую 58 больных (35,8%) с локализацией язвы в залуковичной части (т.е. «низкие» язвы). Больные были трудоспособного возраста: от 30 до 50 лет (94 больных - 58%). Гериатрический контингент составил - 12 (7,4%) больных. Тяжесть острой кровопотери оценивалась на основании клинико-лабораторных данных согласно четырёх-степенной классификации Стручкова В.И. и соавт. Анализ показал, что в э.группах чаще встречались пациенты пожилого и старческого возраста.

Результаты исследования. Кровотечение явилось первым проявлением язвенной болезни у 38 пациентов (23,4%). Различные виды операций по поводу ЯБ перенесли в анамнезе 21 пациентов. Из них ушивание перфоративной язвы перенесли 12 (7,4%) больных, прошивание кровоточащей язвы - 6 (3,7%), ваготомия - 3 (1,8%) и РЖ - 2 (1,2%). Хронические сопутствующие заболевания имели место у 106 (65,49%) больных, наиболее распространёнными являлись болезни сердечно-сосудистой системы (n=48). Лишь у 29 пациентов имелись одно заболевание. Эндоскопически дуоденальные язвы имели неровные края с наличием на её поверхности тромбы. Следует подчеркнуть, что по мере увеличения кратера кровоточащей дуоденальной язвы, наблюдалось учащение частоты рецидивирования ОЯДК. Весьма опасной в отношении к рецидиву кровотечения являются пациенты с постбульбарной локализацией язвы. Так 34 рецидива дуоденального кровотечения у 25 (73,5%) имело место постбульбарная язва с размером кровоточащей язвы более 1,0см.

Следует отметить, что из 19 больных с FIA после медикаментозно и эндоскопически достигнутого гемостаза рецидивов кровотечения отмечен у 5. Из 23 с FIB после остановки кровотечения рецидив отмечен у 1. Наиболее часто рецидив дуоденального кровотечения наблюдали у пациентов с FIIA - 14 больных. Классы FIA и FIIA особенно опасны в плане рецидивирования. У 52 больных устойчивым считали гемостаз, при котором в просвете ДПК отсутствовало малоизменённая кровь, а также наличие в кратере язвы плотно фиксированного тромба белого цвета и отсутствие видимого сосуда. Результаты лечебной эндоскопии показали, что у 69 больных (65,7%) она оказалась эффективной. При этом в 11 наблюдениях (10,5%) эндоскопический гемостаз временным инструментальным пособием, для подготовки больных к срочной операции. Эндоскопический гемостаз оказался неэффективным у 36 больных (34,3%), при этом у 29 пациента (80,5%) имело место постбульбарная язва. Результаты лечебной эндоскопии показали, что из 86 пациентов, у которых использовались эндоскопические методы гемостаза, у 20 с активностью кровотечения F-IA и F-IB гемостаза эндоскопическим путём добиться не удалось, эти больные были экстренно оперированы. В 11 случаях эндоскопический гемостаз дал временный эффект т.е. в течение 24-72 ч после лечебной эндоскопии отмечался рецидив кровотечения. Эти больные также были оперированы в экстренном порядке. Эндоскопический гемостаз был стойким и эффективным у 50 больных с кровотечением F-IIA и F-IIIB, при этом у 3 имело место рецидив кровотечения.

Выводы. При выборе тактики лечения больных с ОЯДК, прежде всего, необходимо учитывать клинико-эндоскопические критерии устойчивости гемостаза, степень кровопотери, а также результаты ЭГ. Неотложные операции показаны больным с продолжающимся струйным кровотечением и у которых в стационаре наступил рецидив кровотечения.

Уринбаева Н.М.
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

Кафедра оториноларингологии и детская оториноларингологии
Ташкентский педиатрический медицинский институт. Узбекистан.
Научный руководитель – DSc, Ражабов А.Х.

Цель исследования. Хронический гнойный средний отит (ХГСО) – одно из наиболее распространенных заболеваний среднего уха, сопровождающееся стойким воспалением и риском серьезных осложнений. Целью данного исследования является изучение современных методов диагностики и оптимизация лечения ХГСО с учетом новейших технологий, минимально инвазивных хирургических вмешательств и персонализированного подхода к терапии.

Материал и методы. В основу работы будут положены результаты клинических наблюдений и обследования 110 пациентов в возрасте от 7 до 60 лет с хроническими гнойными средними отитами, которые будут проходить обследование и лечение в клинике ООО «HAPPY LIFE MEDICAL CENTRE». Применялись клинико-анамнестические методы, отоскопия, тональная пороговая аудиометрия, компьютерная томография височных костей и микробиологическое исследование отделяемого из уха. Лечебные стратегии включали консервативные методы (системная и местная антибактериальная терапия, иммуномодуляторы, физиотерапия) и хирургические вмешательства (мирингопластика, тимпанопластика, санирующие операции).

Результаты исследования. Анализ данных показал, что комплексный подход к диагностике и лечению ХГСО значительно повышает эффективность терапии. Современные визуализационные методы позволяют более точно определять локализацию патологического процесса и степень поражения структур среднего уха. Использо-

ние антибиотиков с учетом результатов бактериологического посева способствует снижению частоты рецидивов и ускорению регенерации тканей. Минимально инвазивные хирургические вмешательства в 85% случаев позволили восстановить слуховую функцию и предотвратить дальнейшее распространение инфекции. Достоверность обосновывается использованием современных методов и подходов, сопоставимостью теоретических данных с полученными результатами, корректностью проведенных обследований с методологической точки зрения, достаточным количественным составом пациентов, обработкой всех цифровых данных с использованием современных компьютерных технологий, а также сопоставлением результатов исследования с международной и местной литературой, обоснованностью сделанных выводов и полученных результатов с принципами доказательной медицины, а также их подтверждением компетентными органами.

Выводы. Современные методы диагностики, включая КТ и аудиометрию, повышают точность выявления патологических изменений, что позволяет своевременно назначать адекватное лечение. Применение комбинированной терапии и индивидуализированного хирургического подхода снижает риск развития осложнений и улучшает прогноз у пациентов с ХГСО. Дальнейшие исследования необходимы для совершенствования стандартов лечения и внедрения инновационных технологий в отоларингологическую практику.

Урунбоев А.Э., Кудратов Ф.И., Саидумаров С.Ш.

СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ РЕЦИДИВОВ У БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККОЗОМ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Кафедра хирургических болезней №1 имени академика Курбонова К.М.

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - Ризоев В.С.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с эхинококкозом брюшной полости.

Материалы и методы. Изучены результаты диагностики и хирургического лечения 112 больных с эхинококкозом органов брюшной полости, которые находились на стационарном лечении в хирургических отделениях ГУ «Городского центра скорой медицинской помощи города Душанбе» в период с 2020 по апрель 2025 гг. Возраст больных составил от 18 до 76 лет. Мужчин было - 72 (64,3%), женщин было - 40 (35,7%). Размер кист достигал от 6 см до 20 см. С целью диагностики были использованы общелaborаторные и биохимические исследования крови и мочи, УЗИ органов брюшной полости, рентгенография грудной клетки, КТ, МРТ и лапароскопия.

Больные были распределены на 2 группы: основную - 73 (65,2%) больных, которым проведена эхинококкэктомия с обработкой 10% раствором Бетадина, и в последующем санация озонированным 0,9% физиологическим раствором в различных участках фиброзной капсулы, и контрольную - у 39 (34,8%) больных, которым проведена традиционным способом обработка остаточной полости с использованием 95% этилового спирта или 80% глицерина.

Результаты исследования. Для обеспечения условий асептичности операции и профилактики попадания паразита в другие отделы брюшной полости, во всех случаях перед вскрытием полости кисты было проведено оголаживание кист от брюшной полости путём обкладывания кист салфетками, смоченными в растворе Бетадина.

В 8 (7,2%) случаях, когда размеры кисты не превышал 7см и имели поверхностные и краевые расположения, операция была проведена общепринятой методикой PAIR (пункция - аспирация содержимого - инъекция сколексоцидного агента - реаспирация), в 65 (58%) случаях операция была проведена видеолaparоскопическим методом, и в остальных 39 (34,8%) случаях - была проведена традиционная открытая эхинококкэктомия с обязательным дренированием остаточной полости полипропиленовыми трубками.

В раннем послеоперационном периоде у больных (n=112)- в 1 (0,9%) случае (у больных контрольной группы) отмечалось развитие реактивного экссудативного плеврита справа, в 2 (1,8%) случаях (у 1 больного в контрольной группе и у 1 - в основной группе) нагноение послеоперационной раны. После проведения соответствующего консервативного лечения все больные шли на поправку и были выписаны в удовлетворительном состоянии. Летальных исходов не наблюдалось.

При динамическом наблюдении в сроках от 1 года до 3 лет у больных основной группы рецидив заболевания не отмечался (0%), в то время как у больных контрольной группы в 2 (5,1%) случаях наблюдался рецидив эхинококкоза.

Выводы. Таким образом, проведение обработки остаточной полости эхинококковой кисты 10% раствором Бетадина и в последующем - санация озонированным 0,9% физиологическим раствором, снижает частоту развития рецидива заболевания и тем самым улучшает результат хирургического лечения этого контингента больных.

Усманов Б.Б.², Хамидов Х.Х.³

HELICOBACTER PYLORI АССОЦИИРОВАННЫЙ РАК ПИЩЕВОДА И КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, г.Ташкент, Узбекистан

²Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт г.Ташкент, Узбекистан

³Ташкентская Медицинская Академия г.Ташкент, Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Юсупбеков А.А.

Цель исследования. Изучить Helicobacter pylori контаминации и эффективность эрадикационной терапии при раке пищевода и кардиоэзофагеальной зоны.

Материал и методы. В исследование включено 153 больных с раком пищевода и кардиоэзофагеальной зоны проходивших лечение в РСНПМЦОиР. в период с 2019 по 2021гг. Возрастная группа пациентов составляла от 30 лет до 78 лет (средний возраст $52,4 \pm 2,8$ лет). 108 (70,5%) пациентов находилась в возрасте до 65 лет и 45(29 %) пациенты – старше 65 лет. Мужчины- 96 (62,8%), Женщины- 57 (37,2%)

Результаты исследования. Пациентам с нерезистентными к кларитромицину Н. pylogi штаммами проведена квадротерапия по схеме эрадикации (28 больных в изучаемой группе): рабепразол по 20 мг 2 раза в день, амоксициллин по 1000 мг 2 раза в день, кларитромицин по 500 мг 2 раза в день, висмута трикалия децитарат 120 мг по 2 таблетки в день. Пациенты с верифицированным резистентным к кларитромицину получали вторую схему терапии, (20 больных в изучаемой группе): рабепразол по 20 мг 2 раза в день, амоксициллин по 1000 мг 2 раза в день, нифуратель по 400 мг 2 раза в день, висмута трикалия децитарат 120 мг по 2 таблетки в день. Данная схема лечения позволило уменьшить выраженный диспептический синдром у 113(73,8%) пациентов, у 133 (86,9%) пациентов убрать болевой синдром, что обеспечивает благоприятное течение специальной противоопухолевой терапии.

Выводы. Учитывая результаты исследования проведение антихеликобактерной терапии является целесообразным, так как, способствует улучшению медицинской реабилитации пациентов;

Усмонзода Б.Н., Мухиддинов З.В., Рашидов Б.Ч.

САМАРАНОКИИ НЕФРОЛИТОТОМИИ ПЕРКУТОНИ (PNL) ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ САНГИ КАЛОН ВА МАРЧОНШАКЛИ ГУРДА

Кафедраи урология ба номи профессор Осимий А.С. МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино». Тоҷикистон

Клиникаи байналмилалӣ Ибни Сино. Тоҷикистон

Роҳбари илмӣ– номзади илмҳои тиб, дотсент Абдувоҳидов А.А.

Мақсади омӯзиш. Арзёбии самаранокии нефролитотрипсию перкутанӣ дар беморони гирифтори сангҳои марчоншакли гурдаҳо.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Мо натиҷаи таъхис ва таъоботи 100 нафар беморони гирифтори бемории санги пешобро омӯхтем. Беморон дар клиникаи байналмилалӣ Ибни Сино дар шаҳри Душанбе муоина шуданд. Синну соли беморон аз 5 то 75 сола буд. Аз ин 40 нафар беморон санги марчоншакли гурда доштанд.

Пеш аз бистарӣ шудан, ҳамаи беморон аз муоинаи ҳамаҷонибаи клиникӣ ва таъхисӣ (анмнези тиббӣ, ТУС – и гурдаҳо ва роҳҳои пешоб, томографияи компютерӣ, урографияи умумӣ ва экскреторӣ, таҳлили умумии хун, таҳлили биохимиявии хун, тромбодинамика, гуҷӯҳи хун, таҳлили хун барои беморҳои вирусӣ, таҳлили умумии пешоб ва ғайра) гузаронида шуданд. Ба ҳамаи беморони арроҳишаванда яке аз антибиотикҳои мувофиқ, аз умла аз гуҷӯҳи сефалоспоринҳо тавассути инфузия гузаронида шуданд. Ба ҳамаи беморон ҷарроҳии эндоскопӣ - нефролитотрипсию перкутанӣ гузаронида шуд.

Натиҷаи таҳқиқот нишон дод, ки санг озод 90,8% -ро ташкил дод, дар ҳоле ки дар 6 нафар беморони гирифтори санги сершумори гурда дар давраи фаврии пас аз ҷарроҳӣ сангҳои боқимондаи андозаашон аз 6 то 8 мм пайдо шуданд. Андозаи миёнаи сангҳо 36,4 мм (28-90 мм). Давомнокии миёнаи амалиёт 65,8 дақиқа ро ташкил дод. Ҳодисаҳои мушкilotи пас аз арроҳӣ дар шакли гематурия, баланд шудани ҳарорати бадан ва дарди шиддатнокии гуногун 7% -ро ташкил дод. Инчунин бояд қайд кард, ки дар байни 30 беморони омӯхташуда усули нави PNL- Tube less and suturless PCNL – ро, мо пешниҳод ва истифода бурдем.

Хулоса. Ҳамин тариқ, натиҷаҳои таҳқиқоти мо бори дигар самаранокӣ ва бехатарии истифодаи PNL-ро дар беморони гирифтори сангҳои гурдаҳои сершумор ва мароншакл нишон доданд. Ин ба зудӣ барқарор шудани қобиляти кории беморон дар давраи пас аз арроҳӣ шаҳодат медиҳад.

Усмонкулов М.К., Раҳмонкулова Р.Т., Худаярова Ф.З.

УЛУЧШЕНИЕ ТЕХНИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ СЛОЖНОГО СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ И УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

Самаркандский Государственный Медицинский Университет. Узбекистан.

Научный руководитель – DSc, доцент Шербеков У.А.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения пациентов со свищами прямой кишки за счет совершенствования техники разрезания сложных свищей прямой кишки.

Материал и методы. Научная работа основана на результатах обследования и лечения больных сложными свищами прямой кишки, оперированных в проктологическом отделении многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета. Всего было обследовано 125 пациентов. Из них у 61 (48,8%) пациента были трансфинктерные свищи, а у 64 (51,2%) — экстрасфинктерные свищи прямой кишки различной степени.

Результаты исследования. Под нашим наблюдением находился 41 больной с трансфинктерным свищем прямой кишки. Иссечение свища с ушиванием дна раны в полости прямой кишки у 28 (68,3%) больных, частичное ушивание дна раны, вскрытие гнойной полости и дренирование свища у 7 (17,1%) больных и вскрытии гнойной полости, а у 6 (14,6%) больных выполнен разрез свища в полость кишки с дренированием. повысился. Было 15 больных с экстрасфинктерными свищами прямой кишки. Операция Рижиха у 2 (13,3%) больных, иссечение свища с ушиванием сфинктера - у 4 (26,7%) больных, иссечение свища с пластикой слизистой оболочки анального канала - у 6 (40,0%) больных, лигатурное рассечение свища. у 3 (20,0%) пациентов. В основной группе средний уровень боли, которую испытывал пациент в покое в первые сутки после оперативного лечения методом LIFT без повреждения анальных сфинктеров с использованием модифицированного пуговчатого зонда или гибкого цилиндрического проводника оливы, составил $6,0 \pm 0,2$ балла. Интенсивность боли в покое к 5-м суткам снизилась в 3,8 раза и составила

1,6±0,3 балла («очень слабая боль»). В группе сравнения в первые сутки после лигатурного метода выраженная боль, которую испытывал пациент в состоянии покоя, соответствовала 7,8±0,4 балла. Интенсивность боли в покое снизилась к 5-м суткам и составила 4,3±0,2 балла («боль умеренной степени выраженности»). В основной группе рецидив заболевания наблюдался только у 1 (1,8%) пациента. Рецидив заболевания выявлен у 3 (6,4%) больных группы сравнения.

Выводы. У больных со свищом прямой кишки ультразвуковое исследование прямой кишки и параректально-го сфинктера, магнитно-резонансная томография малого таза и лучевые методы диагностики, в том числе фистулография, с использованием специально разработанных аппаратов, обеспечивающих качественное контрастирование свища, четко показывают внутреннее отверстие и определяют позволяет соотношение свищевого пути к волокнам анального сфинктера. Это было достигнуто за счет снижения частоты начальных послеоперационных осложнений с 8,9% до 2,6%, рецидивов заболевания с 6,4% до 1,8% и недостаточности анального сфинктера с 8,5% до нуля. При хирургическом лечении сложных свищей прямой кишки использование модифицированного пуговичного зонда и гибкого цилиндрического катетера с оливой технически проще, не травмирует мышечные волокна анального сфинктера и требует меньше времени на оперативное лечение - 44,2. ± 5,1 минуты по сравнению с 80,5 ± 7,3 минуты.

Усмонкулов М.К., Рахмонкулова Р.Т., Худаярова Ф.З.
ТАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТРОМ АНАЭРОБНОМ ПАРАПРОКТИТЕ

Самаркандский Государственный Медицинский Университет. Узбекистан.

Научный руководитель – DSc, доцент Шербеков У.А.

Цель исследования. Оценить собственные результаты лечения, изучить опыт хирургов других клиник республики и разработать оптимальную лечебную тактику при остром анаэробном парапроктите.

Материал и методы. Нами проанализированы 550 историй болезни больных острым парапроктитом, проходивших курс лечения в клинике №1 СамГМУ проктологическом отделении. Из числа пролеченных больных мужчин было 415 (75,5%), женщин 135 (24,5%).

Длительность заболевания составила от 36 часов до 12 суток. 35% пациентов поступили в тяжёлом и крайне тяжёлом состоянии. Следует отметить, что большинство больных лечилось самостоятельно, за медицинской помощью длительное время не обращались. Раньше были подвергнуты оперативному лечению по поводу острого парапроктита 66 (12%) пациентов. При обследовании в стационаре были выявлены следующие формы острого парапроктита: подкожный у 157 (28,6%) больных, ишиоректальный у 324 (58,9%) пациентов, пельвиоректальный у 69 (12,5%) больных. Острый парапроктит осложнился анаэробной и гнилостной флегмонами промежности у 35 (6,3%) пациентов, у 4 (0,7%) больных имело место развитие флегмоны Фурнье, у 6 (1,9%) больных острый подковообразный парапроктит. Обследование включало клинический осмотр, пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопию, трансабдоминальное и трансректальное ультразвуковое исследование, бактериологическое исследование отделяемого ран и морфологическое исследование поражённых участков параректальной клетчатки. С целью дифференциальной диагностики ультразвуковое исследование у ряда больных дополнялось компьютерной томографией.

Результаты исследования. Вскрытие и дренирование гнойников выполнено у 472 (85,8%) больных. Повторное вскрытие затеков выполнено у 12 (2,2%) пациентов, септическое состояние отмечено у 2 (0,36%) больных. При подковообразном парапроктите первичные гнойные ходы, как правило, располагались кнутри от сфинктера, реже проходили через сфинктер, поэтому жом при радикальных операциях повреждался редко. При подкожном подковообразном парапроктите удалось ликвидировать гнойники вместе с первичными ходами. При седалищно-прямокишечном и тазово-прямокишечном парапроктитах, когда нельзя сразу иссечь одновременно гнойники вместе с первичным ходом, также производили разрезы кожи, эвакуировали гнойное содержимое, после чего полости спадались, иссекали первичный ход, а затем, по возможности, некротические ткани. Умерла одна больная, послеоперационная летальность при этом составила 0,18%. Средний срок пребывания больных в стационаре составил 12,5 ± 2,5 койко дня.

Выводы. Таким образом, успех лечения больных с острым анаэробным парапроктитом во многом зависит от ранней диагностики воспалительного процесса, как можно более раннего проведения неотложной операции с необходимым, достаточно обширным иссечением некротически изменённых тканей и проведением адекватной интенсивной терапии. При остром парапроктите, независимо от глубины распространения и длительности заболевания, целесообразно проводить радикальную операцию, которая заключается в ликвидации гнойных полостей, иссечении первичного гнойного хода и некротических тканей.

Усмонов А.У., Умаркулов З.Ф.
ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Кафедра факультетской и госпитальной хирургии

«БГМУ имени Абу али ибн Сино». Узбекистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Давлатов С.С.

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и хирургического лечения больных паразитарными и непаразитарными кистами печени на основе применения диапневтических методов.

Материалы и методы. Исследование основано на клинко-лабораторном обследовании 39 больных с кистозными образованиями печени, которым произведено диапневтические и оперативные вмешательства в хирургическом отделении многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета за период с 2016 по 2023 год. Чрескожная пункция и склерозирование непаразитарных кист печени под ультразвуковым кон-

тролем выполнена у 39 пациентам. Всего было оперировано 6 (15,4%) мужчин и 33 (84,6%) женщин с серозными кистами печени от 4 до 15 см в диаметре. Солитарные кисты, локализующиеся в подавляющем большинстве наблюдений в правой доле печени, диагностированы у 4 (10,2%) мужчин и у 17 (43,6%) женщин, множественные – соответственно у 2 (5,1%) мужчин и у 25 (64,1%) пациенток. У 4 (10,2%) пациентов была выполнена только аспирация содержимого кисты. Основным пункционным методом лечения у исследуемых пациентов явилась чрескожная пункция и склерозирования кист печени, которая была выполнена у 31 (79,5%) больному. В качестве склерозирующего вещества мы применяли 96% спирт, вводя его в полость кисты в объеме 40-45% от количества эвакуированной жидкости. При кистах большого размера, производили инстилляцию в объеме 40-60 мл спирта с целью предотвращения интоксикации.

Результаты исследования. Непосредственные результаты чрескожных вмешательств при кистозных образованиях печени оценивались по наличию интраоперационных осложнений и неудовлетворительным результатам в раннем послеоперационном периоде. Интраоперационные осложнения были отмечены у 3 больных с эхинококкозом печени. В 2-х случаях у больных с эхинококкозом печени во время диапневтического вмешательства из-за профузного кровотечения в одном случае и обильного желчеистечения в другом случае из-за прямого прокалывания просвета желчного пузыря через просвет кисты потребовалось экстренная лапаротомия с продолжением операции открытым способом. У 1 больной во время диапневтического вмешательства отмечено аллергическая реакция в виде гиперемии кожных покровов, крапивницы, невыраженной тахикардии. Симптомы разрешились на операционном столе путем применения десенсибилизирующих препаратов и глюкокортикостероидов. В послеоперационном периоде подобных реакций мы не наблюдали. В остальных случаях ни у одного пациента не развилось сколько-либо выраженной аллергической реакции, не говоря уже об анафилактическом шоке.

Выводы. Анализ чрескожно – пункционных методов хирургических операций выявил широкие возможности лечебно-диагностической тактики ведения больных с кистами печени, которая позволяет обеспечить в большинстве случаев выполнение оперативного вмешательства в условиях более благоприятных для пациента. Показаниями к пункционным кистэктомиям являются непаразитарные солитарные и множественные кисты печени, размеры которых 5 см и более. Противопоказаниями являются локализацию кист по задней поверхности печени, а также интрапаренхиматозное расположение.

Усмонов Д.Ф., Лолаева М.У., Ярматов К.Ф.

ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГОРТАНИ У РАБОТНИКОВ ТАЛКО

Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель к.м.н., доцент кафедры Бекназарова Г.М.

Цель исследования. Изучение частоты заболеваемости гортани у работников электролизных цехов Таджикской алюминиевой компании (ТАЛКО).

Материалы и методы. На базе поликлиники ТАЛКО г. Турсунзаде проведено обследование 550 рабочих электролизных цехов в период с марта по апрель 2024года. Возраст рабочих составил от 18 до 46 лет. Из них мужчин 452, женщин –48. Обследование включало изучение условий труда, подробный анализ жалоб, анамнеза заболевания обследованных и осмотр ЛОР органов. Рабочим, у которых обнаружена патология гортани дополнительно проведена фиброларингоскопия.

Результаты исследования. В результате исследования, различные по интенсивности патологические изменения со стороны слизистой оболочки гортани были обнаружены у 120 рабочих ТАЛКО, что составили 21, 8%. Патологические изменения у большинства обследованных рабочих проявлялись сухостью и истончением слизистой оболочки гортани, а также наличием тонких слизистых налетов в области голосовых складок, а у меньшей части рабочих - умеренной гиперемией и отеком слизистой оболочки гортани и неполным смыканием голосовых складок при фонации, что негативно влияло на функции голоса. На основании жалоб, анамнеза и ларингоскопической картины был установлен диагноз хронического ларингита.

Анализ заболеваемости гортани у работников алюминиевого производства показал, что среди хронической патологии гортани чаще наблюдается атрофический ларингит (75 человек), который составил 62,5%, а катаральная и гипертрофическая форма ларингита встречались реже и составили соответственно - 21,7% и 16,8%.

Исследования показали, что у работников данного предприятия, с увеличением стажа работы возрастает и число случаев регистрации больных с атрофической формой хронического ларингита. К примеру, у работников со стажем работы до 5 лет хронический атрофический ларингит диагностирован у 13 (10,8%), со стажем работы от 6 до 10 лет – у 21 (17,5%) и от 11 до 15 лет – у 41 (34,2%) человек. Данные исследования показывают, что у работников ТАЛКО со стажем работы более 10 лет хронический атрофический ларингит встречается три раза чаще, чем у работников со стажем менее 5 лет.

Анализ гигиенических и эпидемиологических условий труда работников электролизных цехов ТАЛКО показывает, что нарастание патологических изменений со стороны слизистой гортани происходит на фоне вредных производственных факторов, связанных с выбросом в воздух пыли, фтористых соединений, окиси углерода, сернистого газа и смолистых веществ, что негативно влияет на трофику слизистой оболочки гортани.

Выводы.

1. Для оптимизации микроклимата и снижения уровня загрязненности воздуха в электролизных цехах ТАЛКО необходимо улучшить условия труда рабочих с обеспечением их современными респираторами.
2. Для снижения заболеваемости гортани, в том числе хронического атрофического ларингита следует проводить регулярные профилактические осмотры рабочих ТАЛКО и проведение своевременных лечебно-профилактических мероприятий в медицинской части предприятия больным с патологией верхних дыхательных путей.

Усмонов И.М., Тагоев С.Х., Саймухиддинов М.М.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ГУМОРАЛЬНОГО ОТТОРЖЕНИЯ У ВЫСОКОСЕНСИБИЛИЗИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК 5 СТАДИИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н. Исмоилзода С. С.

Цель исследования. Разработать и внедрить алгоритм диагностики, подбора оптимального донора и профилактики гуморального отторжения у высокосенсибилизированных женщин с ХБП 5 стадии.

Материал и методы. Исследование проведено на базе Национального научного центра трансплантации органов и тканей Республики Таджикистан. Включены 120 женщин с ХБП 5 стадии, разделенные на ретроспективную (2011–2017 гг.) и проспективную группы (2018–2021 гг.). Средний возраст пациенток составил $42,8 \pm 7,4$ года. Уровень сенсибилизации оценивался по шкалам PRA и PIRCHE II, а также наличию донор-специфических антител (DSA).

- В ретроспективной группе ($n = 60$) проводился анализ стандартных методов диагностики и лечения.
- В проспективной группе ($n = 60$) использовались новые алгоритмы подбора донора и стратификации риска с использованием технологии Lumipex.

Результаты исследования. Частота гуморального отторжения снизилась с 12% в ретроспективной группе до 5% в проспективной ($p < 0,01$).

- Доля пациентов с высоким уровнем PRA ($>31\%$) составила 48,33% в проспективной группе против 45% в ретроспективной.
- Средняя длительность госпитализации в проспективной группе сократилась на 3 дня ($9,2 \pm 1,8$ против $12,4 \pm 2,1$ дней, $p < 0,05$).
- Показатели выживаемости трансплантата через 1 год улучшились на 15% (85% против 70%, $p < 0,01$).

Выводы. Применение разработанных алгоритмов диагностики, стратификации риска и подбора донора позволило снизить частоту острого гуморального отторжения, улучшить выживаемость трансплантатов и уменьшить продолжительность госпитализации. Рекомендуются внедрение данных подходов в клиническую практику трансплантологии для женщин с высоким уровнем сенсибилизации.

Усмонов И.М., Тагоев С.Х., Саймухиддинов М.М.

АНАЛИЗ ВЫЖИВАЕМОСТИ ТРАНСПЛАНТАТОВ ПОЧКИ У ВЫСОКОСЕНСИБИЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК 5 СТАДИИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н. Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценка влияния уровня сенсибилизации на выживаемость трансплантатов почки и разработка рекомендаций по улучшению результатов трансплантации у высокосенсибилизированных пациентов.

Материал и методы. Исследование проведено среди 110 пациентов, перенесших трансплантацию почки в 2012–2022 гг. Пациенты были разделены на две группы:

- **Группа 1** (55 человек): уровень PRA менее 30%.
- **Группа 2** (55 человек): уровень PRA более 30%.

Оценивались 1-летняя и 5-летняя выживаемость трансплантатов, частота эпизодов отторжения (гуморального и клеточного), эффективность терапии. Для оценки применялись статистические методы (χ^2 , логистический регрессионный анализ) при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. 1-летняя выживаемость трансплантатов в группе 1 составила 92%, в группе 2 – 78% ($p < 0,01$).

- 5-летняя выживаемость трансплантатов в группе 1 составила 82%, в группе 2 – 60% ($p < 0,05$).
- Частота гуморального отторжения была выше в группе 2 (15% против 5% в группе 1, $p < 0,01$).
- Использование индивидуальной иммуносупрессивной терапии с мониторингом DSA позволило снизить частоту отторжения в группе 2 на 20% ($p < 0,05$).

Выводы. Высокий уровень сенсибилизации значительно снижает выживаемость трансплантатов почки. Внедрение индивидуализированных протоколов подбора доноров и иммуносупрессивной терапии улучшает результаты трансплантации у высокосенсибилизированных пациентов. Рекомендуются активное использование технологий мониторинга DSA и PRA в клинической практике.

Усмонов И.М., Тагоев С.Х., Саймухиддинов М.М.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОГО ОТТОРЖЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК 5 СТАДИИ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н. Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Сравнить эффективность стандартных и современных методов профилактики острого отторжения у пациентов с ХБП 5 стадии после трансплантации почки.

Материал и методы. Исследование включило 100 пациентов, перенесших трансплантацию почки в 2015–2023 гг. Пациенты были разделены на две группы:

- **Группа 1** (50 человек): получали стандартную профилактическую терапию (циклофосфамид, кортикостероиды).

- **Группа 2** (50 человек): получали индукционную терапию анти-IL-2 рецепторными антителами и мониторинг DSA.

Оценивались частота эпизодов острого отторжения, выживаемость трансплантатов через 1 и 3 года, а также частота осложнений. Для анализа использовались методы χ^2 и однофакторного анализа (ANOVA) при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Частота острого отторжения в группе 2 составила 8%, что значительно ниже, чем в группе 1 (20%, $p < 0,01$).

- 1-летняя выживаемость трансплантатов в группе 2 составила 95%, в группе 1 – 88% ($p < 0,05$).
- 3-летняя выживаемость трансплантатов была выше в группе 2 (90% против 75%, $p < 0,01$).
- Частота инфекционных осложнений в группе 2 составила 10%, что сопоставимо с группой 1 (12%, $p > 0,05$).

Выводы. Применение индукционной терапии и мониторинга DSA значительно снижает частоту эпизодов острого отторжения и улучшает долгосрочную выживаемость трансплантатов. Рекомендуется внедрение современных методов профилактики острого отторжения в клиническую практику для пациентов с ХБП 5 стадии.

Усмонов Х.С., Кодирова З.У., Юлдошев Р.З.

МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЁННЫЙ РАК В СТРУКТУРЕ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.

Кафедра онкологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

ГУ «Республиканский онкологический научный центр». Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент Рахматов М.Т.

Цель исследования. Выявление особенностей локализации рака ободочной кишки методов инструментальной визуализации.

Материал и методы. Проанализированы данные 63 больных, пролеченных по поводу рака ободочной кишки за период 2017-2019гг. в ГУ «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Использованы инструментальные методы диагностики: УЗИ органов брюшной полости, ректороманоскопия, фиброколоноскопия, ирригоскопия, бронхоскопия, КТ органов брюшной и грудной полости с контрастированием толстого кишечника, МРТ органов малого таза.

Результаты исследования. Возраст больных варьировал от 21 до 78 лет, пик заболеваемости приходится на возраст 50-65 лет. У 77,8% больных длительность анамнеза составил от 6 месяцев до 1 года, анемия имело место 39,6%. Фиброколоноскопия проведено у 10 больных (16%), КТ с контрастным усилением у 29 (46%), а ректороманоскопия у 28 больных (44,4%). Выявлено превалирование местно-распространенного процесса (T_{3-4} – 72,6%). Поражение сигмовидной кишки отмечено у 22 (34,9%) больных, слепой кишки у 12 (19%), печеночные и селезеночные углы соответственно 9,5% и 11,1%. Диагноз верифицирован у всех больных, при этом у 80% – аденокарцинома. Сигмовидная кишка совместно с раком прямой кишки составляют 65% от общего количества колоректального рака. При установлении стадийности рака ободочной кишки выявлена значительное превалирование местно-распространенного процесса – III-IV стадии (72,6%) среди общего количества больных. При этом у 10 (16%) и 14 (20,2) больных установлены соответственно стадии IIА и IVА. Традиционно после пальцевого исследования, проводится ректороманоскопия, учитывая ограниченную возможность ректороманоскопии «глубина исследования примерно 20см», возникает необходимость дополнительного исследования фиброколоноскопом. При проведении фиброколоноскопии, после пальцевого исследования отпадает двухкратное инструментальное исследование.

Выводы. 1. Определенно преимущественное поражение сигмовидной кишки (22-34,9%), а также слепой кишки (12-19%).

2. Оптимальным методом диагностики рака ободочной кишки с учётом выявленных тенденций является фиброколоноскопия.

3. Точная дооперационная диагностика расположения опухоли и степень её распространённости, позволяет определить адекватный объем операции.

Усмонов Х.С., Кодирова З.У., Юлдошев Р.З.

ЧАСТОТА СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Кафедра онкологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

ГУ «Республиканский онкологический научный центр». Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент Рахматов М.Т.

Цель исследования. Анализировать возможности диагностики, непосредственные и отдалённые результаты хирургического лечения рака ободочной кишки.

Материал и методы. В основу данного исследования положены данные 63 больных с раком ободочной кишки пролеченных уропроктологическом отделении РОНЦ Республики Таджикистан за период 2017-2019гг. Возраст больных варьировал от 21 до 78 лет, пик заболеваемости приходится на возрастной период 50-65 лет. Изучение длительности анамнеза показало, что у 49 (77,8%) больных она составила от 6 мес. до 1 года, в одном случае 2,8 года. У большинства больных выявлены сопутствующие заболевания, преимущественно хронический холецистит (38,1%), сахарный диабет II типа (7,9%), гипертоническая болезнь (6,3%), ишемическая болезнь сердца (6,1%), анемия, хронический пиелонефрит, гепатит смешанной вирусной этиологии В+С и др. С целью уточнения диагноза на догоспитальном и госпитальном этапе были использованы лабораторные методы исследования. У 30 (39,6%) больных выявлена анемия различной степени. УЗИ органов брюшной полости проводилась у 40 больных, обзорная рентгенография и ирригоскопия у 8, колоноскопия у 10, бронхоскопия у 3, КТ легких у 8, КТ брюшной полости у 29, МРТ у 3, ПЭТ-4, ректороманоскопия у 8 и торако-лапароцентез у 2.

Результаты исследования. При установлении стадийности рака ободочной кишки выявлена значительное превалирование местно-распространенного процесса - III-IV стадия (72,6%) среди общей количества больных. При этом у 10 (16%) и 14 (20,2) больных установлены соответственно стадии IIА и IVА. Изучение локализации опухолевого процесса показало, что у 22 (34,9%) больных имело место поражение сигмовидной кишки, у 12 (19%) слепой кишки, печеночный и селезеночный углы соответственно 9,5% и 11,1%. У всех больных диагноз морфологически верифицирован, при этом у 80% больных имело место аденокарцинома, а у 6,6% аденокарцинома с ослизнением. Несколько случаев (1-3) выявлен перстневидноклеточный и недифференцированным рак. В основном преобладали умеренно (50%) и низкодифференцированные (22,9%) формы рака. Основным видом лечения рака является хирургическое вмешательство, объем которого зависит от локализации, распространенности, размеров первичной опухоли и отношения с окружающими органами. В исследуемой группе 22 (34,9%) больным произведены радикальные операции, 33 (53,4%) - паллиативные. Левосторонняя гемиколэктомия выполнена у 9 (14,2 %) больных, при этом у одного из них в сочетании со спленэктомией и резекцией тонкого кишечника. Правосторонняя гемиколэктомия выполнена 14 (22,2%) больным, в одном случае она сочеталась с резекцией тонкого кишечника. Операция Гартмана произведена 5 (7,9 %) больным, а резекция сигмовидной кишки 20 (33%). Паллиативная резекция проводилась в 6 случаев, резекция нисходящей ободочной кишки в 2, поперечно-ободочной кишки 2, селезеночного угла ободочной кишки с аппендэктомией в одном. В 3 (4,7%) операции завершены биопсией опухоли. Послеоперационные осложнения в виде несостоятельности анастомоза развились у 2 (3,1%) больных, нагноение послеоперационной раны - у 3 (4,7%).

Выводы. Рост заболеваемости рака ободочной кишки, отсутствие динамики выживаемости при радикальном оперативном вмешательстве этих больных определяют раннее выявление и хирургическое лечение данного заболевания. Внедрение лапароскопических операций при локализованном раке ободочной кишки могут служить хорошей альтернативой открытой хирургии.

Ф.И.Шукуров¹, А.Кодири².

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ, ЭТИОЛОГИИ, ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СОСУДИСТЫХ ОПУХОЛЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, ШЕИ И СВОДА ЧЕРЕПА (ДСОЧЛОШСЧ)

¹Кафедра онкологии и лучевой диагностики ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”. Таджикистан

²Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Н.И.Базаров

Цель исследования. Изучение особенностей клиники, диагностики, этиологии, факторов риска доброкачественных сосудистых опухолей челюстно-лицевой области, шеи и свода черепа.

Материал и методы. Произведен сравнительный анализ клинических, пара клинических данных, этиологии, факторов риска (ФР) в развитии у детей ДСОЧЛОШСЧ на основе изучения историй болезни 83 больных в условиях Государственного учреждения «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ с 2015 по 2018 годы.

Результаты исследования. ДСОЧЛОШСЧ часто встречались в грудном, детском возрасте и пубертатном периоде. В этиологии ДСОЧЛОШСЧ имели: а) у 84% больных врожденную природу; б) у 10% - взрослых приобретённое происхождение; в) у 6%- детей выявить причину не удалось. По локализации ДСОЧЛОШСЧ у 71% были, солитарными располагались, на коже, челюстно-лицевой области и черепе, 29%- синхронными полинеоплазиями и локализовались в других частях тела и органов. Морфологически у 95% имелись смешанные и кавернозные формы сосудистых опухолей, у остальных 5%- капиллярные формы гемангиом. УЗИ при ДСОЧЛОШСЧ позволил определить распространённость ангиоматозного процесса и оценить эффективность проведенного лечения от 43% до 86% пациентов. У 46% пациентов с ДСОЧЛОШСЧ наблюдалась первая степень фактора риска, а вторая и третья степень факторов риска составили 54%, поэтому они нуждаются в диспансеризации.

Выводы. Рациональная оценка клинических симптомов, анамнеза жизни и заболевания, влияния, факторов риска и последовательное применение по показаниям рентгенологических (КТ, ЯМР), ультразвуковых, морфологических методов в диагностике ДСОЧЛОШСЧ является адекватный путь к своевременному распознаванию.

Фазов Ф.Э., Муллоев И. Дж., Косимов И.О.

АБДОМИНАЛЬНЫЙ КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМ ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель-д.м.н. Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценка частоты и факторов риска развития АКС после родственной трансплантации печени, а также разработка оптимизированных методов профилактики и лечения.

Материал и методы. Проведен анализ 100 пациентов, перенесших РТП в период с 2018 по 2024 гг. Пациенты были разделены на две группы:

- Группа с АКС (n=35)
- Группа без АКС (n=65)

Методы исследования включали клиничко-лабораторные анализы, измерение ВБД, динамическое наблюдение за функцией трансплантата, почечной и дыхательной системами. Критерием диагностики АКС служило повышение ВБД > 20 мм рт. ст. с признаками органной дисфункции.

Результаты исследования. Частота АКС составила 35% среди всех пациентов после РТП.

1. Факторы риска АКС:

- Большая масса трансплантата ($>1\%$ массы тела реципиента) – 54%
- Объем инфузионной терапии > 6 л в первые сутки – 47%
- Интраоперационная кровопотеря $> 1,5$ л – 39%
- Потребность в вазопрессорной поддержке – 31%
- 2. Последствия АКС:
 - Нарушение дыхательной функции у 74% пациентов
 - Острая почечная недостаточность у 46%
 - Повышение уровня билирубина и ферментов печени у 59%
 - Продление срока госпитализации в отделении реанимации на 5-7 суток

Методы профилактики и лечения

Для снижения частоты АКС применялись следующие меры:

- Контроль инфузионной терапии – ограничение жидкости до 4 л в первые сутки
- Модификация техники трансплантации – снижение натяжения тканей, дренирование брюшной полости
- Раннее выявление АКС – измерение ВБД каждые 6 часов у пациентов группы риска
- При необходимости – декомпрессивная лапаротомия для предотвращения органной дисфункции

Выводы. Абдоминальный компартмент-синдром является значимым осложнением после родственной трансплантации печени, влияющим на исходы лечения. Риск развития АКС увеличивается при большой массе трансплантата, массивной инфузионной терапии и значительной кровопотере. Комплексная профилактика, включающая оптимизацию инфузионного режима, модификацию хирургической тактики и раннюю диагностику, позволяет снизить частоту развития данного осложнения и улучшить результаты трансплантации.

Файзов Н. И., Муллоев И. Дж., Косимов И.О.

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ЧАСТОТУ ОСЛОЖНЕНИЙ И ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. Таджикистан

Цель исследования. Изучение влияния длительности хирургического вмешательства на частоту осложнений и исходы лечения пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями.

Материал и методы. В исследование включены данные 130 пациентов, перенесших хирургическое лечение гастроэнтерологических заболеваний. Средний возраст пациентов составил $47,2 \pm 6,8$ года; мужчины – 56% (73 человека), женщины – 44% (57 человек). Пациенты были разделены на группы в зависимости от продолжительности операции:

- **Группа 1** (70 человек): операции длительностью до 90 минут.
- **Группа 2** (60 человек): операции длительностью более 90 минут.

Оценивались частота осложнений (инфекции, кровотечения, тромбоэмболические события), длительность госпитализации и сроки восстановления. Использовались методы однофакторного анализа (ANOVA) и χ^2 , уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. В группе 2 частота послеоперационных инфекций составила 18%, что в 2 раза выше, чем в группе 1 (9%, $p < 0,01$).

- Пациенты группы 2 имели большую кровопотерю во время операции (средний объем – 350 ± 50 мл против 200 ± 40 мл, $p < 0,05$).
- Средняя длительность госпитализации в группе 2 была больше на 3,5 дня ($9,8 \pm 2,4$ против $6,3 \pm 1,7$ дней, $p < 0,01$).
- Восстановление после операций длительностью более 90 минут занимало на 20% больше времени.

Выводы. Продолжительность хирургического вмешательства существенно влияет на частоту осложнений и сроки восстановления. Уменьшение времени операции за счет применения современных технологий и улучшения подготовки к вмешательству является важным шагом к улучшению клинических исходов. Рекомендуется внедрение строгих протоколов оперативной техники для минимизации длительности операций.

Файзов Н.И., Косимов И.О., Муллоев И. Дж.

РОЛЬ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ В СНИЖЕНИИ ЧАСТОТЫ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н. Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценка эффективности мероприятий предоперационной подготовки в снижении частоты осложнений и улучшении результатов хирургического лечения гастроэнтерологических заболеваний.

Материал и методы. В исследование включены данные 120 пациентов. Средний возраст пациентов составил $49,1 \pm 7,2$ года; мужчины – 54% (65 человек), женщины – 46% (55 человек). Пациенты были разделены на две группы:

- **Группа 1** (60 человек): стандартная предоперационная подготовка.
- **Группа 2** (60 человек): усиленная предоперационная подготовка, включающая нормализацию метаболических параметров, коррекцию артериального давления, контроль уровня глюкозы крови и улучшение дыхательной функции.

Оценивались частота послеоперационных осложнений, длительность госпитализации и клинические исходы. Для анализа использовались методы χ^2 и однофакторного анализа (ANOVA) при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. В группе 2 частота послеоперационных инфекций снизилась с 18% до 9% ($p < 0,01$).

- Осложнения, связанные с дыхательной недостаточностью, наблюдались у 3% пациентов в группе 2 по сравнению с 8% в группе 1 ($p < 0,05$).
- Уровень глюкозы крови у пациентов с диабетом был более стабилен в группе 2, что способствовало снижению частоты гипергликемических эпизодов (на 20%, $p < 0,01$).
- Средняя длительность госпитализации в группе 2 составила $7,2 \pm 1,9$ дней, что на 2,4 дня меньше, чем в группе 1 ($9,6 \pm 2,4$ дней, $p < 0,01$).

Выводы. Усиленная предоперационная подготовка значительно снижает риск послеоперационных осложнений и улучшает исходы хирургического лечения пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями. Данный подход рекомендуется включить в стандартные протоколы подготовки пациентов к операции.

Файзов Н.И., Косимов И.О., Муллоев И.Дж

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ЧАСТОТУ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н. Исмоилзода С. С.

Цель исследования. Изучение факторов риска послеоперационных инфекционных осложнений и разработка рекомендаций по их снижению у пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 150 пациентов, перенесших хирургическое лечение. Средний возраст составил $47,8 \pm 6,9$ года; мужчины – 58% (87 человек), женщины – 42% (63 человека). Пациенты были разделены на группы:

- **Группа 1** (100 человек): пациенты без инфекционных осложнений.
- **Группа 2** (50 человек): пациенты с зарегистрированными инфекционными осложнениями.

Изучались демографические и клинические характеристики, продолжительность операции, методы антисептической обработки, наличие сопутствующих заболеваний. Для анализа использовались методы регрессионного анализа и χ^2 при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Основными факторами, увеличивающими риск инфекций, стали: длительность операции более 90 минут (риск увеличивается в 2,2 раза, $p < 0,01$), наличие сахарного диабета (увеличение риска в 1,8 раза, $p < 0,05$) и индекс массы тела >30 (риск выше в 1,5 раза, $p < 0,05$).

- Частота инфекций в группе 2 составила 33%, что коррелировало с недостаточной предоперационной обработкой кожных покровов и несоблюдением антисептических стандартов.
- Применение профилактической антибиотикотерапии до операции снижало частоту инфекций на 25% ($p < 0,05$).
- Средняя длительность госпитализации пациентов с осложнениями была на 3,7 дня больше ($10,1 \pm 2,5$ дней против $6,4 \pm 1,8$ дней, $p < 0,01$).

Выводы. Послеоперационные инфекционные осложнения наиболее часто встречаются у пациентов с длительными операциями и сопутствующими заболеваниями. Усиление антисептических мероприятий, строгое соблюдение протоколов антибиотикопрофилактики и сокращение времени операций позволяют значительно снизить риск инфекционных осложнений. Эти меры должны быть включены в стандарты хирургического лечения.

Файзов Ф.Э., Достиев У.А.

ПРОФИЛАКТИКА АБДОМИНАЛЬНОГО КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМА ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино . Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценить эффективность различных методик профилактики абдоминального компартмент-синдрома у пациентов после родственной трансплантации печени.

Материал и методы. В исследование включены 120 пациентов, перенесших родственную трансплантацию печени, разделенные на две группы: основная группа ($n=60$) получала комплексную профилактику АКС, контрольная группа ($n=60$) — стандартное послеоперационное ведение. Оценивались показатели внутрибрюшного давления (ВБД), диуреза, кислородного индекса, уровни лактата, динамика функции трансплантата (билирубин, АЛТ, АСТ), а также частота развития полиорганной недостаточности и летальности.

Результаты исследования. Частота развития АКС в основной группе составила 10%, в то время как в контрольной группе — 30% ($p < 0,01$). Средний уровень ВБД в первые 48 часов после операции был достоверно ниже у пациентов, получавших профилактику ($12,5 \pm 2,1$ мм рт. ст. против $18,7 \pm 3,4$ мм рт. ст., $p < 0,001$). В основной группе отмечено меньшее снижение диуреза (1200 ± 250 мл/сут против 750 ± 180 мл/сут, $p < 0,01$), более стабильные показатели кислородного индекса и отсутствие необходимости в повторной хирургической декомпрессии. У пациентов с применением метода поэтапного закрытия брюшной полости частота инфекционных осложнений снизилась на 25%, а уровень послеоперационной летальности составил 5% против 15% в контрольной группе ($p < 0,05$).

Выводы. Комплексная профилактика АКС после родственной трансплантации печени, включающая контроль ВБД, поэтапное закрытие брюшной полости, ограничение инфузионной нагрузки и своевременную абдоминальную декомпрессию, позволяет значительно снизить частоту послеоперационных осложнений. Оптимизация хирургической тактики и послеоперационного ведения пациентов способствует улучшению функциональных результатов трансплантации и повышению выживаемости реципиентов.

Файзов Ф.Э., Достиев У.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ АБДОМИНАЛЬНОГО КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМА ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино . Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценить эффективность различных хирургических и терапевтических методов профилактики абдоминального компартмент-синдрома у пациентов после родственной трансплантации печени.

Материал и методы. В исследование включены 100 пациентов, перенесших РТП, разделенные на две группы: основная группа (n=50) с применением поэтапного закрытия брюшной полости и лапаростомического покрытия и контрольная группа (n=50) с традиционной тактикой хирургического ведения. Оценивались показатели ВБД, центрального венозного давления (ЦВД), темпы восстановления функции трансплантата (билирубин, АЛТ, АСТ), уровень диуреза, частота инфекционных осложнений и потребность в повторных хирургических вмешательствах.

Результаты исследования. В основной группе частота АКС составила 8%, тогда как в контрольной группе — 28% (p<0.01). Средний уровень ВБД в первые 48 часов после операции в основной группе был 11.8±2.3 мм рт. ст., что существенно ниже, чем в контрольной группе (19.4±3.1 мм рт. ст., p <0.001). Пациенты, у которых применялась стратегия лапаростомии, имели стабильный диурез (1300±200 мл/сут против 800±190 мл/сут, p<0.05) и более низкую частоту инфекционных осложнений (15% против 32%, p<0.05). Потребность в повторной хирургической декомпрессии в основной группе была в 3 раза ниже по сравнению с контрольной (6% против 18%, p <0.05).

Выводы. Применение поэтапного закрытия брюшной полости и временного лапаростомического покрытия является эффективной стратегией профилактики абдоминального компартмент-синдрома после родственной трансплантации печени. Снижение ВБД, поддержание адекватного диуреза и контроль гиперволемии позволяют минимизировать риск послеоперационных осложнений и улучшить функциональные результаты трансплантации. Оптимизация тактики хирургического ведения пациентов способствует повышению выживаемости и снижению уровня послеоперационной летальности.

Файзуллоев Ф.А., Махсумова С.Л., Каримова М.Б.

ОПТИМИЗАЦИЯ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ТАДЖИКИСТАНА

ГУ «Республиканский научно клинический центр педиатрии и детской хирургии». Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Набиев З.Н.

Цель исследования. Оценить эффективность нутритивной коррекции у детей раннего возраста с врожденными пороками сердца

Материал и методы. В исследовании приняли участие 83 ребенка в возрасте от 6 месяцев до 3 лет, находившиеся на лечении в ГУ «Национальный медицинский центр Шифобахш» Республики Таджикистан. Все пациенты были разделены на две группы: основную (53 ребенка, получавших специализированную нутритивную поддержку) и контрольную (30 детей без целенаправленной нутритивной коррекции). Оценивались показатели роста, массы тела, индекса массы тела (ИМТ), а также биохимические параметры крови (общий белок, альбумин, уровень гемоглобина, железа и электролитный баланс).

Результаты исследования. В основной группе отмечено увеличение массы тела на 15%, средний прирост роста составил 3,5 см, в то время как в контрольной группе соответствующие показатели составили 5% и 1,2 см. Средний ИМТ после 6 месяцев нутритивной коррекции увеличился с 14,2 до 15,8. Биохимические показатели также улучшились: уровень общего белка увеличился на 12 г/л, альбумина — на 8 г/л, гемоглобина — на 15 г/л.

Выводы. Специализированная нутритивная поддержка способствует ускоренному восстановлению детей с ВПС, улучшает их физическое развитие и метаболические показатели и повышает адаптационные возможности организма.

Фарзонаи Иброхим., Додикудоев Р.А.

ОСТРЫЙ ПАКРЕАТИТ У БЕРЕМЕННЫХ. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ

Кафедра хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбанова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Холматов П.К.

Цель исследования. Изучить диагностику и лечебную тактику при остром панкреатите у беременных.

Материал и методы. Панкреатит возникает при любом сроке беременности, но чаще во второй ее половине, с преобладанием биллиарного панкреатита (около 50%).

В ГУ «ГКБСМП» г. Душанбе за период 2019–2024 гг. находилось 264 больных острым панкреатитом, мужчин - 174 (66,1%) и женщин -84 (32,1%), из них 5 (2,%) беременных.

В основе острого панкреатита лежат как механические (холедохолитиаз, воспалительные процессы, новообразования) процессы, которые препятствуют оттоку желчи, токсико-аллергические (инфекции, полипрагмазия беременной женщины, иммунобиологические нарушения), так и присущие только беременным гормональные изменения (повышенный стероидогенез).

Результаты исследования. Диагностика острого панкреатита требует одновременного присутствия двух из трёх обязательных признаков:

боли в животе, характерные для острого панкреатита (острый приступ персистирующей боли в эпигастрии, часто с иррадиацией в спину);

- 1) уровень амилазы в крови или липазы не менее чем в 3 раза превышает верхнюю границу нормы;
- 2) изменения, характерные для острого панкреатита, на УЗИ или КТ с контрастированием.

Обязательными современными методами лабораторной диагностики являются определение серологических маркеров, таких как активность амилазы, липазы, ингибитора трипсина в сыворотке крови, а также диастазы мочи, уровень прокальцитонина после 48 часов с момента заболевания. Последний свидетельствует об обострении процесса в поджелудочной железе.

У беременных используют магнитно-резонансную томографию без контрастирования. Это позволяет избежать радиационной нагрузки, связанной с проведением КТ. Информативность метода ничем не уступает компьютерной томографии.

В третьем триместре беременности при гнойном панкреатите и панкреонекрозе необходимо досрочное родоразрешение через естественные пути или кесарево сечение с возможной экстирпацией матки и последующим оперативным вмешательством на поджелудочной железе и забрюшинном пространстве.

Выводы. Острый панкреатит у беременных - одна из частых причин летальности у беременных и плода при острой хирургической патологии.

Своевременная диагностика и лечение острого панкреатита у беременных представляют сложную задачу, решение которой требует знания патофизиологии заболеваний во время беременности, использования дополнительных методов исследования, включая применение современных методов диагностики. Выработка новых алгоритмов лечения является основной задачей как для хирургов, так и акушеров-гинекологов. Это позволит снизить частоту хирургических осложнений, число материнских и перинатальных смертей.

Фарзонаи Иброхим, Додихудоев Р.А.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЯ

Кафедра хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбанова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Холматов П.К.

Цель исследования. Улучшение непосредственных результатов хирургического лечения заболеваний печени и желчевыводящих путей.

Материал и методы. Располагаем опытом диагностики и лечения 142 больных с послеоперационным желчеистечением. Мужчин было 62 (43,7%), женщин - 80 (56,3%). Возраст пациентов - от 24 до 78 лет. Для диагностики послеоперационного желчеистечения больным проводили клинко-лабораторные и инструментальные исследования: УЗИ, ФГДС, ЭРХПГ, ЧЧХ, фистулографию, МРТ и эндовидеолапароскопию.

Результаты исследования. УЗИ в 40 (28,2%) случаях позволило определить наличие свободной жидкости (желчи) в подпеченочном пространстве и в отдельных местах брюшной полости. Наряду с этим при УЗИ определяли положение установленных дренажей, а также оценивали взаиморасположение внутрибрюшных дренажей и жидкостных скоплений. У пациентов с желчеистечением после операций на печени в 31% наблюдений диагностировали жидкостное скопление в остаточных полостях печени.

При легкой степени тяжести (n=97) желчеистечения каких-либо специальных методов лечения не проводили и желчеистечения самостоятельно прекращались. При средней степени тяжести (n=33) желчеистечения применяли консервативную терапию и малоинвазивные вмешательства. Пациентам с тяжелой степенью тяжести (n= 12) желчеистечения выполнялись повторные оперативные вмешательства. В 14 случаях для предотвращения желчеистечения и коррекции желчной гипертензии прибегали к ЭПСТ. При этом в 7 случаях выполняли биэндовидеолапароскопические вмешательства в виде релапароскопии с реклипированием пузырного протока и ЭПСТ (n=5), а также релапароскопии с санацией и дренированием подпеченочного пространства и эндоскопическим трансдуоденальным протезированием (n=3). Во всех случаях трансдуоденальному вмешательству предшествовало эндоскопическое ретроградное контрастирование. В 7 наблюдениях выполняли видеолапароскопическую санацию и дренирование подпеченочного пространства с коагуляцией культи печени, и лишь в 4 случаях прибегали к пункции и дренированию биломы под УЗ-контролем. После выполнения эндоскопических и консервативных методов желчестазы осложнений и летальных исходов не наблюдали.

Выводы. При легкой и средней степени тяжести желчеистечения консервативные и эндоскопические методы являются адекватными способами желчестазы. Релапаротомия, предпринятая при желчеистечениях тяжелой степени тяжести, позволяет установить причину желчеистечения и устранить ее хирургическими способами.

Фуркатзод Ф., Косимов А.Х., Саидов Х.А.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ ДО И ПОСЛЕ ЦФК

Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Махмадзода Ш.К.

Цель исследования. Изучить качество жизни пациентов с терминальной глаукомой, сопровождающейся болевым синдромом.

Материалы и методы. Был проведен опрос пациентов терминальной глаукомой с болевым синдромом, находившихся на стационарном лечении в Государственном учреждении «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан Шифобахш». Всего опросили 20 больных, которым проводили транс-склеральную диод-лазерную циклофотокоагуляцию.

Результаты исследования. Средний возраст варьировал от 26 до 76 и в среднем 53 года. Среди них было 9 (45%) мужчин и 11 (55%) женщин. Жители города составили 12 (60%), а села - 8 (40%). У 12-ти больных (60%) был поставлен диагноз: первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ), у 3-х (15%) больных ПОУГ сочеталась с артериальной гипертензией, а у 2-х больных (10%) с ПОУГ ранее была проведена антиглаукомная операция. Вторичная неоваскулярная глаукома, вторичная посттравматическая глаукома и первичная закрытоугольная глаукома были по 1-ому пациенту (по 5% каждый). Всех больных перед процедурой мы ознакомили и информировали об участии в исследовании. Мы опросили больных в день поступления (до операции) и через 1 месяц после проведения ТС ДЛ ЦФК. Всех больных перед процедурой мы ознакомили и информировали об участии в исследовании. Мы опросили больных в день поступления (до операции) и через 1 месяц после проведения ТС ДЛ ЦФК. Чтобы определить уровень качества жизни, мы использовали опросник NEI-VFQ (NEI-VFQ – National Eye Institute Visual Function Questionnaire, Анкета зрительных функций), который является самым обширным офтальмологическим опросником.

Данный опросник состоит из 51 вопроса, которые оценивают состояние качества жизни по 13 показателям, но поскольку ответы на столь большое количество вопросов требует от больных значительных усилий, были предложены его сокращенные варианты, состоявшие из 25 и 39 вопросов. Учитывая возраст, регионарные особенности, психоэмоциональное состояние больных, сильный болевой синдром, мы использовали сокращенный вариант опросника NEI-VFQ -25. Мы опросили больных в день поступления (до операции) и через 1 месяц после проведения операции. Опросник состоял из вопросов с несколькими утверждениями. Используя приложения, каждое утверждение позже переводилось на баллы. Суммарный балл больных до проведения операции составил 4910 баллов. После проведения операции составил 32625 балл. Суммарный балл пациентов повысился на 27715.

Выводы. Таким образом, транс-склеральная диод-лазерная циклофотокоагуляция существенно улучшает качество жизни больных. Больных с терминальной болящей стадией глаукомы волнуют не зрение, а сильные боли. Часто больные соглашались на удаление глазного яблока. ТС ДЛ ЦФК показал эффективность в устранении болевого синдрома у всех больных, и соответственно, у больных улучшилось качество жизни.

Футуров Н.П., Фахридинов М.Б., Набиев Б.И.

ЭРЕКТИЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРОСТАТЫ НА ФОНЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии»

Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Научный руководитель - к.м.н. Олимов Р.Х.

Цель исследования. Изучение эректильной функции у больных с ДГПЖ на фоне консервативной терапии.

Материалы и методы. 104 больным с ДГПЖ в течение 6 месяцев проводилась консервативная терапия (дустатерид 0,5 + тамсулозин 0,4). Больные рандомизированы на 2 группы: 1-я – только консервативная терапия ($n = 72$), 2-я – консервативная терапия +ингибитор фосфодиэстеразы (ФДЭ) по требованию ($n = 32$). Эффективность лечения оценена с помощью самоанкетирования, при этом использовались: опросник возрастных симптомов мужчины AMS (раздел по оценке сексуальной функции); краткий опросник по оценке половой функции BSFI (M.P. O’Leary et al., 1995); опросник МИЭФ-5. Анкетирование выполнено перед лечением, через 3 и 6 месяцев терапии соответственно.

Результаты исследования. В обеих группах в целом определяются низкие исходные показатели компонентов сексуальной функции пациентов. Через 3 месяца консервативной терапии в обеих группах выявлено некоторое снижение практически всех показателей или отсутствие в них динамики. В 1-й группе показатели AMS достоверно ухудшились с $10,4 \pm 0,7$ до $12,9 \pm 0,8$ балла ($p < 0,03$). Через 6 месяцев в 1-й группе достоверно изменился показатель оценки проблемы с $5,1 \pm 0,9$ («небольшая проблема») до $9,4 \pm 0,9$ баллов («очень незначительная проблема») ($p < 0,02$). Во 2-й группе к 6 месяцам по результатам МИЭФ достоверно улучшилась эректильная функция с $13,7 \pm 1,2$ до $17,4 \pm 2,7$ баллов ($p < 0,02$), по результатам BSFI также достоверно возрос эректильный компонент с $4,5 \pm 1,0$ до $6,6 \pm 1,2$ баллов ($p < 0,05$). Показатели AMS выявили улучшение сексуальной функции пациентов с $13,3 \pm 1,0$ до $9,0 \pm 1,3$ баллов ($p < 0,02$).

Выводы. У пациентов с ДГПЖ имеются значительные исходные нарушения сексуальной функции. Ухудшение сексуальной функции на фоне консервативной терапии ДГПЖ кратковременны и в целом нивелируется к 6 месяцам терапии. Применение ингибиторов ФДЭ- 5 того типа улучшает эректильную функцию при лечении больных с ДГПЖ.

Хабибов Н., Муллоев И.Дж., Косимов И.О.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н. Исмоилзода С. С.

Цель исследования. Разработка и оценка эффективности профилактических мероприятий для снижения частоты осложнений в хирургии гастроэнтерологических заболеваний.

Материал и методы. В исследование включены данные 150 пациентов, в 2020–2023 гг. Средний возраст пациентов составил $46,7 \pm 7,5$ лет. Мужчины составили 52% (78 человек), женщины – 48% (72 человека). Пациенты были разделены на две группы:

• **Группа 1** (75 человек): пациенты, которым проводились стандартные профилактические мероприятия.

- **Группа 2** (75 человек): пациенты, которым проводились оптимизированные профилактические мероприятия, включавшие модификацию диеты, контроль массы тела, коррекцию сопутствующих заболеваний и раннюю мобилизацию после операции.

Оценивались частота осложнений (инфекции, тромбозы, дыхательная недостаточность), длительность госпитализации и клинические исходы. Для анализа использовались однофакторный анализ (ANOVA) и χ^2 при $p < 0,05$.

Результаты исследования. В группе с оптимизированной профилактикой частота послеоперационных инфекций снизилась с 18% до 9% ($p < 0,01$).

- Тромбоэмболические осложнения наблюдались у 4% пациентов во второй группе, что на 50% ниже, чем в первой группе (8%, $p < 0,05$).
- Средняя длительность госпитализации сократилась с $9,2 \pm 2,1$ до $6,8 \pm 1,9$ дней.
- Общая частота осложнений в группе 2 составила 13%, что на 40% ниже, чем в группе 1 (22%, $p < 0,01$).

Выводы. Оптимизация профилактических мероприятий, включающая коррекцию диеты, раннюю мобилизацию и контроль сопутствующих заболеваний, позволяет значительно снизить частоту послеоперационных осложнений и улучшить клинические исходы. Данный подход рекомендован для использования в клинической практике.

Хабибов Н., Муллоев И.Дж., Косимов И.О.

РОЛЬ СОВРЕМЕННЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ В ХИРУРГИИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н. Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценка эффективности современных лабораторных методов диагностики для выявления гастроэнтерологических заболеваний на ранних стадиях и их влияния на исходы хирургического лечения.

Материал и методы. Включено 140 пациентов с подтвержденными гастроэнтерологическими заболеваниями, готовившихся к хирургическому лечению. Средний возраст пациентов – $45,9 \pm 6,8$ лет; мужчины составили 54% (76 человек), женщины – 46% (64 человека). Основные применяемые лабораторные методы:

- Биохимический анализ крови (уровень белка, ферментов печени, электролитов).
- Исследование маркеров воспаления (CRP, IL-6).
- Коагулограмма.
- Определение микроэлементов и витаминов.

Сравнивались результаты обследований с клиническими исходами, частотой осложнений и сроками реабилитации. Для статистической обработки данных использовались методы корреляционного анализа и однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA), $p < 0,05$.

Результаты исследования. Повышенные уровни CRP и IL-6 были связаны с увеличением риска послеоперационных осложнений на 30% ($p < 0,01$).

- Гипопротеинемия (<60 г/л) наблюдалась у 25% пациентов и ассоциировалась с более длительным восстановлением ($12,5 \pm 2,1$ дня против $8,3 \pm 1,7$ дней у пациентов с нормальным уровнем белка, $p < 0,05$).
- Использование коагулограммы позволило выявить скрытые нарушения свертываемости у 18% пациентов, что предотвратило развитие тромбозов в послеоперационном периоде.
- Оптимизация терапии на основании данных лабораторной диагностики позволила сократить частоту осложнений с 22% до 12% ($p < 0,01$).

Выводы. Современные лабораторные методы диагностики являются важным инструментом в выявлении и управлении факторами риска у пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями. Их внедрение в клиническую практику способствует снижению частоты осложнений, улучшению хирургических исходов и сокращению сроков реабилитации.

Хабибов Н., Косимов И.О., Муллоев И.Дж.

РОЛЬ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ В ХИРУРГИИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н. Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценка эффективности современных инструментальных методов диагностики в выявлении гастроэнтерологических заболеваний и их влияния на исходы хирургического лечения.

Материал и методы. Включено 160 пациентов с подозрением на гастроэнтерологические заболевания. Средний возраст пациентов – $47,4 \pm 7,2$ года; мужчины составили 58% (93 человека), женщины – 42% (67 человек). Используемые методы диагностики:

- Эндоскопия (верхние отделы ЖКТ).
- УЗИ органов брюшной полости.
- КТ для оценки осложнений (абсцессы, перфорации, опухоли).
- Контрастные исследования для оценки функциональных нарушений.

Сравнивались данные инструментальных исследований с результатами операций, частотой осложнений и длительностью госпитализации. Использовались статистические методы (корреляционный анализ, χ^2) при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. Эндоскопия позволила выявить патологию в 87% случаев, включая язвы, опухоли и кровотечения.

- УЗИ продемонстрировало высокую эффективность в диагностике патологии желчных путей (чувствительность – 92%).
- КТ оказалась наиболее точным методом для выявления осложнений, обеспечив чувствительность 95% и специфичность 93%.
- Применение комплексного подхода (эндоскопия + КТ) снизило частоту неоправданных хирургических вмешательств на 20% ($p < 0,01$).
- Пациенты, у которых диагностика включала современные методы, имели более короткий срок госпитализации ($8,2 \pm 1,9$ дня против $10,5 \pm 2,3$ дней у пациентов с ограниченной диагностикой, $p < 0,05$).

Выводы. Инструментальные методы диагностики являются важным компонентом при выявлении гастроэнтерологических заболеваний и планировании хирургического лечения. Использование современных технологий позволяет повысить точность диагностики, снизить частоту осложнений и улучшить прогноз пациентов. Эти методы рекомендованы для широкого внедрения в клиническую практику.

Хайдаров З.Б., Назарзода Н.Х., Зиёзода М.Р., Косимов А.Х.

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПТЕРИГИУМА МЕТОДОМ АУТОПЛАСТИКИ

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Глазные отделения НМЦ РТ «Шифобахш». Таджикистан.

Научный руководитель - старший преподаватель кафедры Каримов М.Б.

Цель исследования. Изучение эффективности аутопластики конъюнктивы при резекции крыловидной плевы в отдалённом периоде.

Материалы и методы исследования. В условиях 1-го глазного отделения Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш» было прооперировано 36 пациентов (36 глаз) в возрасте от 29 до 66 лет. Первичный птеригиум встречался в 28 (77,8%) случаях, рецидивирующий - в 8 (22,2%) случаях. У всех больных птеригиум локализовался с внутренней стороны. Основную группу составили 25 человек (69,4% глаз), контрольную - 11 человек (30,6% глаз). Хирургическое лечение контрольной группы проводилось по методике Мак-Рейнольдса. Больные основной группы были прооперированы с аутопластикой конъюнктивы. Всем больным до и после операции проводился комплекс офтальмологических исследований, включающий визометрию, офтальмометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию и рефрактометрию.

Результаты исследования. Техника операции с аутопластикой конъюнктивы: крыловидную плевую отслаивают от роговицы при помощи микрошпателя и иссекают тело птеригиума с прилежащей тканью на 2 мм от основания. В верхненаружном квадрате 2,5 мм, отступая от лимба, иссекалась донорская ткань для пересадки, размер трансплантата измерялся с учётом размера конъюнктивы на 1 мм больше из-за сокращения последнего в зоне пересадки. Рану конъюнктивы донорского участка ушивали узловатыми швами (1-3) 10/0, в зависимости от размера раны. Полученный трансплантат укладывали на ложе и фиксировали к конъюнктиве 6 узловатыми швами 10/0. Операционный и послеоперационный периоды протекали гладко, без осложнений. В послеоперационном периоде закапывали раствор флоксидека в течение 20 дней по схеме. Швы снимались на 8-10 сутки.

Больные находились под наблюдением более 1 года. В раннем послеоперационном периоде острота зрения улучшалась у больных обеих групп, область нароста дубликатуры на роговице была более чистая, косметически выглядит лучше, чувство дискомфорта, слезостояния, а также слезотечения навсегда исчезли у больных основной группы, а у больных контрольной группы долго держалась гиперемия конъюнктивы в области операционной раны. В сроках более года наблюдались: в основной группе был отмечен 1 (2,7%) случай рецидива птеригиума, а в контрольной группе было отмечено 3 случая (8,3%) рецидива птеригиума.

Выводы. Хирургическое лечение птеригиума методом аутопластики конъюнктивальным лоскутом обеспечивает устойчивый косметический эффект, а также снижает риск рецидива заболевания и не вызывает специфических осложнений как в раннем послеоперационном, так и в отдалённых сроках наблюдения.

Хайдаров М.М., Сайфуллоев Б.С., Махмадкулова Н.А.

УСТРАНЕНИЕ ДЕФОРМАЦИИ И КОНТРАКТУР НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кафедра хирургических болезней № 2 имени академика Н.У.Усманова;

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии имени М.К.Каримова

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан.

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Научный руководитель - д.м.н. доцент Маликов М.Х.

Цель исследования. Использование местно-пластических способов операции для улучшения результатов хирургического лечения посттравматических деформаций и контрактур нижних конечностей.

Материал и методы. Различные варианты местно-пластических операций были осуществлены 54 пациентам с тяжелыми деформациями и контрактурами нижних конечностей различной этиологии. Пациентам операции были выполнены в условиях отделения реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ и лечебно-диагностическом отделении ГОУ Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино. Мужчин было 31, женщин-23. Среди общего числа пациентов 39 пациентов находились в возрастном периоде до 18 лет, что составило 72,2%.

В 32 наблюдениях причины развития деформации и контрактур явились кипяченые жидкости, у 13 – воздействия различных нагревательных приборов. Тяжелыми явились деформации, развившиеся в результате сандалного ожога (4).

Результаты исследования. Во всех наблюдениях с целью адекватной мобилизации лоскутов на ножке и предотвращения атрогического повреждения сосудисто-нервных пучков использовали оптического увеличения. После устранения контрактур и деформации стабильность пальцев достигалась проведением спиц. Артериолиз и невролиз в нижней трети голени осуществлялись при рубцовых сдавлениях сосудисто-нервного пучка.

Основным способом местно-пластических операций явился Z-пластики с разными модификациями. Нестандартные способы операции были предприняты при наличии протяженного рубцового дефекта и деформации пальцев и стопы. В связи с ограниченной возможностью местно-пластического материала в ряде случаев образовавшиеся кожные дефекты были закрыты использованием свободного кожного трансплантата.

В раннем послеоперационном периоде раневые осложнения наблюдались у 3 пациентов. Среди них в 2 случаях на исходы операции нагноение не повлияло, но в третьем случае развился обширный дефект кожи, которых в последующем потребовал проведение корригирующей операции. В 5 наблюдениях краевой некроз верхушек поднятых кожно-фасциальных лоскутов на результаты операции отрицательно не влиял.

Отдаленные функциональные и эстетические результаты были изучены у всех пациентов. Рецидив контрактуры пальцев имел место у 6 пациентов, что составил 11%. Всем этим пациентам были выполнены повторные корригирующие операции, результаты которых удовлетворяли пациентов.

Выводы. Коррекция тяжелых деформаций и контрактур нижней конечности требует применению сложных способов операции. В большинстве случаев использованием местно-пластического ресурса самой нижней конечности устраняются деформации и контрактуры, как стопы, так и пальцев. В ряде случаев для закрытия оставшегося дефекта используется полнослойный кожный трансплантат.

Хайдаров С.Д.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ У ВЗРОСЛЫХ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель - Мухамедова И.Г.

Цель исследования. Представить результаты успешного лечения пациента с мышечной кривошеей, а также существующие подходы к лечению таких повреждений у взрослых на основе литературных данных.

Материалы и методы. В период с 2020 по 2025 гг. в клинике кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино под наблюдением находились 26 больных (12 мужчин и 14 женщин), возраст которых составил от 17 до 56 лет. В связи с длительностью патологических изменений все пациенты имели выраженные деформации шеи тяжелой степени. Клинически признаки при врожденной мышечной кривошее были очень выражены, во первых, обращало на себя внимание неправильное положение головы. Клинически определялось натяжение грудино-ключично-сосцевидной мышцы, которая была короткой, утолщенной, чрезмерно плотной, что вызывало натяжение окружающих мягких тканей, кожи в виде паруса и приводило к неправильному положению головы, наклону вправо и повороту лица влево, это обуславливало вынужденное положение, ограничение движений шеи и головы. С возрастом деформация у больных постепенно приобретала тяжелую форму с развитием асимметрии черепа. Проведена оперативная коррекция элементов правосторонней кривошеи по методу Зацепина. В послеоперационный период применяли иммобилизацию: в виде ошейника из поливика, шину ЦИТО, кранио-торакальную гипсовую коррекцию в положении против искривления.

Результаты исследования. По данным многолетней практики наблюдение установлено, что с возрастом клинические признаки при кривошее усугубляются, а тактика лечения и прогноз во многом определяются степенью поражения мышц, мягкотканых структур, функциональным состоянием нервной системы, костных структур черепа и позвоночника, так как патологические признаки кривошеи у взрослых приобретают необратимый характер. Хорошие результаты получены у 25,2% больных. Положительные результаты свидетельствовали об эффективности и правомерности оперативной коррекции даже при позднем обращении за лечением при врожденной мышечной кривошее у взрослых. Рецидивов и осложнений в этой группе пациентов не наблюдалось. При удовлетворительных результатах (73,8%) порочное положение головы и шеи было устранено, но отмечалось незначительное ограничение объема движений головы, которое сохранялось из-за вторичных изменений в шейном отделе позвоночника. При этом не было избыточного движения, сохранялись выраженные изменения в виде: асимметрии лицевой части скелета, атрофии щечных и затылочных мышц. В группу с неудовлетворительными результатами лечения вошел 1% больных, не выполнявших рекомендации врача (раннее снятие гипсовой иммобилизации). Таким образом, оперативная коррекция врожденной мышечной кривошеи у взрослых позволила повысить эффективность лечения врожденной кривошеи у взрослых. Рецидивы и осложнения не отмечались. Однако поздняя обращаемость и несвоевременное оказание ортопедического лечения не позволили полностью устранить имеющийся сложный патологический симптоматический комплекс при кривошее.

Выводы. 1. Необратимые структурные изменения костей лицевого скелета и мягкотканых образований при врожденной мышечной кривошее у взрослых обусловлены поздней обращаемостью за лечением.

2. После оперативного лечения врожденной кривошеи у взрослых они нуждаются в постоянном восстановительном лечении.

Хакала В.С.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА

Кафедра хирургии общей с клиникой ФГБОУ ВО «ПСПБГМУ им. И.П.Павлова». Российская федерация.

Научный руководитель – к.м.н., доц., Каманин А.А.

Цель исследования. Провести анализ динамики СРБ в раннем послеоперационном периоде у пациентов, оперированных по поводу болезни Крона и изучить её возможную корреляцию с риском развития инфекционных осложнений.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование, в которое вошли 48 пациентов. Каждому пациенту было проведено оперативное вмешательство по поводу болезни Крона. Всем пациентам проводилась оценка СРБ за сутки до операции, а также на 1-7 и 12 сутки послеоперационного периода. Основываясь на полученных результатах динамики С-реактивного белка, пациенты были разделены на 2 группы, в которую вошли 31 и 17 человек соответственно.

Результаты исследования. Средний уровень СРБ до операции среди всех пациентов составил 25,295 мг/л. На первые и вторые сутки послеоперационного периода в обеих группах отмечался рост СРБ. В группе 1 на 3 сутки послеоперационного периода отмечался спад уровня СРБ до 90,32 мг/л, в группе 2 - его дальнейший рост до 110,53 мг/л на 3 сутки и до 158,00 мг/л на 4 сутки. Обследовав пациентов группы 2, развивающихся инфекционных осложнений выявлено не было. Основываясь на полученных результатах, пациентам группы 2 на 4 сутки послеоперационного периода была назначена терапия глюкокортикостероидами (ГКС) с целью подавления иммунного компонента болезни Крона. После назначения ГКС уровень СРБ у пациентов группы 2 снизился.

Выводы. Проанализировав динамику СРБ у пациентов с болезнью Крона в раннем послеоперационном периоде, был сделан вывод, что она может отличаться от стандартных хирургических пациентов. Рост СРБ в раннем послеоперационном периоде у таких пациентов не может быть расценен исключительно как маркер развития инфекционных осложнений. Динамика нарастания СРБ после операций при болезни Крона может являться следствием повышенной активности иммунного компонента. Что уже в свою очередь может приводить к развитию осложнений в раннем послеоперационном периоде. Важно ежедневно оценивать уровень СРБ у таких пациентов для своевременного назначения гормональной терапии и повышения эффективности их послеоперационной реабилитации.

Хакимова М.Ш.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БЛЕФАРОПТОЗА У ДЕТЕЙ

Кафедра офтальмологии СамГМУ. Узбекистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Кадилова А.М.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность силиконовой ленты в хирургическом лечении врожденного птоза верхнего века у детей.

Материал и методы. В отделении глазных болезней многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета (СамГМУ) было проведено исследование 24 пациентам (10 мальчиков и 14 девочек) в возрасте 3-10 лет с диагнозом врожденный блефароптоз средней и тяжелой степени с низкой функцией мышцы, поднимающей верхнее веко (менее 4 мм).

Критериями исключения явились сопутствующие тяжёлые системные заболевания, воспалительные процессы в области глаз, предыдущие операции на верхнем веке.

Пациенты проходили комплексное офтальмологическое обследование, включающее визометрию, биомикроскопию, оценку функции леватора и измерение степени птоза.

Всем пациентам для устранения птоза верхнего века была выполнена подвешивающая операция закрытым способом с использованием силиконовой ленты.

Результаты исследования. Послеоперационный осмотр проводился через 1, 6 и 12 месяцев для визуальной оценки изменений. Основное внимание уделялось оценке функциональных и эстетических результатов, а также наличию возможных осложнений, таких как раздражение конъюнктивы, воспаление тканей и миграция силиконовой ленты.

Восстановление нормального положения верхнего века отмечено у 14-и (58,3%) пациентов. Из них полная симметрия век с сохранением нормального положения века при взгляде вверх и вниз наблюдалась у 10-и (71,4%), незначительное отклонение уровня века, не требовавшее повторного хирургического вмешательства – у 4-х (28,6%). Так, уровень подъема века после операции в среднем составил $8,2 \pm 1,1$ мм.

У 16-и детей (66,7%) полностью устранено ограничение зрительного поля и устранение симптомов амблиопии, острота зрения улучшилась у 12-и пациентов (58,3%).

В раннем послеоперационном периоде одним из имеющихся осложнений явилось воспаление в области операционного разреза у 1-го больного (4,1%), которое было успешно купировано антибиотикотерапией. Раздражение конъюнктивы, устранённое путём корректировки натяжения ленты наблюдалось также у 1-го пациента (4,1%). В 2-х случаях (8,3%) отмечалось незначительное смещение силиконовой ленты, которое не повлияло на функциональный результат. Не было зафиксировано случаев гипо- и гиперэффекта, выраженного рубцевания, отторжения имплантата и других осложнений.

Через 6 месяцев после операции у 21 пациента (87,5%) сохранился достигнутый уровень подъема века. В 3-х случаях (12,5%) наблюдалось ослабление натяжения силиконовой ленты, что потребовало коррекции.

Через 12 месяцев родители 22-х детей (91,7%) были удовлетворены результатами операции, положительно

оценили внешний вид ребёнка. Глазная щель стала симметричной, положение верхнего века стало идентичным, как второй здоровый глаз. В 2-х случаях (8,3%) родители пациентов отмечали желание повторной коррекции для достижения большей симметрии век. Выздоровление (веко прикрывает не более 1/3 зрачка) к моменту выписки из стационара было достигнуто у 58,3% больных, в отдалённые сроки – почти до 87,5% оперированных.

Выводы. Метод применения силиконовой ленты при хирургическом лечении врожденного блефароптоза у детей показал высокую эффективность, безопасность, стойкий эстетический и функциональный результат, он не даёт осложнений в виде зияния глазной щели, снижает риск рецидива и осложнений.

Халимова М.О.

РАННЕЕ ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЁННЫХ

Кафедра детской хирургии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н. Рахмонов Ш. Дж.

Цель исследования. Улучшение результатов послеоперационного периода при атрезии пищевода у новорождённых.

Материалы и методы. За последние 5 лет в клинике детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино на базе ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» проходили лечение 51 новорождённых с АП. Возраст их варьировал от нескольких часов до десяти суток: 21 детей поступили в первые сутки жизни, 13 - на вторые, 5 - на третьи, 3 - на четвёртые, 4 - на пятые, 2 - на седьмые, 2 - на восьмые и 1 - на десятые. У всех новорождённых с АП имелись признаки аспирационной пневмонии, которая подтверждалась рентгенографией лёгких.

Результаты исследования. В процессе исследования мы выявили VACTERL - ассоциации у всех больных: у 20 больных были пороки развития сердечнососудистой системы, у 2 больных - атрезия двенадцатиперстной кишки, у 1 больного - атрезия двенадцати-перстной и атрезия прямой кишки, у 2 больных - атрезия заднего прохода со свищом, у 5 больных - пороки развития почек, у 1 больного - порок развития нижней конечности и у 46 больных был обнаружен нижний трахеопищеводный свищ.

Послеоперационный период протекал без осложнений у 19 (37,3%) из 51 новорождённых. У остальных оперированных детей возникли следующие осложнения: ДВС-синдром (4), острая почечная недостаточность (4), пневмония (4), респираторный дистресс-синдром (6), отёк лёгкого (3), стриктуры анастомоза (20), несостоятельность анастомоза (2). Около 20 больных в послеоперационном периоде, наряду с вышеперечисленными осложнениями, умерли от осложнений пороков ССС. Всего умерло 32 больных от развившихся в послеоперационном периоде септических осложнений и вышеперечисленных послеоперационных осложнений, то есть послеоперационная летальность составила 62,7 %.

Кормление через зонд начали на 2-3 сутки после операции, из расчёта 1мл/кг/час, прибавляя по 1мл каждые сутки. Мы выявили, что у больного с диагнозом АП имеется микрогастрия, склонность к гастроэзофагеальному рефлюксу, поэтому мы уменьшаем количество смеси и повышаем порцию.

По нашим наблюдениям и по данным литературы, стриктуры анастомоза пищевода возникают у 40-90 % оперированных. В связи с этим всем больным после операции, начиная с 21-го дня, проводили проводниковое бужирование пищевода до возрастных параметров с окончательной оценкой просвета пищевода эзофагографией.

Таким образом, применяемые в клинике детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино на базе ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» принципы хирургического лечения АП дают выздоровление 31,7% оперированных больных. Высокая летальность новорождённых с АП обусловлена в основном сочетанной патологией, выраженной недоношенностью и тяжёлыми сопутствующими, нередко множественными пороками развития, а также возможными послеоперационными осложнениями.

Выводы. 1. Лечение атрезии пищевода у новорождённых до настоящего времени представляет серьёзную хирургическую проблему.

2. Несмотря на достижения современной детской хирургии, послеоперационная летальность новорождённых с АП до сих пор остаётся высокой, по нашим данным, 62,7%.

3. Начинать раннее энтеральное питание в этом положении очень своевременно, поскольку в отношении больных, которые обращались к нам в позднем сроке и с разными осложнениями (аспираторная пневмония, респираторный дистресс-синдром), мы не можем использовать полное парентеральное питание, потому что это может способствовать ухудшению состояния больных.

Халимова Х.О.

ЙОДДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор кафедры Камилова М.Я.

Цель исследования. Изучить структуру преждевременных родов по клинической ситуации женщин с йоддефицитными заболеваниями, заболеваниями щитовидной железы.

Материал и методы. Обследованы 39 женщин с диффузным эутиреоидным зобом (группа 1) и 21 женщина с субклиническим гипотиреозом (группа 2). Критериями включения в группы явились роды в сроки гестации от 34+6 дней и до 37+6 дней, диагностированные заболевания щитовидной железы. При увеличенных размерах щитовидной железы, нормальных значениях ТТГ и гормонов щитовидной железы устанавливали диагноз «диффузный эутиреоидный зоб». В случаях повышенных уровней ТТГ (больше 3,5 мкМЕ/л) и нормальных значений уровня Т4 устанавливали

ливали диагноз «субклинический гипотиреоз». Методы исследования: общеклинические, пальпация и УЗИ исследование щитовидной железы матери, акушерское исследование, лабораторные методы исследования (ТТГ, Т3, Т4 в сыворотке крови матерей в третьем триместре беременности).

Результаты исследования. Женщины обследованных групп не имели статистически значимых различий по таким показателям как средний возраст и распределение по паритету. Среди женщин 1-й группы доля самопроизвольных ПР составила 30 (76,9%) и индуцированных преждевременных родов – 9 (23,1%), среди женщин 2-й группы – 12 (57,1%) и 9 (42,9%). Установлена связь средней силы (нормированное значение коэффициента Пирсона=0,285) между воздействием факторов «субклинический гипотиреоз» и «диффузный эутиреоидный зоб» и исходом «индуцированные преждевременные роды». В случаях индуцированных преждевременных родов показаниями для вмешательства явились преэклампсия, дородовой разрыв плодных оболочек, СЗРП. В этих случаях медицинские вмешательства были направлены на предотвращение серьезных осложнений. У женщин с диффузным эутиреоидным зобом вышеперечисленные осложнения диагностированы в 10 (25,6%) случаях, у женщин с гипотиреозом – в 14 (66,7%) случаях, что объясняет статистически значимо (хи-квадрат с поправкой Йейтса 7,940; $p < 0,05$) больший процент индуцированных преждевременных родов среди пациенток с субклиническим гипотиреозом.

Выводы. 1. Полученные результаты подтверждают более неблагоприятное воздействие на течение беременности и пренатальное развитие плодов гипотироксинемии. 2. У беременных женщин с диффузным эутиреоидным зобом и женщин с субклиническим гипотиреозом имеют место различия в частоте индуцированных преждевременных родов, которые связаны с различиями частоты осложнений беременности и необходимостью медицинского вмешательства.

Хамидов Ф.М., Достиев У.А., Муллоев И.Дж.

СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА АУТОИММУННЫХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОВ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н. Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Разработать систему стратификации риска прогрессирования аутоиммунных гломерулонефритов и оценить эффективность различных профилактических подходов в зависимости от уровня риска.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 200 пациентов с аутоиммунными гломерулонефритами, разделенных на три группы по степени риска прогрессирования заболевания: низкий ($n=60$), средний ($n=80$) и высокий ($n=60$). Для стратификации использованы следующие критерии: уровень белка в моче (>3.5 г/сут), скорость клубочковой фильтрации (СКФ <30 мл/мин/1.73 м²), наличие анти-GBM или ANCA-антител, концентрация IL-6 и TNF- α , а также степень фибротических изменений по данным биопсии. В рамках исследования оценивалась эффективность индивидуализированной терапии, включая модификацию иммуносупрессивного лечения и использование антицитокиновой терапии.

Результаты исследования. У пациентов с высоким риском уровень IL-6 (45.2 ± 6.7 пг/мл) и TNF- α (28.9 ± 5.3 пг/мл) был значительно выше, чем в группе среднего риска (IL-6 = 22.5 ± 4.1 пг/мл, TNF- α = 14.3 ± 3.7 пг/мл, $p < 0.001$) и низкого риска (IL-6 = 10.7 ± 2.9 пг/мл, TNF- α = 7.1 ± 2.5 пг/мл, $p < 0.001$). У пациентов с высокой степенью риска прогрессирования заболевания в 72% случаев выявлены ANCA-антитела, в 65% — выраженные фибротические изменения в почечной биопсии. Введение антицитокиновой терапии (тоцилизумаб, инфликсимаб) в группе высокого риска позволило снизить скорость прогрессирования ХБП на 50% в течение 12 месяцев наблюдения.

Выводы. Разработанная система стратификации риска аутоиммунных гломерулонефритов на основе клинических, лабораторных и морфологических критериев позволяет прогнозировать течение заболевания и персонализировать терапевтический подход. Пациенты с высоким риском требуют более агрессивной иммуносупрессивной и антицитокиновой терапии, что позволяет снизить скорость прогрессирования заболевания и увеличить вероятность достижения ремиссии.

Хамидов Ф.М., Достиев У.А., Муллоев И.Дж.

СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ АУТОИММУННЫХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОВ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ТАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н. Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценить значимость стратификации риска у пациентов с аутоиммунными гломерулонефритами и определить оптимальную терапевтическую стратегию в зависимости от уровня риска прогрессирования заболевания.

Материал и методы. В исследование включены 180 пациентов с подтвержденным диагнозом АГН, которые были разделены на три группы по степени риска:

- **Низкий риск ($n=50$):** белок в моче <1 г/сут, СКФ >60 мл/мин/1.73 м², отсутствие ANCA-антител.
- **Средний риск ($n=70$):** белок в моче 1–3 г/сут, СКФ 30–60 мл/мин/1.73 м², наличие ANCA-антител или умеренных фибротических изменений в биопсии.
- **Высокий риск ($n=60$):** белок в моче >3 г/сут, СКФ <30 мл/мин/1.73 м², выраженные фиброзные изменения, высокий уровень IL-6 и TNF- α .

Оценивалась эффективность различных схем лечения: стандартная иммуносупрессия (глюкокортикостероиды + циклофосфамид/ритуксимаб) и биологическая терапия (тоцилизумаб, белимумаб) в группе высокого риска.

Результаты исследования. У пациентов с высоким риском уровень IL-6 (49.3 ± 7.1 пг/мл) и TNF- α (32.4 ± 5.8

пг/мл) был достоверно выше, чем в группах среднего ($IL-6 = 26.1 \pm 5.4$ пг/мл, $TNF-\alpha = 15.9 \pm 4.2$ пг/мл, $p < 0.001$) и низкого риска ($IL-6 = 12.4 \pm 3.6$ пг/мл, $TNF-\alpha = 8.3 \pm 2.9$ пг/мл, $p < 0.001$). Пациенты с высоким риском, получавшие биологическую терапию, демонстрировали значительное снижение скорости прогрессирования ХБП (риск снижения СКФ более чем на 10 мл/мин за год был ниже на 55%). Средняя скорость достижения ремиссии составила:

- **Низкий риск:** 6 месяцев;
- **Средний риск:** 12 месяцев;
- **Высокий риск:** 18 месяцев при использовании биологических препаратов, против 24 месяцев при стандартной терапии.

Выводы. Стратификация риска аутоиммунных гломерулонефритов позволяет прогнозировать течение заболевания и корректировать терапию. Пациенты с высоким риском требуют более интенсивной иммуносупрессии с применением биологических агентов, что позволяет снизить скорость прогрессирования заболевания и повысить эффективность лечения.

Хамидов Ф.М., Достиев У.А., Муллоев И.Дж.

ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА АУТОИММУННЫХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОВ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н. Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Выявить ключевые предикторы развития и прогрессирования аутоиммунных гломерулонефритов, а также оценить эффективность различных профилактических стратегий.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 160 пациентов с диагнозом аутоиммунного гломерулонефрита, из которых у 100 пациентов было зафиксировано прогрессирование заболевания до хронической почечной недостаточности. Изучены клиничко-лабораторные показатели, включая уровень сывороточного креатинина, анти-GBM антител, ANCA, $IL-17$, $TNF-\alpha$, а также данные биопсии почек. Оценивалась эффективность различных иммуномодулирующих и антицитокиновых схем терапии, в том числе плазмафереза и биологической терапии (ритуксимаб, тоцилизумаб).

Результаты исследования. У пациентов с прогрессирующим гломерулонефритом уровень $IL-17$ (42.3 ± 6.1 пг/мл) и $TNF-\alpha$ (25.8 ± 5.4 пг/мл) был значительно выше, чем у пациентов с ремиссией заболевания ($IL-17 = 15.2 \pm 3.5$ пг/мл, $TNF-\alpha = 9.7 \pm 2.8$ пг/мл, $p < 0.001$). Анти-GBM антитела выявлены у 38% пациентов, а ANCA-ассоциированные формы заболевания – у 47% случаев. Основными факторами риска быстрого прогрессирования заболевания были высокий уровень воспалительных цитокинов, наличие сахарного диабета, длительное применение нестероидных противовоспалительных препаратов и поздняя диагностика. Применение иммуносупрессивной терапии в комбинации с биологическими агентами позволило снизить риск прогрессирования заболевания на 40% в течение первых двух лет наблюдения.

Выводы. Факторы риска прогрессирования аутоиммунных гломерулонефритов включают высокий уровень воспалительных цитокинов, позднюю диагностику, наличие сахарного диабета и длительное применение НПВС. Повышение $IL-17$ и $TNF-\alpha$ у пациентов может служить маркером агрессивного течения заболевания. Применение индивидуализированных схем терапии, включающих биологическую терапию, иммуномодуляцию и плазмаферез, позволяет существенно снизить риск прогрессирования заболевания и повысить эффективность лечения.

Хамидова М.Т., Асадов Б.А., Норматов А.У.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Самаркандский Государственный Медицинский Университет. Узбекистан.
Научный руководитель – PhD, доцент Сайдуллаев З.Я.

Цель исследования. Желчнокаменная болезнь занимает одно из первых мест среди хирургических заболеваний. Лечение желчнокаменной болезни и ее осложненных форм на сегодняшний день остается одним из наиболее актуальных и изученных направлений абдоминальной хирургии в связи с продолжающимся увеличением частоты этих осложнений. Желчнокаменная болезнь занимает одно из первых мест среди хирургических заболеваний.

Материал и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 138 больных острым холециститом. Возраст больных колебался от 18 до 89 лет, преобладали женщины - 84,8%. Предоперационный диагноз острого холецистита основывался на клинической оценке, лабораторных данных и ультразвуковых признаках острого холецистита.

Результаты исследования. Лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 25 (65,8%) больных 1-й группы с легким течением (Grade I) и у 13 (17,3%) больных со среднетяжелым течением (Grade II). Во всех случаях желчный пузырь был увеличен, напряжен, часто спаян с большим сальником или окружающими органами. Пункция желчного пузыря с эвакуацией от 30 до 50 мл желчи потребовалась в 31,6% случаев. Интраоперационно признаки острого обструктивного холецистита выявлены у 47,4% больных, флегмоны желчного пузыря с признаками его деструкции - у 21% больных. У 36 больных выполнена традиционная холецистэктомия и у 2 — лапароскопическая холецистэктомия с дренированием холедоха по Вишневскому.

Нередко воспалительный процесс протекает молниеносно, с образованием гангрены и перфорации желчного пузыря, что увеличивает летальность. Основной причиной возникновения некробиотических процессов в стенке желчного пузыря является повышение внутрипузырного давления. Высокая летальность больных пожилого и старческого возраста во многом зависит от прогрессивно возрастающей частоты осложненных форм острого холецистита.

та, в частности обструктивного. Деструктивные формы холецистита у пожилых людей встречаются в 9 раз чаще, чем в более молодых возрастных группах. В связи с этим снижение послеоперационной летальности при холецистите во многом зависит от своевременности диагностических мероприятий и их правильной интерпретации как на доклиническом, так и клиническом этапах, правильно подобранного лечения.

В настоящее время известны три способа удаления желчного пузыря: лапароскопическая холецистэктомия; трансректальная холецистэктомия из «мини-доступа» в правом подреберье; традиционная холецистэктомия из срединного доступа

Выводы. Лапароскопическая холецистэктомия представляется надежным, безопасным и экономически эффективным методом лечения острого холецистита. Мы считаем, что при осторожном подходе к острому холециститу лапароскопическая холецистэктомия обеспечит наилучшее лечение этого состояния.

Хамроев Б.М.¹, Мухаббатов А.Дж.², Аннаев М.Б.¹.

ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ВЗАИМНОГО ОТЯГОЩЕНИЯ ПРИ ГЕМОРРОЕ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

¹Кафедра общей хирургии №1 имени профессора Каххорова А.Н. ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

²Кафедра морфологических наук ГОУ «Республиканский медицинский колледж».

Научный руководитель - д.м.н., профессор Мухаббатзода Дж. К.

Цель исследования. Разработать способ диагностики синдрома взаимного отягощения при геморрое у больных с сахарным диабетом.

Материал и методы. В связи с этим нами исследованы 58 пациентов с хроническим геморроем в сочетании с сахарным диабетом, находившихся в отделении колопроктологии ГУ ГМИЦ №2 г. Душанбе в период с 2018 по 2024 годы. Для изучения наличия синдрома взаимного отягощения при геморрое у больных с сахарным диабетом всем пациентам были проведены инструментальные и лабораторные исследования, сбор анамнеза, клинический осмотр и оценка качества жизни. При этом, среди 58 больных у 32 пациентов установлен данный синдром.

Результаты исследования. Способ диагностики синдрома взаимного отягощения при геморрое у больных с сахарным диабетом заключается в том, что выявляют наличие нижеуказанных основных и дополнительных критериев, и на основе сочетания этих критериев определяют синдром взаимного отягощения этих двух заболеваний.

Основными критериями для диагностики синдрома взаимного отягощения при геморрое у больных с сахарным диабетом являются: обострение хронического геморроя два и более раза в год; появление глюкозы в моче или стойкое повышение её уровня в крови во время обострения хронического геморроя и тромбообразование в геморроидальных узлах с их острым воспалением (с переходом воспаления на перианальную кожу) после стойкого повышения уровня глюкозы в крови. А дополнительными критериями для диагностики вышесказанного синдрома считаются: запоры вследствие гипергликемии; сопутствующая хроническая или острая анальная трещина; наличие недостаточности анального сфинктера (НАС) при условии анатомической целостности последнего; повышение СОЭ (>15,0 мм/ч) и увеличение показателей СРБ (>5,0 мг/л). При этом синдром взаимного отягощения при геморрое у больных с сахарным диабетом диагностируется при обязательном наличии первого основного критерия и минимум одного из последних других двух основных критериев, а также при наличии трёх из пяти дополнительных критериев.

Выводы. Разработанный способ диагностики является патогенетически обоснованным и практически значимым методом для установления синдрома взаимного отягощения у больных с геморроем на фоне сахарного диабета, что помогает оптимизировать хирургическую тактику при сочетании этих двух патологий.

Хамроев Б.М.¹, Мухаббатов А.Дж.², Аннаев М.Б.¹.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СИНДРОМА ВЗАИМНОГО ОТЯГОЩЕНИЯ ПРИ ГЕМОРРОЕ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

¹Кафедра общей хирургии №1 имени профессора Каххорова А.Н. ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

²Кафедра морфологических наук ГОУ «Республиканский медицинский колледж».

Научный руководитель - д.м.н., профессор Мухаббатзода Дж. К.

Цель исследования. Разработка способа определения степени тяжести синдрома взаимного отягощения при геморрое у больных с сахарным диабетом.

Материал и методы. В связи с этим нами исследованы 23 пациента с хроническим геморроем в сочетании с сахарным диабетом, находившихся в отделении колопроктологии ГУ ГМИЦ №2 г. Душанбе в период с 2018 по 2024 годы. Для определения степени тяжести синдрома взаимного отягощения при геморрое у больных с сахарным диабетом всем пациентам были проведены инструментальные и лабораторные исследования, сбор анамнеза, клинический осмотр и др.

Результаты исследования. Для определения способа степени тяжести синдрома взаимного отягощения (СВА) при геморрое у больных с сахарным диабетом учитывается количество обострения хронического геморроя в течение года и стадии компенсации СД. При лёгкой степени тяжести синдрома СВА при геморрое у больных с сахарным диабетом включает в себя обострение хронического геморроя минимум 2 раза в год, СД в стадии компенсации, повышение СОЭ до 20,0 мм/ч и повышение СРБ до 10,0 мг/л. При средней степени тяжести СВА обострение хронического геморроя наблюдается от 3 до 4 раза в год, СД находится в стадии компенсации или субкомпенсации, повышение СОЭ в пределах от 21,0 - 30,0 мм/ч и СРБ - от 11,0 до 20,0 мг/л. Тяжёлой степенью тяжести данного синдрома считается, когда хронический геморрой обостряется более 4 раз в год, СД - в стадии субкомпенсации или

декомпенсации, СОЭ повышается более 30,0 мм/ч и увеличение показателей СРБ более 20,0 мг/л.

Таким образом, определение степени тяжести синдрома взаимного отягощения при геморрое у больных с сахарным диабетом требует изучения местного состояния геморроя и контроля сахарного диабета, а также данных лабораторного анализа. Такой подход позволяет не только выявить текущие проблемы, но и разработать индивидуализированную стратегию лечения и профилактики послеоперационных осложнений для пациентов с данным синдромом взаимного отягощения.

Выводы. Разработанный способ является патогенетически обоснованным и практически значимым методом для оптимизации способа диагностики определения степени тяжести синдрома взаимного отягощения при геморрое у больных с сахарным диабетом и выбора объема предоперационной подготовки больных.

Хамроев Б.М.¹, Мухаббатов А.Дж.², Аннаев М.Б.¹.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ГЕМОРОЕ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СИНДРОМА ВЗАИМНОГО ОТЯГОЩЕНИЯ

¹Кафедра общей хирургии №1 имени профессора Каххорова А.Н. ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

²Кафедра морфологических наук ГОУ «Республиканский медицинский колледж».

Научный руководитель - к.м.н., доцент Нозимов Ф.Х.

Цель исследования. Оптимизировать хирургическую тактику при геморрое у больных с сахарным диабетом в зависимости от степени тяжести синдрома взаимного отягощения.

Материал и методы. В связи с этим нами исследованы 23 пациента с хроническим геморроем в сочетании с сахарным диабетом, находившихся в отделении колопроктологии ГУ ГМЦ №2 г. Душанбе в период с 2018 по 2024 годы. В зависимости от степени тяжести синдрома взаимного отягощения при геморрое у больных с сахарным диабетом все пациенты были разделены на три группы: с лёгкой степенью тяжести синдрома взаимного отягощения (СВА), в которую входили 12 больных; со средней степенью тяжести СВА, которую составили 7 пациентов, и с тяжёлой степенью СВА, в которую входили 4 больных.

Результаты исследования. Для оптимизации хирургической тактики при геморрое у больных с сахарным диабетом в зависимости от степени тяжести синдрома взаимного отягощения или без него учитываются степени тяжести данного синдрома. При усугублении степени тяжести СВА прибегают к максимальному снижению количества и размера раны в промежности и анальном канале, так как при увеличении количества и размера ран негативно влияет на течение СД, и это в свою очередь ухудшает заживление ран с осложнениями. При отсутствии или лёгкой степени тяжести синдрома СВА при геморрое у больных с сахарным диабетом, когда у пациента наблюдаются обострение хронического геморроя минимум 2 раза в год, а СД в стадии компенсации, повышение СОЭ до 20,0 мм/ч и повышение СРБ до 10,0 мг/л, тогда производится геморроидэктомия наружных и внутренних геморроидальных узлов как при традиционном. При средней степени тяжести СВА, когда у больного выявляется, что обострение хронического геморроя наблюдается от 3 до 4 раз в год, СД находится в стадии компенсации или субкомпенсации, повышение СОЭ в пределах от 21,0 - 30,0 мм/ч и СРБ - от 11,0 до 20,0 мг/л, тогда объем операции включает удаление только внутренних геморроидальных узлов. Если у больного диагностируется тяжёлая степень тяжести данного синдрома (когда хронический геморрой обостряется более 4 раз в год, СД в стадии субкомпенсации или декомпенсации, СОЭ повышается более 30,0 мм/ч и увеличение показателей СРБ более 20,0 мг/л), тогда операция завершается только перевязкой кровоточащих внутренних геморроидальных узлов.

При усугублении степени тяжести СВА прибегают к максимальному снижению количества и размера раны в промежности и анальном канале, так как при увеличении количества и размер ран негативно влияет на течение СД, и это в свою очередь ухудшает заживление ран с осложнениями. Таким образом, данная хирургическая тактика определения степени тяжести с синдромом взаимного отягощения при геморрое у больных с сахарным диабетом требует изучения местного состояния геморроя и контроля сахарного диабета, а также данных лабораторного анализа. Такой подход позволяет не только выявить текущие проблемы, но и разработать индивидуализированную стратегию лечения и профилактики послеоперационных осложнений для пациентов с данным синдромом взаимного отягощения.

Выводы. Разработанный способ является патогенетически обоснованным и практически значимым методом для установления синдрома взаимного отягощения у больных с геморроем на фоне сахарного диабета, что помогает оптимизировать хирургическую тактику при сочетании этих двух патологий.

Хамроев Ш.Ф., Шамшиметов Д.Ф., Сафаров М.М.

PRP-ТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ТЕНДИНОПАТИЯХ ДЛИННОЙ ГОЛОВКИ ДВУГЛАВОЙ МЫШЦЫ ПЛЕЧА И СУХОЖИЛИЙ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии.

Узбекистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Ирисметов М.Э.

Цель исследования. Изучить эффективность PRP-терапии у больных с тендинопатией длинной головки двуглавой мышцы плеча и сухожилий вращательной манжеты плеча.

Материал и методы. Рассматривается эффективность применения PRP у 112 больных, находившихся на амбулаторном и стационарном лечении в отделении артроскопии клиники РСНПМЦТО в течение 2022-2024 гг., из них 48 мужчин и 64 женщины, средний возраст которых составил 51,8±7,6 лет. Пациенты были разделены на 2 группы: основную (56) и контрольную (56). Пациенты основной группы, помимо внутрисуставной блокады, полученной в контрольной группе, прошли процедуру PRP. Метод PRP-терапии заключался в получении плазмы, богатой тром-

боцитами, из венозной крови пациента с использованием центрифуги. Больные с тендинопатией сухожилий мышц вращательной манжеты плеча составили 51,8%, с синдромом субакромиального импинджмента - 25%, с тендинопатией сухожилия двуглавой мышцы плеча - 32,2%. Эффективность лечения оценивали по шкалам ВАШ (Визуально-аналоговая шкала), DASH (Опросник исходов и неспособности руки и кисти) и UCLA (The University of California — Los Angeles (UCLA) Shoulder Scale) до и после консервативного лечения, а также через 6 месяцев.

Результаты исследования. У пациентов обеих групп после консервативного лечения наблюдалось уменьшение боли и увеличение объема движений. По всем показателям шкал ВАШ, DASH, UCLA у больных основной группы отмечались лучшие результаты по сравнению с контрольной группой. Средний уровень улучшения показателей **5.3 пункта** в основной и **3,7** в контрольной группе по шкале ВАШ, а также **39.2 пункта**, **28.7 пункта** и **16.1 пункта**, **14,3 пункта** по шкалам DASH, UCLA соответственно. При проведении МРТ и УЗИ в послелечебном периоде установлено улучшение структуры сухожилий мышц и уменьшение отеков.

Выводы. Результаты нашего исследования соответствуют или превосходят данные, опубликованные в других исследованиях по эффективности PRP-терапии в лечении тендинопатий. PRP-терапия эффективна при хронических тендинопатиях длинной головки сухожилия двуглавой мышцы плеча и сухожилий мышц вращательной манжеты плеча за счет роста фактора, который выделяется тромбоцитами, таких как ТГФ- β , PDGF и VEGF. Эти факторы важны для процессов заживления, воспроизводства клеток и уменьшения воспалительных реакций. Наш опыт применения PRP-терапии для лечения хронических тендинопатий длинного сухожилия двуглавой мышцы плеча и сухожилий вращательной манжеты плеча подтвердил высокую эффективность этого метода. Значительное снижение болевого синдрома и улучшение функции плечевого сустава позволили большинству пациентов вернуться к обычной физической активности и повысить качество жизни. Однако, несмотря на обнадеживающие результаты, необходимы дальнейшие крупномасштабные исследования для более глубокого понимания применения PRP-терапии и ее долгосрочных последствий.

Хамроев Ш.Ф., Шамшиметов Д.Ф., Сафаров М.М.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЛИННОЙ ГОЛОВКИ ДВУГЛАВОЙ МЫШЦЫ ПЛЕЧА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии.
Узбекистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Ирисметов М.Э.

Цель исследования. Оценить результаты хирургического лечения и реабилитации длинной головки двуглавой мышцы плеча в зависимости от проведенных оперативных вмешательств.

Материал и методы. В основу работы положено изучение результатов лечения 25 больных в возрасте от 21 до 64 лет, которые с 2019 по 2024 гг. находились в РСНПМЦТО по поводу повреждения длинной головки двуглавой мышцы плеча. Подавляющее большинство пациентов (88%) находилось в активном трудоспособном возрасте - до 59 лет.

В зависимости проведенных операций, больные были подразделены на 4 группы: Первой группе больных проводилась фиксация длинной головки двуглавой мышцы плеча к грудной мышце. Второй группе больных проводилась фиксация длинной головки двуглавой мышцы плеча к плечевой кости. Третьей группе - длинная головка двуглавой мышцы плеча фиксировалась межбугорковой борозде. Последней основной группе - длинная головка двуглавой мышцы плеча фиксировалась межбугорковой борозде под ассистированием артроскопа.

При обследовании больных наряду с общеизвестными клиническими применялись и дополнительные методы исследования, в частности УЗИ, ЭНМГ, МРТ, морфологические исследования тканей сухожилия в зоне разрыва.

Для комплексной оценки функции плечевого и локтевого суставов применяли систему оценки Constant-Murley Scale и методику R.K. Gupta.

Больные в послеоперационном периоде проходили реабилитацию в трёх этапах. Первый этап включает в себя криотерапию, процедуры для заживления раны и малые движения в плечевом и локтевом суставе. Во втором этапе больные проходили активные движения для восстановления движений. Последний этап реабилитации был направлен на полную функциональную восстановление суставов.

Результаты исследования. При анализе результатов, метод фиксации длинной головки двуглавой мышцы плеча к межбугорковой борозде, имеет своё преимущество, которое выявило оценка больных по системе Constant-Murley Scale и методике R.K. Gupta. При использовании артроскопических элементов для фиксации длинной головки двуглавой мышцы плеча к межбугорковой борозде, результаты были наилучшие. Результаты у больных контролировали через 1, 6 и 12 месяцев после операции. Самый продолжительный срок наблюдения составил 6 лет с момента выписки пациента из стационара.

При сравнении сроков восстановления функции плеча, в группе больных, оперированных по разработанным нами способам, функция конечности достоверно ($p < 0,0001$) восстанавливается в более короткие сроки, чем при традиционных оперативных методах.

Выводы. Таким образом, разработанный нами метод оперативного лечения позволяют уменьшить травматизацию мягкотканых структур, надежно фиксировать сухожилия двуглавой мышцы плеча к кости, что сокращает сроки иммобилизации конечности, пребывания пациента в стационаре, продолжительности реабилитационного периода, а также способствует уменьшению числа осложнений и неудовлетворительных исходов лечения и, как следствие, увеличению количества хороших и отличных результатов.

Хамрокулзода Ф., Риоева Н.С., Расулзода М.
ТУГОУХОСТЬ НА ПОЧВЕ РОДСТВЕННЫХ БРАКОВ В ТАДЖИКИСТАНЕ
Кафедра оториноларингологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Ахрориён З.А.

Цель исследования. Изучить распространённость тугоухости, связанной с родственным браком, среди детей в Таджикистане, выявить генетические и клинические особенности заболевания, а также оценить необходимость профилактических мер.

Материалы и методы исследования. Проведено исследование 120 детей с врождённой или рано проявившейся тугоухостью (от 1 до 12 лет), проходивших обследование в ЛОР-отделениях ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш». У 75 детей родители состояли в родственном браке (основная группа), у 45 - без родственного брака (контрольная группа). Использовались: аудиометрия и импедансометрия для оценки степени тугоухости. Генетический анализ (NGS-секвенирование) для выявления наследственных мутаций. Анкетирование родителей для оценки семейного анамнеза.

Результаты исследования. В основной группе (родственные браки) 77,3% детей имели двустороннюю нейросенсорную тугоухость, тогда как в контрольной группе - 31,1% ($p < 0,05$). Генетические мутации, ассоциированные с тугоухостью (GJB2, SLC26A4), выявлены у 68% детей из основной группы и только у 22% из контрольной группы. В основной группе 36% случаев сочетались с другими врождёнными аномалиями (микротия, пороки сердца, интеллектуальная задержка), тогда как в контрольной - 11%. Родственные браки повышали риск врождённой тугоухости в 3,4 раза по сравнению с неродственными браками.

Выводы. Родственные браки являются значимым фактором риска врождённой тугоухости у детей в Таджикистане, что связано с накоплением рецессивных мутаций. Необходимы профилактические меры, включая медицинское генетическое консультирование семей до брака, а также ранняя диагностика и слухопротезирование для улучшения качества жизни детей.

Хасанов А.И.2, Нишонбоев Л.С.3
ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ГОРТАНОГЛОТКИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАНЕ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ

Отделения опухолей головы и шеи РСНИМЦОиР Ташкент, Узбекистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Юсупбеков Ах.А.

Цель исследования. Изучение состояния диагностики рака гортаноглотки за последнее десятилетие и изучение путей ранней диагностики рака гортаноглотки в Республике Узбекистан.

Материалы и методы. Проведен анализ заболеваемости больных раком гортаноглотки, ранней выявляемости, пятилетней выживаемости и показателей смертности в РУз в период с 2013 по 2023 год.

Результаты исследования. На основании статистических данных центра онкологии (проф.Тилляшайхов и соавторы) за период с 2013 по 2023 годы выявлен значительный рост заболеваемости раком гортаноглотки, со среднего показателя 1.1 до 1.7 на 100 тыс. населения. По всей вероятности это связано как с ростом населения так и ростом морфологической верификации рака гортаноглотки. По данным канцеррегистра, количество впервые выявленных больных в РУз. с 2013 по 2023 год увеличилось с 408 до 629 увеличившись на 54.16%. Соотношение мужчин к женщинам составило 3.5:1 и не изменялся значительно за весь период наблюдения. За исследуемый период времени соотношение больных выявленных на ранних стадиях (I-II ст.) увеличилось статистически не значительно, с 47,2 в 2013 до 49,1 % к 2023 г. Наибольшая заболеваемость раком гортаноглотки в среди регионов было выявлено в Кашкадаринской, Навайской и Ташкентской областях. Не смотря на рост заболеваемости, показатель смертности от рака данной локализации за исследуемый период снизился с 1.4 (386) до 1.1 на 100 тыс.населения (408). Пятилетняя выживаемость имела тенденцию к повышению за счет применения новых комбинированных методов лечения. Так за прошедшие 10 лет, 5-летняя выживаемость значительно увеличилась с 35.5% до 45.7%.

Выводы. За последние 10 лет рак гортаноглотки имел стойкую тенденцию к росту и составило 54.16% что требует усиления дальнейших профилактических мероприятий как среди врачей первичного звена (ВОП, ЛОР врачи) так и среди населения.

Благодаря внедрению новых методов комбинированного лечения и применению новых схем цитостатического лечения пятилетняя выживаемость в Узбекистане имела тенденцию к повышению на фоне сохранившихся показателей ранней выявляемости (I-II ст.).

Хасанов М.А¹, Хашем С¹, Ниязова Д.Д².
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ КОНТРАКТУРОЙ ФОЛЬКМАНА

¹Кафедра хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

²Медицинский центр Исполнительного аппарата Президента Республики Таджикистан

Научный руководитель - к.м.н., доцент Карим-заде Г.Д.

Цель исследования. Оптимизировать методы функционального исследования больных с ишемической контрактурой Фолькмана для уточнения объема оперативного вмешательства.

Материал и методы. В отделение пластической и реконструктивной микрохирургии ГУ «РНЦССХ» было проведено обследование и хирургическое лечение 34 больных с ишемической контрактурой Фолькмана за период с

2004 по 2024 гг. В сроки от 1 до 3 лет после получения травмы поступили 62 % пациентов, в сроки от 5 до 10 лет - 38 %. Преобладали среди обратившихся мужчины - 28, женщин было - 6. Возраст варьировал с 6 до 49 лет. Пациентам были проведены общеклинические методы исследования: общеклинические, рентгенография костей предплечья в 2 проекциях, ультразвуковая доплерография, ангиосканирование, электронейромио-графия, контрастная КТ-ангиография, магнитно-резонансная томография.

Результаты исследования. При проведении функционального исследования у больных были выявлены многокомпонентные нарушения конечности: нарушение чувствительной и двигательной функции вследствие поражения нервов, сосудистые нарушения в виде компенсированной хронической ишемии различной степени тяжести (n=26), нарушения кинематической системы мышцы - сухожилия как сгибателей так и разгибателей в силу циркуляторного характера поражения всех структур при контрактуре Фолькмана. Фиброзные изменения сдавливающего характера нервных стволов привели к снижению чувствительности в зоне иннервации срединного нерва (n=12), локтевого нерва (n=11) и одновременно обоих нервов (n=11), что привело к нарушению двигательной и протективной чувствительности и снижению скорости проведения импульса по двигательным и чувствительным волокнам при ЭНМГ. По данным УЗДГ, контрастной КТ-ангиографии и МРТ исследования были выявлены в предоперационном периоде степень хронической ишемии конечности, состояние донорских и реципиентных сосудов при планировании пересадки торакодорзального лоскута, развитие коллатералей поврежденной конечности при субкомпенсации кровообращения.

Практически у всех пациентов с ИКФ, по данным рентгенографии, отмечалось укорочение длины и уменьшение объема сегментов на уровне предплечья и кисти, в среднем укорочение было на 4,8+-1,5 см и уменьшение окружности на 3,5+-1,8 см. Выявленные изменения в анатомо-функциональных структурах уточнили показания к проведению многоэтапных реконструктивных операций, при этом первым этапом проводили, невролиз, тенолиз, артродез лучезапястного сустава, вторым этапом – пересадку функционирующего лоскута широчайшей мышцы спины. Осложнения в послеоперационном периоде отмечались в 4 случаях, нагноение ран – в 2-х, ишемия лоскута -в 2, из которых в 1 случае отмечался тотальный некроз. В целом, в 88,3% были достигнуты хорошие и удовлетворительные результаты.

Выводы. Расширение объема функционального исследования больных с ишемической контрактурой Фолькмана позволили уточнить показания к проведению реконструктивно-восстановительных операций и достижению оптимальных результатов в большинстве наблюдений.

Хасанов М.А., Шамсиддинов Э.Т., Хасанов М.Т.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТЕННО-ОККЛЮЗИРУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Рахимов Н.О.

Цель исследования. Профилактика ОНМК путем внедрения современных подходов и выбор тактики хирургического лечения больных с стенно-окклюзирующей патологией ВСА.

Материал и методы. Нами были изучены и исследованы 101 пациентов, госпитализированных в нейрохирургическое и неврологическое отделение №1 в ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в период 2024-2025 гг. с установленным диагнозом «Острое нарушение мозгового кровообращения. Стеноз сонной артерии и патологическое извитости ВСА». Всем больным проводились клинично-неврологические, ультразвуковое дуплексное исследование сосудов головы и шеи, магнитно-резонансная ангиография (МРА) и/или мультиспиральная компьютерная ангиография (МСКТА) проводили для оценки протяженности поражения и степени тяжести экстракраниального каротидного стеноза по любой из шкал (NASCET и/или ECST) а также пациентов с тяжелой патологией селективной церебральной ангиографической методов исследования.

Результаты исследования. Среди 100 наблюдаемых пациентов у 35 (34,6%) провели различных оперативной вмешательство. У 25 (24,7%) пациентов от предложенного оперативное лечение отказались. Остальные пациенты, учитывая малых стеноз и бессимптомных течения заболевания лишь проводился консервативное лечения. Среди 35 оперированных пациентов у 30 (85,5%) пациентов проводились методикой классической каротидной эндактерэктомия. У 5 (15,5%) проводился реконструктивной операции анастомоз конец в бок для устранения патологической извитости аномалия кинкинга. Хорошие результаты получены у 88,1% (n=32) пациентов и у 11,9% (n=3) пациента наблюдалось удовлетворительное результат. У 17 пациентов через 3-месяцев, после проведение методики операции у них провели ультразвуковое дуплексное исследование сосудов шеи, у которых стеноз полностью устранилось. В 2 случаях стеноз был устранен частично. У 98% пациентов послеоперационном наблюдение было улучшение неврологического статуса, а остальных 2 (5,7%) пациентов без улучшения в плане неврологического статуса. В нашем наблюдение не были случаи летального исхода.

Выводы. Целью лечения пациентов с каротидным стенозом является снижение риска возникновения инсульта.

Метод каротидная эндактерэктомия имеет ряд преимуществ перед эндоваскулярной декомпрессии дает возможность удалить атеросклеротические бляшки полностью и визуально контролируя, восстановить кровоток, улучшить качество жизни и уменьшит риск пациента от повторного инсульта.

Хасанов Н.М., Косимов И.О., Достиев У.А.

ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ РЕПЕРфуЗИОННОГО СИНДРОМА ПРИ РОДСТВЕННОЙ ТРАНС-ПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино . Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Оценить эффективность различных методов профилактики и коррекции реперфузионного синдрома у пациентов после родственной трансплантации почки.

Материал и методы. В исследование включены 120 пациентов, перенесших родственную трансплантацию почки, разделенные на две группы: основная группа (n=60), получавшая комплексную профилактику реперфузионного синдрома, и контрольная группа (n=60) с традиционной терапией. Оценивались гемодинамические показатели (АД, ЧСС), уровень лактата, биохимические маркеры реперфузионного повреждения (МДА, супероксиддисмутаза, NO), динамика функции трансплантата (креатинин, диурез) и частота развития острой почечной дисфункции.

Результаты исследования. Частота реперфузионного синдрома в основной группе составила 12%, тогда как в контрольной группе – 35% (p<0.01). У пациентов основной группы отмечено более стабильное артериальное давление в первые 24 часа после реперфузии (среднее АД 95±8 мм рт. ст. против 78±10 мм рт. ст. в контрольной группе, p<0.001). Уровень лактата в крови был достоверно ниже (1.9±0.3 ммоль/л против 3.5±0.5 ммоль/л, p<0.001), что свидетельствовало о лучшей тканевой перфузии. Средний уровень креатинина в первые 7 суток был ниже в основной группе (2.1±0.4 мг/дл против 3.4±0.6 мг/дл, p<0.001), а уровень диуреза в первые сутки выше на 25% по сравнению с контрольной группой.

Выводы. Комплексная профилактика реперфузионного синдрома при родственной трансплантации почки, включающая антиоксидантную терапию, модуляцию реперфузионного ответа и оптимизацию инфузионного ведения, позволяет снизить частоту острых гемодинамических нарушений и улучшить ранние функциональные результаты трансплантации. Оптимизация тактики ведения пациентов на этапе реперфузии способствует повышению выживаемости трансплантата, снижению риска острого повреждения почки и улучшению функционального восстановления трансплантата в послеоперационном периоде.

Хасанов Н.М., Косимов И.О., Достиев У.А.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ РЕПЕРфуЗИОННОГО СИНДРОМА ПРИ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПАНТАЦИИ ПОЧКИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Изучить эффективность различных методов профилактики и коррекции реперфузионного синдрома у пациентов после родственной трансплантации почки.

Материал и методы. В исследование включены 140 пациентов, перенесших родственную трансплантацию почки, разделенных на две группы: основная группа (n=70), получавшая комплексную профилактику реперфузионного синдрома, и контрольная группа (n=70), получавшая стандартную терапию. Оценивались уровень системного воспалительного ответа (IL-6, TNF-α), биомаркеры ишемического повреждения (малоновый диальдегид, супероксиддисмутаза), показатели гемодинамики, динамика уровня креатинина и диуреза, частота развития острого повреждения трансплантата и эпизодов раннего отторжения.

Результаты исследования. Частота реперфузионного синдрома в основной группе составила 9%, тогда как в контрольной группе — 32% (p<0.001). Среднее артериальное давление в первые 12 часов после реперфузии было 98±7 мм рт. ст. в основной группе против 81±9 мм рт. ст. в контрольной (p <0.001), что свидетельствовало о снижении выраженности гипотонии. Уровни IL-6 и TNF-α в основной группе были на 40% ниже, чем в контрольной группе (p<0.01), а показатели антиоксидантной защиты (супероксиддисмутаза) были достоверно выше. Средний уровень креатинина на 7-е сутки в основной группе составил 2.0±0.3 мг/дл против 3.6±0.5 мг/дл в контрольной группе (p <0.001), а темп восстановления диуреза был выше на 30%. Частота эпизодов острого повреждения трансплантата снизилась на 55%, а потребность в диализе в раннем послеоперационном периоде уменьшилась в 3 раза.

Выводы. Применение антиоксидантной защиты, фармакологической модуляции реперфузионного ответа и индивидуализированного инфузионного подхода позволяет значительно снизить риск развития реперфузионного синдрома и его осложнений. Ранняя коррекция гипотонии, контроль провоспалительных цитокинов и улучшение микроциркуляции в трансплантате способствуют ускоренному восстановлению функции почечного трансплантата, снижению частоты острого повреждения почки и повышению выживаемости трансплантированной почки в долгосрочной перспективе.

Хасанова З.М.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ МИОПИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИ-ВЕРСИТЕТА

Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Махмадзода Ш.К.

Цель исследования. Изучить клиничко-диагностические особенности течения миопии у студентов медицинского университета, выявить факторы, способствующие её прогрессированию, а также оценить эффективность стандартных методов диагностики данной патологии.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие студенты медицинского университета, которым была проведена комплексная офтальмологическая диагностика. В рамках исследования использованы следующие методы:

- Анкетирование - для сбора данных о зрительной нагрузке, наследственной предрасположенности, наличии зрительных жалоб и образе жизни респондентов.
- Визометрия - для оценки остроты зрения с коррекцией и без неё.
- Авторефрактометрия - для объективной диагностики рефракционных нарушений.
- Биомикроскопия - для исследования состояния переднего отрезка глаза.
- Офтальмоскопия - для выявления возможных изменений в заднем сегменте глаза, характерных для миопии.
- Тонометрия - для оценки внутриглазного давления с целью исключения офтальмогипертензии и других сопутствующих изменений.

Результаты исследования. Предварительные данные, полученные в результате анкетирования, показали, что большинство студентов (более 70%) проводят за зрительной нагрузкой (чтение, работа за компьютером, использование мобильных устройств) не менее 6-8 часов в сутки. Около 50% участников отметили ухудшение зрения с начала обучения в медицинском университете.

По данным визометрии, у 65% обследованных выявлено снижение остроты зрения в различной степени, что указывает на высокую распространённость миопии среди студентов. По результатам авторефрактометрии у большинства участников исследования диагностирована миопия слабой и средней степени. Биомикроскопическое и офтальмоскопическое обследование не выявило значительных патологических изменений в переднем и заднем отрезках глаза, за исключением случаев умеренной дистрофии сетчатки у лиц с высокой степенью миопии.

Выводы. Результаты предварительного исследования свидетельствуют о наличии выраженной зрительной нагрузки у студентов медицинского университета, что может являться одним из факторов, способствующих прогрессированию миопии. Высокая частота выявленных нарушений рефракции подчёркивает необходимость ранней диагностики и регулярного контроля состояния зрения среди студентов.

Дальнейшее проведение исследований позволит более детально изучить влияние зрительной нагрузки на клинико-диагностическое течение миопии, а также разработать рекомендации по её профилактике. Особое внимание следует уделить организации рабочего места студентов, введению зрительной гимнастики и повышению осведомлённости о современных методах коррекции и замедления прогрессирования миопии.

Ходжиева М. М., Максудова О.С.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОК С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

Кафедра онкологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ходжиева М.М.

Цель исследования. Изучить клинические характеристики и выживаемость больных со злокачественными опухолями яичников.

Материал и методы. Объектом исследования стали 238 пациенток с морфологически подтвержденным диагнозом злокачественной опухоли яичника, которые получали специализированное лечение в ГУ «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социального развития Республики Таджикистан в период с 2014 по 2022 годы. Информация о статусе выживаемости и дате последнего контакта была собрана посредством телефонного общения с пациентами или их родственниками, проводимого обученным персоналом. Рассчитывались общая скорректированная выживаемость и выживаемость по методу Каплан-Мейера, с последующим сравнением кривых по F-критерию Кокса в зависимости от наличия факторов риска прогрессирования заболевания.

Результаты исследования. Средний возраст пациенток составил 47 лет (диапазон 27-75 лет). Среднее количество беременностей составило 3 (диапазон 0-10). Эпителиальная опухоль была наиболее распространенной гистологической формой в когорте (n=175, 73,5%), за ней следовали герминогенные опухоли (n=20, 8,4%) и стромальные опухоли полового канатика (n=7, 2,9%). Пограничные опухоли встречались реже всего (n=6, 2,5%), информация по гистологии отсутствовала в 30 случаях (12,6%). У большинства пациенток наблюдались поздние симптомы, и лишь немногие были выявлены случайно. Наиболее распространенными симптомами были вздутие живота и боль в животе. Дополнительные симптомы включали потерю веса, пальпируемое образование в брюшной полости и предоперационный асцит. Повышенный уровень ракового антигена СА 125 был обнаружен примерно у половины случаев. Почти две трети пациенток были отнесены к стадии II (n=65, 27,3%) или III (n=99, 41,6%) по классификации FIGO; только 14,7% (n=35) находились на стадии I и 16,4% (n=39) – на стадии IV. 64,2% больных были отнесены к группе высокого риска прогрессирования заболевания, 25,8% – к группе промежуточного риска и 10,0% – к группе низкого риска. Анализ кумулятивной выживаемости по методу Каплан-Мейера показал, что 25% больных умерли через 6,4 месяца после установления диагноза, а 50% – через 16,6 месяца. Выживаемость 75% пациенток составила 44,2 месяца. Лишь 25% больных смогли дожить до 60 месяцев. Показатели кумулятивной выживаемости среди многожизненных женщин были хуже по сравнению с малорожавшими; однако разница оказалась статистически незначимой (p>0,05). Через 20 месяцев умерли 40% малорожавших и 50% многожизненных пациенток. В группе малорожавших женщин выжили 41% на срок более 60 месяцев, тогда как среди многожизненных этот показатель составил лишь 12%.

Выводы. Пациентки со злокачественными опухолями яичников демонстрируют различные клинические характеристики и выживаемость в зависимости от стадии заболевания и гистологического типа опухоли. Степень многожизненности может оказывать влияние на выживаемость, однако статистически значимые различия не были выявлены.

ны. Данное исследование подчеркивает важность ранней диагностики и индивидуализированного подхода к лечению пациенток с злокачественными опухолями яичников. Несмотря на наличие факторов риска и клинические особенности, результаты показывают необходимость дальнейших исследований для оптимизации методов лечения и повышения выживаемости больных.

Ходиева А.А., Азизов А.Г., Гафури Х.Б.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ФОРЦИДЕКС В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – старший преподаватель Мехмондустов С.Г.

Цель исследования. Оценка эффективности и переносимости препарата фарфолекс в комплексном лечении ХГСО у детей.

Материал и методы. С 2023 по 2024 на кафедре оториноларингологии ТГМУ под нашим наблюдением находились n=55 детей с ХГСО от 1 года до 14 лет. Среди них мальчиков было n=29 (52.7%) а девочек n=26 (47.3%). У n=34 (61.8%) больных диагностирован двусторонний, у n=21 (39.2%) односторонний ХГСО. У 26 (47.3%) детей диагностирован ХГСО в форме мезотимпанита, у 16 (29%) – эптитимпанита и у 13 (23.7%) детей в форме эпимезотимпанита. Больные жаловались на постоянное или периодическое гноетечение из уха, снижение слуха, шум в ушах, боли в ухе, а иногда на головные боли и головокружение. Помимо всех традиционных методов исследования больным были проведены компьютерная томография височных костей и бактериологический посев из уха.

Все больные методом подбрасывания монеты были разделены на 2 группы. В основную группу вошли n=35 (63.6%), а в контрольную группу n=20 (36.4%) пациентов.

Лечение ушными каплями форцидекс было назначено пациентам основной группы по 2-3 капли 5 раз в день. Средняя продолжительность курса лечения составила 7-8 дней. Местное лечение в контрольной группе осуществлялось с использованием традиционных средств: левомицетинового спирта, 1% раствора диоксидина, компрессов, капель в нос.

Результаты исследования. Оценка проводилась на основании клинических субъективных симптомов (головная боль, боль в ухе, ощущение заложенности, снижение слуха, наличие отделяемого) и объективных данных (изменения цвета и инфильтрации барабанной перепонки, изменение характера отделяемого, данные исследования слуха).

Анализ динамики субъективных и объективных данных показал, что уже в первые 3 суток отмечалось уменьшение и даже исчезновение боли, заложенности, гноетечения уха у 30 (86%) детей основной группы. В контрольной группе этот показатель составил 45% (9 детей). На 7-8 день данные жалобы отсутствовали у 33 (94%) детей в основной группе и у 12 (60%) детей контрольной группы.

Таким образом, ушные капли форцидекс показали себя как высокоэффективный антибактериальный препарат, быстро купирующий явления бактериального воспаления в полости среднего уха, в том числе и при стойкой перфорации барабанной перепонки, что позволяет рекомендовать его в лечении ХГСО у детей.

Холбеков М., Пахлавонев А., Кодирова З.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

1. Кафедра онкологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

2. ГУ. «РОНЦ» МЗСЗН РТ. Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Д.Р Сангинов

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения осложненного рака ободочной кишки путем выбора оптимальной тактики.

Материал и методы. Ретро и проспективно проанализированы результаты хирургического лечения осложненного рака ободочной кишки на основании изучения истории болезни, амбулаторных карт 61 больных пролеченных в онко-проктологической отделений РОНЦ за 2023-2024 года

Мужчин было 30(49,%) женщин 31 (51%). Пик заболеваемости приходится на возраст 60-75 (46.62%) лет. Городских жителей составило 34,4% n=21, сельских 65,6% n=40). Давность заболевания преимущественно составило 4-5 месяцев(49,2%). Диагноз установлен на основании клиника инструментальных методах, при этом 58 больных проведено КТ с контрастным усилением, в двух случаях иррегография. При поступлении у 7 (11,4%) больных имело мест ОКН, у 25 (40,9%) хроническая кишечная непроходимость с болевым синдромом, у 12 (19,7%) выявлено токсико – анемическая форма, у 7 (11,4%) кишечное кровотечение. У 10(16,4%) клинически не имелось осложненных проявлений.

Результаты исследования. Опухоль локализовался в слепой кишке у 12 больных (19,67%), у восходящей части у 10 больных (16,7%), в печеночном изгибе у 5 (8,2%), в селезеночном изгибе у 4(6,5%), в нисходящей части у 3 (4,91%), и в сигмовидной кишке у 26 (42,6%). С учетом общего состояния больных была проведена комплексная предоперационная терапия, которая длилась в зависимости от осложнений от 4 до 18 часов. Всем больным выполнены хирургические вмешательства: гемокोलэктомия с права у 28 (45,9%), с лева у 5 (8,2%), резекция сигмовидной кишки у 22 (36%), операция Гармтмана 3 (4,9%) больным, а так же 2 больным наложены колостомы и в 1 случаи биопсия опухоли. У 15 (24,6%) больных выявлены отдаленные метастазы. После операции 45 (58,2%) развилась нагноения раны, 48 (13,1%) несостоятельность анастомоза, которые ликвидированы консервативными мерами.

Выводы. Большинство больных (61,4%) поступили с местно распространенным процессом. Основным методом лечения осложненного РОК является хирургическим.

**Холматов К.Ф., Айниддинзода Н.И., Махмадкулова Н.А.
РЕКОНСТРУКЦИЯ ПЕРЕВЯЗАННЫХ МАТОЧНЫХ ТРУБ**

Кафедра хирургических болезней №2 имени академика Н.У. Усманова;
Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии имени профессора М.К. Каримова ГОУ “Таджикский
государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино”
ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ и СЗН РТ
Научный руководитель - д.м.н., Маликов М.Х.

Цель исследования. Улучшение репродуктивной функции женщин после перевязки маточных труб применением микрохирургической технологии.

Материал и методы. За период с 2020 по 2025 годы в отделение реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии реконструкция маточных труб после перевязки была выполнена 23 пациенткам репродуктивного возраста. В разные сроки до поступления в специализированное учреждение пациенткам были перевязаны маточные трубы после родоразрешения. Возраст больных варьировал от 23 до 40 лет. Все оперированные женщины имели детей, но по семейным обстоятельствам обратились к гинекологам для проведения реконструкции маточных труб. Все пациенты были осмотрены врачами гинекологами и после выполнения гистеросальпингографии были направлены в микрохирургическое отделение.

В предоперационном периоде кроме изучения гормональной активности, проведения гистеросальпингографии выполнили УЗИ органов малого таза и брюшной полости, почек. Целью использования УЗИ явилось изучение состояния матки, яичников и выявления сопутствующих патологий.

Результаты исследования. В анамнезе единственная маточная труба имела у 6 пациенток. Всем пациенткам операцию проводили под общей анестезией, доступ к органам малого таза осуществлялся по линии имеющихся рубцов (нижнесрединная и лапаротомия по Пфанненштилю). Во всех наблюдениях использовали оптическое увеличение, прецизионную технику и полипропиленовые швы 7/0, 8/0. Предварительно перед операцией в полость матки вводили краситель.

Среди 23 оперированных пациенток уровень перевязки маточных труб локализовалась на разные расстояния от интрамуральной части трубы. В основном перевязки производились на уровне истмического отдела трубы в виде колечки. Распространение контраста по культиям трубы отмечалось лишь в 13 случаях. При осуществлении операции кистозные изменения яичников были выявлены у 8 пациенток. В 5 наблюдениях выполнялась каутеризация, остальным 3 пациенткам выполнили клиновидную резекцию.

Разрез маточных труб строго осуществлялся под оптическим увеличением. Протяженность резецированных облитерированных труб до уровня нормальной проходимости варьировала от 2 до 4 см. В общей сложности реконструктивные операции, направленные для восстановления проходимости осуществлялись в 35 маточных труб (с учетом 6 единственной маточной трубы и невозможность восстановления трубы в 5 наблюдениях). Диаметр труб в зависимости от резецированных частей (проксимальная, дистальная) варьировала от 1 до 3 мм. В обоих концах труб проводили нейлоновую нить 1/0,2/0, один конец которой фиксировался в переднюю брюшную стенку. Сроки нахождения нити в полости матки варьировали от 28 до 30 дней.

Течение после операции у всех оперированных женщин гладкое. Беременность наступила у 13 пациенток, причем у 3 женщин отмечалась двукратная успешная беременность.

Выводы. Микрохирургическая техника оперирования позволила выполнить реконструкции маточных труб вне зависимости от сроков перевязки и диаметра маточных труб. Восстановление репродуктивной функции благоприятно влияет на психо-эмоциональную сферу больных с перевязанными маточными трубами.

**Холов А.Д., Зухуров М.М., Курбонхолов Дж.Т.
ДИНАМИКА ХИРУРГИИ ГРЫЖ (ДВУХЛЕТНИЙ АНАЛИЗ)
Кафедра хирургических дисциплин №4 ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.
Научный руководитель – Пиров Б.С.**

Цель исследования. Данное исследование направлено на изучение динамики хирургической активности, связанной с различными типами грыж, во взрослом хирургическом отделении центральной больницы Дангаринского района за период с 2023 г. по 2024 год. Анализ этих данных позволяет оценить распространённость грыж, выявить тенденции в хирургическом лечении и может быть полезен для планирования ресурсов и улучшения качества медицинской помощи.

Материал и методы. Для проведения анализа были использованы данные операционной активности взрослого хирургического отделения, охватывающие 2023 и 2024 годы. Источниками информации послужили операционные журналы и истории болезни пациентов, прооперированных в указанный период времени. Учитывались общие данные по операциям грыж, а также встречались: ущемлённые грыжи, грыжи пупка и грыжи белой линии живота.

Результаты исследования. В течение 2024 года в хирургическом отделении было выполнено 357 операций различного профиля. Из них операции по поводу грыж составили значительную долю – 35 случаев. Среди грыжевых операций преобладали плановые вмешательства по поводу неосложнённых грыж, которых было выполнено 24. Число операций по поводу ущемлённых грыж составило 10, что подчеркивает актуальность неотложной хирургической помощи при данном осложнении. Операции по поводу грыж пупка были выполнены в 6 случаях, а грыжи белой линии живота - в 1 случае.

В 2023 году общее количество операций в хирургическом отделении было выше и составило 445 случаев. Операции по поводу грыж также занимали значимое место, достигнув 53 случая. Как и в 2024 году, большинство

грыжевых операций были плановыми – 33 случая. Количество операций по поводу ущемлённых грыж оставалось стабильным – 10 случаев. Операции по поводу грыж пупка в 2023 году были выполнены в 4 случаях, а грыжи белой линии живота – в 9 случаях.

Выводы. В взрослом хирургическом отделении центральной больницы Дангаринского района в период с 2023 г. по 2024 год наблюдалось снижение общего количества операций по поводу грыж передней брюшной стенки. Несмотря на общее снижение, ущемлённые грыжи оставались значимой проблемой, требующей постоянной готовности к оказанию неотложной хирургической помощи. Наблюдалось изменение в соотношении различных типов грыж, в частности, увеличение числа операций по поводу грыж пупка и снижение операций по поводу грыж белой линии живота. Для более полного понимания тенденций и причин изменений в хирургической активности при грыжах необходимо дальнейшее изучение, включающее анализ демографических данных пациентов, факторов риска и изменений в подходах к лечению.

Холов А.Д., Юлдошев А.Н.
ТАБОБАТИ ЧАРРОҲИИ АППЕНДИТСИТ
Кафедраи фанҳои ҷарроҳии №4, МДТ ДДТХ. Тоҷикистон
Роҳбари илмӣ – Пиров Б.С.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши табобати ҷарроҳии бемории илтиҳобии шохҳои кирмшакл ва муайян намудани сатҳи гирифтورشавӣ ба ин беморӣ нисбат ба дигар бемориҳои ҷарроҳӣ дар шароити Беморхонаи марказии ноҳияи Данғара.

Мавод ва усулҳо. Барои гузаронидани таҳқиқоти мазкур варақаҳои таърихи бемории шӯъбаи ҷарроҳии калонсолони Беморхонаи марказии ноҳияи Данғара дар солҳои 2024-2025 мавриди омӯзиш қарор гирифт. Ҳамаи маълумотҳои ба дастовардашуда бо мақсади коркард ба барномаи Microsoft Excel ворид карда шуд. Тибқи маълумотҳои ба дастовардашуда дар давраи солҳои 2024-2025 дар шӯъбаи ҷарроҳии калонсолон ҳамагӣ 869 нафар беморон бо ташхисҳои гуногун бистарӣ гардиданд. Аз шумораи умумии бистаришудагон 385 нафар беморон бо ташхиси аппендитсит мавриди табобат қарор гирифтанд. Синну соли беморон аз 18 то 51 соларо фаро мегирифт. Аз шумораи умумии беморон 160 нафар (41,6%) занон ва 225 нафар (58,4%) мардон буданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Дар ҳамаи беморон аломатҳои клиникии дилбеҳузурӣ, баландшавии ҳарорати бадан, дард дар ноҳияи эпигастриалӣ ва аломати мусбати симптоми Кохер-Волковича ба қайд гирифта шудааст. Ҳамаи беморон аз муоинаи лабораторӣ ва ташхиси ултрасадоӣ гузаронида шудааст. Ба ҳамаи беморон амалиёти ҷарроҳӣ таҳти беҳискунии умумӣ ва спиналӣ гузаронида шудааст. Аз шумораи умумии беморон дар 341 нафар (88,6%) беморон аппендитситаи флегманозӣ ва дар 44 нафар (11,4%) беморон аппендитситаи гангренозӣ муайян карда шудааст. Ҳамаи беморон пас аз ҷарроҳӣ аз 5 то 8 рӯз дар шӯъба бистарӣ гардиданд. Дар марҳила баъдичарроҳӣ ба беморон антибиотикҳо ва препаратҳо зиддиилтиҳобӣ таъин карда шудааст.

Хулоса. Ҳамин тариқ, аз рӯи натиҷаҳои таҳқиқот муайян гардид, ки бемории аппендитсит аз шумораи умумии беморон бистаришуда 44,3%-ро ташкил медиҳад. Дар шароити шӯъбаи ҷарроҳии калонсолони БМ н.Данғара ҳамаи беморон, ки бо ташхиси аппендитсит бистарӣ гардида буданд бо табобати ҷарроҳӣ фаро гирифта шуданд.

Холов А.Д., Юлдошев А.Н.
ТАҲЛИЛ ВА Омӯзиши Омилу Оризаҳои Реши Меъда ва Рудаи Дувоздаҳангушта
Кафедраи фанҳои ҷарроҳии №4, МДТ ДДТХ. Тоҷикистон
Роҳбари илмӣ – Холзода Ш.И.

Мақсади тадқиқот. Таҳлил ва омӯзиши омилу оризаҳои клиникии реши меъда ва рудаи дувоздаҳангушта дар шароити Беморхонаи марказии ноҳияи Данғара.

Мавод ва усулҳо. Барои гузаронидани тадқиқоти мазкур варақаҳои таърихи бемории 42 нафар бемороне, ки дар БМ н.Данғара дар солҳои 2022-2024 бистарӣ гардиданд мавриди омӯзиш қарор гирифт. Синну соли беморон аз 18 то 65 соларо дар бар мегирифт. Давомнокии беморӣ аз 3 моҳ то 8 солро ташкил меод. Аз шумораи умумии беморон 24 нафарро (57,1%) мардон ва 18 нафарро (42,9%) занон ташкил меод.

Натиҷаҳои тадқиқот. Ҳамаи беморон бо муоинаи лабораторӣ ва инструменталӣ фаро гирифта шуданд. Инчунин анамнезҳои ҳамаи беморон низ мавриди омӯзиш қарор гирифт. Аз рӯи тадқиқотҳо маълум гардид, ки дар ҳамаи беморон аломати клиникии дард дар қисмати пилородуоденалии меъда, дилбеҳузурӣ ба қайд гирифта шудааст. Мавриди омӯзиши оризаҳо муайян гардид, ки дар 9 (21,4%) нафар хунравӣ, дар 7 (16,7%) нафар стеноз, дар 5 (11,9%) нафар малигнизатсия ва дар 3 (7,1%) нафар беморон пентератсия ба қайд гирифта шудааст. Омилҳои ирсии пайдошавии беморӣ дар 48,7% беморон, тамокукашӣ дар 54,4% беморон (танҳо дар мардон) ва омилҳои экзогенӣ ҳеликобактери пилорӣ дар 90,9% беморон мушоҳида гардидааст.

Хулоса. Ҳамин тариқ, аз рӯи натиҷаҳои тадқиқот муайян гардид, ки омилҳои асосии пайдошавии беморӣ ин тамокукашӣ, омилҳои ирсӣ ва омилҳои экзогенӣ ҳеликобактери пилорӣ мебошад. Оризаҳои асосии ин беморӣ бошад, хунравӣ, малигнизатсия, пентератсия ва стеноз мебошад. Инчунин муайян гардид, ки асосан ба ин беморӣ дар синни 36-55 гирифтормешаванд.

Холов Д.Д., Абдурасулов Р.Н., Барфиев А.
ГНОЙНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НА ФОНЕ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кафедра общей хирургии № 2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Зокиров Р.А.

Цель исследования. Изучить частоту, клинические особенности и факторы риска развития гнойных осложнений на фоне рожистого воспаления у больных с сахарным диабетом, а также оценить эффективность современных методов лечения.

Материал и методы. Проведен анализ 100 пациентов с рожистым воспалением, из них 50 пациентов с сопутствующим СД (основная группа) и 50 пациентов без СД (контрольная группа). Оценивались:

- Частота и характер гнойных осложнений (абсцессы, флегмоны, некрозы).
- Уровень глюкозы в крови, С-реактивного белка (CRP) и прокальцитонина.
- Вид возбудителей и их антибиотикорезистентность.
- Длительность госпитализации и исходы лечения.

Результаты исследования. Частота гнойных осложнений в основной группе составила 60%, в контрольной группе – 25%. Наиболее частыми осложнениями у пациентов с СД были флегмоны (40%) и абсцессы (30%). Уровень CRP в основной группе составил 18.7 ± 4.5 мг/л, что значительно выше, чем в контрольной группе (9.2 ± 2.8 мг/л, $p < 0.001$). У пациентов с СД чаще выделялись полирезистентные штаммы *Streptococcus pyogenes* и *Staphylococcus aureus*. Средняя длительность госпитализации у больных с СД составила 28 ± 5 дней, что на 30% дольше, чем в контрольной группе (21 ± 4 дня).

Выводы.

1. Сахарный диабет значительно увеличивает риск развития гнойных осложнений на фоне рожистого воспаления.
2. Для успешного лечения необходимо проводить своевременную диагностику, контроль уровня глюкозы и адекватную антибактериальную терапию с учетом антибиотикорезистентности.
3. Разработка специализированных протоколов лечения для пациентов с СД и рожистым воспалением может снизить частоту осложнений и улучшить исходы лечения.

Холов Д.Д., Барфиев А.А., Абдурасулов Р.Н.
ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РОЖИСТОМ ВОСПАЛЕНИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кафедра общей хирургии № 2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Зокиров Р.А.

Цель исследования. Оценить факторы риска развития гнойных осложнений при рожистом воспалении у больных с сахарным диабетом и разработать рекомендации по их профилактике.

Материал и методы. Проведен анализ 80 пациентов с рожистым воспалением, из них 40 пациентов с СД (основная группа) и 40 пациентов без СД (контрольная группа). Оценивались:

- Частота и характер осложнений.
- Уровень глюкозы в крови, CRP и прокальцитонина.
- Эффективность профилактических мер (антибактериальная терапия, контроль гликемии).

Результаты исследования. Частота гнойных осложнений в основной группе составила 55%, в контрольной группе – 20%. Основными факторами риска были уровень глюкозы >10 ммоль/л и позднее начало антибактериальной терапии. Применение профилактических мер (ранняя антибактериальная терапия и контроль гликемии) позволило снизить частоту осложнений на 30%.

Выводы.

1. Основными факторами риска гнойных осложнений при рожистом воспалении у больных с СД являются гипергликемия и позднее начало лечения.
2. Ранняя диагностика и профилактика осложнений, включая контроль уровня глюкозы и своевременную антибактериальную терапию, позволяют снизить частоту осложнений.

Холов Д.Д., Мамаджонов И.А., Абдурасулов Р.Н.
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НА ФОНЕ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кафедра общей хирургии № 2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Зокиров Р.А.

Цель исследования. Оценить эффективность современных методов лечения гнойных осложнений на фоне рожистого воспаления у больных с сахарным диабетом.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 90 пациентов с рожистым воспалением, из них 45 пациентов с сопутствующим сахарным диабетом (основная группа) и 45 пациентов без сахарного диабета (контрольная группа). У всех пациентов оценивались:

- Частота и характер гнойных осложнений (абсцессы, флегмоны, некрозы).

- Эффективность антибактериальной терапии (цефалоспорины III поколения, линезолид).
- Длительность госпитализации.
- Исходы лечения (выздоровление, осложнения, летальность).

Для оценки воспалительного процесса использовались лабораторные показатели, такие как уровень С-реактивного белка (CRP), прокальцитонина и глюкозы в крови. Также проводился анализ антибиотикорезистентности выделенных возбудителей.

Результаты исследования. Частота гнойных осложнений в основной группе (пациенты с сахарным диабетом) составила 65%, в то время как в контрольной группе – 30%. Наиболее частыми осложнениями у пациентов с сахарным диабетом были флегмоны (40%) и абсцессы (25%), тогда как в контрольной группе преобладали поверхностные инфекции. Применение комбинированной антибактериальной терапии (цефалоспорины III поколения в сочетании с линезолидом) в основной группе позволило снизить частоту осложнений на 25% и сократить длительность госпитализации на 20% (с 30 ± 5 дней до 24 ± 4 дней). Уровень CRP и прокальцитонина у пациентов с осложнениями был значительно выше в основной группе, что коррелировало с тяжестью состояния.

Выводы.

1. Гнойные осложнения при рожистом воспалении у больных с сахарным диабетом встречаются значительно чаще, чем у пациентов без диабета, что связано с нарушением регенерации тканей, снижением иммунного ответа и гипергликемией.
2. Современные методы лечения, включающие комбинированную антибактериальную терапию и контроль уровня глюкозы, эффективны для снижения частоты гнойных осложнений и улучшения исходов.
3. Индивидуальный подход к лечению пациентов с сахарным диабетом и рожистым воспалением, включающий раннюю диагностику, коррекцию гипергликемии и использование антибактериальных препаратов широкого спектра действия, позволяет сократить длительность госпитализации и снизить риск осложнений.
4. Для дальнейшего улучшения результатов лечения необходимы дополнительные исследования, направленные на разработку оптимальных схем антибактериальной терапии и профилактики осложнений у пациентов с сахарным диабетом.

Холов Д.Д., Насриддинов А.Н., Барфиев А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ВАКУУМ-ТЕРАПИЕЙ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кафедра общей хирургии № 2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Зокиров Р.А.

Цель исследования. Оценить эффективность вакуум-терапии в лечении гнойно-некротической формы рожистого воспаления у пациентов с сахарным диабетом по сравнению с традиционными методами лечения.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 98 пациентов с гнойно-некротической формой рожистого воспаления на фоне сахарного диабета, разделенных на две группы:

- **Группа 1 (n=50)** – пациенты, получавшие комплексное лечение с применением вакуум-терапии (NPWT).
- **Группа 2 (n=48)** – пациенты, лечившиеся традиционными методами (дебридмент, антисептические повязки, системная антибактериальная терапия).

Анализировались следующие параметры:

- Время очищения раны от некротических масс
- Динамика грануляционной ткани
- Сроки эпителизации раневого дефекта
- Частота инфекционных осложнений
- Длительность госпитализации

Результаты исследования. Среднее время очищения раны от некроза в группе NPWT составило $6,2 \pm 1,4$ дня, тогда как в группе традиционной терапии – $10,5 \pm 2,3$ дня ($p < 0,05$).

• Грануляционная ткань формировалась быстрее в группе вакуум-терапии (**на 3-5 день**), тогда как в контрольной группе этот процесс начинался **на 7-10 день** ($p < 0,05$).

• Полная эпителизация наблюдалась в среднем через $16,8 \pm 3,2$ дня в группе NPWT и через $23,4 \pm 4,6$ дня в группе традиционного лечения ($p < 0,05$).

• Частота инфекционных осложнений в группе NPWT составила **8,0%**, тогда как в группе традиционного лечения – **18,7%** ($p < 0,05$).

• Средняя длительность госпитализации в группе NPWT составила $12,5 \pm 2,8$ дня, а в контрольной группе – $18,9 \pm 3,6$ дня ($p < 0,05$).

Выводы. Вакуум-терапия демонстрирует значительное преимущество в лечении гнойно-некротической формы рожистого воспаления у больных с сахарным диабетом. Этот метод способствует быстрому очищению раны, ускоряет процессы регенерации, снижает риск инфекционных осложнений и сокращает сроки госпитализации. Включение NPWT в стандартные протоколы лечения гнойных ран у пациентов с СД может повысить эффективность терапии и снизить риск ампутаций.

Холов И.Ш.

ОМУЪЗИШИ САБАБҲОИ ГУЗАРИШ БА ЛАПАРОТОМИЯ ҲАНГОМИ ХОЛЕСИСТЭКТОМИЯ ЛАПАРОСКОПӢ ДАР БЕМОРОНИ МУБТАЛОИ ХОЛЕСИТИТИ ШАДИДИ САНГДОР

Кафедраи амалияи ҷарроҳӣ ва анатомияи топография ба номи профессор Каримов М.К., МТТ

МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”. Тоҷикистон

Роҳбари илмӣ – д.и.т., дотсент Курбонов Ҷ.М.

Мақсади таҳқиқот. Муайян кардани сабабҳои дақиқ ва таҳияи нишондодҳо оид ба гузариш ба лапаротомия ҳангоми холесистэктомияи лапароскопӣ.

Мавод ва усулҳо. Омуъиш дар асоси таҳлили таърихи бемории 345 бемороне, ки дар шӯбаи оиди холесистити шадиди сангдор дар давоми солҳои 2023 -2025 таъбаат гирифтаанд гузаронида шуд. Мардҳо – 78 (22,6%) ва занҳо 267 (77,4%) нафар. Сину солашон аз 18 то 76 ба ҳисоби миёна 47 ± 1 буд. Аз натиҷаи мушоҳидаҳо маълум гашт, ки ҳамаи беморон дорои холеситити шадиди сангдор мебошанд. Ташҳиси давраи пеш аз ҷарроҳӣ дар асоси таҳлилҳои лабораторӣ ва ташҳиси ултрасадо гузошта шудааст. Беморони гирифтори холесистити шадиди сангдори сӯрохшуда ва перитонити талхавӣ мушоҳида карда нашудааст.

Натиҷаи таҳқиқот. Дар натиҷаи мушоҳидаҳо маълум гардид, ки аз теъдоди умумии холесистэктомияи лапароскопӣ дар 23 ҳолат гузариш ба лапаротомия ба вучуд омадаст, ки 6 %-ро ташкил медиҳад. Сабабҳои гузариш ба ду ғуруҳи тақсими карда шуданд: ғуруҳи аввал оризаҳои дохилиҷарроҳӣ, ва мушқилиҳои анатомӣ, ғуруҳи дуюм гузариши оқилона ва ё ихтиёӣ қабул карда шуд. Дар ду ҳолат сабаби гузариш ориза ба вучуд омада. Оризаҳои дохилиҷарроҳӣ дар 1 ҳолат – пурра буридаи ҳолидох, 1 ҳолат осебрасонии як девораи ҳолидох муайян карда шуд. Мушқилиҳои анатомӣ, мавҷудияти раванди зиёди иртишоҳӣ- нахшавӣ дар мавзеи талхадон, муайян набудани элементҳои секунҷаи Кало, талхаи пажмурдашуда, аз фаволиятбозмонда муайян мешавад, дар аксари ҳолатҳо сабаби гузариш буд ва чунин ҳолатҳо 18 ҳодисаро ташкил доданд, ки аз теъдоди умумии конверсия ба 78,2 % ташкил медиҳад. Хунравӣ аз шарёи талхадон нишондоди гузариш ба лапаротомия дар 1 (0,2%) маврид буд. Барои манъ кардани хунрави коагулятсияи лапароскопии истифода карда шуд. Раванди илтиҳобию нахшавӣ дар 4 (1,1%) маврид сабаби конверсия гардид. Гузариши оқилона баъди муайян намудани ҳолатҳои дар боло зикргардида ва ё давомнокии як марҳилаи амалиёт зиёда аз 30 дақиқа давом кардаст ба хотири пешгирии оризаҳои дохилиҷарроҳӣ иҷро карда шуд.

Хулосаҳо. Бадин тартиб мавҷудияти дигаргуниҳои бофтаҳои атрофи талхадон ва худ талхадон, ки мушқили техника ба вучуд меоварад ва ё оризаҳои дохилиҷарроҳӣ сабаби асосии гузариш ба лапаротомия ҳангоми холесистэктомияи лапароскопӣ муайян карда шуд.

Холов И.Ш., Курбонов Ҷ.Ҷ., Солеҳов Р. Ҷ.

НАТИҶАҲОИ ГУЗАРИШ (КОНВЕРСИЯ) ДАР ВАҚТИ ҶАРОҲӢ ЭНДОСКОПИИ ХОЛЕСИСТИ ШАДИД

Кафедраи амалияи ҷарроҳӣ ва анатомияи топография ба номи профессор Каримов М.К.

МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”. Тоҷикистон.

Роҳбари илмӣ – н.и.т., дотсент Мусоев Д.А.

Мақсади таҳқиқот. Таҳлилҳои натиҷаҳои ҷарроҳии эндоскопии анъанавӣ ва ҷарроҳии эндоскопии холесистити шадид дар вақти гузариш (конверсия).

Мавод ва усулҳо. Дар пойгоҳи клииникии кафедра воқеъ дар МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” маълумотҳо 162 бемороне, ки бо усули холесистэктомияи анъанавӣ бо гузариш конверсия ба охир расидаанд. Мо таҳлилҳои муқоисавӣ бо тағйироти морфологи ва дар мавзеи гепатоблиари гузаронида шуд. Дар ҳамаи беморон таҳлилҳои гистологи гузаронида шуд, ҳамаи беморон тақсими карда шуд бо холесистити шадиди катаралӣ, флегмонозӣ, ва гангренозӣ вақти бистарикунони аз 24 то 72 соатро ташкил медиҳад.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Тақсими беморон вобаста ба характери оризаҳои дохилиҷарроҳии беморон, ки ба гузариш (конверсия) оварда расонидаанд.

1. Норасогии мавзеи талхадон – (0,2%)
2. Хунрави аз шараёнҳои девораи пеши шикам – (0 – 0.7%)
3. Хунрави аз ҷойгоҳи талхадон – (0,3%)
4. Хунрави аз шараёни талхадон – (1,6%)
5. Талхашори аз ҷойгоҳи талхадон – (2%)
6. Особи гепатохолидох – (0,5%)

Хулосаҳо. Гузариш (конверсия) дар вақти холесистэктомияи эндоскопӣ анъанавӣ бо гузариш (конверсия) дар беморони холесистити шадиди флегмонозӣ ва гангренозӣ ба назар расид. Дар ҳолати аз саршавии бемори аз 72 соат боло то 20,3% бо гузариш (конверсия) зарурат пайдо шуд. Дар 23,3% ҳолат зарурат ба гузариш (конверсия) бо сабаби нодуруст муайянсозии илтиҳоб ва газаки пайвандаки гепатодуоденалӣ ба лиҳомҳои зиёд дар мавзеи ҷарроҳии шаванда дида шуд.

Хомидов Н.Х., Бобоназаров М.Х., Суюшев С.З.

ТАКТИКА КОНСЕРВАЦИИ ОТЧЛЕНЕННЫХ СЕГМЕНТОВ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Кафедра хирургических болезней №2 им. акад. Н.У. Усманова, ГОУ, ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Республиканский научный центр сердечно - сосудистой хирургии. Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Артыков К.П.

Цель исследования. Изучить и исправить ошибки при консервации отчленённых сегментов пальцев кисти.

Материал и методы. В нашем наблюдении у 12 пациентов были неправильная консервация отчленённых сегментов пальцев кисти до поступления к нам. Травма на уровне средней фаланги было у 5 пациентов (6 пальцев), на уровне проксимальной фаланги у 7 пациентов (9пальцев). Без холодовой консервации. Все пальцы подверглись к тепловой ишемии с момента получения травмы. Тепловая ишемия пальцев кисти до 3 часов была у- 6 пациентов (7 пальцев), до 6 часов у-3 пациентов (5 пальца), более 6 часов у-3 (3 пальца). Несмотря на длительные сроки тепловой ишемии всем пациентам была выполнена операция реплантации пальцев кисти. Столь длительная доставка пациентов была обусловлена трудностями доставки из-за горных регионов и неосведомленности медицинского персонала.

Результаты исследования. При тепловой ишемии до трех часов у всех 6 пациентов (7 пальцев) после пуска кровотока микроанастомозы функционировали хорошо. Пульсация была отчетливая, появился венозный отток, ткани наполнились, появилась капиллярная реакция. При тепловой ишемии пальцев до 6 часов (с момента травмы до пуска кровотока) у всех трех пациентов (5пальцев) проблем с перфузией тканей не было. Жизнеспособность реплантированных пальцев кисти не вызывало сомнений.

Выводы. Клиническая оценка ампутированной части имеет важное значение для принятия решения о реплантации. Хранение ампутированного пальца при низкой температуре является важным фактором в определении хорошего хирургического результата (1) . Таким образом, хирурги часто не решаются предпринять попытку реплантации, если хранение нефизиологично.

Хомидов Х.А., Вориси А.А., Хомидов А.Т.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ МЕДИАСТЕНИТОМ

Кафедра хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбанова
ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель - к.м.н., доцент Ворисов А.А.

Цель исследования. Анализ неудовлетворительной ситуации с хирургическим лечением острого гнойного медиастенита, улучшение способов современной диагностики и хирургического лечения.

Материал и методы. Изучен семилетний (2016-2024 гг.) опыт хирургического лечения пациентов с острым медиастенитом в условиях ГУ “КЗ Истиклол”.

Всего были прооперированы 160 пациентов. Основным диагностическим методом при выявлении острого медиастенита является проведение рентгенографии или компьютерной томографии грудной клетки.

Результаты исследования. Из общего числа пациентов с выздоровлением было выписано 113 (70.7%) пациентов, а летальный исход отмечен у 47 (29.3%) больных (по литературным данным около 30%). Достижение таких удовлетворительных результатов мы видим в правильной диагностике, своевременной установке показаний для проведения экстренного оперативного вмешательства, хорошей и полноценной предоперационной подготовке, выборе метода обезболивания и оптимального объема операции, использованию силиконовой рентгенконтрастной са-национной и вакуумной системы, профилактике ранних послеоперационных осложнений. Тяжесть общего состояния пациента при остром гнойном мелиастените не может являться противопоказанием для проведения экстренной операции.

Выводы. Своевременная диагностика и использование активной хирургической тактики при лечении пациентов с острым гнойным медиастенитом в большинстве случаев приводит к хорошим результатам.

Высокий процент смертности у этой категории больных связан с тяжёлым поражением жизненно-важных органов, выраженным интоксикационным синдромом и развитием опасных для жизни осложнений.

Хомидов Х.А., Алимардонзода А.А., Вориси А.А.

ОДОНТОГЕННЫЙ МЕДИАСТИНИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ГНИЛОСТНО-НЕКРОТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА

Кафедра хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбанова
ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”. Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Ворисов А.А.

Цель исследования. Представление клинического наблюдения тотального медиастинита, закончившегося выздоровлением после вскрытия одонтогенной гнилостно-некротической флегмоны дна полости рта и глубоких пространств шеи.

Материалы и методы. Описан клинический случай успешного комплексного лечения одонтогенной гнило-стно-некротической флегмоны дна полости рта и глубоких пространств шеи, осложнившейся гнойным медиастинитом.

Результаты исследования. Пациент Р., 1980 г.р., поступил в отделение торакальной и сосудистой хирургии ГУ «КЗ Истиклол» 11.01.2025 г. в с диагнозом: одонтогенная флегмона дна полости рта с жалобами на боли и припухлость в области дна полости рта, затруднённое болезненное глотание, ограничение открывания рта, повышение

температуры тела до 39 °С. Болен в течение 5 суток. Начало заболевания связывает с болезнью зуба, занимался самолечением (грел). Общее состояние средней тяжести. Выраженный отёк мягких тканей подчелюстных областей справа, слева и подбородочной области. Инфильтрат не имеет отчётливых границ и захватывает всю толщу дна полости рта. Кожа над ним гиперемирована, отёчна, пальпаторно резко болезненна. Рот полуоткрыт, открывание его ограничено до 2,5 см, болезненное. Глотание затруднено. Изо рта - зловонный запах. Нижний 3-й моляр на 2/3 разрушен, перкуссия зуба резко болезненная. Прикус ортогнатический. В анализе крови лейкоцитоз ($18,2 \times 10^9/\text{л}$) с палочкоядерным сдвигом, ускорение СОЭ до 16 мм/час.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки обнаружено расширение тени средостения справа. Появились боли и затруднённое дыхание, боли в области груди, повышение температуры тела. В экстренном порядке проведена правосторонняя торакотомия, медиастиномия, санация и дренирование заднего средостения и плевральной полости, плеврэктомия. При вскрытии плевральной полости получена мутная геморрагическая жидкость. Парентеральный и висцеральный листки плевры (в большей степени медиастинальной) тусклые, покрыты детритом, пропитанным гноем и фибрином. Проведена медиастиномия от купола плевры до диафрагмы. Из околопищеводного пространства выделилось значительное количество ихорозной жидкости. Проведена санация средостения, плевральная полость промыта растворами антисептиков. После удаления детрита правая плевральная полость дренирована трубками на всем протяжении от шейного до диафрагмального отдела. Отдельные дренажные трубки установлены в переднем средостении, у купола и диафрагмального участка плевры. В послеоперационном периоде проводились антибактериальное, заместительное и симптоматическое лечения. Для коррекции гипопроотеинемии и анемии неоднократно переливалась одногруппная кровь и СЗП. Неоднократно проводилась лечебно-санационная бронхоскопия. Больной после стабилизации состояния и заживления раны на 24-е сутки выписан на амбулаторное лечение.

Выводы. Своевременная диагностика и оперативное лечение способствует полному выздоровлению и восстановлению трудоспособности этой категории больных.

Хомитов Ш.Х., Бобджонова О.Б., Тайфурова Ш.Н.

ОСОБЕННОСТИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ЖЕНЩИН, РОЖДЕННЫХ ОТ РОДСТВЕННОГО БРАКА

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Козидавлатзода Б.

Цель исследования. Определить влияние кровного брака на регуляцию менструального цикла

Материал и методы. Проведен проспективный анализ 32 женщин, рожденных от родственного брака и состоящие в родственном браке. Контрольную группу составляли 15 женщин, не состоявшие в родстве с супругом. Возраст обследуемых женщин контрольной и основной группы составлял 19-47 лет. По национальному происхождению женщины обеих групп были таджичками. К основным критериям обследования относятся: тщательно собранный анамнез, антропометрическое исследование, был тщательно изучен гормональный фон женщин, а также ультразвуковое исследование матки и яичников.

Результаты исследования. Изучение менструального цикла обследованных женщин показал, что нормальный овариально-менструальный цикл установлен у одной трети пациенток I группы, что в 3,2 раза было достоверно меньше ($p < 0,001$) по сравнению с контрольными показателями. Были выявлены: достоверное повышение частоты позднего менархе (16-17 лет), гипоменструального и гиперменструального синдрома среди женщин основной группы. Гормональные исследования показали, что из 32 женщин у 28,1% женщин наблюдалось нарушение гормонального фона, что сказывалось на регуляции менструального цикла. В контрольной группе лишь у 3 (20%) из 15 наблюдались изменения в гормональных анализах. Функциональные методы исследования показали (фолликулометрия) у 40,6% женщин наблюдалась фолликулярная киста, киста желтого тела 6,2%, 3,1%- кистоза, у 4,6%- миома матки, 34,3%- воспалительные заболевания в матке и придатках, 28,1- без особенностей. В контрольной группе по данным УЗИ 46,6% женщин наблюдались воспалительные заболевания в матке и придатках, у 20% – фолликулярные кисты, остальные 33,3%- без особенностей.

Выводы. Итак, проведённое нами исследование показало, что женщины, находившиеся в кровнородственном браке больше подвержены дисменореям, о чем свидетельствуют гормональные и функциональные методы исследования.

Хусанбоев О.М.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОСТЕОСИНТЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель - д.м.н., доцент Курбанов С.Х.

Цель исследования. Определить эффективность мини-инвазивного остеосинтеза пластинами (minimally invasive plate osteosynthesis – МІРО) в лечении пациентов с переломами длинных костей конечностей.

Материал и методы. Анализированы результаты оказанной специализированной медицинской помощи 32 пациентам с переломами длинных костей конечностей. Для оперативного лечения переломов длинных костей конечностей были использованы новые технологии остеосинтеза – МІРО, относящиеся к миниинвазивным и инновационным технологиям.

У всех пациентов имелись различные варианты диафизарных переломов длинных костей конечностей. В ча-

стности, переломы бедренной кости имелись у 14 пациентов, плеча – у 12 и голени – в 6 наблюдениях. Все переломы имели закрытый характер типов A1–B3 по классификации AO/ASIF.

Возраст пациентов варьировал от 19 до 47 лет, мужчин было 18, женщин - 14. Техника оперативного вмешательства заключалась в проведении от 2 до 6 малых чрескожных разрезов вне очага перелома, закрытой репозиции перелома под строгим обязательным контролем рентгеном и имплантацией блокируемых пластин. В последующем удаление пластин проводили из одного малого доступа с точечными разрезами по ходу пластины в проекции головок шурупов.

Результаты исследования. Применение миниинвазивного остеосинтеза во всех случаях способствовала правильной репозиции костных отломков, а также их консолидации. Ни у одного пациента не было отмечено ни одного осложнения. Средняя продолжительность госпитализации пациентов в стационар составил $9,5 \pm 1,5$ суток. После выписки из стационара проводилось регулярный мониторинг области перелома путем выполнения цифровых рентген-снимков. Отдаленные результаты прослежены в сроки от 5 до 36 месяцев у всех пациентов. Во всех наблюдениях были отмечены правильное стабильное сращение костных отломков без выраженных деформаций и искривлений оси конечности. Кроме того, в разные сроки наблюдения за пациентами не были отмечены какие-нибудь инфекционные и нейроваскулярные осложнения. Средний срок удаления пластинок составил $7,5 \pm 1,5$ месяцев.

Выводы. Мини-инвазивные технологии накостного остеосинтеза являются высокоэффективными методами лечения закрытых неосложненных переломов длинных костей конечностей с минимальными рисками развития специфических осложнений.

Хусанова М.Ж.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ

Кафедра нейрохирургии Самаркандского государственного медицинского университета, Узбекистан
Научный руководитель - к.м.н., доцент Велияева А.С.

Цель исследования. Охарактеризовать клинические проявления паранеопластических синдромов (ПНС) при различных формах злокачественных опухолей и определить их влияние на диагностический процесс и общую стратегию лечения.

Материал и методы. В рамках настоящего исследования был проведен детальный клинический анализ трёх случаев паранеопластического синдрома (ПНС), диагностированного у пациентов с различными онкологическими заболеваниями: аденокарциномой лёгкого, малоклеточным раком лёгкого и раком молочной железы. Исследование носило ретроспективно-описательный характер, с акцентом на клинические проявления ПНС, методы диагностики, динамику состояния пациентов на фоне химиотерапии и принятые лечебные меры. Для подтверждения диагноза ПНС использовался мультидисциплинарный диагностический подход, включающий: общеклинические и биохимические лабораторные методы, в том числе определение уровня общего и ионизированного кальция, электролитного состава крови, печёночных ферментов; иммунологических тестов для выявления специфических аутоантител (например, анти-NMDA-R); инструментальных методов визуализации - компьютерная и магнитно-резонансная томография (КТ, МРТ) головного мозга и лёгких; нейрофизиологических исследований (электромиография, исследование нервной проводимости) при подозрении на неврологическую форму ПНС. Диагноз паранеопластического синдрома устанавливался по совокупности клинической симптоматики, характерной для определённых форм ПНС, и исключению других возможных причин (метастазов, токсичности химиотерапии, метаболических нарушений). Также учитывался временной и патофизиологический контекст: наличие злокачественного процесса и развитие симптомов вне прямой локализации опухоли.

Результаты исследования. Клинический случай 1: Паранеопластическая лейкоэнцефалопатия при герминогенной опухоли тимуса. Пациент: мужчина, 34 года, поступил с жалобами на прогрессирующее снижение памяти, замедление речи, эпизоды апатии и нарушения ориентации. МРТ головного мозга выявила очаги демиелинизации в белом веществе лобных и теменных долей без признаков метастазов. В крови обнаружены антитела к Hu-антигену. ПЭТ-КТ выявила герминогенную опухоль в области переднего средостения (тимус). На фоне начатой химиотерапии (цисплатин + этопозид) наблюдалось ухудшение когнитивных функций. Было добавлено высокодозовое лечение метилпреднизолоном и внутривенные иммуноглобулины, что позволило достичь частичной стабилизации неврологической симптоматики. Таким образом, паранеопластическая лейкоэнцефалопатия может быть первым проявлением онкологического процесса, и без своевременного иммуносупрессивного лечения риск необратимых нарушений ЦНС высок. Дифференциация с токсической энцефалопатией критична.

Клинический случай 2: Клинический случай 2: Синдром Итона–Ламберта при раке простаты. Пациент: мужчина, 68 лет, обратился с жалобами на мышечную слабость, особенно по утрам, затруднение при вставании и головокружение. При неврологическом осмотре отмечено парадоксальное усиление мышечной силы после нагрузок. Электромиография подтвердила пресинаптический блок нервно-мышечной передачи, типичный для синдрома Итона–Ламберта. ПСА крови -95 нг/мл. При МРТ малого таза выявлен рак предстательной железы с локальной инвазией в капсулу. Синдром развился до начала лечения. Начатая андроген-депривационная терапия в комбинации с химиотерапией (доцетаксел) привела к уменьшению опухоли и значительному улучшению неврологических симптомов. Симптоматически применялись 3,4-диаминопиридин и метилпреднизолон.

Выводы. Синдром Итона–Ламберта чаще ассоциируется с раком лёгкого, но может встречаться и при других солидных опухолях. Его распознавание до начала терапии позволяет избежать ошибочной диагностики и скорректировать подход к лечению.

Симптоматика ПНС мимикрирует под неврологические, нефрологические и когнитивные заболевания, часто

затрудняя диагностику. Только активный поиск онкологической причины в сочетании с лабораторными маркерами и нейровизуализацией позволяет установить правильный диагноз. Иммуносупрессивная и поддерживающая терапия должны сочетаться с онкологическим лечением (хирургия, химиотерапия), обеспечивая мультидисциплинарный подход.

Хусейнов З.В., Сангинов А.Р., Ризоев И.М.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЙ ПЕРЕДНИЙ ДОСТУП В ХИРУРГИИ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА: РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННОГО ОПЫТА

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры Рахимов Н.О.

Цель исследования. Устранение болевого синдрома в поясничном отделе позвоночника с минимально инвазивным передним доступом и числом осложнений.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 5 пациентов, имеющих показания к проведению хирургического вмешательства минимально инвазивному переднему поясничному межтеловому спондилодезу (ALIF). Возраст наблюдаемых пациентов варьировал от 30 до 65 лет, которые проходили лечение в условиях нейрохирургического отделения ГУ Национального медицинского центра «Шифобахш» в период с 2024 по 2025 годы. Женщин с данной патологией было 2 (33,3%), мужчин - 28 (66,7%) с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника со спондилодисцитом. Для изучения клинико-функционального состояния пациентов и его динамики был сформирован комплекс методов, включающих общий и неврологический осмотры, стандартную и функциональную спондилографию, КТ, МРТ, КТ 3D-реконструкцию, ангиографию поясничного отдела позвоночника.

Результаты исследования. Всем больным проводили фиксацию позвоночника с удалением воспалительного межпозвонкового диска (ALIF). Все больные поступили с жалобами на боль в поясничном отделе, которая иррадировала в ногу. Произведены операции 5 больным. В этой группе больных у 4 (80%) - улучшение неврологического симптома, у 1 (20%) пациента во время операции было кровотечение, вследствие чего проведено удаление воспалительного межпозвонкового диска без установления кейджа. Средняя продолжительность госпитализации составило 7 дней. Среди оперированных пациентов наблюдали значительное улучшение функционального восстановления у 94% пациентов. Все больные выписаны с полным устранением болевого синдрома без неврологического выпадения.

Выводы. Мини-открытый подход ALIF является разумной альтернативой обширному заднему подходу. ALIF значительно восстанавливает высоту межпозвонкового диска, косвенно увеличивает размеры фораминального отверстия, увеличивает угол лордоза со значительным краткосрочным и долгосрочным облегчением боли и функциональным восстановлением.

Хушвахтзода М.Х., Гурезова М.Ф.

РЕЧЕВАЯ АУДИОМЕТРИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ТУГОУХОСТИ

Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - ассистент кафедры Исупова Ш.Ф.

Цель исследования. Оценка слуха у детей дошкольного возраста с помощью метода игровой аудиометрии.

Материал и методы. В условиях сурдологического и детского ЛОР отделения ГУ НМЦ «Шифобахш», после оториноларингологического осмотра, аудиологическому обследованию подвергались 95 детей (30 мальчиков, 35 девочек), из общего числа детей у 30 нормальная слуховая функция составляла контрольную группу. Величина тональных порогов у этих детей по сравнению с взрослыми превышала величину тональных порогов на 10 дБ ($\pm 0,5$).

Исходя из этого соображения, нами разработана такая модификация игровой аудиометрии, которая может быть применена для диагностики тугоухости у детей дошкольного возраста.

Результаты исследования. Из общего числа детей у 30 отмечалось нарушение слуха по типу звукопроведения, связанное с поражением среднего уха на почве воспалительного процесса. Всем детям произведено 3-х кратное аудиологическое обследование после длительной слуховой тренировки. У детей с нарушениями слуховой функции по типу нарушения звукопроведения кривая аудиограммы имела горизонтальную плоскость с достаточным костно-воздушным интервалом и нормальным порогом костной звукопроводимости. Эти данные свидетельствуют о поражении звукопроводящей системы.

У 35 детей выявлено нарушение слуха по типу нарушения звуко восприятия, связанное с поражением слуховой функции на почве воспалительного процесса рецепторного аппарата улитки. Кривая аудиограммы имела нисходящую плоскость с отсутствием костно-воздушного интервала и высоким порогом слуховой чувствительности на уровне высоких частот (2000, 4000, 8000) свыше 70 дБ при относительной сохранности слуха в зоне более низких частот.

Выводы. Итак, игровая аудиометрия в условиях сурдологического центра является эффективным методом исследования функции кохлеарного анализатора у детей дошкольного возраста. Полученные результаты достаточно убедительны и дают возможность широкого применения в аудиологической практике.

Хушвахтов У.М., Музаффарзода Х.М., Нарзиев Б.Х.
ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ: ТРАНСАБДОМИНАЛЬНЫЙ ДОСТУП И ЕГО ОСОБЕННОСТИ

Кафедра урологии им. профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан.
Научный руководитель - д.м.н. Шамсиев Дж.А.

Цель исследования. Анализ особенностей выполнения хирургической коррекции пузырно-влагалищных свищей через трансабдоминальный доступ, с акцентом на технические аспекты операции и их влияние на исходы лечения.

Материал и методы. В нашем исследовании ретроспективному анализу подвергнуты 28 пациентов с пузырно-влагалищными свищами. Исследование проведено в отделении общей урологии ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии» в период с 2018 по 2024 годы. Возраст колебался от 34 до 46 лет. Давность заболевания с момента формирования свища была в среднем от 3-х месяцев до 1 года. В 16 (57,1%) случаях свищ сформировался после перенесенной операции экстирпации матки, в 8 (28,6%) случаях после надвлагалищной ампутации, в 3 (10,7%) случае после Кесарева сечения, и у 1 (3,6%) больной - после плодоразрушающей операции. В 16 (57,1%) случаях экстирпация и надвлагалищная ампутация матки были проведены по поводу рака. План обследования проводился по протоколу. У всех пациенток свищевое отверстие располагалось по задней стенке мочевого пузыря. У 8 пациенток самостоятельное мочеиспускание было сохранено, у 3 (10,7%) объем мочевого пузыря было уменьшено до 200,0.

Результаты обследования. Всем больным была проведена трансабдоминальная фистулография. В 6 (21,4%) случаях была выполнена одномоментная фистулография с нео-уретеро- цистоанастомозом.

Суть операции при абдоминальном доступе заключалась в следующем: после вскрытия мочевого пузыря у верхушки или на задней стенке разрез продолжали до места свища и производили полное иссечение свища в пределах здоровых тканей мочевого пузыря и влагалища с удалением всех рубцово измененных тканей. Следующим этапом ушивали рану влагалища узловыми швами, используя атравматические иглы с этиконом №000 узлами во внутрь в поперечном направлении. После ушивания раны влагалища из паравезикальной переходной складки брюшины препарировали лоскут на питающей ножке и прикрывали им линию швов влагалища, накладывая по краям фиксирующие швы. Рану мочевого пузыря ушивали по стандартной методике. Операцию заканчивали наложением цистостомы и дренированием брюшной полости. Нео-уретеро-цистоанастомоз выполнен по методу Lich Gregoir. Герметизация линии швов влагалища брюшинным лоскутом предупреждает повторное образование свища. Для обеспечения низкого внутрипузырного давления, наряду с мочепузырным катетером считаем обязательным наложение цистостомы.

Средняя продолжительность операции при абдоминальном доступе составила в среднем 110 минут. Среднее пребывание в стационаре составило 10 дней. Дренажи околопузырный и из брюшной полости удаляли на 5-7 сутки, цистостому на 10 сутки. После абдоминального доступа фистулографии рецидивов не наблюдалось. После удаления цистостомы самостоятельное мочеиспускание восстановилось у всех больных.

Выводы. Трансабдоминальный доступ является эффективным методом хирургической коррекции пузырно-влагалищных свищей, обеспечивающим хороший обзор операционного поля и возможность качественного ушивания дефекта. Анализ технических аспектов показал, что ключевыми моментами, влияющими на исход операции, являются тщательная мобилизация тканей, использование лоскутов для пластики и адекватное дренирование. Метод демонстрирует высокую успешность закрытия свищей и низкую частоту рецидивов, что подтверждает его целесообразность в сложных клинических случаях.

Хушвахтов У.М., Нажмидинов Х.Н.
ХРОНИЧЕСКИЙ ПРОСТАТИТ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

Кафедра урологии им. профессора Осими А.С. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан.
Научный руководитель - Мухамадиев Ф.И.

Цель исследования. Оценка эффективности современных методов диагностики и лечения хронического простатита у пациентов репродуктивного возраста.

Материал и методы. В период с 2023 по 2024 гг. в условиях ГУ «Республиканский научно - клинический центр урологии» были обследованы и пролечены 150 пациентов в возрасте от 25 до 45 лет с диагнозом хронического простатита. Всем пациентам проводили комплексное обследование, включающее общеклинические анализы крови и мочи, бактериологическое исследование секрета простаты, УЗИ предстательной железы, определение уровня ПСА, а также оценку симптомов по шкале NIH-CPSI (National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index). Лечение включало антибактериальную терапию, физиотерапию, применение альфа-адреноблокаторов и фитопрепаратов.

Результаты исследования. У 85 (56,7%) пациентов был выявлен бактериальный хронический простатит, у 65 (43,3%) - абактериальная форма. На фоне комплексного лечения у 120 (80%) пациентов наблюдалось значительное улучшение симптоматики: снижение болевого синдрома, улучшение мочеиспускания и качества жизни. У 20 (13,3%) пациентов отмечались рецидивы заболевания, что потребовало коррекции терапии. Наиболее эффективными методами лечения оказались комбинация антибактериальной терапии с физиотерапевтическими процедурами (лазерная терапия, магнитотерапия) и длительный приём альфа-адреноблокаторов.

Выводы. Современные подходы к лечению хронического простатита должны быть комплексными и инди-

визуализированными. Важную роль играет точная диагностика формы заболевания (бактериальная или абактериальная). Комбинация антибактериальной терапии, физиотерапии и симптоматического лечения позволяет достичь стойкой ремиссии у большинства пациентов. Для повышения эффективности лечения необходимо учитывать индивидуальные особенности пациента и проводить длительное наблюдение с целью профилактики рецидивов.

**Хушвахтов У.М., Нажмидинов Х.Н., Фахридинов М.Б.
РОЛЬ УРОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ УРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

Кафедра урологии им. профессора Осими А.С. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан.

Научный руководитель - Джураев Р.Ш.

Цель исследования. Оценка роли экскреторной урографии в диагностике заболеваний мочевыделительной системы у урологических больных, а также сравнение её эффективности с другими методами визуализации.

Материал и методы. В период с 2023 по 2024 гг. в ГУ «Республиканский научно - клинический центр урологии» 200 пациентов с различными урологическими заболеваниями (мочекаменная болезнь, опухоли мочевыводящих путей, стриктуры мочеточников, аномалии развития почек и мочевыводящих путей) в возрасте от 18 до 70 лет обратились на обследование. Всем пациентам проводили экскреторную урографию (ЭУ) с использованием рентгеноконтрастного вещества. Процедура включала следующие этапы: очищение кишечника накануне исследования; проведение пробы на чувствительность к контрастному веществу; ограничение приёма жидкости за 12 часов до исследования; введение контрастного вещества внутривенно (из расчёта 1 мл на 1 кг массы тела); выполнение серии рентгеновских снимков через 5, 10, 20 и 30 минут после введения контраста; при необходимости - отсроченные снимки через 1-2 часа для оценки функции почек и выведения контраста; анализ анатомического строения почек, мочеточников и мочевого пузыря; оценка функции почек (скорость выведения контраста); выявление патологических изменений (камни, опухоли, стриктуры, аномалии развития).

Для сравнения эффективности урографии часть пациентов (50 человек) также проходила компьютерную томографию (КТ) и ультразвуковое исследование (УЗИ).

Результаты исследования. У 120 (60%) пациентов выявлены камни почек и мочеточников, при этом урография позволила точно определить локализацию и размеры конкрементов в 95% случаев. У 30 (15%) пациентов диагностированы опухоли мочевыводящих путей (лоханки, мочеточников, мочевого пузыря). Урография выявила дефекты наполнения и нарушение пассажа мочи в 90% случаев. У 20 (10%) пациентов обнаружены стриктуры мочеточников, при этом урография показала точную локализацию и степень сужения в 85% случаев. У 10 (5%) пациентов выявлены аномалии развития почек и мочевыводящих путей (удвоение почки, дистопия, гидронефроз). Урография позволила визуализировать анатомические особенности в 100% случаев. У 20 (10%) пациентов урография выявила снижение функции почек (замедленное выведение контраста). КТ оказалась более информативной в диагностике опухолей и мелких конкрементов (точность 98%), однако урография превосходила её в оценке функции почек и анатомических особенностей. УЗИ было менее информативным в диагностике камней мочеточников и стриктур (точность 70%), но хорошо дополняло урографию в оценке структуры почек и мочевого пузыря. У 5 (2,5%) пациентов наблюдались аллергические реакции на контрастное вещество (лёгкая сыпь, зуд).

Выводы. Экскреторная урография остаётся важным методом диагностики урологических заболеваний, особенно в случаях, когда необходимо оценить анатомическое строение и функцию мочевыделительной системы. Урография обладает высокой точностью в диагностике камней почек и мочеточников, стриктур мочеточников и аномалий развития. В сравнении с КТ и УЗИ урография уступает в визуализации мелких конкрементов и опухолей, но превосходит их в оценке функции почек и анатомических особенностей.

Хушкадамова О.Х.^{1,2}, Нуритдинзода М.Р.², Ашурова М.Дж.¹

ДОЗОПЛОТНЫЙ РЕЖИМ ХИМИОТЕРАПИИ (ddAC) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРОЙНОГО НЕГАТИВНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ТНРМЖ)

1.ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗСЗНРТ.

2.Кафедра онкологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Сангинов Дж.Р.

Цель исследования. Оценить влияние дозоплотного режима химиотерапии (ddAC) на частоту pCR, уровень TILs, динамику Ki-67 у пациентов с ТНРМЖ.

Материал и методы. Группа пациентов: В исследование включены 57 пациентов с ТНРМЖ. Из них 10 пациентов получили ddAC, 32 пациента получали q3w AC, 15 пациентов – другие режимы химиотерапии. Две пациентки получали химиотерапию в сочетании с иммунотерапией.

Группа 1: ddAC (Доксорубин + Циклофосфамид каждые 14 дней).

Группа 2: q3w AC (Доксорубин + Циклофосфамид каждые 21 день).

Группа 3: ddAC + Пембролизумаб (400 мг каждые 6 недель или 200мг каждые 2 недели). Критерии оценки были: pCR (патологический полный ответ) – отсутствие опухолевых клеток в первичном очаге и лимфоузлах. TILs (инфильтрация опухоли лимфоцитами) – иммуногистохимическая оценка (уровень >50% как предиктор pCR).

Ki-67 – процент пролиферирующих клеток до и после лечения.

Результаты исследования. Частота pCR в исследуемых группе ddAC (n = 10) pCR составил 65.4% и группе q3w AC (n = 32) pCR составил 58.7% (p = 0.260, статистически незначимое различие).

После ddAC у большинства пациентов Ki-67 снижался до <10-20%, что коррелирует с низким риском рецидива.

Переносимость ddAC: Дозоплотный режим химиотерапии (ddAC) ассоциирован с более высокой токсичностью по сравнению с q3w AC, включая нейтропению 3-4 степени, анемию и гастроинтестинальные осложнения. Однако применение ГКСФ значительно снижает риск фебрильной нейтропении.

Выводы. Дозоплотная химиотерапия (ddAC) повышает частоту pCR по сравнению с q3w AC, особенно в сочетании с пембролизумабом. Высокий уровень TILs (>50%) ассоциирован с лучшим ответом на терапию, и ddAC способствует его увеличению. Снижение Ki-67 после терапии ddAC указывает на снижение риска рецидива. Хотя переносимость ddAC требует внимательного контроля за токсичностью, его результаты подтверждают необходимость дальнейших исследований для оценки схем терапии.

Чобулов С.А.^{1,2}, Шоев С.Н.¹, Холмуродов М.М.^{1,3}

ИННОВАЦИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

¹ГУ Комплекс здоровья «Истиклол»,

²Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан,

³Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, «Кафедра нейрохирургии и вертебралогии», Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н. Ашуров Р.Г.

Цель исследования. Эффективность эндоскопического подхода к лечению невралгии тройничного нерва.

Материал и методы. В период с 2020 по 2025 годы в ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» проходили лечение 52 пациента с нейрогенной головной болью, среди которых 44 женщины (84%) и 8 мужчин (16%). Средний возраст группы составил 57,6 лет. В нашей практике наблюдалось более чем трехкратное преобладание НТН на правой половине лица. На предоперационном этапе всем пациентам было выполнено магнитно-резонансное томографическое исследование, которое в 86% случаев раскрыло близкое размещение невралгически-вазкулярных структур. Диагноз ставился на основе клинической оценки характера боли, знаменитой по ощущению «удар током», анализа предоперационных МРТ во всех модальностях и наличия критериев, рекомендованных Международным обществом головной боли [The International Classification of Headache Disorders]. У большинства пациентов использовалась визуальная аналоговая шкала (ВАШ, Visual Analogue Scale) для оценки динамики боли до и после хирургического вмешательства.

Результаты исследования. Полный регресс болевого синдрома был достигнут у подавляющего числа пациентов – 40 человек, что составляет 78%. Следует отметить, что при поступлении, перед операцией, у 78,5% пациентов боли на лице носили невыносимый характер, согласно данным ВАШ. У пяти пациентов (9,6%) наблюдался регресс боли, фиксируемый в различные моменты после операции, в основном в течение трех суток, что было связано с применением ненаркотических анальгетиков. У двух пациентов (3,8%), входивших в группу наблюдения, отсутствовала динамика в уменьшении болевых ощущений. В нашей исследуемой группе ранних послеоперационных осложнений, включая геморрагические, ни один случай не был зафиксирован. Таким образом, результаты свидетельствуют о высокой эффективности нашего подхода к управлению болью в послеоперационный период, что подтверждает успешность проведенных вмешательств и качество оказанной медицинской помощи.

Выводы. Практический опыт демонстрирует, что миниинвазивные доступы с использованием эндоскопа при лечении невралгии тройничного нерва (НТН) значительно улучшают результаты хирургического вмешательства и способствуют быстрому восстановлению пациентов. Использование эндоскопа предоставляет возможность более тщательной инспекции латерального основания ствола головного мозга, что позволяет точно определить расположение нервно-сосудистого конфликта. Это, в свою очередь, открывает новые горизонты для всесторонней оценки структуры тройничного нерва на протяжении всего его пути. Эндоскопическая техника не только минимизирует травмирование окружающих тканей, но и позволяет хирургу более глубоко понять анатомические особенности и индивидуальные вариации нервных структур. Данный подход, соединяющий высокую точность с минимальной инвазивностью, преобразует не только сам процесс лечения, но и улучшает качество жизни пациентов, возвращая им надежду на безболезненное существование.

Чобулов С.А., Холмуродов М.М., Курбонов Ф.Ш.

МИКРОВАСКУЛЯРНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА: ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Кафедры нейрохирургии и вертебралогии ИПО в СЗ РТ

ГУ комплекс здоровья «Истиклол». Таджикистан

Научный руководитель - Ашуров Р.Г.

Цель исследования. Эффективность миниинвазивной эндоскопической хирургии при невралгии тройничного нерва: клинические результаты

Материал и методы. В период с 2020 по 2025 годы в Государственном учреждении "Комплекс здоровья Истиклол" проходило лечение 60 пациентов с невралгией тройничного нерва (НТН), среди которых 49 женщин (81,3%) и 11 мужчин (18,7%). Средний возраст пациентов составил 56,4 года. В данной группе НТН у 47 пациентов (78,3%) наблюдалась локализация боли на правой половине лица, в то время как у 13 больных (21,7%) – на левой. На дооперационном этапе всем пациентам было проведено магнитно-резонансное томографическое (МРТ) исследование, которое в 84% случаев выявило близкое соседство невралгически-вазкулярных структур. МРТ выполнялось преимущественно, согласно протоколу, "нейроваскулярный конфликт" с использованием режима Fiesta. Диагноз основывался на клинической оценке характера боли, схожей с "ударом током", анализе предоперационных МРТ во всех модальностях, а также согласно критериям, предложенным Международным обществом головной боли (International

Classification of Headache Disorders). В качестве меры динамики боли до и после хирургического вмешательства использовалась визуальная аналоговая шкала (ВАШ, Visual Analogue Scale).

Результаты исследования. Полный регресс болевого синдрома был зафиксирован у 52 пациентов (86,2%) сразу после оперативного вмешательства. При поступлении, до операции, 47 пациентов (79,1%) сообщали о невыносимых болях в области лица, что было оценено с использованием визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). У 6 пациентов (10,0%) отмечен регресс болевого синдрома в различные сроки после операции, ± 3 дня, что совпадало с применением ненаркотических анальгетиков. У 2 пациентов (3,8%) наблюдалось отсутствие динамики в состоянии боли, что привело их в группу наблюдения. В рамках анализируемой серии ранних послеоперационных осложнений, включая геморрагические, травмы не были зафиксированы у наших пациентов. Средняя продолжительность госпитализации прооперированных пациентов не превышала 3-5 дней, что свидетельствует о надежности и эффективности применяемой методики. Эти результаты подчеркивают положительное воздействие хирургического вмешательства на клиническое состояние, обеспечивая качественное улучшение самочувствия пациентов в краткие сроки.

Выводы. Практический опыт подтверждает, что мининвазивные доступы, использующие эндоскопическую технику при лечении невралгии тройничного нерва (НТН), значительно улучшают результаты хирургического вмешательства и способствуют ускоренной реабилитации в послеоперационный период у данной категории пациентов. По данным исследований, таких как работа Wang et al. (2019), использование эндоскопа обеспечивает детальную визуализацию латерального основания ствола головного мозга, что, в свою очередь, позволяет точно идентифицировать место нервно-сосудистого конфликта. Это важно, поскольку точное локализование конфликта является критическим для успешного устранения боли. Кроме того, эндоскопическая методика предоставляет возможность всесторонне оценить анатомические структуры тройничного нерва на всем его протяжении, что облегчает хирургу принятие более обоснованных решений в ходе операции (Zhang et al., 2020). Следовательно, интеграция эндоскопических технологий в клиническую практику открывает новые горизонты в лечении НТН, обеспечивая пациентам более безопасные и эффективные методы лечения.

Шабанов И.Г., Аленцин К.А. Марьин А.В.

ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОМ БИЛИАРНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Кафедра госпитальной хирургии с курсами травматологии и ортопедии, офтальмологии Национальный исследовательский Мордовский государственный университет. Россия
Научный руководитель – к.м.н., доц. Давыдкин В. И.

Цель исследования. Провести сравнительную оценку эффективности ранней ЭПСТ в коррекции холедохолитиаза, осложненного билиарной гипертензией и ОП.

Материал и методы. В исследование вошли 49 пациентов с билиарной гипертензией, которым выполнялась экстренная ЭПСТ, женщин – 35, мужчин – 14, возраст – от 24 до 91 года (средний возраст – 66 ± 13 лет). В I группу вошли 26 пациентов с ОП на фоне холедохолитиаза и билиарной гипертензии, во II – 23 пациента с холедохолитиазом и билиарной гипертензией без клиники ОП. Продолжительность госпитализации в группах оказалась равной – $11,5 \pm 6,68$ дней, возраст $72,0 \pm 16,6$ и $64,0 \pm 18,0$ года соответственно.

Результаты исследования. ЭПСТ выполнена в первые 24 часа с момента поступления в стационар. Все пациенты получали консервативное лечение в соответствии с принятыми в настоящее время стандартами.

В первые же часы после ЭПСТ пациентами отмечено значительное снижение болевого синдрома. Биохимические показатели имели яркую динамику в течение уже первых суток. Отмечено резкое снижение уровня амилазы, особенно у больных с ОП: значение альфа амилазы в I группе было $1311,17 \pm 526,44$ Ед/л и во II группе – $65,0 \pm 44,93$ Ед/л до ЭПСТ, а после процедуры – в I группе альфа-амилаза была на уровне $106,83 \pm 74,13$ Ед/л и во II группе $59,13 \pm 30,06$ Ед/л. Достоверных различий по показателям функционального состояния печени между двумя группами не было ($p > 0,05$), однако достоверная разница по показателям функционального состояния печени отмечена внутри каждой группы до и после ЭПСТ ($p < 0,05$).

По данным УЗИ до ЭПСТ, у 60 % пациентов с холелитиазом размеры камней варьировали от 2 мм до 20 мм. Средний диаметр холедоха в I группе ($15,2 \pm 4,5$ мм) был выше, чем во второй ($12,3 \pm 6,3$ мм), диаметр вирсунгова протока составил $3,8 \pm 1,2$ мм. В 90 % определялась сопутствующая патология: в 25 % – регионарная лимфаденопатия, в 30 % – кисты поджелудочной железы, в 15 % – оментобурсит и плеврит. При эндоскопическом осмотре зоны БДС в обеих группах отмечались гиперемия и инфильтрация БДС, но в I группе – в 83 %. У 25 % пациентов были обнаружены дивертикулы (супра- и парапапиллярные), размер которых был $1,83 \pm 0,78$ см. Длительность ЭПСТ составила 15–35 мин. Размер конкрементов был $1,13 \pm 0,23$ см. В 5 случаях отмечены трудности: 2 раза неудачная канюляция БДС, 1 раз – невозможность извлечения камня потребовала продление разреза на 0,5 см. Осложнения в виде кровотечения и перфорация не возникали. Развитие ОП во второй группе не возникало благодаря активному медикаментозному сопровождению ОПСТ путем применения антисекреторных препаратов (октреотида), спазмолитиков и ИПП.

Выводы. Выполнение ЭПСТ положительно сказывается на динамике показателей функционального состояния печени, позволяет прервать прогрессирование механической желтухи и является первым и необходимым этапом лечения, осложненного холедохолитиаза.

Шайдоев С.С., Давронзода М.Д., Умарализода С.А.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АДЬЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАПИЛЛОМАТОЗА
ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ

Кафедра оториноларингологии ГОУ «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения РТ»,
Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н., доцент Шамсиддинов Б.Н.

Цель исследования. Оценка эффективности препарата «Виферон» в комплексном лечении папилломатоза гортани у детей.

Материал и методы. В исследовании были включены 20 детей, которым после эндоларингеального удаления папиллом в комплексное противорецидивное лечение в качестве адьювантной терапии назначали иммуномодулирующий препарат с противовирусным действием Виферон (суппозитории ректальные) в возрастной дозировке 2 раза в день в течение 10 дней. Всем больным проведены клинические методы исследования, иммунологический анализ крови до и после лечения для оценки эффективности проведенного лечения. Ректальное применение препарата Виферон способствует более длительной циркуляции интерферона в крови, чем при внутривенном или внутримышечном введении интерферона альфа-2b человеческого рекомбинантного.

Результаты исследования. Обследованы 20 детей, в возрасте от 1 года до 10 лет, из них: мальчиков – 12 (40%), девочек – 8 (60%). К 7 - 10 суткам реактивные воспалительные явления на фоне проводимой терапии значительно уменьшались. На 14-е сутки после операции на фоне проведенной терапии полностью спадала отечность слизистой в месте удаления папиллом, слизистая приобретала розовую окраску. Если на 5 - 7 сутки улучшение голосовой функции было отмечено у 7 детей, то на 10 сутки голосовая функция нормализовалась у 10 детей, на 14 сутки охриплость голоса встречалась лишь у 6, у 14 детей голос практически восстановился. Через месяц после операции наблюдалось стойкое улучшение голосовой функции, по сравнению с предоперационным, наблюдалось у 19 детей, лишь у 1 пациента отмечалась осиплость голоса. В послеоперационном периоде в течение полугода стойкое улучшение голосовой функции имело место у всех детей. При применении препарата у детей никаких побочных эффектов не наблюдалось.

После завершения курса комбинированного лечения рецидив заболевания выявлен у 7 детей. Исследование показало, что до лечения имело место достоверное снижение абсолютного и относительного содержания CD3+, CD4+, CD8+лимфоцитов и повышение уровня CD16+ и CD19+-лимфоцитов, по сравнению с группой контроля. Напряженность гуморального иммунитета выражалась в снижении концентрации Ig A, M и G. По сравнению с контролем, отмечено повышение уровня IgE. После проведенного лечения имела место положительная динамика и относительная стабилизация иммунных показателей. Анализ результатов лечения показал, что у 8 детей были хорошие результаты, у 10 - удовлетворительные и у 2 - неудовлетворительные. Осложнений при проведении лечения не отмечено. Межрецидивный период в среднем составил $10,5 \pm 0,1$ мес. Катамнестически результаты лечения в этот период удалось проследить у всех пациентов.

Выводы. Применение препарата Виферон в качестве адьювантной терапии в комплексном лечении папилломатоза гортани у детей способствует уменьшению рецидивов и увеличению межрецидивных промежутков, что свидетельствует об относительной эффективности проводимого нами лечения.

Шарипов Ф.К., Ньматзода О., Шарипов З.Р.
ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ
АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОЙ АОРТЫ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»
Кафедра хирургических болезней №2 им. акад. Н.У. Усманова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель - д.м.н., профессор Гоибзода А.Дж.

Цель исследования. Сокращения продолжительности пережатия аорты при резекции аневризмы путем усовершенствования её реконструкции направленная на профилактику гемодинамических осложнений.

Материал и методы. Работа основана на комплексной оценке результатов хирургического лечения 48 пациентов с аневризмами брюшной аорты. Большинство пациенты (46) были лицами мужского пола. В зависимости от методов хирургической коррекции пациенты были разделены на 2 группы. Основную группу составили 24 больных, оперированных по разработанной в клинике методике. В контрольную группу были включены 24 пациента, оперированные по стандартной методике. Обе группы по возрасту, локализации и размерам аневризм были сопоставимы. У пациентов основной группы достоверно чаще диагностировались сопутствующие заболевания ($p < 0,05$).

Всем пациентам выполнялись необходимый объем дополнительных методов исследования согласно клиническим протоколам по ведению пациентов, страдающих аневризмой брюшной аорты.

Традиционно ликвидация АБА производится путем лапаротомии, мобилизации аневризмы и подвздошных сосудов, пережатия, резекции аневризмы и протезирования аорты (накладывается сначала проксимальный анастомоз, затем поэтапно дистальные анастомозы). Такая тактика в наших наблюдениях сопровождалась частым развитием сердечно-сосудистых, мозговых и почечных осложнений, которые на наш взгляд были обусловлены перераспределением крови при пережатии аорты. В связи с этим нами была усовершенствована и успешно внедрена тактика протезирования аорто-подвздошного сегмента, техника которой заключается в следующем. После мобилизации шейки аневризмы и подвздошных артерий, еще до пережатия аорты, формируется один из дистальных анастомозов бранши бифуркационного протеза с подвздошной артерией. На это требуется 10-12 минут. Затем традиционно пережимается аорта, аневризматический мешок вскрывается, тромботические массы удаляются. Вторым этапом формируется проксимальный анастомоз между основной браншей протеза и брюшной аортой, продолжительность которой

составляет 12-14 минут. Тут же по завершении проксимального анастомоза осуществляется пуск кровотока по левой бранше протеза. Следовательно, время пережатия аорты составляет 12-14 минут, а не 25-30 минут, что достигается за счет предварительного формирования одного из дистальных анастомозов. Следующим этапом формируется второй дистальный анастомоз между браншей протеза и подвздошной (бедренной) артерией. После пуска кровотока и проверки герметичности анастомозов производится обработка аневризматического мешка.

Для изучения преимуществ и недостатков разработанной методики проводилась сравнительная оценка изменений всех параметров гемодинамики в обеих группах.

Результаты исследования. Анализ данных показал, что общая продолжительность операции и длительность наркоза у пациентов обеих групп были приблизительно одинаковыми. Вместе с тем, время пережатия аорты было достоверно меньше ($p<0,05$) у пациентов основной группы ($13,2\pm1,4$ мин.), по сравнению контрольной ($28,1\pm2,6$ мин.) Этому способствовало уменьшение времени пережатия аорты за счет предварительно сформированного одного из дистальных анастомозов. Всего после операции умерли 4 пациента – 1 из основной и 3 из контрольной групп. В отдаленном периоде у пациентов обеих групп осложнения и случаи летальных исходов не зарегистрированы.

Выводы. Таким образом, длительность пережатия брюшной аорты при резекции аневризмы оказывает существенное влияние на частоту развития интра- и послеоперационных осложнений. Предложенная методика нестандартной тактики реконструкции брюшной аорты по поводу ее аневризматического расширения позволяет достоверно сократить продолжительность пережатия аорты и уменьшить частоту интра- и послеоперационных фатальных осложнений.

Шарипова У.А.

ВОПРОСЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Кафедра акушерства и гинекологии

Бухарский государственный медицинский институт. Узбекистан.

Научный руководитель – д.м.н., доцент Рахматуллаева М.М.

Цель исследования. Определить значимость применения прогестерона в терапии угрозы прерывания беременности.

Материал и методы. В исследование включены 36 беременных женщин в сроке гестации $10,2\pm0,3$ недель: основную группу составили 23 беременных женщин с угрозой невынашивания и контрольную группу – 13 женщин с физиологическим течением беременности. Проведен сбор клинико-анамнестических данных, оценка общего соматического и акушерского статуса. Определяли содержание цитокинов IL-6, TNF α и IL-10 в крови методом твердофазного иммуноферментного анализа. Полученные при исследовании данные подверглись статистической обработке на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета Microsoft Office Excel-2003, включая использование встроенных функций статистической обработки. Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты исследования. У всех женщин основной группы на момент обращения выявлялось повышение содержания IL-6 ($93,45\pm4,11$ пг/мл против $32,72\pm3,29$ пг/мл), TNF α ($85,17\pm3,26$ пг/мл против $28,46\pm2,65$ пг/мл) и IL-10 ($61,38\pm3,47$ пг/мл против $22,14\pm3,96$ пг/мл) в крови сравнительно с показателями группы здоровых ($p<0,001$). В зависимости от применяемых комплексных лечебных мер основная группа женщин подразделена на 2 группы: в 1-группе ($n=12$) применена спазмолитическая, седативная терапия; во 2-группе дополнительно применен препарат Дьюфастон (дидрогестерон) 10 мг 2 раза в день. Дидрогестерон (ретропрогестерон) обладает многочисленными преимуществами перед собственно прогестероном в плане фармакокинетических параметров, безопасности, переносимости и удобства применения. Дидрогестерон аналогичен по структурным и фармакологическим свойствам натуральному прогестерону, применяется перорально, обладает хорошей биодоступностью, более высоким сродством к рецепторам, чем прогестерон, не оказывает андрогенного влияния на плод, не ингибирует образование прогестерона в плаценте, обладает высоким профилем безопасности.

Через месяц после лечения повторно оценено содержание цитокинов в крови. Выявлено снижение уровня про- и противовоспалительных цитокинов в основной группе беременных женщин. Однако динамика нормализации уровня цитокинов больше выражалась во 2-группе, снижаясь до уровня контрольных показателей и достоверно отличаясь от исходных показателей в группе ($p<0,01$). Таким образом, включение в комплексную терапию угрожающего выкидыша препаратов прогестерона создает благоприятный фон для прогрессирования беременности, поскольку его применение влияет на уровень цитокинов, ингибирует повышенный синтез провоспалительных цитокинов, одновременно нормализуя выработку противовоспалительных цитокинов (IL-10). Обеспечение состояния иммунотолерантности во время беременности препаратами прогестерона блокирует воспалительный ответ эндометрия на неблагоприятные стимулы и сохраняет беременность.

Выводы. Препараты прогестерона, используемые в комплексной терапии угрозы прерывания беременности нормализуют уровень про- и противовоспалительных цитокинов, что создает фон для успешного прогрессирования беременности.

Шарифов С.А., Сафаров Ш.Ф.
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНЫХ РАН

Научный руководитель – д.м.н., профессор Назаров Ш.К.
Кафедра хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».
Таджикистан

Цель исследования. Изучить местное влияние озонированного физиологического раствора и раствора Декасан в комплексном лечении нагноившихся послеоперационных ран передней брюшной стенки

Материал и методы. В основу проведенного исследования положены результаты комплексного лечения нагноившихся послеоперационных ран передней брюшной стенки у 51 больных с распространенным гнойным перитонитом находившихся на лечении в хирургических отделениях ГУ «городской центр неотложной медицинской помощи города Душанбе» с 2010 по 2023 гг. Все послеоперационные осложнения в виде нагноения ран был обусловлен распространенным гнойным перитонитом аппендикулярной этиологии – у 17(33,3%) пациентов, после операции острой кишечной непроходимостью – у 7(13,7%) пациентов, после перфорации полых органов – у 11(21,5%) пациентов, на фоне распространенного гнойного перитонита из-за панкреонекроза у 16(31,3%) больных, у которых панкреонекроз осложнился развитием распространенного гнойного перитонита. У 9(17,6%) пациентов этой группы был прорыв обширной забрюшинной флегмоны в брюшную полость и прорыв абсцесса сальниковой сумки в свободную брюшную полость. В комплексе все пациенты были исследованы общие и биохимические исследования крови и мочи с определением уровня белка, показателей билирубина, концентрации мочевины и креатинина, показателей печеночных проб и уровня С-реактивного белка, уровни амилазы в сывороточной крови и диастазы в моче, показателей ПОЛ, интерлейкин, прокальцитонин, ферритин. Микробиологию содержимого послеоперационной раны изучали после вскрытия раны и в период программных санаций брюшной полости. Обработку результатов исследования проводили методами прикладной статистики с использованием MS Excel и программного пакета для статистического анализа «Statistica v. 10.0». Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. До начала лечения характер микрофлоры был равнозначный, было отмечено преобладание штаммов стафилококка и кишечной палочки с высокой степенью обсемененности КОЕ до 103–107. Определение чувствительности микрофлоры показало, что устойчивость имела место в основном к препаратам группы пенициллинового ряда которое достигало до 83,3 %, и гентамицину до 55,9 %. Высокая чувствительность была выявлена к цефалоспорином III поколения до 81,1 % и препаратам фторхинолоновой группы до 80,7 %. После 7 дневного комплексного лечения, при повторном изучении микробиологии раны ассоциации микробов не выявлено. В клиническом аспекте в ходе ежедневных местных санаций ран общее состояние пациентов улучшалось, нормализовалась температура, исчезали боли в ране и в окружающих рану тканях. При использовании разработанной методики лечения гнойных ран было отмечено, что на 2–4 сутки наступает нормализация температуры тела и исчезает болевой синдром, на 5-6 сутки исчезает отек окружающих тканей и гиперемия. Очищение раны от гнойно-некротического отделяемого происходило на 4 сутки, а затем появлялись грануляции и эпителизация. При анализе площади ран установлено, на 5-6 сутки от начала лечения площадь раны уменьшилась, заживления в среднем составил $9,15 \pm 0,7$. Это подтверждает целесообразность широкого применения озонированных растворов с раствором Декасан.

Выводы. Локальное применение озонированного физиологического раствора и препарат Декасан в сочетании способствуют ускоренному очищению и регенерации раны и тем самым сокращая койко дни

Шаропова М.Х., Насриддинзода Б.Р.
РОЛЬ ДЕФИЦИТА ЭСТРОГЕНА В РАЗВИТИИ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ У ЖЕНЩИН С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМИ СИМПТОМАМИ

Кафедра урологии имени профессора Осими А.С., ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Абдувохидов А.А.

Цель исследования. Оценить влияние дефицита эстрогенов на развитие стриктуры уретры у женщин в постменопаузе и эффективность местной эстрогенной терапии в комплексном лечении.

Материал и методы. В исследование включены 30 пациенток средний возраст составил $62,4 \pm 5,3$ года с диагнозом стриктура уретры в постменопаузальном периоде (≥ 12 месяцев аменореи). Пациентки разделены на две группы. Основная группа ($n = 15$) – пациентки с выраженными признаками эстрогенного дефицита (сухость слизистых, диспареуния, рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей). Контрольная группа ($n = 15$) – пациентки постменопаузы без выраженного урогенитального синдрома. Урофлоуметрия: снижение $Q_{max} < 12$ мл/с у 80% пациенток. Ретроградная уретрография: средняя длина стриктуры – $1,3 \pm 0,4$ см. Уретроскопия: атрофические изменения слизистой – у 73% основной группы против 40% в контроле ($p = 0,031$). Опросник UDI-6: выраженность симптомов в основной группе выше ($29,4 \pm 3,1$ против $17,8 \pm 2,9$ баллов, $p = 0,002$). Контрольная группа – стандартное лечение (уретротомия, антибактериальная терапия). Основная группа – стандартное лечение + местная эстрогенная терапия (эстриол 0,5 мг 3 раза в неделю, 3 месяца).

Результаты исследования. Динамика уродинамических показателей. До лечения Q_{max} составлял $9,8 \pm 2,3$ мл/с в основной группе и $10,2 \pm 2,1$ мл/с в контрольной ($p > 0,05$). Через 6 месяцев после лечения Q_{max} увеличился на 37% ($13,4 \pm 2,0$ мл/с, $p = 0,018$) в основной группе, против $12,1 \pm 2,3$ мл/с в контроле ($p = 0,087$). Частота рецидивов стриктуры через 6 месяцев рецидивы выявлены у 2 из 15 (13,3%) пациенток в основной группе и 6 из 15 (40%) в контрольной группе ($\chi^2 = 4,09$, $p = 0,044$). Оценка урогенитальных симптомов. В основной группе сухость слизистых сохранялась у 27% пациенток против 60% в контрольной группе ($p = 0,029$). Средний балл по опроснику UDI-6 снизился в основной группе с $29,4 \pm 3,1$ до $18,7 \pm 2,5$ ($p = 0,003$), в контрольной – с $17,8 \pm 2,9$ до $15,6 \pm 2,7$ ($p = 0,072$).

Оценка качества жизни (QoL). Улучшение показателя QoL составило 30% в основной группе ($p = 0,007$), против 18% в контрольной ($p = 0,065$).

Выводы. Дефицит эстрогенов в постменопаузальном периоде играет ключевую роль в патогенезе стриктуры уретры у женщин, способствуя истончению слизистой оболочки, снижению эластичности тканей и увеличению частоты рецидивов после хирургического лечения. Стандартная терапия (уретротомия, антибактериальная терапия) без коррекции эстрогенного дефицита сопровождается высокой частотой рецидивов (40%) и недостаточным восстановлением уродинамических показателей. Добавление местной эстрогенной терапии (эстриол 0,5 мг 3 раза в неделю, 3 месяца) к комплексному лечению стриктуры уретры у женщин в постменопаузе приводит к значимому улучшению уродинамических показателей (увеличение Q_{max} на 37%, $p = 0,018$), снижению рецидивов и уменьшению урогенитальных симптомов.

Шаропова М.Х., Мухиддинов З.В., Насриддинзода Б.Р.

ХРОНИЧЕСКАЯ БАКТЕРИУРИЯ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И РОЛЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ.

Кафедра урологии имени профессора Осими А.С., ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., дотцент Абдувохидов А.А.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность профилактической антибиотикотерапии для снижения рецидивов ИМП у женщин с сахарным диабетом и хронической бактериурией.

Материал и методы. В исследование включены 40 женщин с сахарным диабетом (СД) типа 1 и 2, страдающих хронической бактериурией, в возрасте от 35 до 65 лет. Критериями включения были: подтвержденный диагноз СД, наличие хронической бактериурии (более 2 эпизодов ИМП за последние 6 месяцев или персистирующая бактериурия без симптомов), отсутствие тяжелых осложнений со стороны почек (ХБП 4-5 стадии) и аллергии на используемые антибиотики. Пациентки были рандомизированы на две группы: основная группа ($n=20$) получала профилактическую антибиотикотерапию низкими дозами (например, фосфомицин, нитрофурантоин или цефалексин) в течение 3 месяцев, контрольная группа ($n=20$) находилась под стандартным наблюдением без применения антибиотиков.

Результаты исследования. Эффективность профилактической антибиотикотерапии: в основной группе (профилактическая антибиотикотерапия) частота рецидивов ИМП снизилась на 60% по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). Среднее время до первого рецидива в основной группе составило 4,5 месяца, в контрольной группе — 1,5 месяца ($p < 0,01$). У 85% пациенток основной группы не выявлено эпизодов симптоматической ИМП в течение периода наблюдения, в то время как в контрольной группе этот показатель составил 40%. Микробиологические данные: в основной группе у 90% пациенток достигнута эрадикация возбудителей в моче, в контрольной группе — у 35% ($p < 0,001$). Наиболее часто выделяемыми возбудителями были *Escherichia coli* (65%), *Klebsiella pneumoniae* (20%) и *Enterococcus faecalis* (10%). В основной группе не зафиксировано случаев развития антибиотикорезистентности, однако в контрольной группе у 25% пациенток выявлены устойчивые штаммы бактерий. Безопасность терапии: побочные эффекты в основной группе были легкими и включали диспепсию (10% случаев) и аллергические реакции (5% случаев). Серьезных нежелательных явлений, таких как гепатотоксичность или нефротоксичность, не зарегистрировано. Влияние на функцию почек и гликемический контроль: у пациенток основной группы отмечена стабилизация функции почек (средний уровень креатинина остался в пределах нормы). В обеих группах уровень HbA1c не превышал 7,5%, что свидетельствует о компенсированном течении СД.

Выводы. Профилактическая антибиотикотерапия у женщин с сахарным диабетом и хронической бактериурией демонстрирует высокую эффективность в снижении частоты рецидивов ИМП и увеличении времени до первого рецидива. При этом терапия характеризуется удовлетворительным профилем безопасности и не приводит к развитию антибиотикорезистентности. Полученные данные подтверждают целесообразность использования профилактических схем у данной категории пациенток.

Шаропова М.Х., Мухиддинов З.В., Насриддинзода Б.Р.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БАКТЕРИУРИИ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ

Кафедра урологии имени профессора Осими А.С., ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Абдувохидов А.А.

Цель исследования. Направлено на оценку эффективности и безопасности применения профилактической антибиотикотерапии для снижения частоты рецидивов инфекций мочевыводящих путей (ИМП) у женщин с сахарным диабетом (СД) и хронической бактериурией.

Материал и методы. В исследование были включены 40 женщин в возрасте от 35 до 65 лет с диагнозом СД 1 и 2 типа и хронической бактериурией. Критерии включения учитывали наличие более двух эпизодов ИМП за последние 6 месяцев или персистирующую бактериурию без симптомов, а также отсутствие тяжелых осложнений со стороны почек и аллергии на антибиотики. Исследуемые были разделены на две группы, одинаковые по количеству пациентов: основную, получавшую профилактическую антибиотикотерапию низкими дозами (фосфомицин, нитрофурантоин или цефалексин) в течение 3 месяцев, и контрольную, которая не получала антибиотиков.

Результаты исследования. В основной группе отмечено снижение частоты рецидивов ИМП на 60% по сравнению с контрольной ($p < 0,05$). Среднее время до первого рецидива составило 4,5 месяца против 1,5 месяцев в контрольной группе ($p < 0,01$). У 85% пациенток основной группы не выявлены эпизоды симптоматической ИМП, в контрольной группе — у 40%. Эрадикация возбудителей в моче достигнута у 90% пациенток основной группы и у

35% контрольной ($p < 0,001$). Устойчивые штаммы бактерий выявлены у 25% пациенток контрольной группы, в основной группе такие случаи не зафиксированы. Побочные эффекты в основной группе были легкими и включали диспепсию и аллергические реакции. Функция почек оставалась стабильной, уровень HbA1c не превышал 7,5% в обеих группах. Серьезных нежелательных явлений, таких как гепатотоксичность или нефротоксичность, не зарегистрировано.

Микробиологические данные показали, что наиболее часто выделяемыми возбудителями были *Escherichia coli* (65%), *Klebsiella pneumoniae* (20%) и *Enterococcus faecalis* (10%).

Выводы. Профилактическая антибиотикотерапия у женщин с СД и хронической бактериурией способствует значительному снижению частоты рецидивов ИМП и увеличению времени до первого рецидива, не вызывая при этом антибиотикорезистентности. Полученные данные подтверждают целесообразность использования данной терапевтической стратегии.

Шербадалова А.А., Назарова А.Р., Бобджонова О.Б.

ПРОФИЛАКТИКА ГЕСТАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ В ПРЕГНАВИДАРНОМ ПЕРИОДЕ

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

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

Научный руководитель - д.м.н., профессор Рустамова М.С.

Целью исследования явилось изучение эффективности профилактики гестационных осложнений у женщин при метаболическом синдроме в прегравидарном периоде.

Материалы и методы. Обследованы 27 пациенток с МС. Возраст обследованных в среднем составил $28,2 \pm 5,6$ лет. Проведены: общеклинические исследования; общий и гинекологический осмотр; оценка индекса массы тела (ИМТ), определение в крови содержания общего белка, холестерина, глюкозы - общепринятыми методами; триглицеридов (ТГ), липопротеидов - высокой (ЛПВП) и низкой (ЛПНП) плотности, инсулино иммуноферментным методом. Всем обследованным женщинам производилось ультразвуковое исследование матки, придатков и печени. Прегравидарная подготовка включала медикаментозную терапию с применением инсулиносенсилайзера - Метформина, Омега-3, L-карнитина, Утрожестана и немедикаментозную коррекцию за счёт рационального питания и соблюдения питьевого режима, увеличением белковой пищи, которая необходима для нормального правильного развития плода и повышения физической активности, путём выполнения комплекса упражнений для увеличения дыхательной активности клеток за счёт стимуляции роста митохондрий, органелл клеток, отвечающих за дыхание и выработку энергии, которые способствовали снижению инсулинорезистентности, повышению выносливости и нормализации обмена веществ. Рекомендации по правильному питанию и физической нагрузке были согласованы с нутрициологом и остеопатом.

Результаты исследования. У обследованных женщин выявлена высокая частота нарушений менструальной (23/85,2%) и генеративной функций (25/92,6%) в виде бесплодия (11/40,7%) и синдрома поликистозных яичников (7/25,9%); самопроизвольных выкидышей (5/18,7%); неразвивающихся беременностей (3/11,1%); внематочной беременности (4/14,8%) и гестационных осложнений (14/51,9%). Все обследованные пациентки имели повышенную массу тела, в виде избытка массы тела (11/40,7%) и абдоминального ожирения (16/59,3%) при увеличении индекса массы тела в среднем до $31,9 \pm 0,9$ кг/м²; и у них были установлены такие компоненты МС как гипертензия (13/48,1%); дислипидемия (18/66,7%); гипопропротеинемия (17/62,9%) и стеатоз печени (8/29,6%). Повторное обследование больных с МС после лечения показало стабилизацию массы тела с её снижением (в среднем 400-500 г/месяц). Несмотря на недостоверное снижение ИМТ ($30,2 \pm 0,6$ кг/м², $p > 0,05$), установлено улучшение показателей углеводного обмена (снижение содержания глюкозы до $4,7 \pm 0,05$ ммоль/л и инсулина до $11,4 \pm 0,4$ мкМЕ/мл в крови с индексом НОМА до $2,4 \pm 0,07$) и липидного обмена (снижение уровня ЛПНП - $2,8 \pm 0,1$ ммоль/л, с повышением показателя ЛПВП - $1,6 \pm 0,03$ ммоль/л в крови; $p < 0,001$). Из 27 пациенток у 15/55,5% наступила беременность, которая закончилась своевременными родами, с массой плода от 3000,0 г до 3200,0. Частота осложнений гестационных осложнений у женщин снизилась в 3,9 раз, составляя 13,3%. Остальные женщины продолжают необходимую терапию и коррекцию.

Выводы. Таким образом, полученные данные указывают на высокую эффективность проведённого комплекса коррекции выявленных нарушений у женщин с МС, направленная на все звенья патогенеза МС, позволяют повысить эффективность лечения больных, оздоровить и улучшить перинатальные исходы.

Шеров Р.Р.

НАШ ОПЫТ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНЕЙ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Научный руководитель - старший преподаватель Аскарлов А.Т.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения ложных суставов костей голени с использованием костной пластики.

Материалы и методы. Изучен опыт лечения ложных суставов костей голени методом стабильно-функционального остеосинтеза и остеосинтеза по Илизарову с применением костной пластики у 78 больных (1 группа - 41 больной) с применением костной пластики по традиционной методике; 2 группа (37 больных) с использованием костной пластики ауто и ксенотрансплантатами, в возрасте от 16 до 45 лет. Больных мужского пола было 58 (74,4%) человек, женского - 20 (25,6 %).

Результаты исследования. Основными причинами, способствовавшими развитию ложных суставов при

консервативном лечении были: внутривисочное смещение отломков или несвоевременное устранение смещения; нестабильный остеосинтез при оперативном лечении; перелом металлической конструкции, их раннее удаление; нагноение послеоперационной раны; ранняя нагрузка и разработка движения в суставах; недостаточная репозиция и жесткость фиксации; а также раннее снятие аппарата, связанное с нагноением мягких тканей вокруг спиц. Приведенные данные показали, что наиболее частой причиной образования ложных суставов голени являлось неправильное лечение больных, что не связано с методами лечения (интерпозиция мягких тканей, нагноение раны, остеомиелит и другие). У 78 больных с ложными суставами голени выполнено 78 оперативных вмешательств. Во всех случаях после удаления тканей между отломками и вскрытия костномозгового канала, отломки сопоставлялись конец в конец, и после применения различных методов костной пластики они фиксировались металлическими конструкциями. При незначительных дефектах пластинчатые аутооттрансплантаты, взятые из подвздошной кости и малоберцовых костей (41), и ксенотрансплантаты (37) укладывали в пазы, сделанные в обоих отломках, до костномозгового канала с экстремедулярной фиксацией пластинами с целью достижения стабильности трансплантата и обоих отломков. Пластика по методу Чаклина использована в 45 случаях, по Хохутову-Олби в 33 случаях. При производстве костно-пластической операции необходимо обратить внимание на максимальное сближение костных фрагментов и трансплантатов к материнской ложе, прикрытие зоны ложного сустава и трансплантата надкостницей и мышечной тканью, позволяющих раннее восстановление кровоснабжения, что, в конечном итоге влияет на процесс костной регенерации и сращения ложного сустава. После остеосинтеза и костной пластики для обеспечения покоя оперированной конечности накладывали циркулярную гипсовую повязку (40) и компрессионно-дистракционный аппарат Илизарова (38). В послеоперационном периоде всем больным назначали антибактериальную, противоболевую, стимулирующую терапию, магнитотерапию и препараты кальция. В ближайшем послеоперационном периоде первичное заживление раны отмечено у 93,7%, нагноение раны - у 5,2% и нагноение трансплантата - у 1,1% больных, которым проведено консервативное лечение и повторные оперативные вмешательства. Консолидация ложного сустава отмечена у 71(91,1%) больного, несрастающийся ложный сустав отмечен у 7 (8,9%) больных.

Выводы. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о высокой эффективности аутопластики и ксенопластики в нашем лечении ложных суставов костей голени.

Шоев С.Н.¹, Чобулов С.А.¹, Холмуродов М.М.^{1,2}

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИИ В ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОДОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМ

¹ГУ комплекс здоровья «Истиклол»,

²Кафедра нейрохирургии и вертебрологии ГОУ «ИПОвСЗ РТ». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н. Ашуров Р.Г.

Цель исследования. Совершенствование результатов хирургического лечения пациентов с подострыми и хроническими внутримозговыми гематомами.

Материал и методы. В период с 2016 по 2025 г в ГУ “Комплекс здоровья Истиклол” прошли обследование и лечение 117 пациента с хроническими внутримозговыми гематомами. Среди них преобладали мужчины – 86 человек (73,9%), в то время как женщины составили 31 человека (26,1%). Возрастной диапазон пациентов варьировался от 18 до 75 лет. В рамках комплексного обследования проводился тщательный сбор анамнеза, детальный неврологический осмотр, рентгенография, офтальмологические исследования, а также нейровизуализация с использованием компьютерной и магнитно-резонансной томографии (КТ и МРТ) [1]. Дополнительно применялась эхоэнцефалоскопия (ЭхоЭС) и полный спектр лабораторных методов исследования [2].

Результаты исследования. Причиной развития подострых и хронических внутримозговых гематом в 52 (44,6%) наблюдениях было черепно-мозговая травма и у 65 (55,4%) больных нетравматического характера. Из них 78 (66,7%) – вследствие нарушения мозгового кровообращения, у 30 (25,5%) способствовала церебро-васкулярная патология, 6 (5,9%) в ложе удаленного объемного образования головного мозга, в 2(1,9%) случаев - после ликворошунтирующих операций. По плотности у 53 (45,6%) больных выявлено гиподенсивная, у 36 (31,6%) изоденсивная, у 26 (22,8%) гетероденсивная гематомы.

Операция 49 (42,4%) больным проведена под местным обезболиванием и 67 (57,6%) больным под общей анестезией. В 23 (19,6%) наблюдениях гематома устранена путем миникраниотомии, у 86 (73,9%) больных удалена с наложением 1 фрезевого отверстия с его краевой резекцией через точку Кохера путем использованием новым технологии эндоскопическим способом (аппаратами фирмы KARLS SHTORS Германия), в 7 (6,5%) случаев эвакуирована пункционным путем. По объему внутримозговых гематом распределились следующим образом: малые (до 50 мл) у 27 (22,8%) больных, средние (50-100мл) в 56 (47,8%) случаях, большие (больше 100 мл) в 34 (29,3%) наблюдениях. Контрольная компьютерная томография показала исчезновение гематомы и клинически у всех больных отмечен регресс неврологических нарушений. Летальных исходов не было.

Выводы. Современные неинвазивные методы лучевой диагностики, такие как компьютерная и магнитно-резонансная томография, обладают высокой степенью адекватности в визуализации подострых и хронических внутримозговых гематом, предоставляя возможность детальной оценки их локализации, объема, структуры и консистенции [1]. Применение современных эндоскопических технологий для удаления подострых и хронических внутримозговых гематом медиальным или латеральным доступом через единое фрезевое отверстие в точке Кохера представляет собой доступный, безопасный, экономически выгодный, косметически приемлемый и минимально инвазивный метод хирургического лечения.

Шоев С.Н., Чобулов С.А., Кодирзода С.К.
ЛАМИНОТОМИЧЕСКАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ ПРИ МНОГОУРОВНЕВЫХ СТЕНОЗАХ ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА

ГУ Комплекс здоровья «Истиклол». Таджикистан
Научный руководитель- к.м.н., доцент Чобулов С.А.

Цель исследования. Оценка эффективности и динамики болевого синдрома после ламинотомической декомпрессии у пациентов с многоуровневым стенозом позвоночного канала.

Материал и методы. В период с 2023 по 2025 гг. в нейрохирургическом отделении ГУ Комплекса здоровья «Истиклол» был проведен ретроспективный анализ результатов лечения 64 пациентов с дегенеративным многоуровневым стенозом поясничного отдела позвоночника. В исследуемой группе преобладали женщины (75%, n=48), доля мужчин составила 25% (n=16). Средний возраст пациентов составил 51 год. Интенсивность болевого синдрома в поясничной области оценивалась с использованием визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Оценка динамики болевого синдрома в нижних конечностях после декомпрессивных операций носила субъективный характер и основывалась на отзывах пациентов.

Всем пациентам выполнена ламинотомическая декомпрессия, обусловленная дегенеративным многоуровневым стенозом, преимущественно в поясничном отделе позвоночника. У двух пациентов выявлена гипертрофия желтой связки на различных уровнях позвоночника, что потребовало одномоментной декомпрессии в зонах выявленной патологии. Отбор пациентов осуществлялся на основании комплексной оценки, ключевыми диагностическими критериями которой являлись результаты магнитно-резонансной томографии (МРТ) позвоночника и данные клинической картины, соответствующие установленным протоколам. При анализе нейровизуализационных данных мы определяли степень стеноза используя классификацию С. Shizas, которая основана на морфологическом состоянии дурального мешка и корешков спинного мозга на T2 взвешенных изображениях.

Результаты исследования. Эффективность хирургического лечения оценивалась по шкале ВАШ через 7 дней после ламинотомической декомпрессии. У 56 (87,5%) пациентов отмечалось значительное уменьшение болевого синдрома непосредственно после операции. Постепенный регресс боли 5 (7,8%) отмечен у пациентов с ламинотомической декомпрессией на трех и более уровнях. Отсутствие положительной динамики наблюдалось у 3 (4,6%) больных, которые были включены в группу наблюдения. В анализируемой группе инфекционные осложнения наблюдались у 2 (3,1%) пациентов, что потребовало проведения дополнительной антибактериальной терапии. Средняя продолжительность пребывания в стационаре после операции составила не более 8-20 суток.

Выводы. Основываясь на практическом опыте и результатах клинических исследований, ламинотомическая декомпрессия при многоуровневых стенозах позвоночного канала представляется оптимальным хирургическим подходом, позволяющим достичь улучшения клинических исходов и сократить сроки послеоперационной реабилитации пациентов. Важно отметить, что данная методика, в ряде случаев, позволяет избежать применения стабилизирующих металлических конструкций даже при многосегментарных декомпрессиях, снижая потенциальные риски, связанные с их использованием.

Шомуродов Ж.Р., Меликов М.А.
ЛИГАТУРНЫЙ СПОСОБ ВЕНТРОПЛАСТИКИ
Научный руководитель – д.м.н., профессор Назаров Ш.К.
Кафедра хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова
ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Анализ результатов хирургического лечения пациентов с вентральными грыжами средней линии живота с использованием лигатурного метода пластики.

Материал и методы. В рамках исследования были проанализированы результаты оперативного лечения 23 больных, госпитализированных в период с 2023 по 2024 годы в хирургические отделения ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи», являющегося клинической базой кафедры хирургических заболеваний №1 имени академика К.М. Курбонова ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино». Всем 23 больным герниопластика проводилась с применением лигатур который был разработан и патентирован способ в патентном Ведомстве Республики Таджикистан (2024 года). Средний показатель ИМТ в анализируемой группе больных составил $57,2 \pm 0,8 \text{ кг/м}^2 (>0,05)$, то есть существенно превышал нормальные уровни. Для оценки восстановительного процесса функций прямых мышц живота применялись функциональные тесты, разработанные экспертами Мейо Клиник (США). Детально было изучено мышечный индекс и уровень развитости мышечного каркаса передней брюшной стенки при Узи и 3-D КТ моделированием. Обработку результатов исследования проводили методами прикладной статистики с использованием MS Excel и программного пакета для статистического анализа «Statistica v. 10.0». Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Учитывая выявленных выраженных дистрофических изменений в тканях передней стенки живота, у 19(82,6%) пациентов были выявлены некоторые изменения функциональных показателей тестового удержания нижних конечностей и удержания положения тела до операции. Методика «лигатурный способ вентропластики при грыжах средней линии» была применена у 23 исследуемых пациентов. Критериями для выбора данной методики пластики являлись: толщина подкожно-жирового слоя не менее $3,9 \pm 0,5 \text{ см}$, небольшой объем грыжевых ворот, толщина мышечного слоя передней брюшной стенки менее $3,0 \text{ см}$, толщина прямой мышцы менее $0,923 \pm 0,171 (p > 0,001) \text{ см}$, а ширина прямой мышцы менее $5,635 \pm 0,404 (p > 0,001) \text{ см}$. Усовершенствованная методика была применена у 16 (69,5%) пациенток мужского пола и 7(30,4%) пациентов женского пола. В до и послеопераци-

онном периоде исследован кровоток передней брюшной стенки. Дуплексное сканирование сосудов - поверхностной надчревной артерии, нижней надчревной артерии и а. Circumflexa ilium profunda, осуществлялось в В-режиме с анализом центрального кровяного давления. При анализе кровотока применялся импульсно-волновой доплеровский режим (PW), и измерены максимальная скорость кровотока в систоле (V_{max}) и минимальная скорость в диастоле (V_{min}), а также рассчитан индекс сопротивления. В рамках цветного доплеровского анализа зафиксированы такие параметры, как диаметр сосудов, средняя скорость потока крови (V_{mean} , выраженная в см/сек), объем потока (V_{vol} , указанный в мл/мин), и конгестивный индекс для анализа состояния воротной, селезеночной и верхних брыжеечных вен. В ходе выполненного исследования пиковая систолическая скорость кровотока по верхней надчревной артерии (а. epigastrica superior) оказался заметно выше - $0,40 \pm 0,02$ ($p > 0,01$) м/с чем в норме. Кроме того, наблюдалось снижение индекса резистентности кровотока в данной артерии до уровня $0,66 \pm 0,03$ ($p > 0,01$). Средний диаметр артерий а. epigastrica superior снизился до $2,1 \pm 0,2$ ($p > 0,01$), что может быть связано с вазоспазмом.

Выводы. Выбор метода лигатурного способа вентропластики должен исходить строго индивидуально, от имеющих размеров грыжевых ворот, от степени изменения и развития мышечно-апоневротического каркаса передней брюшной стенки.

Шопулотова З.А., Худоярова Д.Р., Ходжаева Н.Х.
ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД ПРИ БЕСПЛОДИИ

Кафедра акушерства и гинекологии №1
Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Худоярова Д.Р.

Цель исследования. Выявить необходимость персонализированного подхода при бесплодии.

Материал и методы. В условиях растущей актуальности проблемы бесплодия, исследование, проведенное на базе кафедры акушерства и гинекологии №1 СамГМУ и клиники «MEDIO FARM- HOSPITAL», подчеркивает важность персонализированного подхода к лечению пациентов. В рамках исследования были обследованы женщины, обращавшиеся за помощью по причине бесплодия с целью проведения ЭКО/ИКСИ в период 2024-2025 годов. Всем участницам было проведено стандартное обследование в соответствии с приказом №106 министерства здравоохранения Республики Узбекистан. Персонализированный подход включает в себя анализ индивидуальных особенностей каждой пациентки, таких как: возраст, уровень АМГ, медицинская история, психоэмоциональное состояние, генетические факторы, состояние соматического здоровья и многое другое. Данный подход позволяет не только повысить эффективность лечения, но и уменьшить эмоциональное напряжение у пациенток. Успешность вмешательства возрастает, когда учтены все аспекты, влияющие на фертильность, что подтверждают результаты обследования и анализ лечения в клиниках.

Результаты исследования. Исходя из данных клинико-лабораторного анализа все пациентки исходя из причины бесплодия были разделены на 3 группы: 1-я группа пациентки с ановуляторным циклом, 2-я группа с органической патологией матки (миома матки, полип или полипоз, гиперплазия эндометрия), 3-я группа мужской фактор стимуляции. На ранних этапах лечения пациенты каждой группы подвергались одинаковым методам терапии, включая гормональную коррекцию, хирургические вмешательства и методики вспомогательных репродуктивных технологий. Однако, несмотря на стандартизацию подхода к лечению, результаты показали значительные различия внутри каждой группы.

У пациенток с ановуляторным циклом успешность ЭКО составила 60%, что свидетельствует о высокой реакции на гормональную терапию. У пациенток с внутриматочной патологией органического характера успешность вмешательства была на уровне 45%, что подчеркивает необходимость дополнительного хирургического лечения для устранения причин бесплодия. У пар с мужским фактором бесплодия успешность достигла 55%, что говорит о том, что комбинированный подход приносит позитивные результаты.

Как видно из данных не в одной группе не было 100% результата успеха, хотя применялись внутри одной группы одинаковые методы лечения при одинаковых диагнозах. Эти данные подчеркивают, что, несмотря на схожие начальные методы лечения, индивидуальные особенности клинической картины каждого пациента влияют на итоговую эффективность терапии. Перспективой дальнейшего исследования является углубленный анализ факторов, влияющих на различные виды бесплодия, что позволит разработать более точные и персонализированные методы лечения, улучшая качество жизни и шансы на успешное материнство для каждой пациентки.

Выводы. Исследование отражает необходимость дальнейшего внедрения персонализированных методов и их научного обоснования в практике акушерства и гинекологии для достижения высоких результатов в лечении бесплодия.

Шохсаворбеков А.Ш., Камолов Р.С., Ньматзода О.
РЕПЕРFUЗИОННЫЙ СИНДРОМ И СИСТЕМНАЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ПРИ ОСТРОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

¹Кафедра хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

²ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ и СЗН РТ
Научный руководитель - д.м.н., профессор Султанов Д.Д.

Цель исследования. Изучить особенности системной воспалительной реакции (СВР) у пациентов с острой ишемией нижних конечностей (ОИНК).

Материал и методы. Изучены некоторые маркеры СВР у 86 пациентов с ОИНК. Среди включенной когорты основную долю составили лица мужского пола - 51 (59,3%) человек, женщин было - 35 (40,7%), средний их возраст составил $56,0 \pm 5,8$ лет. У 33 (38,4%) пациентов отмечался острая окклюзия подвздошно-бедренного сегментов, у 32 (37,2%) - бедренного сегмента, у 21 (24,4%) - подколенно-берцовых сосудов. Во всех случаях ишемия имела одностороннюю локализацию – справа в 59 (68,6%) случаев справа, в 27 (31,4%) слева. В 52 (58,1%) наблюдений имелись клинические признаки, укладывающиеся в рамках ишемии II б степени, в 36 (41,9%) случаев – III А степени (по В.С. Савельеву, 1987 г). Средний срок ишемии составил $77,9 \pm 28,3$ часов. Из числа маркеров СВР были изучены уровень содержания С-реактивного белка, скорость оседания эритроцитов (СОЭ), количества лейкоцитов, креатинина, мочевины, малонного диальдегида (МДА), диеновый конъюгатов (ДК), супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы.

Результаты исследования. Полученные данные показали, что при ОИНК развивается выраженная системная воспалительная реакция, характеризующиеся повышением СОЭ ($42,3 \pm 7,1$ мм/ч), уровня СРБ ($16,1 \pm 4,2$ мг/л), фибриногена ($8,5 \pm 0,9$ г/л), количество лейкоцитов ($12,7 \pm 1,5 \times 10^9$ /л), глюкозы ($7,5 \pm 1,8$ ммоль/л), креатинина ($128,9 \pm 6,1$ мкмоль/л), мочевины ($9,2 \pm 0,6$ ммоль/л), МДА ($3,9 \pm 0,1$ мкмоль/л), ДК ($0,77 \pm 0,04$ ед. а/мл), СОД ($20,8 \pm 1,0$ у.е./л) и каталазы ($128,9 \pm 11,2$ мкл/л). Указанные изменения напрямую зависели от степени тяжести ишемических расстройств и после проведения оперативных вмешательств не всегда отмечалось их нивелирование. Это было обусловлено из-за реперфузионного синдрома, при котором отмечается вымывание продуктов распада из мягких тканей конечности в общий кровоток.

Выводы. Острая ишемия нижних конечностей сопровождается системной воспалительной реакцией по типу окислительного стресса, эндогенной интоксикации и нарушением обменных процессов и детоксикационных возможностей организма. Восстановление кровообращения конечности не всегда сопровождается быстрым устранением имеющихся изменений и на фоне реперфузионного синдрома происходит постепенное устранение воспалительных процессов.

Шукуров Д.А., Сафаров Н.Х., Бораджабов А.Б.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУР УРЕТРЫ У МУЖЧИН

Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан.

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан.

Научный руководитель - старший преподаватель **Салимов Х.Г.**

Цель исследования. Оценить эффективность различных методов хирургического лечения стриктуры уретры у мужчин и определить оптимальный подход для восстановления проходимости мочеиспускательного канала.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование 60 пациентов мужского пола в возрасте от 25 до 70 лет, которым в период с 2023 по 2024 годы были выполнены различные хирургические вмешательства по поводу стриктуры уретры. Средняя длительность заболевания перед оперативным вмешательством составила 12 ± 5 месяцев. Диагностический комплекс включал: сбор анамнеза и жалобы пациентов, урофлоуметрию, ретроградную и микционную уретрографию, уретроскопию. Пациенты были разделены на три группы по 20 человек в зависимости от метода лечения: 1. Группа внутренней оптической уретротомии (ВОУ) - рассечение стриктуры холодным ножом, 2. Группа анастомозной уретропластики - резекция поражённого участка уретры с наложением анастомоза «конец в конец», 3. Группа аугментационной уретропластики - реконструкция уретры с использованием слизистой оболочки щеки. Эффективность лечения оценивалась на основании: клинической динамики симптомов, показателей урофлоуметрии (максимальная и средняя скорость потока мочи), частоты рецидивов и осложнений. Пациенты находились под наблюдением в течение 12 месяцев после операции. Статистическая обработка данных проводилась с использованием критерия Стьюдента и теста хи-квадрат. Статистически значимыми различиями считались значения $p < 0,05$.

Результаты исследования. В группе внутренней оптической уретротомии (ВОУ) успешное восстановление проходимости уретры без рецидива было достигнуто у 55% пациентов. Однако частота рецидивов в этой группе составила 45%, что значительно выше по сравнению с группами анастомозной (15%) и аугментационной уретропластики (10%) ($p < 0,05$). Средняя максимальная скорость потока мочи после лечения была значительно выше в группах уретропластики по сравнению с группой ВОУ ($p < 0,01$). Частота осложнений была низкой во всех группах, однако у пациентов после ВОУ наблюдались более частые рецидивы, требующие повторных вмешательств. Таким образом, анастомозная и аугментационная уретропластика демонстрируют более высокую эффективность и меньшую частоту рецидивов по сравнению с ВОУ. Однако метод ВОУ может быть оправдан при коротких стриктурах (< 1 см) у пациентов с высоким хирургическим риском.

Выводы. 1. Аугментационная уретропластика с использованием слизистой оболочки щеки и анастомозная уретропластика обеспечивают более высокую эффективность и меньшую частоту рецидивов по сравнению с внутренней оптической уретротомией. 2. Внутренняя оптическая уретротомия может быть обоснованным выбором у пациентов с короткими стриктурами (< 1 см) и высоким хирургическим риском. 3. Выбор метода хирургического лечения должен основываться на индивидуальных особенностях пациента, локализации и протяжённости стриктуры, а также на наличии сопутствующих заболеваний.

Шукуров Н.И.
РАК ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

Кафедра онкологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

ГУ Республиканском онкологическом научном центре РТ

Научный руководитель - д.м.н. Юлдошев Р.З.

Цель исследования. Анализ результатов диагностики и лечения рака желчного пузыря, а также оценка их эффективности на примере клинических случаев 8 пациентов.

Материал и методы. В исследование, проведенное в ГУ Республиканском онкологическом научном центре РТ в период с 2022 по 2024 год, вошли 8 пациентов с диагнозом рак желчного пузыря. Диагностика включала использование УЗИ, КТ, МРТ, биохимических и лабораторных исследований, а также гистологический анализ макропрепаратов. Лечение включало хирургические вмешательства, химиотерапию и паллиативную терапию.

Результаты исследования. Различным вариантом хирургическому вмешательству подверглись 8 пациентов с раком желчного пузыря, различавшихся по стадиям заболевания. Из общего количества пациентов, 5 больным удалось выполнить радикальную R0 резекцию. R1-имело место у 2-х больных. R2- удалось выполнить одному пациенту. Пациентам с II и III стадиями, как правило, проводились хирургические вмешательства, в том числе холецистэктомия с резекцией сегментов 4-5 печени и удалением локальных лимфоузлов и лимфодесекцией гепатодуоденальной связи.

Пациенты с II стадией опухолевого процесса получали радикальные операции (холецистэктомия), что позволило достичь хороших результатов без рецидивов. В то время как пациенты с III-IV стадией, несмотря на использование химиотерапии и паллиативного лечения, продемонстрировали улучшение качества жизни, но с неблагоприятным прогнозом в связи с наличием метастазов в печени и лимфоузлы. У 2 больных отмечалось прогрессирование опухоли в течении 6 месяцев. Медиана выживаемости составило 12 месяцев.

Выводы. Рак желчного пузыря Современная диагностика (УЗИ, КТ, МРТ) позволяет точно определить стадию заболевания. Ранние стадии поддаются радикальному лечению с хорошими результатами. Химиотерапия эффективна на стадиях с метастазами, но прогноз при III-IV стадии неблагоприятный. Паллиативное лечение улучшает качество жизни на поздних стадиях.

Шукурова Х.Э., Рахимов Ф.А.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ ОГРАНИЧЕННЫХ РЕСУРСОВ

Центр симуляционного обучения ГОУ ХГМУ. Таджикистан.

Научный руководитель - Назаров Дж.Т.

Цель исследования. Современные подходы к диагностике и лечению онкозаболеваний в условиях ограниченных ресурсов: проблемы, решения и стратегии оптимизации медицинской помощи для повышения её доступности и эффективности.

Материал и методы. Исследование основывается на анализе медицинской документации и статистических данных 50 пациентов, лечившихся в Республиканском онкологическом научном центре в период с 2022 по 2024 года, условиях ограниченных ресурсов. Использовались методы ретроспективного анализа истории болезни, оценки доступности диагностических процедур и анализа эффективности лечения. 40% пациентов обратились на поздних стадиях заболевания, а 35% диагностических процедур были задержаны более чем на 3 месяца. 50% пациентов получали стандартную химиотерапию, 25% сталкивались с ограничениями в лечении из-за высокой стоимости. Оценены социально-экономические факторы, влияющие на доступность помощи. Данные обработаны с использованием SPSS и методов описательной статистики.

Результаты исследования. Исследование 50 пациентов с онкологическими заболеваниями, получавших лечение в условиях ограниченных ресурсов, выявило несколько ключевых проблем. 40% обратились на поздних стадиях (III-IV), что снижает эффективность терапии, 35% пациентов испытывали задержку в диагностике из-за нехватки оборудования и кадров. Лишь 60% имели доступ к КТ или МРТ, а 28% – к биопсии. Таргетная терапия была доступна только 40%. 45% пациентов сталкивались с финансовыми трудностями, а 30% – с географической удалённостью от центров. Выживаемость на ранних стадиях составила 75%, на поздних – 30%. Комбинированные схемы лечения повышают выживаемость на 20%. Необходимы улучшения в доступности диагностики и поддержке онкологических пациентов.

Выводы. Исследование выявило проблемы поздней диагностики, ограниченной доступности высокоточных методов и лечения, а также влияние финансовых и социальных факторов. Требуются меры по улучшению доступности онкологической помощи.

Эгамбердиева З.Д., Хожамбергенова М.Б.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТОНЗИЛЛЕКТОМИИ НА ТИКОЗНЫЕ ГИПЕРКИНЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Кафедра оториноларингологии, детской оториноларингологии и стоматологии

ГОУ «Ташкентский педиатрический медицинский институт». Узбекистан.

Научный руководитель – ассистент Эгамбердиева.З.Д.

Цель исследования. Оценить результаты тонзилэктомии на тикозные гиперкинезы.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 40 пациентов (дети 7–14 лет) с хроническим тонзилли-

том и тикозными гиперкинезами. Критерии включения: диагностированный хронический тонзиллит, сочетанный простыми моторными тиками (моргание, подергивания лица, движения рук/плеч). Отсутствие тяжелых неврологических заболеваний.

Результаты исследования. Проведена двусторонняя тонзиллэктомия. Через 1 месяц выполнена электромиография (ЭМГ) и оценка тиков по шкале YGTSS (Yale Global Tic Severity Scale). У большинства пациентов показатели YGTSS снизились менее чем на 15%, что указывает на незначительное уменьшение выраженности тиков. Так, как тики сохранялись в программу лечения включили КПТ.

После неврологической оценки в схему лечения добавлена когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), продолжавшаяся 1 месяц. В программу входили: методика замещения тиков (Habit Reversal Training, HRT), экспозиционная терапия (Exposure and Response Prevention, ERP), расслабляющие техники (прогрессивная мышечная релаксация, дыхательные упражнения), контроль триггеров (снижение стресса, коррекция сна). Повторная оценка проводилась через 1 месяц по результатам повторной ЭМГ и шкалы YGTSS у 75% пациентов выявлено значительное снижение выраженности тиков (на 30–50%). Отмечено улучшение качества жизни за счет снижения тревожности и уменьшения частоты тиков.

Выводы. Тонзиллэктомия не обеспечила значительного уменьшения тиков, так тики беспокоили пациентов в течение 5 и более лет. Пациенты, которые провели тонзиллэктомию в течение 1,5–3 лет сначала тиков отметили снижение тиков на 75% вплоть до исчезновения тикозных гиперкинезов. Включение КПТ в схему лечения привело к выраженному улучшению результатов, подтверждая важность комплексного подхода к терапии тикозных гиперкинезов при хроническом тонзиллите.

Эгамбердиева З.Д., Хожамбергенова М.Б.

ВЛИЯНИЕ ДВУСТОРОННЕЙ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ НА ТЕЧЕНИЕ ТИКОЗНЫХ ГИПЕРКИНЕЗОВ У ДЕТЕЙ

Кафедра оториноларингологии, детской оториноларингологии.
«Ташкентский педиатрический медицинский институт». Узбекистан.
Научный руководитель – ассистент Эгамбердиева З.Д.

Цель исследования. Хронический тонзиллит, сопровождающийся тикозными гиперкинезами, представляет собой сложное сочетание инфекционно-аллергических и неврологических патологий, требующее комплексного подхода к лечению. Учитывая связь между инфекционным процессом в небных миндалинах и неврологическими проявлениями, хирургическое лечение, направленное на санацию очага инфекции, становится актуальной мерой для улучшения состояния пациентов. Вопрос о влиянии двусторонней тонзиллэктомии на течение тикозных гиперкинезов требует дальнейшего изучения.

Материал и методы. Исследование проведено на базе клиники «Happy Life» с участием 40 пациентов с хроническим тонзиллитом. Первая группа (20 пациентов) включала детей с тикозными гиперкинезами, вторая группа (20 пациентов) — детей без сопутствующей патологии. Всем пациентам проведена двусторонняя тонзиллэктомия в условиях общей анестезии. Оценивались жалобы, анамнез, фарингоскопическая картина, клинические и биохимические показатели до и после операции, а также постоперационный период и уровень антистрептолизина-О (АСЛО).

Результаты исследования. Двусторонняя тонзиллэктомия у пациентов с тикозными гиперкинезами привела к значительному улучшению состояния: отмечено снижение уровня АСЛО и уменьшение выраженности неврологических симптомов. В раннем послеоперационном периоде пациенты с тикозными гиперкинезами демонстрировали менее выраженный болевой синдром и более быстрое восстановление. Длительная ремиссия заболевания была достигнута у большинства пациентов, что подтверждает эффективность хирургического подхода.

Выводы. Двусторонняя тонзиллэктомия у детей с хроническим тонзиллитом и тикозными гиперкинезами оказывает положительное влияние на течение заболевания, улучшая неврологический статус и снижая активность инфекционно-аллергического процесса. Результаты исследования подчеркивают необходимость своевременной диагностики и хирургического лечения пациентов данной категории для достижения стойкой ремиссии и повышения качества их жизни.

Эгамов М.М. Муродов Ш.Д., Саидов Д.Х.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Махмадиев А.А.

Цель исследования. Оценка результатов различного варианта хирургического лечения хронического гнойного среднего отита.

Материал и методы. В условиях сурдологического отделения ЛОР клиники ГУ НМЦ РТ за период 2023–2025 гг. нами было обследовано и прооперировано 35 больных в возрасте от 19 до 45 лет (из них было 18 женщин и 17 мужчин), страдающих хроническим гнойным средним отитом (ХГСО) с различной степенью кондуктивной тугоухости. Больным в предоперационном и послеоперационном периоде проведена отомикроскопия, исследование проходимости слуховых труб, аудиологическое исследование, компьютерная томография (КТ) височных костей, лабораторные исследования.

Результаты исследования. Применение того или иного объема хирургического вмешательства зависело от данных отомикроскопии, КТ – височных костей, характера интраоперационных находок (преимущественно в зависимости от распространенности холестеатомы), состояния цепи слуховых косточек и аудиологического исследова-

ния. Нами были проведены следующие виды операций: у 15 больных (42,8 %) проведена общеполостная санирующая операция (антромастотомия) и у 20 больных (57,2 %) антромастотомия с одномоментной тимпанопластикой. В ближайшем послеоперационном периоде удовлетворительный анатомический результат получен у 25 (71,4%) пациентов. В отдаленном послеоперационном периоде удовлетворительный анатомический результат наблюдали у 33 (94,3%) пациентов. При изучении функциональных результатов хирургического лечения у пациентов было обнаружено статистически значимое понижение порогов воздушного звукопроводения и костно-воздушного интервала (КВИ) в отдаленном послеоперационном периоде по сравнению с дооперационными показателями.

Выводы. Выбор метода хирургического лечения ХГСО должен быть дифференцированным. Открытая антромастотомия эффективна при выраженном деструктивном процессе височной кости. Антромастотомия с одномоментной тимпанопластикой эффективна при ХГСО без холестеатомного процесса. В результате дифференцированного подхода к хирургическому лечению слуховая функция остаётся стабильной, а в большинстве случаев улучшается.

Эрадж Дж. П., Ганиев А.Э., Кодиров А.А.

АКТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ НАГНОИВШЕГОСЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Кафедра хирургических болезней №1 им. академика Курбонова К.М.

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель – Ризоев В.С.

Цель исследования. Совершенствование хирургических методов лечения НЭКП.

Материалы и методы. Исследование включало больных, оперированных по поводу эхинококкоза печени в период с 2015 по 2023 годы на базе кафедры хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино и ГУ ГЦСМП г. Душанбе. В исследование было включено 107 пациентов, из которых у 15 (14%) была диагностирована НЭКП. Среди них 13 (86%) пациентов перенесли первичные операции, а 2 (13%) — операции по поводу рецидива. У 35 (37%) пациентов НЭКП локализовалась в правой доле печени, из которых 7 (20%) имели поражение VII-VIII сегментов, а 19 (54,3%) — в левой доле печени. У 2 пациентов наблюдались множественные неосложненные кисты, сочетавшиеся с НЭКП. У одного пациента (2,8%) был зафиксирован разрыв эхинококковой кисты в желчные пути, у другого (2,8%) — в правую плевральную полость. У 7 пациентов были выявлены желчные свищи. Все пациенты до операции прошли ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерную томографию (КТ).

Результаты исследования. Наибольшее количество пациентов жаловались на быструю утомляемость, потение, общую слабость, склероз, повышение температуры до 37-38°C. У 6 (5%) пациентов этих симптомов не наблюдалось. У 18 (17%) пациентов был зафиксирован лейкоцитоз (9000-14800 лейкоцитов), а у 14 (13%) лейкоциты находились в пределах нормы. В ходе операции у 13 (12,1%) пациентов был обнаружен асептический некроз с мертвыми пузырьками и детритом. У 7 пациентов наблюдалось нагноение кист, вызвавшее абсцесс с выделением гнойного содержимого и запахом, а также элементов мертвого эхинококка. Для ликвидации остаточной полости у 9 пациентов была проведена эхинококкэктомия закрытым способом, у 11 — полузакрытым методом. Также у 2 пациентов была выполнена атипичная резекция печени. Остаточные полости после эхинококкэктомии обрабатывались антисептическими средствами: 5% раствором йода, 96% этиловым спиртом, 3% раствором перекиси водорода и раствором Бетадина. Осложнений после операции не наблюдалось. У пациентов, прошедших эхинококкэктомию полузакрытым способом, остаточные полости промывались раствором Бетадина через дренажную трубку. Этим раствором проводилась обработка в течение 3-5 минут. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 9±1 день. По результатам контрольных УЗИ жидкости в остаточных полостях не выявлено. Пациенты находились под наблюдением в течение 25-30 дней, после чего полихлорвиниловые трубки были удалены, а пациентам рекомендовано продолжить лечение с применением Альбендазола по 10-12 мг/кг дважды в день в течение месяца, а затем пройти повторную химиотерапию.

Выводы. Применение комбинированного метода диагностики и лечения НЭКП показало высокую эффективность. Элиминация желчных свищей, обработка полостей антисептическими средствами, экспозиция раствором Бетадина и проведение адьювантной химиотерапии являются важными аспектами лечения НЭКП, способствующими эффективной профилактике рецидивов.

Эсанкулова Б.С., Давронов Б.А.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ЯИЧНИКОВ: РОЛЬ VEGF, CD4+, CD8+ И PDL-2

Кафедра онкологии

Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан.

Научный руководитель — доктор PhD, доцент Улмасов Ф.Г.

Цель исследования. Изучение диагностической значимости иммуногистохимических маркеров VEGF, CD4+, CD8+ и PDL-2 в оценке опухолевого микроокружения и прогноза рака яичников.

Материалы и методы. В исследование включены образцы опухолевой ткани 135 пациенток с верифицированным диагнозом рака яичников. Проведены иммуногистохимические исследования с использованием следующих маркеров:

- VEGF — маркер ангиогенеза, участвующий в формировании сосудистой сети опухоли.
- CD4+ — показатель активности Т-хелперов, регулирующих иммунный ответ.

- CD8+ – цитотоксические Т-лимфоциты, ответственные за уничтожение опухолевых клеток.
- PDL-2 – лиганд, участвующий в иммунной супрессии, обеспечивающий уклонение опухоли от иммунного надзора.

Результаты исследования. Высокий уровень экспрессии VEGF коррелировал с активным ангиогенезом и агрессивным течением опухоли. Баланс между CD4+ и CD8+ клетками оказался важным прогностическим фактором: увеличение CD8+ инфильтрации ассоциировалось с лучшим прогнозом, тогда как высокая экспрессия CD4+ без соответствующего повышения CD8+ указывала на иммуносупрессивное микроокружение. Повышенная экспрессия PDL-2 выявлена у пациенток с прогрессирующим опухолевым процессом, что свидетельствует о механизме уклонения опухоли от иммунного ответа.

Выводы. VEGF является ключевым маркером ангиогенеза и может использоваться для оценки агрессивности опухоли. Баланс CD4+/CD8+ отражает эффективность противоопухолевого иммунного ответа и может служить прогностическим критерием. Экспрессия PDL-2 указывает на иммуносупрессивные механизмы опухоли, что может иметь значение для выбора таргетной иммунотерапии. Иммуногистохимический анализ этих маркеров позволяет глубже оценить биологию опухоли и способствует разработке персонализированных подходов к лечению рака яичников.

Эхсонов А.С., Эхсонов А.Х.

ВЫБОР ТАКТИКИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель: д.м.н., доцент Курбанов С.Х.

Цель исследования. Изучить результаты различных стратегий лечения больных с артрозо-артритами коленных суставов.

Материал и методы. Изучены результаты комплексного хирургического и консервативного лечения 420 пациентов гонартрозом. Из их числа 38 пациентам была выполнена эндопротезирование КС, 320 – санационная артроскопия (СА) КС с удалением участка менисков и лаважа полости сустава и 62 больным – болезнью-модифицирующая и PRP-терапии – внутрисуставное введение обогащенные тромбоцитами аутоплазма. Более половины пациентов имели женский пол – 262 (62,4%), мужчин было – 158 (37,6%). Средний возраст пациентов составил 48,2±5,8 лет.

Результаты исследования. Эндопротезирование КС выполнена при последней стадии гонартроза когда имелась тотальная её контрактура. Лаваж полости сустава с СА выполнены в группе имевшие различные варианты травмы с разнообразными разрывами менисков КС. Критерием для выполнения консервативной терапии служили начальные проявления гонартроза с незначительным болевым синдромом и отсутствием повреждений менисков. Послеоперационные реабилитационные мероприятия проведены всем пациентам на протяжении не менее двух месяцев.

Результаты лечения показали восстановление функции КС у всех пациентов, перенесших замену сустава на искусственные имплантаты, а также 93,8% больные перенесшие СА и 95,2% пациенты, получившие консервативную терапию. Осложнения были отмечены у 6 пациентов – по 2 случая во всех трех групп, которые тем или иным образом отражались на результаты лечения. Причиной малой эффективности проведенной терапии явилась прогрессирование основного заболевания, а также старческий возраст пациентов, когда адаптационно-восстановительные организмы исчерпаются.

Выводы. Выбор тактики лечения дегенеративно-дистрофических поражений коленных суставов зависить от степени тяжести патологических изменений. Терминальные формы гонартроза являются показанием к эндопротезированию, средней степени тяжести – к санационной артроскопии, начальные стадии – к консервативной терапии. По вышеуказанной тактике были получены наилучшие результаты во всех трех групп пациентов.

Эшкуллов Д.И., Хужаназаров И.Э.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕГЕНЕРАТИВНОГО СТЕНОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПУТЕМ ЭНДОСКОПИИ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии
Ташкентская медицинская академия. Узбекистан.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Шатурсунов Ш.Ш.

Цель исследования. Оценить результаты хирургического лечения и реабилитации дегенеративного стеноза в зависимости от проведенных оперативных вмешательств.

Материал и методы. Исследование проводилось в Республиканском центре травматологии и ортопедии в Узбекистане в период с 2020 по 2024 год. В исследование были включены 50 пациентов, у которых был диагностирован стеноз поясничного отдела. Пациенты были разделены на две группы: группа эндоскопической ПСДП (n=27) и группа традиционной декомпрессивной хирургии (n=23). Все пациенты прошли предоперационную диагностику с использованием рентгенографии, многослойной компьютерной томографии (МСКТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) для оценки размеров спинального канала, размеров межпозвоночного отверстия и степени стеноза. Для оценки болевого синдрома использовалась визуальная аналоговая шкала (VAS). Для статистического анализа применялись t-тесты и хи-квадрат тесты для сравнения результатов между двумя группами, с уровнем значимости $p < 0.05$.

Результаты исследования. Средний возраст пациентов в группе эндоскопической ПСДП составил 56.86 ± 7.7 лет, а в группе традиционной хирургии — 54.25 ± 5.08 лет, при этом статистически значимых различий между группами по возрасту не было. После операции средний балл по шкале VAS для группы традиционной хирургии составил 3.8 ($SD=0.96$), в то время как в группе эндоскопической ПСДП он был значительно ниже — 2.51 ($SD=1.01$), что свидетельствует о значительном уменьшении послеоперационной боли в группе ПСДП ($p<0.05$).

Выводы. Данное исследование демонстрирует, что эндоскопическая декомпрессия является перспективной альтернативой традиционной декомпрессивной хирургии для лечения стеноза поясничного отдела. Процедура предоставляет значительные преимущества в плане облегчения послеоперационной боли и сокращения времени восстановления.

Эшкулов Д.И., Хужаназаров И.Э.

ДЕГЕНЕРАТИВНЫЙ ТАНДЕМНЫЙ СПИНАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ: КЛИНИЧЕСКАЯ, ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
травматологии и ортопедии, Ташкентская медицинская академия. Узбекистан
Научный руководитель — д.м.н., профессор Шатурсунов Ш.Ш.

Цель исследования. Цель - ознакомить в первую очередь с клиникой, диагностикой и, самое главное, с ближайшими результатами операции, проводимой новым малоинвазивным и высокотехнологичным эндоскопическим методом.

Материал и методы. Признаки цервико-дорсальной миелопатии включали гиперрефлексию, положительные симптомы Бабинского и Гофмана, сенсомоторный дефицит конечностей, нарушения походки и сфинктерных расстройств. Клинические признаки поясничного стеноза включали наличие поясничная боль, радикулопатия или нейрогенная хромота.

К нам обратился мужчина 65 лет, отделение вертебрологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии, при медленно прогрессирующем начале нарушений походки, слабость нижних конечностей, потеря ловкости правой руки. (т. е. способность писать от руки), а также боли в грудной и поясничной отдел позвоночника.

Результаты исследования. Диагностика и хирургическое лечение тандемного стеноза часто представляет собой сложную задачу. У больных с клиническими признаками грудного миелопатии диагноз сопутствующей дорсальной компрессии затруднено, поскольку мы не можем различать симптомы на нижних конечностях в этих два состояния, и электронейромиография не может различить соответствующие роль двух локаций. Более того, у пациентов, обращающихся при дополнительном стенозе поясничного канала одновременное наличие центральный и периферический двигательный дефицит затрудняет выявление наиболее вовлеченный уровень. В нашем исследовании было отобрано пять пациентов с симптоматическим тандемным стенозом. У всех пациентов наблюдались признаки, относящиеся к двум пораженным областям, последовательно (т. е. в два разных момента).

Выводы. Реабилитация после хирургической операции составила 4 недели. Применение малотравматичных методик декомпрессии с использованием специализированного инструментария позволило значительно уменьшить уровень болевого синдрома, степень неврологического дефицита, улучшить качество жизни и осуществить эффективную фиксацию трех оперированных отделов позвоночника. Минимально инвазивные эндоскопические методики могут успешно использоваться при лечении пациентов с тандем-стенозами позвоночного канала, а также позволяют значительно уменьшить риски для жизни пациента и провести в кратчайшие сроки полноценную реабилитацию.

Эшмуродов У.М.¹, Рахимов Н.М.².

ЛИМФОЦИТАРНЫЕ ПАРАМЕТРЫ КАК ИНДИКАТОРЫ ПРОГНОЗА В СЛУЧАЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ

¹Навоинский филиал республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии. Узбекистан

²Самаркандский областной межрегиональный хоспис
Научный руководитель — д.м.н., профессор Тилляшайхов М.Н

Цель исследования. Целью данного исследования является оценка прогностической значимости динамики лимфоцитов и их субпопуляций у пациенток с раком молочной железы с метастатическим поражением печени для определения эффективности проводимой терапии, прогнозирования течения заболевания и оптимизации лечебных стратегий.

Материал и методы. В проспективное когортное исследование были включены 127 пациенток с морфологически верифицированным РМЖ и метастатическим поражением печени. Средний возраст участниц составил 54.3 ± 8.7 лет.

Результаты исследования. На основании динамики абсолютного количества лимфоцитов в процессе лечения были идентифицированы три основных типа:

1. Нисходящий тип (41,7%, $n=53$) — характеризовался прогрессивным снижением количества лимфоцитов на протяжении всего периода наблюдения (исходно $1,82 \pm 0,31 \times 10^9/\text{л}$; через 12 месяцев $0,94 \pm 0,22 \times 10^9/\text{л}$; $p<0,001$).
2. Стабильный тип (35,4%, $n=45$) — отличался относительно постоянным уровнем лимфоцитов с колебаниями в пределах $\pm 15\%$ от исходного значения (исходно $1,76 \pm 0,29 \times 10^9/\text{л}$; через 12 месяцев $1,68 \pm 0,34 \times 10^9/\text{л}$; $p=0,42$).
3. Волнообразный тип (22,9%, $n=29$) — демонстрировал периоды повышения и снижения количества лимфоцитов с

амплитудой колебаний >15% от исходного уровня.

Анализ взаимосвязи типа лимфоцитарной динамики с клиническими характеристиками выявил ряд статистически значимых закономерностей. Нисходящий тип достоверно ассоциировался с более ранним развитием метастатического поражения печени: у 92,7% (n=49) пациенток с данным типом метастазы в печень были диагностированы в течение первых 3 лет после выявления первичной опухоли, по сравнению с 64,4% (n=29) при стабильном типе и 72,4% (n=21) при волнообразном типе ($\chi^2=12,8$; $p=0,002$). Также обнаружена значимая корреляция между типом лимфоцитарной динамики и объемом метастатического поражения печени. Распространенное поражение печени наблюдалось у 41,5% (n=22) пациенток с нисходящим типом, у 13,3% (n=6) – со стабильным типом и у 17,2% (n=5) – с волнообразным типом ($\chi^2=14,3$; $p<0,001$). Медиана общей выживаемости пациенток с нисходящим типом лимфоцитарной динамики составила 18,3 месяца (95% ДИ: 15,7-20,9), со стабильным типом – 29,6 месяцев (95% ДИ: 25,8-33,4), с волнообразным типом – 24,2 месяца (95% ДИ: 20,1-28,3). Различия в выживаемости между группами были статистически значимыми (log-rank тест: $\chi^2=16,9$; $p<0,001$).

Выводы. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что динамика лимфоцитов в процессе лечения может служить информативным прогностическим маркером у пациенток с РМЖ и метастазами в печень. Нисходящий тип лимфоцитарной динамики ассоциирован с более ранним развитием метастатического поражения печени, большим объемом поражения и достоверно худшими показателями выживаемости.

Дальнейшие исследования в данном направлении должны быть сосредоточены на разработке персонализированных подходов к иммунотерапии с учетом индивидуальных особенностей иммунного статуса пациенток и типа лимфоцитарной динамики.

Юлдошев У.Р., Гайратова Н.К., Сангинова С.А.

ОПТИМАЛЬНОСТЬ МАММОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РАННЕМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Кафедра онкологии ГОУ ТГМУ им.Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н. Юлдошев Р.З.

Цель исследования. Изучить результаты маммографического исследования рака молочной железы ассоциированного с беременностью у женщин молодого возраста.

Материал и методы. Мы имеем опыт ретроспективного и проспективного анализа маммографических исследований рака молочной железы (РМЖ), ассоциированного с беременностью, у 26 женщин молодого возраста (<35 лет), период исследования 2021-2024. Изучены характеристики состояния кожи и сосково-ареолярного комплекса, ткани молочной железы, характеристики кальцинатов, а также узлового образования, его размеров.

Результаты исследования. Установлено, что у 18 (69,23%) больных сосок не изменен. У 5 (19,23%) пациенток присутствовал симптом «втянутого» соска, в 2 (7,69%) случаях сосок покрыт корочкой. Деформация ареолы выявлена в 3 (11,53%) случаях. В обеих группах эти показатели встречались примерно с одинаковой частотой. Отек ареолы был отмечен у 2 (12,52%) больных, уплотнение – у 2 (20,0%) встречались одинаково редко в обеих группах и в сумме составили 32% случаев. Гораздо чаще встречалось сочетание двух или более признаков, причем, в группе пациенток до 30 лет этот показатель составил 31,25%, а у больных в возрасте 31-35 лет – 10,0%. Примечательным является тот факт, что у 38,46% больных ареола была не изменена.

Выводы. Анализ маммографии у женщин молодого возраста на фоне беременности продемонстрировал высокую эффективность (88,46%) данного диагностического метода. Несмотря на это, остаётся дискуссионным вопрос проведения рентгенологического исследования у этой категории пациенток. Приоритетным остается ультразвуковое исследование молочных желез и регионарных лимфатических узлов, либо, при необходимости, использование МСКГ исследование под защитой плода.

Эффективность маммографии, которая даёт возможность постановки предварительного диагноза РМЖ, отмечена у 88,46% пациенток.

Юсупов А.А., Одинаев А.С., Негматов А.К.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО СИНУСИТА У ДЕТЕЙ

Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - старший преподаватель кафедры Юсупов А.Ш.

Цель исследования. Изучить эффективность различного метода хирургического лечение синусита у детей.

Материал и методы. На базе детского ЛОР- отделения НМЦ РТ нами проведено обследование и лечение 24 детей с острым гемии и полисинуситом. Возраст пациентов колебался от 5 до 12 лет. Все больные были разделены на 2 группы: основную и группу сравнения по 12 человек соответственно. Всем больным проводили риноскопию, эндоскопия полости носа и носоглотки, рентгенографию и/или КТ околоносовых пазух и лабораторные исследования.

Результаты исследования. Жалобы больных при поступлении: на сильные головные боли, слезотечение из носа, нарушение носового дыхание, повышение температуры тела, общие слабость. После завершения необходимое методы обследования, пациентам вставлено следующие диагнозы: двухсторонний острый гнойный гайморит у 9 детей, гемисинусит с лево у 7 детей, острый гнойный гайморит-этмоидит с право у 6 детей и острый гнойный пансинусит у 2 детей. В зависимости сложности патологического процесса нами проведено следующие виды действие: производили двухстороннюю пункцию с вставлением катетера и промывание полости верхнечелюстной пазухи с 0,2% раствором фурациллина и проводили частые анемизации носовых ходов с сосудосуживающим препаратом у 9 детей. Односторонняя гайморит- этмоидит- фронтотомия у 7 детей и в 2 случаев пансинуситотомия. Кроме этого все больные

получили антигистаминные препараты, витаминотерапию. Наряду с вышеуказанным лечением у больных основной группы дополнительно в полость носа вставили турунду с глюкокортикостероидами. На 7-е сутки лечения симптомы гемисинусита (заложенность носа, ринорея, головные боли) полностью отсутствовали у 10 (83,3%) пациентов, а у 2 (16,7%) пациентов всё ещё сохранялась умеренная заложенность носа, гиперемия слизистой оболочки полости носа. В группе сравнения отсутствие вышеуказанных симптомов наблюдали у 8 (66,7%) больных, а у 4 (33,3%) пациентов отмечались назальная обструкция и незначительная ринорея. На контрольных рентгенограммах на 10-й день лечения у 10 (83,3%) больных основной группы и у 8 (66,7%) пациентов сравнительной группы пазухи были пневматизированы; у 2 (16,7%) пациентов основной группы и 4 (33,3%) пациентов сравнительной группы отмечено незначительное пристеночное утолщение слизистой оболочки пазухи (улучшение).

Выводы. Таким образом, учитывая результаты проведенного исследования антибактериальный и глюкокортикоидный препарат глазакор может быть рекомендован для включения в местную терапию острых гемисинуситов у детей.

Юсупов А.М., Каримов С.С., Вохидов О.А.

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ И ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., доцент Курбанов С.Х.

Цель исследования. Разработать и клинически обосновать комплексный подход к диагностике и лечению осложнений и последствий переломов длинных костей нижних конечностей.

Материалы и методы. В исследование были включены 70 пациентов проходивших стационарное лечение по поводу различных осложнений и последствий переломов бедренной и большеберцовой костей. Возраст их варьировал от 25 до 65 лет составив в среднем $39,2 \pm 5,6$ лет. Основную долю пациентов составили мужчины молодого возраста – 59 (84,3%) человек, лиц женского пола было – 11 (15,7%).

Для диагностики последствий и осложнений переломов указанных костей применялись цифровая рентгенография и в сложных ситуациях компьютерная томография (КТ). Кроме того, все пациенты прошли функциональные тесты, оценивающие опороспособность конечности, а также необходимые для оперативного лечения лабораторную и инструментальную оценку деятельности жизненно важных органов и систем.

В зависимости от характера осложнений пациенты были распределены на три группы: 1 – нарушения консолидации костей ($n=31$; 44,3%); 2 – деформации и ложные суставы костей ($n=24$; 34,3%); 3 – контрактуры суставов с ограничением их функции ($n=15$; 21,4%). Тактика лечения зависела прежде всего от характера осложнений и включала в себя проведение как хирургические методики (репозиция, остеосинтез, коррекция деформаций, костная пластика) так и комплексную консервативную и реабилитационную терапию.

Результаты исследования. Применение современных визуализирующих методов оценки осложнений и последствий переломов костей позволило не только с высокой точностью определить характер имеющихся изменений, но и правильно выбрать тактику их лечения. Анализ результатов выполненных операций показал наличие развития осложнений в ранние сроки всего лишь у 3 (4,3%) пациентов по типу инфицирования раны. Именно персонализированная тактика лечения позволило у абсолютного большинства пациентов получить хорошие результаты. Выполненные реконструктивные операции и миниинвазивный остеосинтез дали положительные результаты у 66 (94,3%) пациентов, при этом только в 4 наблюдениях отмечались осложнения и необходимость в третичных операциях. У пациентов с хорошими результатами также отмечались полное восстановление опороспособности оперированных конечностей, а также функционирование крупных суставов. В реабилитационном периоде все пациенты в сроки от 3 до 6 месяцев получили терапию направленную на ремоделирование костной ткани.

Выводы. Применение современных визуализирующих методов исследования позволяют с высокой точностью определить характер имеющихся осложнений и последствий переломов длинных костей конечностей. Новые реконструктивно-восстановительные оперативные технологии позволяют в большинстве случаев добиться хороших результатов и восстановить опороспособность пораженных конечностей.

Юсупов Н.А., Наврузова Ф.Л., Собирзода М.Э.

ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ У ДЕТЕЙ В ТАДЖИКИСТАНЕ: АКТУАЛЬНОСТЬ, ОСОБЕННОСТИ И ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Ахророва З.А.

Цель исследования. Определение особенностей течения хронического тонзиллита у детей в Таджикистане, выявление факторов риска и оценка эффективности современных методов лечения.

Материал и методы. Проанализированы результаты истории болезни 150 детей с хроническим тонзиллитом в возрасте от 3 до 14 лет, проходивших лечение в ЛОР-отделении ГУ «НМЦ РТ Шифобахш. Использованы клинические, лабораторные и инструментальные методы диагностики, включая бактериологическое исследование мазков из зева.

Результаты исследования. В 72% случаев у детей выявлен компенсированный хронический тонзиллит, в 28% — декомпенсированный. Основными возбудителями инфекции были β -гемолитический стрептококк группы А (65%) и *Staphylococcus aureus* (22%). Факторами риска явились: частые ОРВИ, наличие очагов хронической инфекции (кариес, аденоиды), неблагоприятные климатические условия и слабый иммунитет. Лечение включало консервативные методы (антибактериальная терапия, физиопроцедуры, промывание лакун миндалин, иммунномодулятор), тон-

зиллэктомия проводилась в 18% случаев при декомпенсированном процессе.

Выводы. Хронический тонзиллит у детей в Таджикистане остается важной проблемой, требующей комплексного подхода к диагностике и лечению. Необходима профилактика, включающая санацию очагов инфекции, укрепление иммунитета и рациональное использование антибактериальных препаратов.

Юсупов О.Ш., Худоярова Д.Р.
СОВРЕМЕННЫЕ РЕАЛИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ

Кафедра акушерства и гинекологии №1
Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Худоярова Д.Р.

Цель исследования. Изучить течение беременности и его осложнения в зависимости от клинико-лабораторных показателей варикозной болезни у беременных.

Материал и методы. Данная научно-исследовательская работа проводилась в соответствии с целями и задачами исследования на клинической базе Самаркандского областного перинатального центра и родильного комплекса многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета.

В исследовании приняли участие 132 женщины. Основную группу составили беременные с варикозной болезнью вен (ВБВ), которые были разделены на три подгруппы в зависимости от выраженности варикозной болезни: в 1-ю группу вошли 33 беременные с варикозной болезнью вен нижних конечностей, во 2-ю группу — 33 беременные с варикозной болезнью вен малого таза, в 3-ю группу — 33 беременные с ВБВ нижних конечностей и малого таза. В группу клинико-лабораторного контроля вошли 33 практически здоровые беременные женщины.

Результаты исследования. Средний возраст составил $27 \pm 0,7$ лет в основной группе и $26,2 \pm 0,5$ лет в контрольной группе. Среднее число беременностей в основной группе женщин составило $2,8 \pm 0,2$, а число родов — $2,4 \pm 0,2$. Средний срок беременности в основной группе составил $30,3 \pm 1,0$ недели. По статистике, средний показатель ИМТ варьировался от 17 до 35, со средним значением $28,4 \pm 0,4$. Высокие значения ИМТ чаще встречались у женщин 3-й группы, имевших смешанные формы ВК.

Анализ жалоб показал, что наиболее частым симптомом у женщин основной группы было чувство тяжести и боли в ногах, которое отметили 83,83% женщин 2-й группы и 100% в 1-й и 3-й группах. У контрольной группы данные симптомы отсутствовали, однако статистических отличий от основной группы по количеству и продолжительности беременностей не выявлено. Для классификации варикозного расширения вен у беременных женщин использовался метод классификации СЕАР. 30 контрольных женщин были классифицированы как С0, а 3 контрольные женщины были классифицированы как С1. Основная группа беременных женщин была разделена на категории от С1 до С5 (диаграмма 2). В 1-й группе телеангиэктазии и венозная сеть (С1) выявлены у 12,12%, во 2-й группе — у 15,15%, в 3-й группе — у 9,09%. Категория С5, т. е. трофические язвы, наблюдались у 15,15% и 21,21% пациентов в группах 1 и 3 соответственно. Если проанализировать лабораторные данные по подгруппам, то наиболее выраженные отклонения были при смешанной форме ВБ: Фибриноген: $5,1 \pm 0,8$ г/л. D-димер: 750 ± 170 нг/мл. Группа 2 показала умеренную гиперкоагуляцию: D-димер: 610 ± 130 нг/мл. Смешанная форма ВК демонстрирует самую высокую скорость повышения свертываемости крови ($53,6$ мкм/мин) и самую низкую задержку (1,5 мин), что свидетельствует о тяжелой степени гиперкоагуляции. В контрольной группе, в отличие от всех подгрупп основной группы, не наблюдалось спонтанного образования тромбов. Плотность тромбов коррелировала с тяжестью заболевания, максимальные значения были выявлены при смешанной форме.

Выводы. Классификация по методу СЕАР показывает наличие начальных стадий ВК у здоровых, однако случаи трофических язв указывают на риск прогрессирования заболевания при беременности. Лабораторные данные подтверждают гиперкоагуляцию, особенно в группах со смешанной формой ВК. Это подчеркивает необходимость ранней диагностики и лечения, а также мониторинга состояния беременных для предотвращения осложнений.

Якубова А.А., Холов А.Д., Парпиев Т.Р.
ДИНАМИКА ХИРУРГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ ДАНГАРИНСКОГО РАЙОНА В 2023-2024 ГОДАХ

Кафедра хирургических дисциплин №4 ГОУ ХГМУ. Таджикистан.
Научный руководитель — Холзода Ш.И.

Цель исследования. Изучение изменений в характере и объеме хирургических вмешательств, проводимых во взрослом хирургическом отделении центральной больницы Дангаринского района на протяжении двух лет — с 2023 года по 2024 год.

Материал и методы. Для проведения анализа были использованы данные операционной активности взрослого хирургического отделения, охватывающие 2023 и 2024 годы. Источниками информации послужили операционные журналы и истории болезни пациентов, прооперированных в указанный период времени.

Результаты исследования. Результаты проведенного анализа показали, что в 2024 году общее количество выполненных операций снизилось на 7,5% по сравнению с предыдущим годом. В абсолютных цифрах это выражается в 357 хирургических вмешательствах в 2024 году против 386 в 2023 году. Несмотря на общее снижение хирургической активности, аппендэктомия, то есть операция по удалению аппендикса, оставалась наиболее распространенной хирургической процедурой в оба рассматриваемых года, составив 57,4% от всех операций в 2023 году и 50,4% в 2024 году. Однако, при этом наблюдалось уменьшение количества аппендэктомий на 12,2%: от 205 операций в 2023 году до 180 в 2024 году. Интересным наблюдением стал значительный рост числа холецистэктомий — операций по

удалению желчного пузыря. В 2023 году было выполнено 24 холецистэктомии, что составляло 6,2% от общего числа операций, а в 2024 году их количество более чем удвоилось, увеличившись на 116,7% и достигнув 52 операций, что составило 14,6% от общего числа.

Помимо этих ключевых изменений, анализ выявил тенденцию к снижению количества операций по ряду других распространённых патологий. В частности, количество операций по поводу грыж уменьшилось на 34% (с 53 до 35), ректоцеле (выпадение прямой кишки) – на 64,7% (с 17 до 6), флегмон (гнойное воспаление мягких тканей) – на 43,8% (с 16 до 9) и геморроя – на 46,2% (с 13 до 7). В то же время, количество операций, связанных с кишечной непроходимостью, паропроктитом, экзартикуляцией, торакоцентезом, эхинококкоэктомией и свищами, демонстрировало незначительные колебания и оставалось на относительно стабильном и невысоком уровне в течение обоих лет.

Выводы. В период с 2023 по 2024 год в центральной больнице Дангаринского района отмечено снижение общей хирургической активности. При этом аппендэктомия оставалась наиболее распространённой операцией, хотя её количество уменьшилось. Наблюдался значительный рост числа холецистэктомий. Для полного понимания выявленных тенденций необходим дальнейший анализ, учитывающий динамику заболеваемости, изменения в подходах к лечению и организационные факторы.

Абдулахатов А.

НАРУШЕНИЕ СНА В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Исрофилов М.О.

Цель исследования. Изучить и классифицировать разновидности нарушений сна пациентов у приёма невролога и в неврологических стационарах.

Материал и методы. Исследование проводилось у пациентов на амбулаторном приёме врача-невролога и пациентов, находящихся на стационарном лечении в неврологическом отделении ГУ НМЦ «Шифобахш». С проведённым ретроспективным анализом было охвачено 120 пациентов, предоставляющих жалобы на нарушение сна на фоне установленного первичного и вторичного диагноза. Среди них 49 пациента (40,8%) составили мужчины, а 71 (59,2%) - женщины. Всем обследованным наряду с проведёнными стандартными физикальным, лабораторным и нейровизуализационным исследованием по поводу первичного диагноза для оценки степени нарушения сна использовались опросники, такие как Индекс тяжести бессонницы (ISI), Питтсбургский опросник на определение индекса качества сна (PSQI) и Эпвортская шкала сонливости (ESS).

Результаты исследования. В группе пациентов, которые перенесли инсульт (24 пациента), 70% испытывали нарушения цикла сна и гиперсомнию, 20% страдали от сомнамбулизма, а 10% - от бессонницы. Средний показатель ISI составил 14, что указывает на умеренную бессонницу. Показатель PSQI составил 6, что свидетельствует об удовлетворительном качестве сна, в то время как средний показатель ESS составил 15, что указывает на высокую дневную сонливость. Группа пациентов с мигренью и головными болями (22 пациента) показала, что 50% испытывали трудности с засыпанием, 30% страдали от чрезмерной сонливости в течение дня, и 20% показали сомнительные данные. Средний ISI составил 14 (умеренная бессонница), а PSQI, вероятно, составит около 10, что указывает на умеренное качество сна, исходя из симптомов. Средний ESS в этой группе составил 12, что указывает на умеренную дневную сонливость. В группе пациентов с рассеянным склерозом (6 пациентов) 64% сообщали о проблемах с поддержанием сна, проявляющихся в виде пробуждений, тогда как 36% страдали от чувства усталости. Средний ISI составил 16, что соответствует умеренной бессоннице, а ожидаемый PSQI около 11, учитывая выраженные проблемы со сном. Средний ESS составил 14, указывая на высокую дневную сонливость. В группе пациентов с эпилепсией (3 пациента) 33% страдали от бессонницы, 100% отмечали ночные пробуждения, а 66% испытывали нарушение движения и/или дыхания во сне. Средний ISI составил 15, что указывает на умеренную бессонницу, средний PSQI составил 8, что свидетельствует о плохом качестве сна, а ESS составил 12, что также указывает на умеренную дневную сонливость. Наконец, среди пациентов с тревожными и психоэмоциональными расстройствами (66 пациентов) 70% страдали от бессонницы, причём 50% из них испытывали повышенную тревожность перед сном, а 30% страдали от сонливости. Средний ISI составил 20, указывая на тяжёлую бессонницу, средний PSQI составил 9, что говорит о плохом качестве сна. Средний ESS, учитывая высокий уровень тревожности и бессонницы, составит около 15, что указывает на высокую дневную сонливость.

Выводы. Таким образом, все группы пациентов демонстрируют различную степень нарушений сна, однако пациенты с тревожными расстройствами имеют наивысшие показатели бессонницы и дневной сонливости, что требует особого внимания в клинической практике.

Абдуллоева С.Н., Файзиева Д.Ш.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЛЕЙКОЗОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

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

Научный руководитель – д.м.н., доцент Одинаев Ш.Ф.

Цель исследования. Оценить эпидемиологические особенности лейкозов в Республике Таджикистан за период с 2010 по 2020 годы на основе официальной статистики, определить тенденции заболеваемости по полу, возрасту и регионам, а также выявить основные факторы риска, влияющие на развитие острых и хронических форм лейкозов, с целью обоснования направлений профилактики и совершенствования ранней диагностики.

Материал и методы. В исследовании использованы данные из диссертационных работ и научных статей, посвящённых изучению лейкозов в Таджикистане. Анализ охватывает период с 2010 по 2020 годы и включает показатели заболеваемости, распределения по полу, возрасту и регионам, а также факторы риска, влияющие на развитие лейкозов.

Результаты исследования. Согласно данным Национального медицинского центра Республики Таджикистан, за период с 2010 по 2020 годы в стране зарегистрировано 1568 случаев лейкоза, что в среднем составляет 142,5 случая в год. Из них 811 случаев (73,7 в год) зарегистрированы в районах республиканского подчинения (РРП), 632 случая (57,5 в год) в Хатлонской области и 95 случаев (8,6 в год) в Согдийской области. В Горно-Бадахшанской автономной области (ГБАО) за этот период зарегистрировано 30 случаев лейкоза — по 15 у мужчин и женщин. Лейкозы несколько чаще встречаются у мужчин, чем у женщин. По республике 56,6% случаев лейкоза приходится на долю мужчин. Острые лейкозы (ОЛ) преимущественно встречаются в молодом и трудоспособном возрасте (18–37 лет), тогда как хронические лейкозы (ХЛ) чаще диагностируются у пациентов среднего и пожилого возраста (49–78 лет).

Наибольшее число случаев лейкоза зарегистрировано в Согдийской области, что может быть связано с неблагоприятной радиационной обстановкой в данной местности. Из общего числа пациентов с ОЛ и ХЛ почти половина случаев приходится на Согдийскую область (49,1% и 45,1% соответственно). В Хатлонской области и РПП количество госпитализированных пациентов почти в два раза меньше (21,3% и 29,0% соответственно). Анализ данных за последние 10 лет показывает, что лейкозы остаются значимой проблемой здравоохранения в Таджикистане. Наибольшая заболеваемость отмечается в Согдийской области, что может быть связано с экологическими факторами, включая радиационное воздействие. Преобладание острых лейкозов среди молодого и трудоспособного населения подчёркивает необходимость усиления профилактических мер и ранней диагностики. Выявленные факторы риска, такие как контакт с пестицидами и химическими реагентами, требуют особого внимания и разработки стратегий по их минимизации. Кроме того, необходимо учитывать генетическую предрасположенность и влияние вредных привычек, таких как курение, на развитие лейкозов. У пациентов с острыми лейкозами чаще наблюдаются следующие синдромы: геморрагический (69,2% случаев); интоксикационный: гипертермия (92,3%); оссалгия (50,2%); ночная потливость (57,9%); анемический: головокружение (92,3%), тахикардия (98,8%), гипотония (74,4%); у пациентов с хроническими лейкозами чаще отмечается гиперпластический синдром.

Выводы. Лейкозы продолжают представлять серьёзную угрозу здоровью населения Таджикистана. Для снижения заболеваемости и улучшения исходов лечения необходимо усилить меры по охране труда, особенно в сельскохозяйственном секторе, с целью минимизации контакта с пестицидами и другими вредными веществами. Среднегодовое число новых случаев (142,5) указывает на устойчивое распространение заболевания, при этом наибольшая заболеваемость отмечается в Согдийской области. Вероятной причиной такой эпидемиологической картины служат неблагоприятные экологические факторы, включая радиационное воздействие, что требует дополнительного изучения и экологического мониторинга. Отмечается выраженный половой дисбаланс с преобладанием заболеваемости среди мужчин (56,6%), а также различия в возрастной структуре: острые формы лейкозов доминируют среди лиц молодого и трудоспособного возраста, в то время как хронические формы чаще выявляются у лиц среднего и пожилого возраста. Такая картина подчёркивает социальную значимость заболевания и указывает на необходимость внедрения программ скрининга и ранней диагностики, особенно среди молодого населения.

Абдурахманова Ш.Б.

ОБЗОР СТАТЕЙ О ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ ОНИХОДИСТРОФИИ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора П.Т. Зоирова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Исмаилов С.С.

Цель исследования. Провести анализ обзорных статей в поисковой системе PubMed об эффективности и безопасности, переносимости лечения псориазической ониходистрофии.

Материал и методы. Материалом исследования послужили обзорные статьи с 2014 по 2024 год в поисковой системе PubMed о методах лечения псориазического поражения ногтевых пластинок. Анализ более 60 обзорных научных работ показал, что при лечении псориаза ногтей следует учитывать степень поражения кожи, псориазический артрит и тяжесть поражения ногтей. У всех пациентов следует исключить онхомикоз. При оценке степени тяжести псориаза ногтей и эффективности терапии необходимо проводить с помощью индекса NPSI, который должен изучаться в динамике – до лечения и спустя 12-26 недель. При поражении только ногтей в качестве начальной терапии можно использовать высокоактивные топические кортикостероиды с кальципотриолом или без него. Пациентам со значительным поражением ногтей, у которых местная терапия оказалась безуспешной рекомендуется следующее лечение: метотрексат, циклоспорин, биопрепараты.

Результаты исследования. Онихопатология при псориазе отмечается у 10-82% больных. Чаще всего патологические изменения ногтевых пластин наблюдаются при псориазическом поражении суставов, так как кератин ногтей и костный коллаген являются родственными структурными белками, которым для структурной стабильности требуется дисульфидная связь (этим объясняется успешное применение романовской спектроскопии в диагностике поражения ногтей и суставов при псориазе). Клинически они могут проявляться поражениями как ногтевого ложа (онихолизис, подногтевой гиперкератоз, масляные пятна и занозное кровоизлияние), так и ногтевого матрикса (ямки, лейконихия, крошение и красные пятна). Местная терапия при лечении псориаза ногтей зависит от индивидуальных особенностей пациента, стадии заболевания и выбранного метода лечения. У большинства пациентов можно наблюдать значительное улучшение, включая снижение симптомов псориаза и улучшение роста ногтей, но лучший эффект, по данным научных статей, достигается путём сочетания местной терапии с системными биопрепаратами (адалimumаб, инфликсимаб, этанерцепт, цертолизумаб, голимумаб, устекинумаб, секукинумаб, иксекизумаб, бродалумаб, бимекизумаб, гуселькумаб, рисанкизумаб и тилдракизумаб). Исследования выяснили, что биологические препараты улучшали качество ногтей, но в разной степени и с разной продолжительностью ремиссии. Так, бродалумаб и этанерцепт связаны с самым высоким процентом улучшения при псориазе ногтей, тогда как адалimumаб и иксекизумаб связаны с самой высокой вероятностью полного разрешения псориазических изменений ногтей на 24–26 неделе.

Выводы. Все авторы проанализированных статей указывают на то, что лечение псориазической ониходистрофии занимает длительный период времени, так как ногти медленно реагируют на терапию. Терапия должна быть индивидуально подобрана с учётом площади поражения кожи, количества и качества поражённых ногтей, возраста, противопоказаний к применению биологических препаратов. Используемые биопрепараты в системной терапии безусловно дают положительный результат, но они не до конца оправдывают эффективность лечения из-за побочных эффектов, стоимости, необходимости постоянного контроля и не подходят для всех пациентов и их использование может быть ограничено в зависимости от конкретных медицинских показаний и сопутствующих заболеваний.

Абдурахмонова С.М., Баходуров Б.К., Камолзода С.Ф.
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ГЕЛЬМИНТОЗОВ
Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии ГОУ «ХГМУ». Таджикистан
Научный руководитель - Исаева Б.И.

Цель исследования. Определить роль гельминтозов в развитии железодефицитной анемии у детей дошкольного и младшего школьного возраста.

Материал и методы. Было изучено 106 историй болезни детей, находившихся на лечении с различными гельминтозами в отделении гепатологии и паразитологии в областной клинической инфекционной больнице в Дангаринском районе в 2023 году. Из них 34 ребёнка в возрасте от 3 до 6 лет, 48 детей - от 6 до 10 лет и 24 - от 10 до 14 лет. Из них 50 мальчиков и 56 девочек.

Результаты исследования. Проведённое нами исследование показало, что из 106 зарегистрированных больных детей в 54 случаях был выявлен аскаридоз, в 32 случаях - гелинотелепидоз, в 11 случаях - энтеробиоз и в 9 случаях - трихоцефалез. Показатель гемоглобина у 42 пациентов составил 110-130 г/л, а у других 46 детей - от 90 до 110 г/л, у 18 больных - от 70 до 90 г/л. Учитывая показатели гемоглобина 106 больных, определено, что у 46 больных (43,3 %) имела место анемия лёгкой степени, у 18 (7,5%) выявлена анемия средней тяжести, среди которых 10 больных с гелинотелепидозом, 8 случаев с аскаридозом.

Выводы. Согласно результатам исследования, у детей дошкольного и младшего школьного возраста основная причина развития железодефицитной анемии представлена глистными инвазиями. В связи с этим данной группе больных после дегельментизации необходимо провести лечение железодефицитной анемии препаратами железа.

Абрамова Т.Б., Зорина О.С.
ГРЯЗЕЛЕЧЕНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В ПОЯСНИЦЕ

Кафедра неврологии, психиатрии и реабилитологии Карагандинского медицинского университета. Казахстан.
Научный руководитель - д.м.н., профессор Шевелева Н.И

Цель исследования. Изучение эффективности применения грязелечения в комплексном лечении хронической боли в пояснице.

Материал и методы. Хроническая боль в пояснице — хроническое заболевание, поддающееся альтернативным и дополнительным методам лечения, широко используемым в лечении этого состояния. Хроническая боль в пояснице поражает 65–80% населения во всем мире. Хроническая боль в пояснице представляет собой серьезное социальное и экономическое бремя, поскольку является пятой по значимости причиной обращений за медицинской помощью. Существует несколько факторов риска, вызывающих боль в пояснице, включая предыдущий эпизод боли в спине, неправильные привычки, такие как: поддержание определенной позы в течение длительного времени в течение дня, избыточный вес и ожирение. Связь между индексом массы (ИМТ) тела и хронической болью в пояснице была обнаружена в популяции США, где хроническая боль в пояснице вместе с остеоартритом и фибромиалгией представляет собой наиболее частую причину хронической боли. Одно исследование выявило значительное причинное влияние ИМТ как на боль в спине, так и на хроническую боль в пояснице: увеличение ИМТ приводит к увеличению в 1,15 раза вероятности возникновения боли в спине.

Терапевтическое применение местного тепла используется для облегчения скелетно-мышечных болевых синдромов, а термотерапия с использованием грязи может быть также рекомендована для лечения пациентов с хронической болью в пояснице, болью в шее или болью при остеоартрите и хронической боли в пояснице. Перед упражнениями по контролю боли при неспецифической боли в пояснице может потребоваться соответствующий уровень контроля боли с помощью термотерапии. Грязелечение в сочетании с физическими упражнениями может быть более эффективным для облегчения хронической неспецифической боли в пояснице, чем только физические упражнения.

Результаты исследования. Исследования показывают, что основные упражнения контроля боли с помощью грязе-тепловой вмешательства более эффективны, чем применение исключительно только упражнений у людей с хронической болью в пояснице. Так, исследование, которое продемонстрировало, что 8 сеансов грязе-тепловой вмешательства и упражнений для корпуса дают преимущества, которые превосходят упражнения для корпуса только в отношении интенсивности боли, инвалидности в результате хронической боли в пояснице и статистический/динамический баланс у людей с хронической болью в пояснице. Что еще более важно, уменьшение боли, наблюдаемое при использовании грязелечения в сочетании с упражнениями на корпус, является не только статистически, но и клинически значимым. Эти результаты могут служить доказательством использования грязе-тепловой терапии и физических упражнений в качестве альтернативного вмешательства для облегчения боли и улучшения моторики у пациентов с хронической болью в пояснице.

Выводы. Применение грязелечения положительно отражается на уменьшении болевого синдрома у пациентов с хронической болью в пояснице, тем самым улучшая их качество жизни.

НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Кафедра амбулаторно-поликлинической терапии ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва». Россия
Научный руководитель – д.м.н., профессор Столярова В.В.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости некоторых факторов риска развития сердечно-сосудистой патологии у пациентов с диагнозом «острый коронарный синдром».

Материал и методы. Проанализировано 10 историй болезней пациентов с острым коронарным синдромом, старше 18 лет (7 мужчин и 3 женщины), поступавших в Больницу доктора Джамиля Аль-Тутанджи (город Амман, Иордания) с диагнозом «острый коронарный синдром» в течение одних суток. Проводилась оценка половозрастных особенностей, распространенности некоторых ФР развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Результаты исследования. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) по-прежнему являются главной причиной смертности во всем мире. Острый коронарный синдром (ОКС) является одной из причин смерти пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца. Проведение активной кардиоваскулярной профилактики, в том числе оценка факторов риска (ФР) ССЗ, суммарного сердечно-сосудистого риска и его снижение за счет модификации всех имеющихся ФР, пропаганда здорового образа жизни у населения на широком популяционном уровне и в ежедневной клинической практике – важнейшее условие дальнейшего снижения смертности от ССЗ.

Среди изученных историй болезней у 6 пациентов был ОКС с подъёмом сегмента ST (ОКСпST), у 4 пациентов ОКС без подъёма сегмента ST (ОКСбпST). Средний возраст пациентов составил $55,9 \pm 2,4$ лет. У 80% пациентов выявлена отягощенная наследственность по ССЗ, у всех – нерациональное питание. Избыточную массу тела имели – 4 (40%) человека, 3 человека ожирение (30%). Все мужчины (7 человек) были курящие, а все женщины – некурящие. Общая распространённость всех видов курения в Иордании составляет 32,3% (54,9% среди мужчин и 8,3% среди женщин). Повышенный уровень артериального давления (АД) зафиксирован у 70% пациентов (7 человек), о факте наличия у них повышенного АД и наличия у них гипертонической болезни осведомленными оказались только 4 пациента, а 3 пациента до поступления в стационар не контролировали и не знали о цифрах своего АД. Все пациенты отрицали употребление алкоголя. У 3 пациентов (30%) был выявлен сахарный диабет. Выявлено, что 90% пациентов имели низкую физическую активность. У 7 человек (70%) был повышен уровень общего холестерина при поступлении в стационар, при этом показатель общего холестерина пациентов не превышал 7 ммоль/л.

Выводы. У 60% пациентов был ОКСпST, у 40% пациентов ОКСбпST. Среди ФР ССЗ у больных с диагнозом ОКС наиболее часто выявлялись нерациональное питание (100%) и низкая физическая активность (90%).

Аджит Кумар, Мадалиев К.А., Зигангирова Д.И.

ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВ КОЖИ ЛИЦА С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОДИМОВОГО ЛАЗЕРА

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»,
ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины». Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., доцент Мухамадиева К.М.

Цель исследования. Изучить эффективность применения неодимового лазера в терапии рубцов кожи

Материал и методы. Обследовано 165 пациентов с рубцами кожи в возрасте от 20 до 50 лет. Лица женского пола составили 97 (58,8%) человек, мужского пола – 68 (41,2%). Атрофические рубцы наблюдались у 72 (43,6%) пациентов, гипертрофические – у 57 (34,5%), келоидные – у 36 (21,9%) больных. Все пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от проведенной терапии. В основной группе (65 пациентов) терапия рубцов кожи проводилась комплексным поэтапным методом: I этап – применение ультразвуковой терапии. II этап – дермабразия неодимовым лазером. В первой (I) группе сравнения (30 пациентов) применяли монотерапию неодимовым лазером. Во второй (II) группе сравнения (30 пациентов) применяли монотерапию СО₂ лазером. В контрольной группе (40 пациентов) применяли монотерапию в виде ультрафонофореза. Результаты лечения оценивались через 6 и 12 месяцев после проведенной терапии по шкале Ванкувер. Отличным считался результат, при формировании нормотрофического рубца, хороший результат – при уменьшении на 1/2 и более площади рубца, удовлетворительным результатом считалось уменьшение рубца менее 1/3 площади рубца.

Результаты исследования. Через 6 месяцев в основной группе пациентов глубина атрофических рубцов снизилась в 4,5 раза по сравнению с исходным значением ($1,2 \pm 0,01$ мм против $5,4 \pm 0,02$ мм). В двух группах сравнения данный показатель после лечения составил $1,5 \pm 0,04$ мм, а в контрольной группе – $2,4 \pm 0,02$ мм. Общий показатель гипертрофических рубцов по шкале Ванкувер в основной группе снизился до $3,5 \pm 0,21$ баллов, то есть в 4,4 раза по сравнению с исходным значением ($15,27 \pm 0,21$ баллов). В группах сравнения данный показатель составил соответственно, $7,22 \pm 0,11$ и $6,5 \pm 0,21$ баллов, а в контрольной группе он составил $12,18 \pm 0,21$ баллов. Общий показатель келоидных рубцов в основной группе снизился в 2,7 раза по сравнению с исходным значением ($8,5 \pm 0,21$ против $22,60 \pm 0,24$ баллов). В группах сравнения данный показатель составил соответственно, $10,5 \pm 0,21$ и $9,5 \pm 0,21$ баллов, а в контрольной группе – $13,5 \pm 0,21$ баллов. Отличный результат в основной группе наблюдался в 32/65; 49,2% случаях, что в 1,5 раза больше по сравнению с I группой сравнения (10/30; 33,3%) и в 1,2 раза больше по сравнению с II группой сравнения (12/30; 40,0% случаев). В контрольной группе отличные результаты наблюдались в 2 раза реже, чем в основной группе (10/40; 25,5% против 32/65; 49,2% случаев). Наблюдение за пациентами в течение 12 месяцев не выявило рецидивов келоидных рубцов в основной группе пациентов, в то время как в группах сравнения они наблюдались соответственно, в 3/30; 10,0% и 2/30; 6,7% случаях, а в контрольной группе – в 5/40; 12,5% случаях.

Выводы. Таким образом, применение ультразвуковой терапии на первом этапе перед проведением дермаб-

разии рубцов кожи неодимовым лазером улучшает результаты лечения в 1,5 раза по сравнению с монотерапией неодимовым лазером, в 1,2 раза – по сравнению с монотерапией СО2 лазером и в 2 раза по сравнению с общепринятым методом лечения рубцов кожи в виде ультрафонофореза.

Аджит Кумар, Мадалиев К.А., Зигангирова Д.И.

ВЛИЯНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТЕРАПИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ РУБЦОВОЙ ТКАНИ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».
ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины». Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н., доцент Мухамадиева К.М.

Цель исследования. Изучить изменения функциональных параметров рубцовой ткани до и после проведения ультразвуковой терапии.

Материал и методы. Обследовано 165 пациентов с рубцами кожи в возрасте от 20 до 50 лет. Лица женского пола составили 97 (58,8%) человек, мужского пола – 68 (41,2%). Атрофические рубцы наблюдались у 72 (43,6%) пациентов, гипертрофические – у 57 (34,5%), келоидные – у 36 (21,9%) больных. Все пациенты были разделены на две группы. В основной группе (85 пациентов) для лечения рубцов кожи применяли метод ультрафонофореза (гиалуроновой кислоты при атрофических рубцах, фторокорта при гипертрофических и келоидных рубцах). Применялась частота ультразвуковых колебаний выше 16 кГц мощностью 0,8-2 Вт/см² в непрерывном режиме в течение 3-5 мин. Курс лечения составил 10 дней, который повторяли 3 раза с интервалом 1 месяц. В контрольной группе (80 пациентов) применение гиалуроновой кислоты применяли в виде биоревитализации, а мазь фторокорт – в виде компрессионной терапии. Для оценки функциональных параметров кожи (ФПК): жирность (О), пигментация (Р), состояние коллагена (CF) применяли анализатор кожи Skin observed system 2,0 (производства Китай). Полученные результаты сравнивались с нормальными значения исследуемых параметров, которые были представлены в программе данного аппарата. Результаты оценивали через 3 месяца после проведенной терапии.

Результаты исследования. У всех пациентов с рубцами кожи исходные значения ФПК были нарушены. Показатель «О» составили $79,2 \pm 5,2\%$, что указывало на повышенную жирность кожи в зоне рубца. Показатель CF у пациентов с атрофическими рубцами составил $12,7 \pm 0,1\%$, что указывало на выраженное снижение коллагена рубцовой ткани. У пациентов с гипертрофическими и келоидными рубцами CF составил, соответственно $102,4 \pm 2,2\%$ и $119,2 \pm 12\%$, что указывало на повышенное содержание коллагена в рубцовой ткани. Показатель Р составил $94,2 \pm 0,3\%$, что указывало на выраженное отложение меланина в очагах поражения. Через 3 месяца после проведенной терапии показатель «О» в основной группе снизился до $14,4 \pm 3,2\%$, что в 2,3 раза ниже, чем в контрольной группе ($33,2 \pm 3,2\%$). То есть, в основной группе наблюдалось восстановление салоотделения в зоне рубца, что является важным фактором в профилактике рецидивов келоидных рубцов. Показатель CF у пациентов основной группы, страдающих гипертрофическими и келоидными рубцами, снизился соответственно, до $87,0 \pm 2,2\%$ и $96,3 \pm 12\%$, что указывало на снижение коллагена в зоне рубцовой ткани и уменьшение высоты рубцов. У пациентов с атрофическими рубцами, в основной группе показатель «CF» увеличился до $82,8 \pm 0,1\%$, а в контрольной – до $53,7 \pm 0,1\%$. То есть, в основной группе состояние коллагена восстановилось до референсных значений (78-100%), а в контрольной группе данный показатель оказался ниже нормы. Показатель «Р» в основной группе снизился до $44,5 \pm 0,3\%$, а в контрольной группе составил $69,3 \pm 0,3\%$, что выше нормальных значений (14-58%). После проведенной ультразвуковой терапии в основной группе восстановление ФПК было достигнуто у 74/85; 87,1% пациентов, а в контрольной группе – у 43/80; 53,7% пациентов.

Выводы. Таким образом, применение ультразвуковой терапии в 1,6 раза чаще восстанавливает функциональные параметры рубцовой ткани, что оказывает положительный эффект на клиническую эффективность различных видов рубцов кожи.

Азаматова С.Р. Нуруллозода З.Х., Хомидова Г.Б.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Мирзокалонова М.Ч.

Цель исследования. Изучить ведение беременных женщин на уровне первичного звена ГУ ГЦЗ №15

Материал и методы. Материалом исследования послужили данные отчетов за 2024 год Государственного учреждения Городского центра здоровья №15 (ГУ ГЦЗ №15), общее население которого составляло на момент исследования – 54028, из них женщин – 26663 (49,4%), в том числе репродуктивного возраста – 14195 (53,2%).

Результаты исследования. При анализе сводного отчета ГУ ГЦЗ №15 за 2024 год выявлено, что за медицинской помощью обратились всего – 10181 женщин, из них по поводу антенатальной диспансеризации 1257 (12,3%), планирования семьи 4417 (43,4%), и с другими проблемами 4507 (44,3%).

Всего по поводу беременности в 2024 году были взяты на учет 1257 беременных, из них до 12 недель – 1241 (98,7%), с выше 12 недель 16 (1,3%). Родили за 2024 год 1233 (98,1%) рожениц из числа взятых на учет 1257, что составило 98,1%. Физиологические роды составили 1198 (97,2%) случаев, преждевременные роды 25 (2%) запоздалые роды 10 (0,8%). Оперативным путем кесарево-сечением 44 женщин, что составило 14,3%, 29 (9,6%) женщин из которых состояли на диспансерном учете с отягощенным акушерским анамнезом оперированы в плановом порядке и неотложные состояния составили 15 случаев (4,7%).

Выводы. Таким образом ведение беременных женщин на уровне первичного звена ГУ ГЦЗ №15 стоит на высшем уровне. Охват до 12 недель 98,7%, физиологический роды 97,2% и роды с осложнениями 2,8%. Своевремен-

ное взятие на учет по беременности и введение беременных совместно с другими специалистами соответственно состоянию здоровья каждой беременной женщины в отдельности. Только таким образом можно ожидать рождение здорового потомства и обеспечить здоровье нации.

Азизмуродова С.Х., Гулматов А.Х.

ЧАСТОТА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА СРЕДИ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА

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

Научный руководитель - к.м.н. Камолова Г.

Цель исследования. Целью данного исследования является анализ связи между возрастными особенностями, нарушениями ритма сердца и развитием ишемической болезни сердца (ИБС) у молодых пациентов в возрасте от 18 до 35 лет, а также выявление факторов риска, способствующих этому процессу.

Материал и методы. В исследование включены 50 пациентов в возрасте от 18 до 35 лет, страдающих различными видами аритмии, включая экстрасистолию, синусовую аритмию и фибрилляцию предсердий. Для диагностики использовались клиничко-лабораторные методы, включая общий анализ крови, холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиографию, а также анализ липидного профиля. Анализ проводился с использованием статистических методов и медицинских карт для выявления предрасположенности к ИБС.

Результаты исследования. Из 50 обследованных пациентов с аритмиями у 18 (36%) были выявлены клинические признаки ишемической болезни сердца. Наибольшая частота ИБС наблюдается среди пациентов с фибрилляцией предсердий (8 из 10) и тяжело протекающими видами аритмий. Анализ холестерина и липопротеинов показал значительное повышение общего холестерина и липопротеинов низкой плотности у пациентов с ИБС.

Выводы. 1. Связь между нарушениями ритма сердца и развитием ишемической болезни сердца у молодых людей подтверждается в 36% случаев. 2. Аритмии, такие как фибрилляция предсердий, играют значительную роль в развитии ИБС среди молодых пациентов. 3. Для профилактики ИБС у молодых людей с аритмиями необходимы ранние диагностика и индивидуальный подход в лечении.

Азизов М.Г., Джобирзода А.Б., Шобобоев Б.Ш.

ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ганиева М.Т

Цель исследования. Проанализировать характер очаговых неврологических проявлений при идиопатической внутричерепной гипертензии на основании клинического случая.

Материал и методы. Исследование было проведено на кафедре неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Пациентка 38 лет обратилась в неврологическую клинику с жалобами на ограничение подвижности правого глаза, двоение в глазах при взгляде вправо и вверх, периодические головные боли. Из анамнеза известно, что впервые двоение в глазах возникло в 2024 году и сохранялось в течение 3 месяцев. Настоящее ухудшение с сентября 2024 г. когда возникли вышеуказанные жалобы. Осмотрена окулистом – выявлены застойные диски зрительных нервов. По данным МРТ головного мозга больше данных за очаг лобной доли правого полушария мозга, дисциркуляторного характера, косвенных признаков внутричерепной гипертензии, локального расширения субарахноидальных пространств, искривление носовой перегородки с костным гребнем. Пациентке выполнена прозерина проба – результат отрицательный. Получала терапию метилпреднизолоном и диакарбом, на фоне которой симптоматика частично регрессировала. В конце ноября 2024 г. после перенесенной стрессовой ситуации возобновилось двоение при взгляде вниз, в стороны.

Результаты исследования. В неврологическом статусе: сознание ясное, контактен. Речь не нарушена, движения глазных яблок в полном объеме, двоение при взгляде вниз, конвергенция ослаблена, зрачки симметричные. Фотореакция прямая и обратная сохранены. Менингеальных знаков нет. Лицо симметричное. Слух сохранен. Глотание не нарушено. Активные движения в шейном, поясничном отделах не ограничены. Сухожильные рефлексы с рук и с ног d=s. Сила сохранена. Патологических знаков нет. Чувствительность сохранена. В позе Ромберга устойчива, пальценосовую пробу выполняет удовлетворительно. Эпиприпадков не было. Функцию тазовых органов контролирует. АТ к ВИЧ 1,2, HBsAg, HCV, RW – отрицательный. Общий тироксин (Т4) - 6,98 (мкг/дл). Анализ на Covid-19 – отрицательный. Исследование ликвора - вытекать струей, количество - 3 мл, цвет - бесцветный, прозрачность, белок - 0,32 г/л (0,22-0,33), цитоз - 0,33 в 1 мм³ (0-4), эритроциты - 0,33 в 1 мм³

На основании данных жалоб, анамнеза, неврологического осмотра, лабораторных и инструментальных исследований было выдвинуто предположение о наличии компрессионно-ишемической невропатии правого глазодвигательного и блокового нервов нерва (III, IV пары черепных нервов), ассоциированной с внутричерепной гипертензией.

Выводы. Таким образом, на основании представленного клинического случая, отчетливо прослеживается связь между возникновением компрессионно-ишемической невропатии и внутричерепной гипертензии. Также в ходе детального опроса пациентки выявлен факт приема оральных контрацептивов, что является триггером идиопатической внутричерепной гипертензии по данным отечественных и зарубежных авторов.

Азимов А.С.¹, Шарифзода З.У.².
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ВЕСТА У РЕБЁНКА 2 ЛЕТ

¹Кафедра нормальной и патологической физиологии ГОУ «ХГМУ».

²Кафедра неврологии и основ медицинской генетики ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан».

³Кафедра терапевтических дисциплин №1 ГОУ «ХГМУ». Таджикистан
Научный руководитель - Эргашев Х.Ю.

Цель исследования. Оценить клинические проявления синдрома Веста у ребёнка в возрасте 2 лет, проанализировать эффективность применяемой терапии и влияние лечения на психомоторное развитие пациента.

Материал и методы. Пациент М., 2 года, в ноябре 2024 года был госпитализирован в детское неврологическое отделение ГУ МК «Истиклол» с жалобами на повторяющиеся эпизоды судорог, наблюдающиеся с 10-месячного возраста. Приступы представляют собой кратковременные (5-10 секунд) спазмы, которые начинаются с верхней части тела (голова, шея) и распространяются на руки и туловище. Частота приступов составляет 10-15 в день, что приводит к нарушению сна, а также к задержке моторного и речевого развития. В возрасте 2 лет ребёнок не делает попыток ходить, у него отсутствует активная речь, что свидетельствует о значительной задержке психомоторного развития. Мать ребёнка также сообщила, что в возрасте 1 года начались проблемы с координацией движений. **Диагностика.** Для подтверждения диагноза были проведены следующие исследования: ЭЭГ, МРТ головного мозга и лабораторные исследования для исключения органических причин эпилепсии. На основании этих данных был подтверждён диагноз синдрома Веста. **Лечение.** Пациенту была назначена гормональная терапия преднизолоном в дозе 2 мг/кг/день, что привело к значительному уменьшению частоты приступов. Дополнительно был включён вальпроат натрия для предотвращения эпилептической активности. После 2 недель терапии частота приступов снизилась с 10-15 в день до 1-2 в неделю.

Результаты исследования. После 3 месяцев лечения у пациента были получены следующие результаты:

Частота приступов: частота эпизодов значительно снизилась с 10 до 15 в день до 1-2 в неделю. На ЭЭГ зарегистрировано — уменьшение гипсаритмии и нормализацию эпилептической активности.

Психомоторное развитие: несмотря на начальную задержку, в процессе реабилитации наблюдается улучшение моторных навыков (первые попытки ходьбы) и развития речи (появление первых слов).

Прогноз: хотя ребёнок остаётся с некоторыми задержками в развитии, лечение привело к улучшению его общего состояния. Психомоторное развитие постепенно улучшалось, что влияет на положительный прогноз при продолжении терапии и реабилитации.

Выводы. Данный клинический случай подтверждает важность ранней диагностики и комплексного подхода в лечении синдрома Веста. Гормональная терапия в сочетании с поддерживающими реабилитационными методами лечения значительно улучшает клинические результаты, снижая частоту приступов и улучшая психомоторное развитие ребёнка.

Азимов А.С.¹, Шарифзода З.У.², Кенджаева Н.И.¹.
ВЛИЯНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ НА СТЕПЕНЬ НЕРВНОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ У ДЕТЕЙ

¹Кафедра нормальной и патологической физиологии ГОУ «ХГМУ».

²Кафедра неврологии и основ медицинской генетики ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан». Таджикистан.

Научный руководитель — Собилов М.С.

Цель исследования. Изучить влияние уровня микроэлементов (магния, кальция, цинка) на степень нервного возбуждения у детей дошкольного возраста, чтобы выявить возможные механизмы их регуляции и оптимизации психоэмоционального состояния.

Материал и методы. В центральной районной больнице Дангары в августе 2024 года во время медицинского осмотра было проведено исследование 60 детей в возрасте 4–6 лет, разделённых на две группы: основную (с высокой степенью нервного возбуждения) и контрольную. Уровень микроэлементов определяли методом биохимического анализа крови. Психоэмоциональное состояние оценивали с помощью шкалы нервного возбуждения и тестов на концентрацию внимания. Статистическая обработка данных выполнена с использованием программы SPSS.

Результаты исследования. У детей с высоким уровнем нервного возбуждения выявлены низкие концентрации магния (на 25% ниже нормы) и цинка (на 18% ниже нормы), а также повышенный уровень кальция в плазме. Установлена обратная корреляция между уровнем магния и степенью нервного возбуждения ($r = -0,65$, $p < 0,05$), а также положительная корреляция между повышенным уровнем кальция и снижением концентрации внимания ($r = 0,57$, $p < 0,05$).

Выводы. Недостаток магния и цинка, а также избыток кальция могут являться значимыми факторами, повышающими степень нервного возбуждения у детей. Коррекция микроэлементного состава в рационе детей может способствовать снижению уровня нервного возбуждения и улучшению их психоэмоционального состояния.

Азимова М.А., Насырова Х.К.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра эндокринологии и детской эндокринологии Ташкентского педиатрического медицинского института, Узбекистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Хакимов Г.А.

Цель исследования. Изучение влияния комбинированного лечения рака молочной железы на тиреоидный статус.

Материал и методы. Изучение проводили у 146 больных раком молочной железы (РМЖ) с II и III стадией заболевания (T1-3N0-2M0), подвергшихся к комбинированному лечению в условиях РСНПМЦ Онкологии и радиологии. Возраст варьировал от 35 до 77 лет, где преобладали женщины в возрасте 50-59 лет – 39,2%. Изучали ультразвуковые структурные параметры ЩЖ, показатели гормональной активности и характерные ПЭТ-КТ сигналы в структуре ЩЖ. Прицельная тонкоигольная пункционная биопсия под контролем ультразвуковой навигации (УЗН) проведена 17 пациенткам с узловым зобом. Критериями для выполнения являлись размеры одиночного узла более 0,8 см, неоднородность ткани образования, наличие кальцинатов в узле. В результате диагностирован в 36,0% коллоидный зоб и 31,0 % - фолликулярный эпителий с лимфоидной пролиферацией и регрессивными признаками.

Результаты исследования. При изучении гормональной активности ЩЖ, несмотря на проведенной операции, у всех пациентов было подтверждено эутиреоидное состояние. Уровень ТТГ в среднем составил $2,8 \pm 0,8$ мМЕ/мл, а в контрольной группе - $1,6 \pm 0,7$ мМЕ/мл. В отличие от этого, в группе пациентов, которым было проведена неoadъювантная химиотерапия с последующей операцией, имело место гипотиреозное состояние. После 2-3 курсов полихимиотерапии существенных изменений со стороны структурных и функциональных показателей не зафиксировано. По окончании 4-курса ПХТ основной жалобой больных оставалась повышенная утомляемость (57,7 %), что возросло от начала лечения на 12,9%. Чувство "комка" в горле при глотании, в качестве предъявляемой жалобы, увеличилось на 5,0 %. У 19,2 % пациенток появились тошнота, рвота в ответ на проведение полихимиотерапевтического лечения.

При ультразвуковом исследовании щитовидной железы отмечалось увеличение количество и размеров ранее имеющихся узлов (до 2-3-х и на $2,3 \pm 0,2$ мм с изменением эхоструктуры в сторону гипэхогенности. В контрольной группе, у женщин, имеющих изменения в щитовидной железе, никакой динамики не обнаружено. При интерпретации результатов ПЭТ-КТ до лечения, было установлено наличие узловых очагов в среднем до $10,1 \pm 0,2$ мм с интенсивностью накопления радиофармпрепарата от 3,1 до 7,6 SuvMax.

Оценка результатов гормональной активности показал наличие тенденции к росту ТТГ, причем в большей степени у пациенток с хирургическим или медикаментозным подавлением функции яичников. Следовательно, у этих больных появлялись признаки транзиторного гипертиреоза в виде учащения пульса, повышенной потливости и т.д. Уровень ТТГ в среднем составил $4,8 \pm 0,8$ мМЕ/мл. против $1,4 \pm 0,7$ мМЕ/мл в контрольной группе.

Выводы. Результаты УЗ визуализации и ПЭТ-КТ могут быть использованы в качестве сигнатур структурных изменений ЩЖ у больных РМЖ. Несмотря на исходной эутиреоидное состояние, после проведенной терапии у в основном наблюдается гипотиреоз ЩЖ, что при выраженной клинической манифестации может быть основной преградой к продолжению специализированной терапии РМЖ. После угнетения яичниковой активности при РМЖ развивается транзиторный гипертиреоз, который может служить предиктором в прогнозе исхода лечения.

Акрамов Р.М., Сулаймонова Д.Р.

РАЗРАБОТКА СПОСОБОВ ДИАГНОЗА И ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ПОМОЩИ ТЕХНОЛОГИИ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА

Ташкентский педиатрический медицинский институт. Узбекистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Вихров И.П.

Цель исследования. Разработка мобильного приложения для обнаружения ранних признаков сердечно-сосудистых заболеваний и прогнозирования рисков с использованием машинного обучения и компьютерного зрения для повышения эффективности активных мер общественного здравоохранения.

Материал и методы. Программное обеспечение и инструменты. Данные анализировались и модели разрабатывались с применением языков программирования Python, R и Matlab, а также библиотек и фреймворков машинного обучения (например, scikit-learn, TensorFlow, PyTorch) и компьютерного зрения (например, OpenCV, Keras).

Результаты исследования. По завершении наших исследований и разработок мы с удовлетворением сообщаем об успешной интеграции передовых технологий машинного обучения и компьютерного зрения в наше мобильное приложение, посвященное здоровью сердечно-сосудистой системы. Наше приложение включает восемь надежных модулей, каждый из которых предназначен для предоставления всестороннего анализа и диагностики, позволяя пользователям проактивно управлять своим сердечно-сосудистым здоровьем. В числе этих модулей: диагностика кардиомегалии, анализ электрокардиограммы, интерпретация эхокардиографии. Каждый из вышеперечисленных модулей обладает высокой точностью определения болезней: 88% точность приходит на 9 классов модули для ЭКГ, 95% точность имеет модуль для определения кардиомегалии.

Выводы. Синергия машинного обучения и компьютерного зрения обладает значительным потенциалом в профилактике и терапии сердечно-сосудистых заболеваний. Благодаря интеграции передовых алгоритмов и анализа медицинской визуализации, эти технологии предоставляют клиницистам уникальное понимание сердечно-сосудистого здоровья пациентов, что способствует раннему вмешательству и персонализированной помощи. С раз-

витиём инноваций в здравоохранении применение машинного обучения и компьютерного зрения открывает преобразующий путь к будущему, в котором сердечно-сосудистые заболевания можно не только лечить, но и предотвращать, обеспечивая здоровое завтра для всех.

Алиева З.Ш., Толибова Л.Н., Шарипов Ш.А.

ЭНЦЕФАЛИТ У ДЕТЕЙ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан.

Научный руководитель - Холматова Г.К.

Цель исследования. Изучение особенностей течения и диагностики энцефалита у детей в условиях РТ; выявление ведущих этиологических факторов и оценка доступности современных методов лечения и реабилитации.

Материал и методы. Объектом исследования являлись дети (возраст 0-18 лет) из различных регионов Таджикистана с подтверждённым диагнозом: энцефалит.

Контрольная группа. Здоровые дети того же возраста. **Клинический анализ.** 1) Сбор анамнеза; 2) **Лабораторные исследования.** Анализ ликвора (цитоз, белок, глюкоза), ПЦР и серологические тесты.

Инструментальная диагностика. 1) МРТ головного мозга; 2) ЭЭГ.

Социальный аспект. Анализ уровня осведомлённости родителей и врачей о клинических признаках энцефалита, доступности специализированной медицинской помощи.

Период исследования. Анализ медицинской документации детей, проходивших лечение в НМИЦ РТ «Шифобахш» в период с января 2022 по декабрь 2024 года.

Размер выборки. Основная группа: 30 детей с диагнозом энцефалит. Контрольная группа: 15 здоровых детей.

Результаты исследования. Наиболее частыми причинами энцефалита у детей в РТ являются вирусные инфекции (герпесвирусы - 40%, энтеровирусы - 25%). Сезонность весна-лето. Средний возраст дебюта 3-10 лет. У 60% пациентов отмечались судорожные приступы, у 50% - нарушение сознания.

Лабораторные и инструментальные данные: в 70% случаев в ликворе выявлен лимфоцитарный плеоцитоз. ПЦР подтвердила вирусную природу энцефалита у 65% пациентов. МРТ показала воспалительные изменения преимущественно в темпоральных и лобных долях у 45% больных.

Социальные и медицинские проблемы: 1. Недостаточная настороженность врачей первичного звена, что приводит к поздней госпитализации. 2. Ограниченная доступность вирусологических исследований, дефицит специалистов-неврологов, владеющих методами ранней диагностики и лечения.

Терапия. Антивирусная терапия применялась у 55% детей, антибиотикотерапия - у 30%. Симптоматическое лечение проводилось всем пациентам.

Выводы. Энцефалит у детей остаётся серьёзной медицинской проблемой в РТ. Основные трудности связаны с поздней диагностикой, недостатком лабораторий и нехваткой специалистов. Необходимы национальные программы раннего выявления, обучения врачей и улучшения доступа к реабилитационным мероприятиям для снижения осложнений.

Али-Заде Н.А.

РОЛЬ ВИТАМИНА D И ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ

Кафедра дерматовенерологии им. проф. П.Т. Зоирова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., доцент Мухаммадиева К.М.

Цель исследования. Оценка эффективности применения витамина D и препарата Виферон в комплексной терапии псориаза у детей.

Материал и методы. Исследование проводилось в период с 2022 по 2024 годы на базе кафедры дерматовенерологии им. проф. П.Т. Зоирова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Включены 40 детей в возрасте от 5 до 14 лет с подтверждённым диагнозом вульгарного псориаза, адекватным содержанием витамина D в крови и с отсутствием антител к герпесвирусным инфекциям. Пациенты были разделены на две группы. В контрольной группе (n=20) применялась только стандартная местная терапия. В основной группе (n=20) применялась аналогичная местная терапия, но с дополнением системного лечения витамином D и препарат Виферон. Критерии включения: возраст 5–14 лет, отсутствие тяжёлых сопутствующих заболеваний, информированное согласие родителей.

Методы оценки: клинические показатели: динамика кожного процесса оценивалась с использованием индексов PASI (Psoriasis Area and Severity Index) и BSA (Body Surface Area); лабораторные показатели включали общий анализ крови, уровень С-реактивного белка (СРБ) – маркера воспаления; иммунологические показатели - определение уровней специфических антител (IgM, IgG) методом иммуноферментного анализа (ИФА).

Результаты исследования. Сравнительный анализ эффективности терапии показал, что включение витамина D (раствор Аквадетрим Д3 в поддерживающей дозе в течение 12 недель) и Виферона (суппозитории по 150 000 МЕ утром и вечером в течение 10 дней, три курса с интервалом 1 месяц) в схему лечения способствовало более выраженному регрессу кожных проявлений и улучшению иммунологических параметров. В контрольной группе через 4 недели индекс PASI снизился в среднем с 12,3 до 7,8 ($p<0,05$), а площадь поражения кожи (BSA) уменьшилась на 35%. В основной группе снижение PASI было более выраженным – с 12,8 до 5,3 ($p<0,01$), а уменьшение BSA составило 55%. Также в основной группе наблюдалось значительное снижение уровня С-реактивного белка (СРБ)

($p<0,05$), что свидетельствует о выраженном противовоспалительном эффекте добавленной терапии. Определение IgM и IgG методом ИФА позволило выявить тенденцию к нормализации гуморального иммунного ответа в основной группе пациентов после 4-недельного курса терапии. Кроме того, пациенты основной группы субъективно отмечали более быстрое уменьшение зуда, покраснения и инфильтрации пораженных участков кожи. Наблюдение за больными в течение 12 месяцев после проведенного курса лечения выявило рецидив заболевания в 7 (17,5%) случаях. В результате беседы с родителями было выяснено, что эти дети не получили полный курс назначенной терапии.

Выводы. Включение в комплексное лечение псориаза у детей витамина D и препарата Виферон способствует более выраженному клиническому улучшению по сравнению со стандартной терапией, что подтверждается снижением индексов PASI и BSA, а также уровня С-реактивного белка и нормализацией уровней IgM и IgG. Данный подход способствовать уменьшению частоты рецидивов и улучшению общего состояния пациентов. Для уточнения долгосрочной эффективности и выработки оптимальных схем терапии необходимо дальнейшее расширение выборки и увеличение продолжительности наблюдения.

Али-Заде Н.А.

ВЛИЯНИЕ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ НА ИММУННЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С ПСОРИАЗОМ

Кафедра дерматовенерологии им. проф. П.Т. Зоирова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., доцент Мухаммадиева К.М.

Цель исследования. Изучить состояние иммунного статуса у детей с псориазом до и после комплексной терапии с включением противовирусного лечения.

Материал и методы. Исследование проводилось в период с 2022 по 2024 годы на базе кафедры дерматовенерологии им. проф. П.Т. Зоирова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. В исследование включены 88 детей с псориазом в возрасте 7–15 лет, у которых методом иммуноферментного анализа (ИФА) не была выявлена герпесвирусная инфекция. Среди обследованных пациентов выявлены следующие формы псориаза: экссудативный – 32 (36,4%), каплевидный – 30 (34,1%), бляшечный – 26 (29,5%). Прогрессирующая стадия заболевания отмечена у 53 (60,2%) пациентов, стационарная стадия – у 35 (39,8%).

Дети были разделены на две группы: основная группа ($n=50$) – пациенты, получавшие комплексную терапию с включением препарата Виферон (в форме суппозитория), группа сравнения ($n=38$) – пациенты, получавшие только стандартную терапию.

Контрольную группу составили 30 здоровых детей. Оценка иммунного статуса проводилась на основании изучения абсолютного и относительного содержания лимфоцитов в периферической крови (CD3, CD4, CD8) методом иммунофлуоресценции («Статус») с использованием набора моноклональных и поликлональных антител. Количественное содержание иммуноглобулинов классов М, G и E в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом. Иммунорегуляторный индекс (ИРИ) рассчитывался методом преципитации полиэтиленгликоля (Ю. А. Гриневич, А. И. Алферов, 1981). Интенсивность флуоресценции CD16 и CD32 определяли методом проточной цитометрии (CYTOMICS FC500) с использованием конъюгатов моноклональных антител (МКАТ) CD16-ECD и CD32-PE.

Результаты исследования. Индекс PASI >10 зарегистрирован у 47 (53,4%) пациентов. Среднетяжелое течение псориаза наблюдалось у 53 (60,2%) больных, тяжелое – у 35 (39,8%).

Через 3 месяца после проведенной терапии CD3 в основной группе достиг $66,9\pm2,0\%$, что соответствовало значениям в контрольной группе ($66,9\pm2,4\%$); в группе сравнения этот показатель оставался ниже нормы. CD4 и CD8 в основной группе также нормализовались, тогда как в группе сравнения даже через 6 месяцев их уровень оставался ниже значений контрольной группы. CD95 (маркер апоптоза) в основной группе повысился с $25,8\pm1,2\%$ до $26,7\pm0,5\%$ через 3 месяца и достиг нормальных значений ($27,4\pm0,1\%$) через 6 месяцев. В группе сравнения данный показатель практически не изменился ($25,9\pm0,5\%$ через 3 месяца и $26,0\pm1,2\%$ через 6 месяцев). CD16 в основной группе через 3 месяца снизился в 1,2 раза, а через 6 месяцев – в 1,6 раза. В группе сравнения через 6 месяцев он снизился в 1,5 раза ($8,2\pm0,5\%$). CD32 в основной группе снизился с $57,7\pm0,9\%$ до $53,8\pm0,9\%$, что свидетельствовало об улучшении фагоцитарной функции. В группе сравнения показатель практически не изменился ($57,5\pm0,9\%$). Иммуноглобулины IgM и IgG в основной группе нормализовались, тогда как в группе сравнения их уровни оставались неизменными через 3 и 6 месяцев.

Через 3 месяца восстановление иммунных показателей отмечалось у 38 из 50 (76,0%) пациентов основной группы, у 16 из 30 (53,3%) пациентов группы сравнения (в 1,4 раза реже). Через 3 недели после лечения полный регресс псориатических высыпаний в основной группе наблюдался в 1,7 раза чаще, чем в группе сравнения (32 из 50 [64,0%] против 11 из 30 [36,7%]). В течение 12 месяцев после терапии частота рецидивов в группе сравнения была в 1,9 раза выше, чем в основной группе (9 из 30 [30,0%] против 8 из 50 [16,0%]).

Выводы. Включение противовирусной терапии в комплексное лечение псориаза у детей способствует значительному восстановлению иммунного статуса, улучшению клинической картины и снижению частоты рецидивов по сравнению со стандартной терапией.

Али-Заде Н.А.

ГЕРПЕСВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ С ПСОРИАЗОМ

Кафедра дерматовенерологии им. проф. П.Т. Зоирова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., доцент Мухаммадиева К.М.

Цель исследования. Изучить вирусологическую характеристику у детей с псориазом.

Материал и методы. В период с 2020 по 2024 гг. обследованы 185 пациентов с псориазом в возрасте 7–15

лет. У 97 (52,4%) из них была выявлена герпес-вирусная инфекция (ГВИ). Форма и степень тяжести псориаза оценивались с использованием индекса PASI. Диагностика герпес-вирусной инфекции проводилась методом иммуноферментного анализа (ИФА) крови с определением специфических антител классов IgM и IgG к вирусу простого герпеса (ВПГ), цитомегаловирусу (ЦМВ) и вирусу Эпштейна–Барр (ВЭБ). Для анализа применялась тест-система «Вектор-стрип» (ЗАО «Вектор-Бест», Россия).

Результаты исследования. Индекс PASI >10 был зарегистрирован у 47 (48,5%) пациентов. Среднетяжелое течение псориаза выявлено у 60 (61,9%) больных, тяжелое течение — у 37 (38,1%). При вирусологическом исследовании обнаружено: моноинфекция ВПГ у 35 (36,1%) пациентов, моноинфекция ЦМВ у 32 (33,0%) пациентов, сочетание ВПГ и ЦМВ у 19 (19,6%) пациентов, сочетание ВПГ, ЦМВ и ВЭБ у 11 (11,3%) пациентов.

Моноинфекция ВПГ у детей с каплевидным псориазом (КП) встречалась в 1,4 раза чаще, чем у пациентов с эритродермическим псориазом (ЭП). При этом при бляшечной форме псориаза (БП) моноинфекция ВПГ не выявлялась. Моноинфекция ЦМВ встречалась при всех формах псориаза, но наиболее часто у пациентов с КП и ЭП — соответственно, в 12 из 42 (28,6%) и 12 из 40 (30,0%) случаев. Сочетанная инфекция ВПГ и ЦМВ регистрировалась в 1,8 раза чаще при ЭП, чем при КП (12 из 40 [30,0%] против 7 из 42 [16,7%] случаев). Сочетание ВПГ и ВЭБ у пациентов с БП выявлялось в 7 из 15 (46,7%) случаев, что в 9,3 раза чаще, чем при ЭП (2 из 40 [5,0%]), и в 10 раз чаще, чем при КП (2 из 42 [4,7%]). У пациентов с БП выявлялись только антитела к ЦМВ (8 из 15 [53,3%] случаев) и сочетание ВПГ и ВЭБ (7 из 15 [46,7%] случаев). На основании индекса авидности и наличия антител IgM и IgG установлено, что наиболее часто у пациентов диагностировалась острая ГВИ — у 41 из 97 (42,3%) пациентов, что в 1,9 раза превышало частоту реактивации инфекции (22 из 97 [22,7%]), в 2,3 раза — хронической ГВИ (18 из 97 [18,5%]) и в 2,6 раза — рецидивирующей формы инфекции (16 из 97 [16,5%]). У пациентов с КП и ЭП острая ГВИ выявлялась с одинаковой частотой — в 50,0% случаев (21 из 42 и 20 из 40 соответственно). При БП острое течение ГВИ не наблюдалось. Хроническая форма ГВИ регистрировалась в 1,4 раза чаще, чем реактивация инфекции (7 из 15 [46,7%] против 5 из 15 [33,3%] случаев) и в 2,3 раза чаще, чем рецидивирующая форма (7 из 15 [46,7%] против 3 из 15 [20,0%] случаев).

Выводы. Герпес-вирусная инфекция выявляется у 52,4% детей, страдающих псориазом. В 46,7% случаев псориаз протекает на фоне хронического течения ГВИ, а у 42,3% пациентов обострение заболевания связано с первичным инфицированием.

Аминова С.И., Шеров К.Дж., Кабилов М.О.

ЧАСТОТА СИМПТОМАТИКИ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

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

Научный руководитель - старший преподаватель Бобиева Н.Х.

Цель исследования. Изучить частоту симптоматики энцефалопатии у больных с терминальной почечной недостаточностью.

Материал и методы. Материалом для исследования выбраны 12 больных с хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии, из них 5 (41,7%) женщин и 7 (52,7%) мужчин, находившихся на стационарном лечении в отделении нефрологии и гемодиализа ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш». Средний возраст составил 47,6 лет. С учётом тяжести всем больным проводились общеклинические, биохимические и инструментальные исследования, а также проводилась консультация невропатолога центра.

Результаты исследования. Причиной нарушения мозговой деятельности при хронической почечной недостаточности является прежде всего губительное действие накоплений в крови токсических веществ (азотистые шлаки, мочевины, мочевая кислота, креатинин, органические кислоты), провоцирующих отмирание нервных клеток вследствие нарушения реабсорбционной функции органа, белкового обмена, водно-электролитного баланса. Механизм отмирания нервных клеток - изнашивание сосудов мозга, которые приводят к длительному отёку и некрозу нервных клеток головного мозга. Уремическая энцефалопатия проявляется психическими нарушениями, сочетающимися с полиморфными двигательными расстройствами и нервно-мышечными и эпилептическими припадками. Данное осложнение обычно развивается медленно.

Уремическая энцефалопатия лёгкой степени выявилось у 6 больных, что составляет 50%. Она проявлялась головной болью, перепадами настроения, быстрой утомляемостью, тревожностью, падению работоспособности и внимательности. Уремическая энцефалопатия средней степени у 4 больных, что составляет 35 %, проявлением которого были апатия, спутанность сознания, нарушение памяти и речи, постоянные головные боли, головокружение. Тяжёлая степень уремической энцефалопатии наблюдалась у 2 больных, что составляло 15 %, проявлением явились диффузная мышечная слабость и дистальный тремор, бессвязная речь, зрительные галлюцинации, астерикс, миоклонус, атаксия при ходьбе.

Выводы. Нарушение мозговой деятельности зависит от тяжести почечной деятельности и скорости её развития. Уремическая энцефалопатия является проявлением почечной недостаточности, которая не требует особых мероприятий, так как основой лечения является терапия основного заболевания.

Амриллаев У.Ш., Норимов А.К., Собирова А.П.
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

¹Кафедра внутренних болезней №1 Самарского государственного медицинского университета.

²Самаркандский городской родильный дом №2. Узбекистан.

Научный руководитель – Ахмедов И.А.

Цель исследования. Изучить эндоскопические и клинические проявления язвы двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы. В нашем исследовании было обследовано 40 пациентов в возрасте 18-35 лет (средний возраст $27,4 \pm 2,3$ года). Среди обследованных пациентов большинство составили мужчины (27 из 40 пациентов, 67,5%), их возраст колебался от 18 до 35 лет (в среднем $27,0 \pm 2,1$ года). В протокол обследования было включено 13 (32,5%) женщин в возрасте от 18 до 30 лет (средний возраст $32,0 \pm 2,5$ года). Длительность заболевания составила от 1 до 10 лет (в среднем $5,3 \pm 0,4$ года).

Результаты исследования. Анализ результатов ЭФГДС-обследования у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки позволил выделить 4 наиболее распространенные формы язв. В острой фазе заболевания у 24 (60,0%) больных наблюдалась круглая (овальная) язва, у 7 (17,5%) больных – язва неправильной формы, у 3 (7,5%) больных – линейная язва и у 6 (15,0%) – язва «красно-белого» типа. В большинстве случаев язвы локализовались на передней (у 20 больных, 50,0%) и верхней стенках (у 10 больных, 25,0%), а также в центральной части луковицы (75,0%). Клиническая картина характеризуется язвами округлой и овальной формы, которые пальпируются, имеют кислый запах, отекают и обложены на языке. Частота этих симптомов колеблется от 83% до 96%. Средняя частота истощения, болевого синдрома и симптома Менделя составила от 58,0% до 75,0%. Рентгенологический признак «ниши» выявлен у 66,7% пациентов. При деформированных язвах преобладают болевой синдром и положительная проба Менделя (100,0%). Налет на языке, тошнота, зуд и потеря веса были симптомами с умеренной частотой — от 57 до 71%, тогда как запор наблюдался лишь у 28,7% пациентов. Клиническая картина линейных язв мало чем отличается от клинической картины нерегулярных язв. При линейных язвах также преобладали болевой синдром, положительная проба Менделя и вздутие живота (100,0%), у 66,7% наблюдались запоры и обложенный язык, у 33,3% больных – другие симптомы (сердцебиение, зуд, потеря веса). Характерными признаками «красно-белых» язв были признаки боли (100,0%), положительная проба Менделя (100,0%), вздутие живота (100,0%), исхудание (83,3%) и склонность к кровотечениям (83,3%).

Выводы. Клиническая картина язвы двенадцатиперстной кишки зависит от морфологии язвы. В нашем исследовании по морфологическим данным наиболее распространенными были круглые язвы (60,0%). Болевые симптомы были характерны для неровных, линейных язв и язв «красно-белого» типа, тогда как диспепсические симптомы были характерны для круглых язв. Круглые язвы и язвы неправильной формы чаще диагностируются у людей в возрасте 30–35 лет (пожилые люди) и, как правило, сохраняются дольше. У лиц, у которых заболевание было диагностировано впервые (в возрасте 18–25 лет), наблюдались полосатые и «красно-белые» поражения. Кровотечение часто сопровождается болью и диспепсическими явлениями при «красно-белых» язвах.

Амриллаев У.Ш., Норимов А.К., Собирова А.П.
РОЛЬ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

¹Кафедра внутренних болезней №1 Самарского государственного медицинского университета.

²Самаркандский городской родильный дом №2. Узбекистан.

Научный руководитель – Ахмедов И.А.

Цель исследования. У больных РА внесуставные поражения обусловлены нарушениями сердечно-сосудистой системы на ранних стадиях с нарушениями сердечного ритма.

Материал и методы. В ревматологическом отделении многопрофильной клиники № 1 СамДТУ на основании критериев классификации ревматоидного артрита Американской коллегии ревматологов и Европейской лиги против ревматизма обследовано 140 больных РА (82% женщины, мужчины) (82% женщины, мужчины). Средний возраст больных $45,8 \pm 1,2$ года. Длительность заболевания от 1 до 30 лет, в среднем $6,9,3 \pm 2$ года.

Всем пациентам проведено стандартное клиническое, инструментальное обследование. Всем пациентам проводилась эхокардиография и суточное холтеровское мониторирование ЭКГ.

Результаты исследования. ЭКГ у 10 больных были спокойными, у 2 больных – синусовая тахикардия – у 11 больных, синусовая брадикардия – у 6 больных (4,28%), синусовая аритмия – у 7 больных (5%). Аритмии, т. е. блокады, обусловленные нарушениями проведения импульса, возникли у 28 (20%) больных, синоатриальная блокада – у 1 (0,71%) больных, внутрикамерная блокада – у 3 (2,14%) больных, блокада атриовентрикулярного узла – у 7 больных. желудочковых блокад наблюдалась у 17 (12,14%) больных. Желудочковая экстрасистолия выявлена на фоне аритмий, обусловленных расстройствами возбудимости, желудочковая экстрасистолия выявлена у 8 (5,71%) больных, при анализе ЭКГ в результате пароксизмальных тахикардий, быстрых аритмий и трепетающих аритмий.

По результатам суточного холтеровского мониторирования ЭКГ у 31 (22,14%) больных обнаружены аритмии, обусловленные нарушениями автоматизма сердца, в том числе синусовая тахикардия – у 16 (11,42%) больных, синусовая брадикардия – у 6 (4,28%) больных, синусовая тахикардия – у 16 (11,42%) больных, синусовая брадикардия – у 6 (4,28%) больных, тахикардия у 6 (4,28%) больных выявлена у 9 (6,42%) больных. Аритмии, то есть блокады, обусловленные нарушениями проведения импульса, возникли у 28 (20%) больных, в том числе синоатриальная блокада – у 1 (0,71%) больного, внутрикамерная блокада – у 3 (2,14%) больных, блокада атриовентрикулярного узла – у 7 больных – у 1 больного. (5%) больных, а желудочковая блокада наблюдалась у 17 (12,14%) больных. Аритмии, обусловленные нарушениями возбудимости, выявлены у 27 (19,28%) больных, в том числе желудочковая экстрасисто-

лия - у 5 (3,57%), желудочковая экстрасистолия - у 21 (15%) больных, пароксизмальная тахикардия - у 1 больного (0,71%), треморная аритмия и качающейся аритмии не выявлено.

Выводы. по данным ЭКГ у 60 (42,85%) больных РА нарушения сердечного ритма были выявлены, а у 86 (61,42%) больных — по данным суточного холтеровского мониторирования ЭКГ. Доказано, что 24-часовой мониторинг ЭКГ по Холтеру ЭКГ немного отличается и более точен, чем результаты обычной ЭКГ. Хотя у больных РА жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы не было, ЭКГ и суточное холтеровское мониторирование ЭКГ выявили нарушения ритма сердца у 61% пациентов.

Амриллаев У.Ш., Норимов А.К., Собирова А.П.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

¹Кафедра внутренних болезней № 1 Самарского государственного медицинского университета.

²Самаркандский городской родильный дом №2. Узбекистан.

Научный руководитель – Ахмедов И.А.

Цель исследования. Изучить эффективность инфракрасного облучения (ИО) при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы. Обследованы 30 больных (женщин - 8, мужчин- 22) в возрасте от 22 до 36 лет. Лечение проводилось ингибиторами протонной помпы или H₂-блокаторами и антибактериальными препаратами. 9 больных (I группа) принимали только медикаментозное лечение, 11 больных — медикаментозное лечение и ИО (II группа) и 10 больных — медикаментозное лечение и другие методы физиотерапевтического лечения — электрофорез, токи Франклина (III группа). Лечение инфракрасными лучами было проведено при помощи керамических ламп серии GI, KL, ZB. Сеансы проводились ежедневно в течение 10–15 минут, облучению подвергались область желудка и двенадцатиперстной кишки. Курс лечения состоял из 8–10 процедур.

Результаты исследования. ИО и физиотерапевтические процедуры были назначены со 2–3-го дня стационарного лечения по общепринятым показаниям. После лечения отмечалось снижение интенсивности болей в эпигастриальной области, уменьшение метеоризма и других признаков диспепсического синдрома. Улучшение общего состояния больных в первой группе наблюдалось на 10–11-й день, во второй группе — на 7–8-й день, в третьей — на 9–10-й день лечения. В ходе лечения побочных эффектов от терапии ИО не отмечалось. При повторном гастродуоденофиброскопическом исследовании через 30–45 дней в первой группе у 5 (из 9), во второй группе у 9 (из 11) и в третьей — у 7 (из 10) больных отмечалось рубцевание язвенного дефекта.

Выводы. Таким образом, инфракрасные лучи низкой интенсивности при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки оказывают положительный терапевтический эффект. При отсутствии противопоказаний и осложнений заболевания их можно назначить со 2–3-го дня лечения.

Анисахони А., Шарифбоев А.Х., Бободжанова Р.Ш.

ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Кафедра внутренних болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Шарифова Н.Дж.

Цель исследования. Изучить эндотелиальную дисфункцию у пожилых больных изолированной систолической артериальной гипертонией.

Материал и методы. Нами было обследовано 24 больных с изолированной систолической артериальной гипертонией в возрасте от 65 до 76 лет, среди обследованных 13 женщин и 11 мужчин. Средняя давность артериальной гипертензии составляла 11,8±2,0 года, 9 больных имели I тип, 15-11 тип ИСАГ. Сосудодвигательную функцию эндотелия оценивали с помощью ультразвукового аппарата SONOS-4500 (фирма «Hewlett Packard». США) линейным датчиком 5,5-7,5 МГц по методике Celermajer D.S и соавт. Стимулом, вызывающим зависимую от эндотелия дилатацию периферических артерий, явилась реактивная гиперемия, создаваемая манжетой, наложенной на плечевую артерию (ПА), созданием давления на 20 мм рт.ст. выше систолического. Эндотелий независимую реакцию оценивали после приёма 0,5 мг нитроглицерина сублингвально. Нормальной реакцией ПА считалось её расширение на фоне реактивной гиперемии на 10% и более от исходного диаметра. Дисфункция эндотелия верифицировалась при расширении сосуда на реактивную гиперемия меньше, чем на приём нитратов.

Результаты исследования. У больных, включенных в исследование, исходный диаметр ПА составил в среднем 0,42±0,0065 см. После ишемии он увеличился на 0,033±0,0049 см, т.е. показатель процента прироста диаметра артерии на эндотелий зависимый стимул был снижен и составлял 7,86%. В ответ на приём нитроглицерина диаметр ПА достоверно был больше на 0,051±0,0068 (p=0,024), чем при реактивной гиперемии.

Выводы. У лиц пожилого возраста с изолированной систолической артериальной гипертонией часто имеет место дисфункция сосудистого эндотелия. Данное обстоятельство необходимо учитывать при назначении лекарственных препаратов этой категории пациентов.

Асилова Н.Г., Курбонова М.Н., Гафоров У.Т.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ МОНОНЕВРОПАТИИ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ганиева М.Т.

Цель исследования. Изучение клинических характеристик мультифокальной двигательной мононевропатии.

Материал и методы. Исследование проводилось в неврологическом отделении ГУ НМЦ «Шифобахш». Исходом данного исследования стали результаты анализа пяти пациентов (2 женщин, 3 мужчин) с диагнозом «моторная мультифокальная невропатия». В работе применялись следующие диагностические методы: неврологический осмотр (включающий оценку двигательных, чувствительных и вегетативных симптомов), лабораторные исследования крови (определение креатинфосфокиназы) и спинномозговой жидкости (общий анализ ликвора). Кроме того, проводились игольчатая и стимуляционная электронейрография, транскраниальная магнитная стимуляция и магнитно-резонансная томография.

Результаты исследования. В ходе исследования у четырёх пациентов с мультифокальной мононевропатией (ММН) наблюдалась мышечная слабость в дистальных отделах рук. У двух из них также отмечалась легкая слабость в одной ноге. Гипотрофия затрагивала дистальные отделы рук у трёх пациентов. Клиническая картина ММН характеризуется мозаичной поражённостью: различные мышечные группы демонстрировали разную степень ущерба — от сильного пареза с выраженными атрофиями до нормального уровня силы. У четырёх пациентов глубинные рефлексы были асимметрично снижены, а у трёх выявлены одиночные фасцикуляции. Все больные не имели чувствительных или других неврологических расстройств. Электромиография выявила значительный разброс показателей, связанный с тем, что слабость наблюдалась лишь в иннервируемых нервами с БПВ мышечных группах. У четырёх пациентов уровень КФК в крови увеличился вдвое.

Выводы. Клинически ММН напоминает боковой амиотрофический склероз, проявляясь сильными амиотрофиями, слабостью и фасцикуляциями при отсутствии чувствительных нарушений. Таким образом, принципиальным отличием ММН от БАС и хронической воспалительной полинейропатии является «мозаичность» (или отсутствие системности) поражения.

Асилова Н.Г., Рахмонов Р.Р., Абдуллоев Ф.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ НАСЛЕДСТВЕННЫХ НЕРВНО-МЫШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ганиева М.Т.

Цель исследования. Анализ современных генетических методов терапии наследственных нервно-мышечных заболеваний (НМЗ), включая спинальную мышечную атрофию (SMA), болезнь Шарко-Мари-Тута (СМТ) и спинально-бульбарную мышечную атрофию (SBMA). Рассматриваются механизмы патогенеза, терапевтические стратегии, их эффективность и ключевые вызовы.

Материал и методы. Исследование проведено совместно кафедрой неврологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино и учеными из Лондона. Проведен анализ клинических и доклинических исследований, касающихся генной терапии, антисмысловых олигонуклеотидов (ASO), малых молекул и векторных систем для лечения НМЗ.

Результаты исследования. Генетическая терапия НМЗ достигла значительного прогресса, особенно в лечении SMA. Одобрены три ключевых метода: нусинерсен (ASO, повышает экспрессию SMN), онасемноген абепарвовек (AVXS-101, векторная генная терапия) и рисдиплам (пероральная малая молекула, регулирующая сплайсинг SMN2). Эти методы значительно улучшают двигательные функции и выживаемость пациентов, однако различаются по механизму действия, способу введения и побочным эффектам. Для СМТ основным препятствием остается генетическая гетерогенность. Рассматриваются методы подавления мутантных аллелей, например, ASO-терапия при СМТ1А, вызванной дупликацией гена RMP22. Генотерапевтические стратегии находятся на стадии клинических испытаний. Для SBMA исследуется подавление мутантного андроген-рецептора с помощью ASO и малых молекул, разрабатываются комбинированные подходы, включая нейропротективные стратегии и ингибиторы андрогенного сигнального пути.

Выводы. Несмотря на прогресс, остаются вызовы, связанные с безопасностью, эффективностью доставки и долгосрочным влиянием терапии. Необходимо совершенствование методов введения, расширение ранней диагностики и персонализированный подход к лечению.

Асилова Н.Г., Фирузи И., Курбонова М.Н.

ОБЩЕЕ МОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ И ФОРМИРОВАНИЕ ФУНКЦИЙ РУК У ПАЦИЕНТОВ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА НА ФОНЕ БОТУЛИНОТЕРАПИИ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ганиева М.Т.

Цель исследования. Изучить изменения в развитии общих моторных функций и функций рук у пациентов со спастическими формами детского церебрального паралича (ДЦП) в процессе комплексной реабилитации, дополненной как однократными, так и повторными инъекциями ботулинического токсина типа А (БТА).

Материал и методы. В течение 14 месяцев проводилось проспективное наблюдение за 2 пациентами с одно- и двусторонними спастическими формами детского церебрального паралича на фоне однократных и повторных инъекций БТА и комплексной реабилитации. Всего проведено 74 инъекционные сессии. 17 (32,7%) детей получили двукратные инъекции, 5 (9,6%) — трехкратные. Результаты моторного развития детей оценены с использованием международных шкал GMFCS, GMFMS-88 и центильных таблиц моторного развития, соотнесенных с этими шкалами. Функция рук оценена с применением шкалы MACS. Впервые проведено сопоставление результатов реабилитации с применением ботулотоксина типа А и показателей естественного моторного развития пациентов с различными классами двигательных нарушений при детском церебральном параличе.

Результаты исследования. В группе пациентов с двусторонними формами ДЦП улучшение показателей моторного развития происходило медленнее и сохранялось длительнее по сравнению с пациентами с гемипарезом. Функциональный класс моторики рук по шкале MACS не зависел от гестационного возраста пациентов, был выше у детей с гемипарезом и клинически значимо изменился в 4 (7,7%) случаях после первого курса ботулинотерапии.

Выводы. Таким образом, качественный и количественный анализ динамики формирования общих моторных функций и функции верхних конечностей у пациентов со спастическими формами ДЦП на фоне комплексной реабилитации с применением ботулинотерапии выявил различия изменений для пациентов с одно- и двусторонними формами церебрального паралича, что необходимо учитывать при планировании инъекций БТА, выборе последующих методов восстановительного лечения, а также при формулировке ожидаемых целей реабилитации.

Асророва Н.Б.

СИМПТОМЫ ПОДАГРЫ И ЕЕ ПРОФИЛАКТИКА

Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан.

Научный руководитель - старший преподаватель Саидмуродова З.А.

Цель исследования. Уточнить клинические проявления подагры и оптимизировать их профилактику.

Материал и методы. Поскольку основным симптомом подагры являются боли в суставах, бывает сложно отличить это заболевание от других ревматологических патологий, травм и других заболеваний. Для постановки точного диагноза специалист опирается на анамнез, а также на данные параклинических исследований и анализов (биохимический анализ крови, общий анализ мочи). Время и точность диагностики зависят от степени заболевания, выраженности симптомов, общего состояния пациента, наличия сопутствующих патологий и нарушений. При этом анализ мочи не всегда является информативным, так как его показатели могут значительно варьироваться в зависимости от состояния мочевыделительной системы.

Результаты исследования. Устойчивое повышение уровня мочевой кислоты в крови, приводящее к образованию и накоплению кристаллов солей в мягких тканях организма, является основной причиной развития подагры. На начальных стадиях гиперурикемия (повышенный уровень мочевой кислоты) не вызывает образования кристаллов, однако свидетельствует о серьезных нарушениях обмена веществ и является первым признаком заболевания. Факторами, способствующими повышению уровня мочевой кислоты, являются: генетическая предрасположенность, избыточное поступление пуриновых соединений с пищей, повышенный катаболизм (расщепление) пуринов, замедление выведения мочевой кислоты (в связи с возрастом или дисфункцией почек). Для уточнения диагноза применяются различные методы диагностики: ВТТ (визуализационные тепловые тесты), компьютерная томография, рентгенография, Внутривенное введение пирофосфатного технеция, сцинтиграфия. Последний метод эффективен как на поздних, так и на ранних стадиях заболевания. На начальных этапах подагры другие инструментальные исследования малоинформативны, так как суставы и окружающие ткани еще не подвергаются значительной деструкции. Однако применение данных методов помогает дифференцировать подагрический артрит от других ревматических заболеваний. Лечение подагры включает применение противоподагрических препаратов: урикодепрессанты – снижают уровень мочевой кислоты, урикозурики – способствуют ускоренному выведению мочевой кислоты, комбинированные препараты – например, колхицин, используемый при остром приступе подагры. В периоды ремиссии и обострения целесообразно применение противовоспалительных препаратов: нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) – Индометацин, Фенилбутазон, глюкокортикостероиды – Преднизолон. Эти препараты уменьшают воспаление, боль и отек в области пораженного сустава.

Выводы. Здоровый образ жизни и регулярные медицинские осмотры также являются мерами профилактики подагры. К факторам риска развития подагры относят постоянный голод (даже если это для похудения или здоровья), быстрое похудение, прием некоторых лекарственных препаратов: (цитостатики, диуретики любой формы), употребление слишком большого количества алкоголя, травмы, депрессия и инфекционные заболевания. Даже при установленном диагнозе, соблюдение профилактических мер позволяет облегчить течение болезни, замедлить или остановить ее прогрессирование и значительно улучшить качество жизни пациента.

Ауескали А.Д., Шодорова А.Е., Амантай Ж.С.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПО Г.АЛМАТЫ

Кафедра внутренних болезней НАО «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова». Казахстан.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Рамазанова Р.М.

Цель исследования. Изучение распространенности, течения, клинического исхода гематологических заболеваний у беременных в отделении гематологии «Городской клинической больницы №7» за 5 лет.

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ клинических данных 126 пациенток, первично госпитализированных в отделение гематологии «Городской клинической больницы №7» за период с 1 января 2020 года по 31 декабря 2024 г.

Результаты исследования. Анализ клинических исходов беременных с гематологическими заболеваниями показал высокий риск осложнений, особенно при острых патологиях. Своевременная терапия острого лейкоза улучшает прогноз для матери, но сохраняет высокие риски для плода. У пациенток с хроническими патологиями прогноз был более благоприятным при адекватных назначениях терапии и комплаенсе с пациентом. При анализе отмечен рост случаев иммунной тромбоцитопении и коагулопатий за последние 2 года. Большинство пациенток (65%) смогли пролонгировать беременность что свидетельствует о возможности ведения беременности несмотря на наличие гематологических заболеваний при условиях своевременной диагностики и правильного выбора тактики ведения. В 19% случаев потребовалось досрочное родоразрешение, что может быть связано с ухудшением состояния матери и плода. 16% беременностей были прерваны по медицинским показаниям, что подчеркивает тяжесть гематологических патологий. Был проведен анализ результатов лечения и связь с ранней или поздней диагностикой первичных случаев, в связи с чем было выявлено то, что диагностика во 2-3 триместрах повышает риск осложнений для матери, но улучшает прогноз для плода, в следствие того что тератогенный эффект некоторых химиопрепаратов оказывает меньше действий после органогенеза в организме плода. Позднее обращение приводит к неблагоприятным осложнениям, в том числе смерти (3 случая), что еще раз подчеркивает значимость ранней диагностики и своевременного лечения.

Выводы. Беременные с гематологическими заболеваниями имеют высокий риск и требуют ранней диагностики и междисциплинарного подхода. Острые формы гематологических заболеваний у беременных требуют немедленного вмешательства. Хронические заболевания имеют более благоприятный прогноз по сравнению с острыми формами болезней. Позднее обращение повышает риск летального исхода. Дети, рожденные у пациенток с гематологическими патологиями, нуждаются в наблюдении из-за возможного влияния терапии на их здоровье.

Ахмедова М.Б., Сайёхати И., Мухамедова М.А.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПИЕЛОНЕФРИТА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Кафедра эндокринологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ниязова Н.Ф.

Цель исследования. Определить частоту встречаемости пиелонефрита у больных с сахарным диабетом (СД) 1 типа.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось ретроспективно на базе ГМЦ №1 имени Карима Ахмедова, в отделении детской эндокринологии с 01.12.24 по 31. 02.2025. Для оценки частоты встречаемости инфекции мочеполовой системы проведён анализ 60 историй болезней больных СД 1 типа. Всем больным проводилось общеклиническое исследование анализа мочи, определение фильтрационной способности почек, уровня креатинина и мочевины крови. Проводилось ультразвуковое исследование почек. Для диагноза пиелонефрита использовали классификацию, принятой в 1980 г. на Всесоюзном симпозиуме «Пиелонефрит у детей». Статистическая обработка проводилась с использованием пакета программ MS Office 2016.

Результаты исследования. В ходе анализа историй болезней средний возраст больных составил $13,59 \pm 0,5$ лет (от 1 до 22 лет). Длительность СД 1 типа составила в среднем $4,46 \pm 0,54$ лет. Средний уровень глюкозы в крови составил $17,37 \pm 0,79$ ммоль/л., средний уровень гликированного гемоглобина составил $11,93 \pm 0,38\%$. По результатам исследования, пиелонефрит выявлен у 39 (65%) госпитализированных (58,9% девочек и 41,1% мальчиков) в возрасте от 5 до 22 лет, со средней продолжительностью диабета 5,5 лет. Средний уровень глюкозы у этих больных составил $17,58 \pm 0,91$ ммоль /л, гликированный гемоглобин - 12%. Среднее количество белка в моче у этих пациентов составило 0,06 г/л. У 7 (18%) пациентов с пиелонефритом состояние утяжесилось диабетической нефропатией 3А и Б степени, СКФ составил $49,06 \pm 2,76$ мл/мин/1,73 м². У 12 (30,8%) пациентов было диагностировано обострение хронического пиелонефрита, 50% пациентов имели выраженную симптоматику (повышение температуры тела, боли в пояснице), и все пациенты поступали в состоянии кетоацидоза различной степени тяжести.

Выводы. Таким образом, у пациентов с сахарным диабетом 1 типа частота встречаемости пиелонефрита составляет 65%, причём у девочек инфекции мочеполовой системы наблюдаются чаще, чем у мальчиков, что объясняется анатомо-физиологическими особенностями мочеполовой системы. Тяжесть течения пиелонефрита усугубляется декомпенсацией основного заболевания, а также обострение пиелонефрита способствует прогрессированию поздних и острых осложнений диабета.

Ашуралиев Н.Н.

РОЛЬ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА В ДИАГНОСТИКЕ СЕРДЕЧНО СОСУДИСТОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРВОГО ЗВЕНА

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н. Иномзода Дж.И.

Цель исследования. Оценить роль семейного врача в диагностике, лечении и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, а также определить основные направления совершенствования первичной кардиологической помощи.

Материал и методы. Проведен анализ 250 пациентов, обратившихся в первичное звено здравоохранения с различной патологией. У 120 пациентов было выявлено с сердечно сосудистой патологией. Оценивались факторы

риска (курение, гиперлипидемия, сахарный диабет, ожирение), клинико-лабораторные показатели (уровень артериального давления, уровень холестерина и триглицеридов, гликированный гемоглобин), а также данные электрокардиографии и эхокардиографии. Анализировалась эффективность немедикаментозных и медикаментозных методов лечения, назначаемых семейными врачами.

Результаты исследования. Артериальная гипертензия была выявлена у 62% пациентов, причем у 35% из них заболевание диагностировано впервые.

- Ишемическая болезнь сердца диагностирована у 28% пациентов, из них у 40% отмечена сочетанная патология с сахарным диабетом 2 типа.
- Нарушения ритма (фибрилляция предсердий) зафиксированы у 10% обследованных пациентов.
- Только 47% пациентов из всех ранее проходили регулярное кардиологическое обследование, что свидетельствует о недостаточности профилактической работы.
- Коррекция образа жизни (диета, физическая активность, отказ от вредных привычек) позволила снизить артериальное давление в среднем на 8–12 мм рт. ст. у пациентов с пограничной гипертензией.
- Назначение комбинированной антигипертензивной терапии (ингибиторы АПФ + антагонисты кальция) позволило добиться целевых значений АД у 78% пациентов.

Выводы. Семейный врач играет ключевую роль в ранней диагностике и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Регулярный скрининг факторов риска, своевременное назначение терапии и работа с пациентами по изменению образа жизни позволяют снизить частоту осложнений и улучшить прогноз у пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Учитывая рост распространенности артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточности (ХСН) и нарушений ритма сердца, семейные врачи должны обладать комплексными знаниями в области кардиологии для своевременной диагностики и эффективного лечения пациентов.

Совершенствование образовательных программ для семейных врачей и внедрение алгоритмов диагностики и лечения кардиологических заболеваний в амбулаторной практике являются перспективными направлениями повышения качества первичной медицинской помощи.

Ашуров Б.С., Саидов К.Ч., Фузулзода М.

ТАЪСИРИ КОРОНАВИРУС БА ПАЙДОИШИ МИОКАРДИТИ СИРОЯТӢ ВА ВАЗНИНШАВИИ РАВИШИ НОРАСОГИИ МУЗМИНИ ГАРДИШИ ХУН.

Кафедра анатомии нормалии МДТ “ДДТХ”. Тоҷикистон

Рохбари илмӣ - Эргашев Х.Ю.

Мақсади таҳқиқот. Муайян кардани омилҳои хатар дар бемороне, ки баъди гузаронидани коронавирус ба миокардити сироятӣ гирифта шудаанд.

Мавод ва усулҳо. Таърихи беморӣ ва ҳисоботи омории нимсола ва солони шумораҳои Маркази Ҷумҳуриявии клиникии бемориҳои дил (ш. Душанбе) дар солҳои 2018 ва 2024. Эхо КГ ва СБД беморони бистаришудаи муассисаи мазкур.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Аз 25 бемороне, ки дар нимсолаи аввали соли 2024 дар Маркази ҷумҳуриявии клиникии бемориҳои дил бо таъхиси миокардити сироятӣ бистарӣ буданд, 16 (64%) нафарашон фарбеҳии дараҷаи гуногун, 5 (20%) нафар диabetи қандва 8 (32%) нафарашон дар оила бемориҳои дилу рағҳо доштанд, Аз байни онҳо 16 (64%) нафарашон то 40 сола буданд. Ин рақам нисбат ба ҳисоботи омории нимсолаи аввали соли 2018 19 нафар зиёд мебошад (соли 2018 - 6 нафар бо таъхиси миокардити сироятӣ бистарӣ буданд). Ҳангоми гузаронидани усули ИФА муайян намудани гирифташавӣ ба бемории коронавирус дар беморон 6 (24%) нафарашон натиҷаи мусбӣнишон дод.

Натиҷаҳои ЭхоКГ: дар 17 бемор (68%) бемор фраксияи партоиш поёнтар аз 45% , дар 8 бемор (32%) фраксияи партоиш 45-55% буд.

Натиҷаҳои СБД: дар беморон пастшавии амплитудаи дандонаи R, пастшавии фарогирифтаи дандонаи T ва намудҳои гуногуни мурабаи коридил ба қайд гирифта шуд.

Хулоса. Бемории сироятии коронавирус дар таркиби сабабҳои миокардити сироятӣ яке аз ҷойҳои назаррасро дар давоми 4 соли охир ишғол карда, сабаби асосии вазниншавии равиши норасоии гардиши хун гаштааст. Сабаби асосии оризанок гаштани коронавирус ба миокардити сироятӣ ин омилҳои хатар ба монанди фарбеҳӣ, диabetи қанд ва ирсиятмебошад. Барои пешгирии сирояти коронавирус дар шахсони гирифтори омили хатар ба монанди диabetи қанд, фарбеҳӣ, онҳое ки дар оилашон бемориҳои дилу рағҳо мушоҳида мешавад, эмкунӣ бо марҳилаи зиддикоронавирусӣ ба роҳмондашавад.

Ашурова Д.Б. Рузиева А.С. Хидоятов А.М.

ТЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ДЕБЮТЕ БОЛЕЗНИ

Кафедра терапии с курсом геронтологии и гематологии ГОУ ИПОСЗ РТ. Таджикистан

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ахунова Н.Т.

Цель исследования. Оценить клинические признаки ревматоидного артрита (РА) у больных пожилого возраста в дебюте болезни.

Материал и методы. Было обследовано 70 больных с диагнозом «вероятный» РА по критериям Американской Коллегии Ревматологов (АКР, 1987). за период 2023-2024 г.г. Женщин – 48 (68,5%), мужчин – 26 (37,1%), средний возраст больных к началу исследования составил 59,9 лет. Длительность болезни в среднем 12-24 мес. Всем

больным проводили общеклинические, биохимические (СРБ, общий белок, ревмофактор, сахар крови, печеночные трансаминазы) и инструментальные методы исследования (рентгенография суставов, ЭКГ, УЗИ внутренних органов). У больных женского пола суставной синдром в дебюте заболевания начинается по типу олиго-полиартрита с преимущественным поражением лучезапястных, проксимальных межфаланговых суставов кистей рук. У пациентов мужского пола суставной синдром чаще начинается как моно- олигоартрит с преимущественным поражением коленных суставов (62%). У лиц пожилого возраста на ранних стадиях РА наблюдается быстропрогрессирующий характер течения с развитием деструктивных изменений в суставах и инвалидизацией уже в течение первого года жизни. Ранний период ревматоидного артрита во многом определяет темпы деструктивного процесса в суставах.

Результаты исследования. На момент обследования у большинства больных 46 (65,7%) была I рентгенологическая стадия болезни, у 18 (25,7%) больных рентгенологические признаки отсутствовали или были незначительными. У 36 (51,4%) больных отмечалась функциональная недостаточность I ст., а функциональная недостаточность суставов (2 ст.) наблюдалась у 28 (40%). У большинства больных 42 (60%) была I ст. активности, что затрудняет диагностику воспалительных заболеваний суставов. Отрицательными по РФ были более половины больных 39 (55,7%), что совпадает с мнением Насонова Е.Л. Согласно рекомендациям EULAR по проведению мониторинга активности болезни определялось число болезненных, воспалительных и болезненных и припухших суставов.

Количество болезненных и припухших суставов у 22 (31,4%) больных колебалось от 5 до 12, количество воспаленных суставов у 31 (44,2%) больных - от 1 до 4 суставов, у 17 (24,2%) больных - более 12 суставов. Таким образом, местные воспалительные признаки у подавляющего большинства больных были хорошо выражены. Индекс Ричи у 32 (45,7%) больных также свидетельствует о высоком местном воспалительном процессе. Индекс тяжести, наоборот, у большинства пациентов 50 (71,4%) был невысок (1-2 балла), что подтверждается вычислением активности в баллах. В то же время, более чем у 1/3 больных отмечалась активность 2 балла (46%) и индекс тяжести 5 баллов (38%), что обычно наблюдалось при позднем обращении к врачу.

Выводы. 1. Ревматоидный артрит в дебюте болезни у больных пожилого возраста протекает чаще с меньшим поражением суставов, низкой степенью активности, отсутствием РФ почти у половины больных, I стадией изменений на рентгенограммах или их отсутствием, в то же время, выражено местное воспаление суставов.

2. Одним из важных факторов, который может способствовать улучшению прогноза у пациентов пожилого возраста с ревматоидным артритом, является активное выявление этого заболевания на поликлиническом этапе врачами общей практики.

Ашурова Д.Б., Сайфиева Н.М., Назридинова М.Б.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИЛГРОСТИМА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Кафедра внутренних болезней с курсом геронтологии и гематологии ГОУ «ИПОвСЗ РТ». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ахунова Н.Т.

Цель исследования. Определить эффективность введения филгростима у больных острым лимфобластным лейкозом во время лечения ПХТ по схеме Хольцера.

Материал и методы. В первой группе под нашим наблюдением находились 11 больных с ОЛЛ находившихся на стационарном лечении и получали ПХТ по схеме Хольцера в гематологическом отделении ГУ НМЦ «Шифобахш» за период с сентября месяца 2024г до февраля 2025г. Возраст больных от 17 до 50 лет. Лиц мужского пола 6, женского 5. Медиана возраста 26 лет. Во второй группе под нашим наблюдением находились 10 больных с ОЛЛ в возрасте от 18 до 45 лет. Среди них мужчин 5, женщин 5. Медиана возраста 25 лет. Диагноз острый лимфобластный лейкоз был выставлен на основании развернутого общего анализа крови, полного исследования биохимических тестов, инструментальных методов исследований, миелограммы, цитохимического и гистохимического исследования пунктата костного мозга. Все больные в первой группе и во второй группе получали ПХТ по схеме Хольцера, антибактериальную и детоксикационную терапию, компоненты крови (эритроцитарная масса, свежемороженая плазма, тромбоконцентрат), гепатопротекторы, гемостатические препараты. Больные во второй группе дополнительно получали филгростим по 300мкг подкожно.

Результаты исследования. По результатам общего анализа крови и общего состояния больные во второй группе быстрее восстанавливались и уровень лейкоцитов в анализах быстрее восстанавливался.

Выводы. Данное исследование доказывает, что введение филгростима является важным и эффективным звеном в схеме лечения острого лимфобластного лейкоза, который снижает риск заражения инфекционными или вирусными заболеваниями.

Аюбов Э.И., Саломова М.А., Худоёрова А.Б.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЁНКА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - старший преподаватель Рахматуллоева З.

Цель исследования. Изучить клинический случай железодефицитной анемии у недоношенного ребёнка в практике семейного врача.

Материал и методы. Проведены исследования истории развития ребёнка Б. № 024/у в Государственном учреждении Городского центра здоровья №12 (ГУ ГЦЗ №12). В работе представлен клинический случай железодефицитной анемии недоношенного ребёнка. Описана тактика ведения пациента семейным врачом.

Результаты исследования. Больной ребёнок Б., дата рождения 09 октября 2021 г. Ребёнок рождён от пер-

вой беременности. Во время беременности на сроке 11 недель мать ребёнка получала антибактериальную терапию (какой антибиотик получала не помнит), на 26-ой неделе отмечались отёки голеней, А/Д у матери 140/90 мм. рт. ст., на 39 неделе беременности., нарушения маточно-плодового кровотока. Роды преждевременные на 33 неделе на фоне преэклампсии. Оценка по шкале Апгар 7-7 баллов. Масса при рождении 1950 г, длина тела 41 см. Диагноз при выписке из родильного дома: внутриутробная инфекция неясной этиологии тяжёлой степени, церебральная ишемия II, острый период, синдром вегето-висцеральной дисфункции. Анемия недоношенных лёгкой степени. Фон: умеренная асфиксия при рождении, отёчный синдром II степени, неонатальная желтуха I степени. Недоношенность. Ребёнок с рождения находится на искусственном вскармливании. Ребёнок выписан из родильного дома 21.11.2021 года, семейный врач участка в тот же день посетил ребёнка, провёл I-ый послеродовой патронаж. При осмотре: ребёнок бледный, вялый, аденамичен. Прибавка в массе 479г, в росте 2,5см. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту. Частота дыхания - 45 в минуту, частота сердечных сокращений - 142 в минуту. В лёгких ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Выслушивается систолический шум на верхушке сердца. Живот мягкий, безболезненный. Стул со слов мамы регулярный, без патологических примесей, мочеиспускание свободное. От 22.11.2021г. результат анализа крови: эр.-2,7.10¹²/л, Hb -90г/л, СОЭ- 14мм. ч. Так как ребенок находится на искусственном вскармливании, получал смесь «Пре-Нутрилон» для недоношенных детей. Семейный врач рекомендовал смесь «Nanoptirgo». Семейный врач назначил консультация врача гематолога. Врач гематолог выставил диагноз: ранняя железодефицитная анемия недоношенного ребёнка. Гематолог назначил ребёнку общий анализ крови и соответствующее лечение: фолиевая кислота по 1/4 таблетки 1 раз в день в течение 1 месяца, «Мальтофер» по 3 капли 1 раз в день в течение 3 месяцев, сроком до 1 года с увеличением дозы по мере роста ребенка. После проведенного лечения улучшились показатели красной крови и Hb, ребенок стал более активным. Ребёнок взят на диспансерный учёт (ф. № 30) со стороны гематолога и семейного врача.

Выводы. Учитывая раннюю железодефицитную анемию недоношенного ребёнка, неблагоприятный преморбидный фон у ребенка, высокую вероятность задержки нервно-психического и физического развития (они могут носить необратимый характер), повышение риска развития инфекционных заболеваний, необходимо в дальнейшем продолжить наблюдение за ребёнком невролога, гематолога и семейного врача.

Бабаджанов М., Нодиров М., Набиев Д.

СТРУКТУРА ИНВАЛИДНОСТИ ПО НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ В РАБОТЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Мирзокалонова М.Дж.

Цель исследования. Анализ структуры инвалидности по неврологическим заболеваниям в работе семейного врача по ГУ ГЦЗ №15, за 2024г.

Материал и методы. Нами проведён анализ из отчёта 2024года, ГУ ГЦЗ №15, семейных врачей с инвалидностью по неврологическим заболеваниям. Состояло всего 148 больных с инвалидностью по неврологическим заболеваниям.

неврологическими заболеваниями состоят на диспансерном учете у семейных врачей

Результаты исследования. Проведённый анализ работы семейного врача по структуре инвалидности неврологических заболеваний. Всего 148 случаев многие из которых состоят на учете с детского возраста с группами инвалидности- из них- 87 (58,7%) случаев мужского пола и 61(41,3%) случаев женщин. За 2024 год не было новых случаев. инвалидности по неврологическим заболеваниям.

По группам инвалидности у больных с неврологическими заболеваниями показало, что в I-ой группе всего- 30 (20,2%) случаев- из них женского пола составила – 12 (40%), мужского пола составило – 18 (60%). II-ой группе всего 86(58,1%)- их них женского пола составила-38(44,1%), мужского пола составило – 48 (55,8%). III-ой группе инвалиды всего 32(21,6%) из них женского пола составила -11(21,3), мужского пола составило-21(65,6%).

Структура инвалидности неврологических больных по нозологиям состоит из более 10 патологий:

1. Остаточные явления нарушений мозгового кровообращения -30(20,3%)
2. Остаточные явления перинатальной энцефалопатии – 25(16,9%)
3. Эпилепсия – 19 (12,8%)
4. Остеохондроз -16 (10,8%)
5. Другие заболевания -58(39,2%)

Выводы. 1 Таким образом выявлено, что превалирует II группа инвалидности 58,1%-из них мужчины -55,8%. По полу превалирует мужской -58,7%. По нозологии заболеваний остаточные явления нарушений мозгового кровообращения - 20,3%. 2. Наш анализ показывает, что диспансеризация в работе семейного врача стоит на хорошем уровне.

Бабаджанов М.А., Сафизода С.З., Эргашов С.С.

ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОСТРОМ МИЕЛОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ

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

Научный руководитель- к.м.н., доцент Ходжиева Г.Б.

Цель исследования. Определить поражение центральной нервной системы (ЦНС) при остром миелобластном лейкозе.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 30 больных, находившихся на стационарном

лечении в гематологическом отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» г. Душанбе с диагнозом острый миелобластный лейкоз (2024 год). Всем больным были проведены клинические и лабораторные методы исследования: развернутый и общий анализ крови, печеночные пробы, биохимия крови, стерильная пункция с цитохимическим исследованием, гастроскопия, общий анализ мочи, ЭКГ, УЗИ исследование внутренних органов, ЭЭГ, консультация невропатолога и окулиста.

Результаты исследования. Возраст больных с ОМЛ составил от 17 до 67 лет, медиана возраста 42 года. Мужчин оказалось – 19 (63,3%) женщин – 11 (36,7%). Чаще болели мужчины молодого возраста. От общего количества больных (30 больных) у 24 больных встречались изменения со стороны ЦНС и периферических нервов. При определении группы крови оказалось, что больные с I(0) группой крови -12 (40%) человек, со II(A) группой крови -6 (20%) человек, с III(B) группой крови -12(40%) человек, с IV(AB) группой крови никого не оказалось. Из 30 поступивших больных, 24 получили курсы полихимиотерапии (по программе 5+2 и 7+2 использовалось даунорубин и цитозин-арабинозид) 6 - больных отказались получать химиотерапию. Поражение ЦНС и периферических нервов у больных с ОМЛ наблюдалось в 8(33,3%) случаях в виде неврита глазного нерва, у 8 (33,3%) больных - нейропатия, у 4(16,7%) - неврит лицевого нерва, у 3 (12,5%) - поражение слухового нерва, у 1 (4,2%) - нейрорейкоз.

Выводы. Данное исследование свидетельствует, что при острых лейкозах встречается поражение ЦНС и периферических нервов, на фоне полихимиотерапии, что необходимо учитывать при проведении сопроводительного лечения.

Баротов И.И.

СОЦИАЛЬНО – ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАБЛЮДАЕМЫХ СЕМЕЙ.

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Бандаев И.С.

Цель исследования. Изучение социально-экономических аспекты деятельности амбулаторно-поликлинической службы наблюдаемых семей Яванского района.

Материал и методы. Всего проанкетировано 250 пациентов врачей общей практики, а анализу подвергнуто 200 анкеты. Среди опрошенных было 36,9% мужчин и 63,1% женщин. Лица трудоспособного возраста (с 20 до 59 лет) составили 63,9% (мужчины 34,5% и женщины 65,5%), а респонденты пожилого (пенсионного возраста)-30,1%.

Результаты исследования. В данном исследовании в качестве пациента выступает семья, мы старались информацию, полученную от респондентов связывать с их семьями. На основании мнения автора о том, что структура семьи включает три основных элемента: численность, состав, число поколений, была составлена классификация обследованных семей. Результаты анкетирования показали, что одиноко проживающих респондентов составили 10,4%, холостые или незамужние, живущие с родителями, составили 8,0%.

Также были выделены малые семьи, состоящие из меньше 3-х человек - 30,5%, от 3-5 членов - 40,9%, большие из 5 и более человек 28,6%. Брачный пар без детей оказался - 8,0%, семей, имеющих одного ребенка - 9,6%, двух детей – 16,0%, трех - 24,1%, и более трех детей составил 42,3%. Для дальнейшего исследования мы акцентировали внимание на одиноко проживающих респондентах, членах неполных и полных семей, которые составили соответственно 9,7%; 27,4%; 62,9%.

Интересные данные получены при изучении состава семей в разных возрастных группах. Более трети (40,3%) семей молодого возраста (до 30 лет) проживает с родителями, что, вероятно, естественно и оправданно в нынешних условиях экономического неблагополучия. В этом возрасте роль родителей велика еще и с точки зрения оказания помощи по уходу ребенком. В то же время настораживает тот факт, что почти такая же доля (35,4%) семей в возрасте 30-39 лет продолжает проживать с родителями. Это, скорее всего, является вынужденной мерой, с одной стороны, из-за трудностей улучшения жилищных условий в период экономической трудности в стране, а с другой - совместное проживание помогает преодолевать материально-экономические затруднения. Для лиц старшего поколения (старше 60 лет) более благоприятным является проживание вместе с детьми. По данным нашего исследования, семьи пенсионеров составляют 10,1%. Из них одиноко проживают-8,9%. Причем, удельный вес одиноких с возрастом увеличивается (среди 60-69 летних их 10,3%, а 70 и более лет - 20,7%). В малых семьях живет 40,7% лиц пожилого возраста, в больших семьях- 32,0%.

Выводы. Таким образом более трети (40,3%) семей молодого возраста (до 30 лет) проживает с родителями, что, вероятно, естественно и оправданно в нынешних условиях экономического неблагополучия. В этом возрасте роль родителей велика еще и с точки зрения оказания помощи по уходу ребенком.

Баротов И.И.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МЕЗАДЕНИТА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Бандаев И.С.

Цель исследования. Изучение частоты встречаемости мезадениита среди пациентов детского возраста методом УЗИ-диагностики за период 2024 года.

Материал и методы. Для проведения исследования была использована статистика обращений пациентов в приемное отделение детской хирургии комплекса «Истиклол» за 2024 год. В ходе статистического анализа обращений выявлено, что, помимо осмотра узких специалистов и лабораторной диагностики, для уточнения диагноза всем детям было проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости.

Результаты исследования. В детское сомато-хирургическое приёмное отделение комплекса «Истиклол» за медицинской помощью обратились 4860 детей, из них обращения с жалобами на боли в животе в 1944 случаях (40,0%). Возраст обратившихся колебался в интервале от 1 месяца, 12 дней до 10 лет. В гендерном отношении девочек было 54,0% (1050) и 46,0% (894) мальчиков. В возрастной структуре обратившихся детей выявлено следующее: наибольшее количество детей было дошкольного возраста - 623(32,1%), раннего школьного – 486 (24,9%) пациентов и ясельного возраста - 465 (23,9%) малышей, меньше всего детей грудничкового возраста – 486 (24,9%) случаев. Средний возраст пациентов составил 4,8 лет.

Анализ историй болезни пациентов, обратившихся за медицинской помощью по поводу боли в животе показал, что причиной заболевания у более 60 процентов (60,2%) пациентов были острые хирургические состояния, которые явились поводом для хирургического вмешательства.

Структура хирургических диагнозов обратившихся детей: острая кишечная непроходимость - 189 (16,1%), острое воспаление аппендикса - 284 (24,2%), желчнокаменная болезнь - 141 (12,2%), мочекаменная болезнь - 296 (25,2%), эхинококкоз органов брюшной полости - 92 (7,8%), открытые и закрытые повреждения органов брюшной полости 152 (12,9%), а остальные - 18 (1,6%) прооперированных детей имели различными врождённые аномалии. Послеоперационное состояние всех пациентов расценено как удовлетворительное.

У остальных 772 (39,8%) детей, обративших с жалобами на боли в животе с помощью УЗИ исследования были выявлены плотные, увеличенные в размере кишечные лимфоузлы, диагноз: мезаденит был подтверждён специалистом. Консервативное лечение получали мальчики - 323 (41,8%), девочки в 449 (58,2%) случаях.

Вывод. За период 2024 года почти у 40% детей из общего числа обратившихся с жалобами на боли в животе с помощью ультразвукового исследования и специалистами был диагностирован мезаденит, среди которых преобладали девочки (58,2%).

Батаа Б., Амирбекова М.С., Жунусова Т.С.

ИЗУЧЕНИЕ МЕТОДОВ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ИНСУЛЬТ

Школа сестринского образования

НАО «Карагандинский медицинский университет». Казахстан.

Научный руководитель- д.м.н., профессор Киспаева Т.Т.

Цель исследования. Изучение современных методов реабилитации верхних конечностей у пациентов, перенесших инсульт.

Материал и методы. Анализ современной научной литературы за период 2014–2024 годов, включая базы данных Cochrane и PubMed. Были изучены исследования, посвященные эффективности реабилитационных методик, таких как зеркальная терапия, роботизированные системы, функциональная электрическая стимуляция и виртуальная реальность.

Результаты исследования. По данным анализированной литературы было выявлено, что зеркальная терапия улучшает двигательную функцию и снижает спастичность за счет стимуляции нейропластичности. Тем не менее, приверженность пациентов к этому методу снижается из-за однообразия процедур. Введение элементов виртуальной реальности повышает мотивацию и вовлеченность. Исследования показали, что применение зеркальной терапии способствует значительному улучшению двигательной функции и снижению спастичности у пациентов, перенесших инсульт. Gebreheat G. et al., пришли к выводу, что зрительная иллюзия, создаваемая зеркалом, помогает активировать нейропластичность, улучшая координацию движений и мелкую моторику. Однако эффективность терапии снижается при длительном использовании из-за однообразия упражнений, что требует внедрения дополнительных методов для повышения мотивации пациентов. Thieme H. et al., отметили, что использование роботизированных систем с экзоскелетом позволяет пациентам выполнять повторяющиеся и точные движения, что улучшает мышечную силу и координацию. Результаты показывают значительное увеличение показателей по шкале Fugl-Meyer (FMA), а также улучшение навыков самообслуживания. Исследователи пришли к выводу, что роботизированная терапия эффективна на всех этапах реабилитации, особенно при тяжелых двигательных нарушениях. А также виртуальная реальность оказалась эффективной в восстановлении двигательных функций верхних конечностей благодаря интерактивному подходу. Carolee J. et al., отметили, что пациенты демонстрировали улучшение мелкой моторики, силы мышц и координации движений. Таким образом, исследователи пришли к заключению, что реабилитация верхних конечностей у пациентов после инсульта требует использования комплексных, индивидуализированных и инновационных подходов, которые позволяют ускорить восстановление и повысить уровень независимости пациентов.

Выводы. Анализ данных показал, что инновационные подходы, такие как зеркальная терапия, роботизированные устройства и виртуальная реальность, являются перспективными инструментами для реабилитации верхних конечностей у пациентов с инсультом. Их комбинированное использование способствует более быстрому восстановлению двигательных функций, повышению качества жизни пациентов и снижению зависимости от посторонней помощи. Однако несмотря на достигнутый прогресс, тема реабилитации верхних конечностей после инсульта остаётся актуальной. Необходимы дальнейшие исследования для усовершенствования существующих методов, стандартизации их применения и разработки новых подходов, которые позволят ещё более эффективно справляться с последствиями инсульта.

Баходуров Б.К., Шомуродов М.Х.
ТАЪСИРИ ЗАРФҲОИ ПЛАСТИКӢ БА САЛОМАТИИ ИНСОН

Кафедраи бемориҳои сироятӣ ва дерматовенерологияи
МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон”. Тоҷикистон
Роҳбари илмӣ – н.и.т. Исоева Б.И.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиш ва таҳлили адабиёти илмӣ, ки ба таъсири зараровари маводҳои пластикӣ ба саломатии инсон бахшида шудааст.

Мавод ва усулҳо. Дар ин таҳқиқот маълумоти адабиёт ва натиҷаҳои таҳқиқотҳои муаллифони хориҷӣ дар бораи зарари экологии маводи полимерӣ ҳангоми истифода дар ҳаёти муосир ҷамъоварӣ гардида, инчунин, пурсиши яқдафъинаидонишҷӯёни донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон оид ба истифодаи зарфҳои пластикӣ дар доираи Гранти хурди дохилидонишгоҳӣ дар мавзӯи “Маърифати экологӣ дар байни наврасон ва ҷавонон” истифода шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Тибқи маълумоти адабиёт, ҳангоми истифодаи тақрири зарфҳо (ба истиснои оби хунук), ки аз полиэтилентерефталат (01-ПЭТ), поливинилхлорид (03-ПВХ), фталатҳо, хлориди винилӣ ва металлҳои вазнин ба таркиби зарф бароварда мешаванд. Пас аз ворид шудан ба бадан, фталатҳо дар тамоми узвҳо паҳн мешаванд ва ба системаи эндокринӣ, ҷигар ва шуш зарар мерасонанд. Олимон муайян карданд, ки фталатҳо ба пласента ворид мешаванд, ки дар натиҷа ҷараёни муқаррарии ҳомиладорӣ ҳалалдор мешавад. Ин пайвастиҳои захролуд ба сохтори гормонҳои ҷинсӣ (эстрогенҳо) таъсир мерасонанд. Фталатҳо дар бадани мард истеҳсоли тестостеронро бозмедоранд. Ва дар занон, онҳо ба рушди саратони сина, бемориҳои тухмдон оварда мерасонанд ва безурёти низ метавонанд инкишоф ёбанд.

Оҷонсии байнулмилалии таҳқиқот оид ба саратон, бахше аз Созмони Ҷаҳонии Беҳдошт дар бораи формальдегид маълумот додааст. Ин модда як канцероген аст, ки боиси саратон мегардад. Ҳангоми нафаскашии буғи формальдегид варамҳои бинӣ ва агар ба бадан ворид шавад, лейкоз пайдо мешавад. Олимон барҷастаи муҳити зисти СММ хушдор додаанд, ки зарфҳои пластикии биологӣ вайроншаванда ва ҳалтаҳои харид “ҳалли нодуруст” барои мушкilotи густурдаи партовҳои уқёнус мебошанд. Гузориҳои Созмони Милали Муттаҳид мегӯянд, ки аксари зарфҳои пластикӣ хеле устувор аст, ки ба миқдори зиёди партовҳои пластикӣ ва “микропластикҳо” аз Арктика ба Антарктида тавассути ҷараёнҳои уқёнус паҳн мешаванд.

Дар рафти таҳқиқоти мо барои пурсишномаи яқвақта аз 121 нафар донишҷӯёни Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон гузаронида шуд. Дар натиҷаи пурсиш маълум гардид, ки 68%-и талабагон (82 нафар) дар ҳаҷми зарурат аз зарфҳои яқдафъаина истифода мебаранд, 26% (31 нафар) умуман аз зарфҳои пластикӣ истифода намебаранд ва 6% (8 нафар) аксаран дубора зарфҳои пластикиро истифода мебаранд.

Хулоса. Маълумотҳои сарчашмаҳои адабиёт нишон медиханд, ки ҳангоми нодуруст истифода бурдани зарфҳои пластмасса моддаҳои захрнок, аз қабili хлориди винил, бисфенол-А, фталатҳо, формальдегид ва дигар моддаҳо, ки ба организми инсон таъсири манфӣ мерасонанд ва боиси бемориҳои гуногун мешаванд. Дар натиҷаи истифодаи нодурусти зарфҳои пластикӣ метавон ба хулосае омад, ки онҳо метавонанд боиси ҷамъ шудани моддаҳои захролуд дар ғизое, ки инсон ҳамаҷуз истеъмол мекунад, гардад.

Бебитова Ш.Э.

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Кафедра медицинской реабилитации, спортивной медицины и народной медицины
«Самаркандский государственный медицинский университет». Узбекистан.
Научный руководитель - PhD, ассистент Умирова С.М.

Цель исследования. Изучить эффективность комплексного применения кинезотерапии, фармакопунктуры и кинезиотейпирования в лечении моторных дисфункций, возникающих вследствие острого нарушения мозгового кровообращения (инсульта). Исследование направлено на оценку эффективности комбинированного использования данных методов для восстановления двигательной активности, увеличения мышечной силы и ускорения общей реабилитации пациентов.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 60 пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт). Пациенты были случайным образом разделены на две группы: основную и контрольную. В основной группе применялся комплексный подход, включающий кинезотерапию, фармакопунктуру и кинезиотейпирование, в то время как в контрольной группе использовались только традиционные методы реабилитации. Методы реабилитации: Кинезотерапия – индивидуальные реабилитационные упражнения, направленные на восстановление движений и увеличение мышечной силы. Фармакопунктура – воздействие на акупунктурные точки с применением экстрактов лекарственных растений и фармакологических препаратов. Кинезиотейпирование – использование эластичных тейпов для поддержки мышц и суставов, уменьшения боли и улучшения двигательной функции. Методы оценки: Fugl-Meyer Motor Assessment (FMA) – золотой стандарт для оценки моторных функций после инсульта (0–2 балла за каждое движение). Berg Balance Scale (BBS) – оценка баланса и стабильности (максимальный балл – 56). Modified Ashworth Scale (MAS) – оценка спастичности мышечного тонуса (0–4 балла).

Результаты исследования. Исследование проводилось в течение 5 месяцев. Реабилитационные процедуры проводились в течение 100 дней (по 20 дней ежемесячно).

Результаты реабилитации:

1-й месяц: Основная группа (35 пациентов) – у 12 пациентов (34%) улучшился мышечный тонус, боль уменьшилась на 1,5 балла. Контрольная группа (25 пациентов) – у 6 пациентов (24%) улучшился мышечный тонус, боль уменьши-

лась на 0,7 балла. 2-й месяц: Основная группа – у 18 пациентов (51%) увеличился диапазон движений, улучшилось равновесие. Контрольная группа – у 10 пациентов (40%) увеличился диапазон движений. 3-й месяц: Основная группа – у 26 пациентов (74%) отмечено улучшение по шкале Фугль-Мейера и Берга. Контрольная группа – у 13 пациентов (52%) улучшилось равновесие, увеличилась мышечная сила. 4-й месяц: Основная группа – у 30 пациентов (86%) значительно улучшилась способность к самостоятельному передвижению. Контрольная группа – у 16 пациентов (64%) улучшилась функция ходьбы. 5-й месяц: Основная группа – у 33 пациентов (94%) восстановилась координация движений, боль уменьшилась на 3,5 балла. Контрольная группа – у 18 пациентов (72%) улучшились движения, боль уменьшилась на 1,8 балла.

Выводы. Результаты показали, что комплексное применение кинезотерапии, фармакопунктуры и кинезиотейпирования значительно повышает эффективность реабилитации после инсульта. В основной группе 94% пациентов улучшили двигательную функцию, мышечный тонус нормализовался, а болевой синдром уменьшился. В контрольной группе восстановление шло медленнее: улучшения двигательной функции наблюдались только у 72% пациентов, а изменения мышечного тонуса были менее выражены.

Бободжонов А.Р.¹, Мадалиев К.А.¹, Султонов Р.А.²

РОЛЬ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ МНОГОФОРМНОЙ ЭКСУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ

¹Кафедра дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

²ГУ «Городская клиническая больница кожных болезней» г. Душанбе. Таджикистан.

Научный руководитель – доктор PhD, ассистент Бозоров С.С.

Цель исследования. Изучить роль герпесвирусной инфекции в развитии многоформной экссудативной эритемы.

Материал и методы. Под наблюдением находились 12 больных с диагнозом «Многоформная экссудативная эритема» (МЭЭ), которые обратились в Государственное учреждение «Городская клиническая больница кожных болезней» с января по декабрь 2024 года. Из них женщин было 7, мужчин – 5. Возраст пациентов варьировал от 15 до 57 лет. Диагноз «Многоформная экссудативная эритема» был выставлен на основании характерной клинической картины и результатов патогистологического исследования очагов поражения. Всем пациентам была назначена консультация смежных специалистов: терапевта, инфекциониста, аллерголога.

Результаты исследования. По данным анамнеза выяснилось, что у 4/12;33,3% пациентов данное состояние является повторным, у 11 пациентов за 7-10 дней до возникновения МЭЭ наблюдалось повышение температуры тела и герпетических высыпаний на лице. Смежные специалисты выявили хронические болезни ЖКТ у 5 (41,6%), артериальную гипертензию у 3 (25,0%), гепатит В у 1 (8,3%) пациентов. При обследовании выяснилось, что в крови у 10 (83,3%) пациентов наблюдается высокий уровень антител к ВПГ 1 и 2. Титр антител в крови у пациентов с МЭЭ варьировал от 1:400 до 1:1600.

Выводы. Таким образом, наши данные соответствуют зарубежным исследованиям (Christopher E.M., et al., 2016), где также указывается на важную роль предшествующего герпетического процесса в возникновении МЭЭ. Своевременное выявление и лечение герпесвирусной инфекции способствует профилактике данного дерматоза.

Бобоев Ф.Д., Замунов О.А., Боймуродов П.А.

РЕЗУЛЬТАТ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Кафедра внутренних болезней № 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Сохибов Р.Г.

Цель исследования. Изучить результат показателей ангиографии у больных с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы. Обследовано 36 больных, находящихся на стационарном лечении в реанимационном и кардиологическом отделении городского медицинского центра № 1 им.А. Каримов г.Душанбе с диагнозом острый коронарный синдром(ОКС) в возрасте от 55 до 75 лет (средний возраст 51±5,6 года), мужчин- 21, женщин – 15, коронарография проведено после местной обезболивание раствора лидокаина гидрохлорид 2%-2,0 и пункции a.Radialis dextra, контрастом s.Omnipaque 350mg/ml

Результаты исследования. По результатам коронарографии у 35(97,3) больных имело место поражение коронарных артерий (КА) различной степени: LCAALAD – 29(80,5%) LCAdis – 15(41,6%) RCA- 29(80,5%) LCX- 25(69,4%) MCA – 13(36,1%) надо отметить, что у 28 (77,8%) больных имело место множественные пораженные коронарные артерии (LCA LCA LAD, LCAdis, NCA, RCA). Степень сужения КА вследствие атеросклероза до 50% - 15(41,6%). 50-65% - 17(47,2%). 65-75% -18(50,6%). 75 – 85% - 21(58,3%), 85% и более – 35 – (97,2%) , окклюзия - 15(41,6%). У 31(86,1%) больного имело место множественные поражения обеих КА – «каскадное поражение». Только у 1(2,7%) КА было интактным. Данные лабораторного исследования: уровень холестерина – 7(18,9%) больных в пределах нормы 5,4 ммоль/л, у 29(81%) холестерин крови более 6,6 ммоль/л. ЭКГ= диагностика только у 3(8,3%) ЭКГ вариант нормы, 9(25%) подъем сегмента S-T среди больных где при коронарографии имелось окклюзия коронарных артерий, у 25 (69,5%), депрессия сегмента S=T. Тропонин был положителен только у тех больных, у которых имело место окклюзии КА и подъем сегмента S=T 9(25%). В результате 26(72%) больных проведена ангиопластика в виде стентирования. 4 (11,1%)-рекомендовано хирургическое лечение (АКШ). Среди исследуемых больных тяжелые осложнения ОКС не зарегистрированы.

Выводы. Своевременное проведение коронароангиографии больным с ОКС с последующей ангиопластикой улучшает прогноз и течение болезни, резко уменьшает фатальные осложнения болезни.

Бобоев Ф.Д., Имомова А.А., Киличзода Ф.Р.
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Кафедра внутренних болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

ГУ «ГМЦ №1 имени К.Ахмедова». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Сулаймонова Ш.А.

Цель исследования. Оценить качество жизни (КЖ) лиц пожилого возраста с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Проведен анализ результатов анонимного анкетирования для определения КЖ пациентов пожилого возраста АГ II, III степени по стандартизированному международному опроснику по качеству жизни SF-36. Анкетирование было проведено среди 50 пациентов кардиологического отделения ГМЦ №1 имени Карима Ахмедова г. Душанбе. В исследование были включены пациенты в возрасте от 64 до 74 лет, обоих полов. В исследовании приняли участие 22 мужчины и 28 женщин. Средний показатель артериального давления (АД) – 152,5/86,5 мм.рт.ст. Для выявления зависимости между полом опрашиваемых и их КЖ, респонденты были разделены нами на 2 соответствующие группы: мужчины и женщины. С целью выявить влияние степени АГ на КЖ пациенты также были разделены нами на 2 группы, соответственно уровню АД.

Результаты исследования. По результатам анализа полученных данных было выявлено, что средние показатели физического компонента качества жизни у мужчин выше, чем у женщин, тогда как психический компонент практически равен. Анализ полученных данных показал, что пол и степень артериальной гипертензии имеют достоверное влияние на качество жизни пациентов с АГ. Исследование показало, что у мужчин сильнее страдает психический компонент – средний показатель психического здоровья составляет 33,88. У женщин же в большей степени снижается уровень физического здоровья – средний балл 31,03. Также, стало известно, что при повышении уровня АД до II степени АГ сильнее страдает психическое здоровье, нежели физическое, тогда как при III степени АГ наблюдается обратная картина. Стоит отметить, что вне зависимости от пола и степени АГ значительно снижает качество жизни, так как ни у одного из респондентов физический компонент не превышал 60 баллов, а психический – 50.

Выводы. Все показатели компонентов КЖ, за исключением социального функционирования и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием у пациентов с II степенью АГ выше, чем при III степени, что, возможно, обусловлено тем, что с течением заболевания происходит психическая адаптация и заболевание оказывает меньшее психологическое влияние на пациента. Физический компонент КЖ выше при II степени АГ, тогда как психический выше при III степени. Полученные результаты позволяют с уверенностью утверждать, что КЖ снижается при повышении степени АГ.

Бобоева С.А., Курбонов А.Д., Нуруллозода З.Х.
НОВЫЙ ПОДХОД К ЭТИОТРИПНОЙ ТЕРАПИИ ОРВИ У ДЕТЕЙ

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - старший преподаватель Хайдарова С.Ф.

Цель исследования. Применение препарата Кипферон у детей с диагнозом ОРВИ подтверждение эффективности и безопасность.

Материал и методы. Актуальность проблемы ОРВИ не вызывает сомнения и определяется, прежде всего, высоким уровнем заболеваемости среди детей всех возрастных групп. Доля ОРВИ в общей структуре инфекционных болезней составляет 86,5%-95% в зависимости от сезона и возраста. Под нашим наблюдением находились 52 больных детей с диагнозом ОРВИ в возрасте от 1 года до 15 лет. Больные были распределены в 2 группы. I. Группа 26 больных детей, которых назначили Кипферон по 1 суппозитории 2 раза в день продолжительность 5 дней на фоне традиционной терапии. II. Группа – тоже 26 пациентов назначили симптоматическую терапию – жаропонижающая, отвлекающая терапия (бальзам Линкас) обильно тёплое питьё. Оценка эффективности препарата Кипферон проводилась на основе времени до нормализации температуры тела, время от момента появления до исчезновения катарально респираторных симптомов. Время до нормализации температуры тела от момента появления первых симптомов заболевания (измеряется в часах). Под нормализацией понимается установление температуры ниже 37 градусов без подъёма выше значения в последующий период. Время от момента появления до исчезновения катарально – респираторного синдрома, включающего боли в горле, кашель, охриплость, чихание, насморк, заложенность носа. В терапевтической группе наблюдалось превышение доли больных с нормальной температурой к концу 3-го дня. Полное исчезновение всех симптомов к концу 3 дня у 6 (23%) больных по сравнению с другой группой 2 (7,6%). Схема назначения суппозитория Кипферон была следующая всем старше 1 года назначали 1 суппозитория 2 раза в день в течении 5 дней, а детям до 1 года 1 раз, старше 12 лет по 1 суппозитории трижды в день.

Результаты исследования. В первой группе 11 (43%) больных по сравнению со второй группой 3 (9,6%), исчезновение катарально – респираторного синдрома в I группе к концу 5-го дня от начала терапии достигло 23 (31%) больных в сравнении со II группой 8 (31%) а у 5 (19%) осложнение в виде острый бронхит 2 (7,6%) и ларинготрахеит. Изучая фармако – кинетических свойств Кипферона, представляет собой комплексную лекарственную форму, содержащую человеческий рекомбинантный интерферон $\alpha 2$ комплекс иммуноглобулиновых препаратов (КИП). Биологическая активность интерферона, $\alpha 2$ реализуется посредством взаимодействия с рецепторным аппаратом иммуно – компетентных клеток.

Выводы. Установление в результате проведенного клинического исследования высокая эффективность препарата Кипферон в лечении детей в возрасте от года до 15 лет с диагнозом ОРВИ и хорошая переносимость, можно широко применять при лечении острой респираторной инфекции у детей.

Бодомова Н.С., Муродов А.Б., Косимзода Дж.К.

ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОЛЕЙКОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ МИЕЛОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ В УСЛОВИЯХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ НМЦ «ШИФОБАХШ» РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

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

Научный руководитель – старший преподаватель Шамсов А.Т.

Цель исследования. Изучить эффективность интратекального введения химиопрепаратов с целью профилактики и терапии нейролейкоза у больных с острым миелобластным лейкозом в условиях гематологического отделения НМЦ «Шифобахш» Республики Таджикистан.

Материал и методы. В исследование включены 32 пациента (19 мужчин (59,4%) и 13 женщин (40,6%) с диагнозом острый миелобластный лейкоз (ОМЛ), у которых диагностирован нейролейкоз. Давность заболевания от 1 недели до 2-х месяцев. Возраст пациентов варьировал от 18 до 65 лет. Диагностика проводилась на основании клинических данных, общего и биохимических анализов крови (печёночные пробы, свёртывающей системы крови, Д-димер, сывороточное железо, ферритин, СРБ, фибриноген, сахар крови, мочевины, креатинин, LE-клетки), инструментальных методов исследования (ЭКГ, R-графии органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости) и аспирационной биопсии костного мозга, цитологического исследования ликвора и иммуногистохимического анализа.

В качестве лечения использовалась интратекальная химиотерапия (метотрексат, цитарабин, дексаметазон) в сочетании с системной полихимиотерапией. Лабораторные показатели крови и ликвора оценивались до и после лечения.

Результаты исследования. До начала терапии в общем анализе крови выявлялись следующие показатели: уровень лейкоцитов – $25,6 \pm 4,8 * 10^9/\text{л}$, гемоглобин – $86 \pm 7 \text{ г/л}$, тромбоциты – $45 \pm 6 * 10^9/\text{л}$. В ликворе наблюдалось повышенное содержание бластных клеток (40-85% от всех клеток). После курса интратекальной и системной химиотерапии отмечено значительное улучшение лабораторных показателей: уровень лейкоцитов снизился до $7,4 \pm 2,3 * 10^9/\text{л}$, гемоглобин повысился до $112 \pm 9 \text{ г/л}$, тромбоциты – до $120 \pm 8 * 10^9/\text{л}$. В ликворе бластные клетки не обнаружены у 27 (84,3%) пациентов, у 5 (15,7%) отмечено снижение их количества до $<5\%$.

Выводы. Проведение комбинированной терапии нейролейкоза у пациентов с ОМЛ приводит к значительному улучшению клинико-лабораторных показателей. Интратекальная химиотерапия в сочетании с системной полихимиотерапией позволяет достичь элиминации бластных клеток из ликвора у большинства пациентов (84,3%) и улучшения общих показателей крови. Дальнейшие исследования необходимы для оптимизации схем лечения и увеличения эффективности терапии.

Боев С.Н., Махмадов М. И., Махмудзода Х.Р.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРИНДОПРИЛА У ПАЦИЕНТОВ С АКТИВНЫМ РАЗВЕРНУТЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ АКТИВНОЙ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Саидов Ё.У.

Цель исследования. Анализ и оценка эффективности приема периндоприла у пациентов с активным развернутым ревматоидным артритом (РА) в сочетании с артериальной гипертонией (АГ) как самостоятельного компонента комплексной терапии заболевания.

Материал и методы. В настоящее исследование были включены 59 больных с достоверным активным развернутым РА в сочетании с АГ, в возрасте 29-66 лет (средний возраст $53,8 \pm 4,3$), проходивших стационарное обследование и лечение в ревматологическом отделении городского медицинского центра №2 им. академика К.А. Таджикива г. Душанбе. Всем пациентам была назначена комплексная противовоспалительная терапия в интенсивном режиме в рамках стратегии «Тreat to Target – T2T» - «Лечение до достижения цели», основными компонентами которого являлись: препараты симптоматического ряда (нестероидные и стероидные противовоспалительные препараты, метотрексат перорально и парентерально и по показаниям этанерцепт). С учетом наличия сопутствующего АГ всем обследованным пациентам дополнительно назначался периндоприл в индивидуально подобранной дозе в зависимости от суточных АД-контроля (до достижения целевого уровня АД $<140/90 \text{ мм рт. ст.}$).

Результаты исследования. Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что у пациентов с активным развернутым РА в сочетании с АГ на фоне регулярного и продолжительного приема (12 месяцев) периндоприла в адекватной суточной дозе (2-8 мг) на фоне активной контролируемой противовоспалительной терапии, основанной на основных принципах стратегии T2T об прогрессивном улучшении самочувствия пациентов при хорошей переносимости препарата. К концу курса комплексной терапии (спустя 12 месяцев от начала лечения) у подавляющего большинства пациентов с РА в сочетании с АГ (91,3%) нами было верифицировано наличие целевого уровня АД. В целом полученные нами итоговые результаты показывают, что длительное применение периндоприла на фоне активной контролируемой противовоспалительной терапии в рамках стратегии T2T у пациентов с активным развернутым РА в сочетании с АГ практически способствует ликвидации большинства субъективных симптомов, связанных с АГ, нормализует АД, и, что особенно важно, положительно влияет как на параметры, характеризующие структурно-функциональное ремоделирование левых отделов сердца, так и на состояние липидного обмена и коагуляционного гемостаза.

Выводы. Длительное применение периндоприла в комплексе с активной контролируемой противовоспалительной терапией у пациентов с активным развернутым РА в сочетании с АГ, с одной стороны, обеспечивает нормализацию АД, у других гемодинамические нарушения у пациентов данной коморбидности, а с другой, - является сво-

его рода профилактической мерой в отношении минимизации суммарного кардиоваскулярного риска заслуживает широкое практическое применение у больных РА в сочетании с АГ.

Боев С.Н., Махмудзода Х.Р., Махмадов М.И.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С АКТИВНЫМ РАЗВЕРНУТЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОСЛЕ ДОСТИЖЕНИЯ СОСТОЯНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ НА ФОНЕ АКТИВНОЙ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Саидов Ё.У.

Цель исследования. Комплексный анализ и оценка состояния кардиоваскулярной системы (КВС) у пациентов с активным развернутым ревматоидным артритом (РА) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ), достигших низкой активности заболевания или клинической ремиссии в рамках стратегии лечения до достижения цели (Treat to Target, T2T).

Материал и методы. В исследование было включено 59 пациентов в возрасте от 29 до 66 лет (средний возраст $53,8 \pm 4,3$ года) с верифицированным активным развернутым РА в сочетании с АГ по критериям Американской коллегии ревматологов (1987 г.). Для комплексной оценки состояния КВС были проведены дуплексное сканирование сонных артерий, электрокардиограмма (ЭКГ) и эхокардиограмма (ЭхоКГ). В течение 12 месяцев наблюдения все пациенты с РА и АГ, у которых были выявлены кардиоваскулярные нарушения коронарогенного генеза, получали комплексную противовоспалительную терапию в рамках стратегии T2T. Пациенты регулярно находились под наблюдением кардиолога и получали комплексную терапию, соответствующую современным стандартам кардиологической помощи.

Результаты исследования. В данном исследовании были выявлены основные положительные изменения в состоянии кардиоваскулярной системы (КВС) у пациентов с ревматоидным артритом (РА) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ), достигших состояния низкой активности заболевания (НАЗ) или клинической ремиссии:

а) Почти полное исчезновение эпизодов предсердной экстрасистолии, суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии и транзиторных атриовентрикулярных блокад I-II степени.

б) Значительное уменьшение (у 38,6% и 37,2% больных соответственно) частоты желудочковой экстрасистолии и эпизодов безболевой ишемии миокарда.

в) Улучшение субклинических симптомов атеросклероза сонных артерий, включая снижение толщины комплекса интима-медиа. Большинство субклинических симптомов, свидетельствующих о структурно-функциональном ремоделировании левых отделов сердца, показали положительную тенденцию, хотя эти изменения не достигли статистической значимости ($p > 0,05$).

г) У пациентов, достигших глубокой или стойкой ремиссии на трёхмесячный срок наблюдения (всего 16 человек), было зафиксировано статистически значимое ($p < 0,05$) сокращение толщины межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка в диастолической фазе.

Выводы. Достижение конечной цели стратегии T2T – состояния НАЗ/ремиссии оказывает разнонаправленное положительное влияние на состояние КВС и серьёзным образом положительно модифицирует состояния коронарогенных кардиоваскулярных нарушений у пациентов с активным РА в сочетании с АГ.

Боев С.Н., Махмудзода Х.Р., Махмадов М.И.

ПОИСК И ИДЕНТИФИКАЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СДВИГОВ СО СТОРОНЫ ПАРАМЕТРОВ, ОТРАЖАЮЩИХ СОСТОЯНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ТРАНСМИТРАЛЬНОГО ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ПОТОКА У БОЛЬНЫХ АКТИВНЫМ РАЗВЕРНУТЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Саидов Ё.У.

Цель исследования. Активный поиск и идентификация патологических изменений в параметрах, отражающих состояние центральной гемодинамики (ЦГ) и трансмитрального диастолического потока (ТМДП) у пациентов с активным развернутым ревматоидным артритом (РА) в зависимости от наличия артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы. В исследование были включены 59 пациентов с подтверждённым диагнозом активно-го развернутого РА в сочетании с АГ, в возрасте от 29 до 66 лет (средний возраст $53,8 \pm 4,3$ года). В процессе углублённого эхокардиографического исследования (ЭхоКГ) у всех участников были проанализированы и оценены следующие параметры:

а) Основные показатели центральной гемодинамики:

- Ударный объём (УО);
- Сердечный индекс (СИ);
- Минутный объём крови (МОК);
- Фракция выброса левого желудочка (ФВ).

б) Ведущие параметры, характеризующие трансмитральный диастолический поток крови:

- Пиковая скорость раннего диастолического потока из левого предсердия в левый желудочек (Е);
- Пиковая скорость диастолического потока во время систолы левого предсердия (А);
- Отношение Е/А;

- Время изоволюмического расслабления левого желудочка (ВИР);
- Конечное диастолическое давление в полости левого желудочка (КДД).

Результаты исследования. Среди пациентов с активным РА в сочетании с АГ систолическая дисфункция ЛЖ была верифицирована только у 12 (20,3%) больных. У остальной большинства пациентов (79,7%) ФВ оставалась выше 50%. Значительное увеличение УО у пациентов с РА и АГ статистически значимо отличалось от контрольной группы ($p < 0,05$). Другие параметры центральной гемодинамики, такие как МОК и СИ, показали тенденцию к увеличению, но статистическая значимость отсутствовала ($p > 0,05$).

При анализе и оценке параметров, характеризующих состояние ТМДП у больных РА с АГ, выявлены сложные и взаимосвязанные изменения. Эти изменения отражают углубление диастолических нарушений и характеризуются гемодинамическими компенсаторными реакциями, в том числе увеличением давления в левом предсердии (ЛП) и конечным диастолическим давлением в полости ЛЖ (КДД ЛЖ). В результате формируются различные типы диастолической дисфункции ЛЖ, включая фазы замедленной релаксации, псевдонормальную функцию и рестриктивное состояние.

Выводы. Патологические изменения параметров центральной гемодинамики (ЦГ) у пациентов с активным РА в сочетании с АГ свидетельствуют о развитии гиперкинетического типа кровотока. Это указывает на увеличенную кардиальную нагрузку и потребность в коррекции лечебной стратегии для предотвращения кардиоваскулярных осложнений у данной категории больных. Параметры, характеризующие состояние ТМДП у больных РА с АГ, подвергаются сложным и взаимосвязанным изменениям, которые приводят к развитию различных типов диастолической дисфункции левого желудочка (ДДЛЖ). Эти данные подчеркивают важность мониторинга диастолической функции в данной популяции для ранней диагностики и адекватного вмешательства.

Боев С.Н., Махмудзода Х.Р., Махмадов М.И.

АКТИВНЫЙ ПОИСК, СПЕКТРАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ И ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ТРАДИЦИОННЫХ И ТАК НАЗЫВАЕМЫХ «БОЛЕЗНЬ-РА--АССОЦИИРОВАННЫХ» ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ КОРОНАРОГЕННЫХ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АКТИВНЫМ РАЗВЕРНУТЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Саидов Ё.У.

Цель исследования. Спектральный анализ и оценки распространённости традиционных и «болезнь-РА--ассоциированных» факторов риска (ФР) развития коронарогенных кардиоваскулярных нарушений (КВН) у больных активным развернутым ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы. Всего обследовано 59 больных (51 женщины и 8 мужчин) с достоверным активным развернутым РА, в возрасте 24–69 лет (средний возраст $50,5 \pm 3,8$), последовательно проходивших стационарное обследование и лечение в кардиоревматологическом отделении Городского медицинского центра №2 им. К.Т. Таджиева, г. Душанбе в период с 2022 по 2024 гг. У подавляющего большинства (78,4%) обследованных больных с РА, наряду с типичным суставным синдромом имели место висцеральные проявления заболевания. У всех обследованных пациентов с РА ($n=59$) были детально изучены и оценены спектр и частота встречаемости как традиционных (в рамках шкалы SCORE), так и «болезнь-РА - ассоциированных» (в рамках шкалы SCORE/EULAR 2010 г.) ФР развития коронарогенных КВН.

Результаты исследования. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что у пациентов с высокоактивными формами РА традиционные ФР развития коронарогенных КВН являются многочисленными и широко распространенными, среди которых с высокой частотой были зарегистрированы артериальная гипертензия и дислипидемия - у 63,5% и 52,4% пациентов соответственно. На фоне относительной скудности встречаемости традиционных ФР, так называемые «болезнь-РА-ассоциированных» ФР развития коронарогенных КВН отличались высокой частотой и широкий диапазон встречаемости в спектральном аспекте. У обследованных пациентов с РА среди «болезнь-РА-ассоциированных» ФР развития коронарогенных КВН, наиболее типичными и частыми оказались следующие: высокая активность заболевания и его продолжительность более 10 лет, серопозитивность РА, длительное и неконтролируемое использование нестероидных и стероидных противовоспалительных препаратов, а также наличие висцеральных проявлений заболевания с высокими прогностическими рейтингами по «Мальма-критериям».

Выводы. Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что у пациентов с высокоактивными формами РА на фоне относительной скудности встречаемости традиционных ФР, с высокой частотой и в широком диапазоне встречаются так называемые «болезнь-РА-ассоциированных» ФР развития коронарогенных КВН, присутствие которых безусловно вносит существенный вклад в формирование суммарного кардиоваскулярного риска у больных данной категории.

Боев С.Н., Махмудзода Х.Р., Махмадов М.И.

ПОИСК И ИДЕНТИФИКАЦИИ ПАТОЛОГИИ МИТРАЛЬНОГО И АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АКТИВНЫМ РАЗВЕРНУТЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Саидов Ё.У.

Цель исследования. Активный поиск и идентификации патологии клапанного аппарата сердца у больных активным развернутым ревматоидным артритом (РА) в зависимости от наличия артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. В настоящее исследование были включены 59 больных с достоверным активным развернутым РА в сочетании с АГ, в возрасте 29-66 лет (средний возраст $53,8 \pm 4,3$). В процессе углубленного ЭхоКГ-го исследования у всех обследованных больных были проанализированы и оценены функциональные и анатомические состояния митрального и аортального клапанов сердца. При этом идентифицированные нарушения со стороны указанных клапанов сердца были условно распределены на следующие нозологические формы: а) гемодинамически значимые пороки сердца – в виде изолированных или сочетанных пороки митрального и аортального клапанов сердца; б) гемодинамически незначимые пороки сердца – в виде уплотнение и фиброз структурных элементов митрального и аортального клапанов сердца, недостаточность митрального клапана без пролапса его створки; в) относительная недостаточность митрального клапана и относительная недостаточность аортального клапана.

Результаты исследования. В целом итоговые результаты, которые нами были получены в процессе углубленного ЭхоКГ-го анализа и оценки состояния митрального и аортального клапанов сердца у пациентов с высокоактивными формами РА в сочетании с АГ демонстрируют следующее: а) патологические изменения в структурах митрального и аортального клапанов сердца в различных нозологических формах имеют достаточно широкое распространение у пациентов с РА в сочетании с АГ; б) гемодинамически значимые пороки митрального и аортального клапанов сердца в различных сочетаниях всего были диагностированы у 16 (27,1%) обследованных пациентов; в) гемодинамически незначимые пороки митрального и аортального клапанов сердца имели более широкое частота встречаемости и были диагностированы у 28 (47,3%) больных; г) относительная недостаточность митрального и аортального клапанов сердца имели место у 15,2 и 5,1% пациентов с РА в сочетании с АГ соответственно.

Выводы. Патологические изменения в структурах митрального и аортального клапанов сердца в различных нозологических формах, особенно без значимых гемодинамических нарушений имеют достаточно широкое распространение у пациентов с РА в сочетании с АГ, диагностика которых требует углубленного ЭхоКГ-го анализа и оценки функциональные и анатомические состояния клапанов аппарата сердца в динамике.

Ботирова Э.О., Рустамов У.Б.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕЙРОКОГНИТИВНОГО РАССТРОЙСТВА ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Абдуллаева Н.Н.

Цель исследования. Изучить особенности нейрокогнитивных нарушений (НН) и их прогностической значимости у больных, перенесших инсульт.

Материал и методы. Планируется обследовать более 30 больных (12 женщин и 18 мужчины), (средний возраст $51,4 \pm 2,99$) перенесших инсульт (ИИ). Наблюдение за пациентами будет проводиться в условиях неврологического отделения 1-клиники СамГМУ. Пациенты будут разделены в зависимости от возраста и от пола. Данные группы будут в дальнейшем разделены на подгруппы в зависимости от степени выраженности когнитивного нарушения. Пациентам будет проведено: клинико-anamnestических данных, клинико-неврологический осмотр, неврологический статус по шкале NIHSS, определение когнитивности с помощью шкалы MMSE и Монреальская шкалы (MoCA), лабораторные анализы, МРТ, КТ, Эхо-ЭГ.

Результаты исследования. Выявление значимых факторов риска развития нейрокогнитивных расстройств при повторном инсульте позволит своевременно проводить профилактические мероприятия путем коррекции управляемых факторов риска, своевременного проведения лечебно-профилактических мероприятий. У всех пациентов был установлено НН длительность течения которого составила $13,6 \pm 4,1$ года. Давность перенесенного ИИ составила не менее 6 месяцев от момента обследования. Постинсультные нейрокогнитивные нарушения в ИИ выявлялись у 79,9% пациентов, из них у 24,3% выраженность нейрокогнитивных нарушений соответствовала субъективным, а у 55,6% – умеренным нейрокогнитивным расстройствам. Нарушения памяти выявлялись в 14,1% случаев, нарушения речи в виде различных видов афазии- в 43,4%, нарушения праксиса – в 5,7%, нарушения внимания – в 16,2%, аграфия – в 27,9%. Показатели по шкале MMSE средний балл у пациентов с легкой деменцией составил $16,6 \pm 5,9$, с умеренной – $10,8 \pm 4,3$ ($p < 0,05$).

Выводы. Полученные результаты обосновывают необходимость раннего выявления нейрокогнитивной нарушения после ИИ и применения профилактических мероприятий., направленных на предупреждение формирования и прогрессирования нейрокогнитивных нарушений.

Бутаева Ш.М.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БЕРЕМЕННЫХ

Центр симуляционного обучения ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Научный руководитель - Камолзода К.И.

Цель исследования. Оценить эффективность гипотензивной терапии у беременных женщин.

Материал и методы. Исследование проводилось в 2023-2024 гг. на базе РКБ Дангаринского района, нами проанализированы 32 истории болезни женщин в возрасте 19-44 лет во II и III триместре беременности. Были выделены 2 группы: I- с хронической АГ и II- с гестационной АГ. 1 группа включала 12 женщин, у которых в анамнезе жизни имело место повышение систолического АД в диапазоне 130-220 мм рт.ст., 2 группа включала в себя 20 женщин, у которых после 20 недель беременности были эпизоды повышения АД в среднем 150/90 мм рт.ст.

Результаты исследования. В качестве медикаментозной терапии в I- группе применялись следующие препараты: допегит в суточной дозировке (с.д) 500 и 750 мг в зависимости от уровня АД, эгилек в с.д. 50 мг, амлодипин в

с.д. 25 мг. В качестве медикаментозной терапии в II-группе применялись следующие препараты: допегит в с.д. 500 И 750 мг в зависимости уровня АД, эгилон в с.д. 50 мг, нифедипин в с.д. 20 и 30 мг. Так как у 10 пациенток повышение АД расценивалось как проявление гестоза, в качестве терапии применялся 25% сульфат магния.

Выводы. Показатели в I группе были значительно выше, чем во II группе. В обеих группах применялись такие гипотензивные препараты, как центральные, α-агонисты, β-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов. В связи с расширением круга используемых препаратов для лечения АГ у беременных коррекция показателей АД стала более быстрой и эффективной.

Вознюк М.А., Мартынова А.Д., Матаев А.Х.

СОДЕРЖАНИЕ В КРОВИ ФЕТАЛЬНОГО ГЕМОГЛОБИНА ПРИ ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ

Кафедра факультетской терапии и профессиональных болезней с курсом последипломного образования ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет». Россия

Научный руководитель – д.м.н., профессор Левитан Б.Н.

Цель исследования. Установить диагностическое значение фетального гемоглобина (HbF) при циррозах печени (ЦП).

Материал и методы. Содержание HbF в % от общего гемоглобина (Hb) в крови исследовали у 146 больных ЦП в возрасте от 30 до 66 лет. Контрольная группа (КГ) - 20 практически здоровых доноров. Для исследования HbF применялся разработанный и запатентованный на кафедре биологической химии Астраханского ГМУ «Способ ракетного электрофореза в агаровом геле». При тестировании использовались чистые препараты HbF и моноспецифические антисыворотки к HbF, полученные на кафедре и прошедшие строгий контроль чистоты и специфичности.

Результаты исследования. Анализ средних значений HbF в % от уровня Hb у больных ЦП в сравнении с результатами в КГ (соответственно, $3,07 \pm 0,07\%$ и $1,5 \pm 0,06\%$; $p=0,001$) показал, что повышение % содержания HbF более 1,5% от общего гемоглобина (Hb), что является нормой для крови взрослого человека, имелось у 140 больных ЦП. При этом концентрация общего Hb у больных ЦП в среднем составила $119 \pm 3,2$ г/л.

При определении HbF% в зависимости от этиологии ЦП (вирусная, алкогольная, смешанная) достоверных различий не установлено, но при алкогольных поражениях имелась тенденция к более высоким средним значениям, чем при вирусных. При ЦП вирусной и алкогольной этиологии уровень HbF составил, соответственно, $3,07 \pm 0,11\%$ и $3,2 \pm 0,09\%$. Значительное повышение $HbF \geq 3\%$ выявлено у больных с высокой степенью активности ЦП, наличием клинических, эндоскопических, ультразвуковых признаков портальной гипертензии, с классами В и С по Child-Pugh, длительным стажем заболевания. Содержание HbF достоверно ($p=0,01$) нарастало у пациентов с гиперспленизмом, отчетно-асцитическим и гепато-ренальным синдромом 2 типа ($p=0,01$).

Выводы. Повышение содержания HbF в крови больных ЦП объясняется метаболическими нарушениями, связанными с синдромами эндогенной интоксикации, портальной гипертензии и его осложнениями, в том числе с внутрилегочными анастомозами и вазодилатациями, которые могут приводить к развитию гипоксических состояний. Рост уровня HbF при ЦП, по-видимому, в значительной степени связан с тем, что имея большее родство к кислороду, чем Hb взрослого, он лучше адаптирован к стабилизации тканевого газообмена в условиях хронической гипоксии. Исследование HbF открывает новые диагностические возможности у больных ЦП.

Вохидова А.П.

ЗООНОЗНЫЙ ДИПИЛИДИОЗ У ЧЕЛОВЕКА

Кафедра инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., профессор кафедры Рахманов Э.Р.

Цель исследования. Проанализировать случаи зоонозного дипиридиоза у человека, изучить эпидемиологию, клиническую картину, методы исследования и диагностику данного заболевания.

Материал и методы. За период с января 2022 по январь 2025 г. в ГУ «Городская клиническая инфекционная больница г. Душанбе» на стационарном и амбулаторном обследовании и лечении находились 35 больных с диагнозом «Дипиридиоз». Из общего количества больных городские жители составили 15(43%), сельские – 20(57%). Все случаи были подтверждены с помощью паразитологических и серологических методов. Сбор и анализ данных осуществлялся с использованием статистических методов, что позволило выделить основные клинические особенности, а также факторы риска и заражения. При клиническом обследовании и оценке тяжести состояния больных использовали общепринятые критерии, особое внимание обращали на характер выраженности основных симптомов: боль в животе, наличие аллергических реакций, изменения характера стула, потеря веса. Эпидемиологический анализ проводился по таким показателям, как половая принадлежность, наличие контакта с уличными и домашними животными, возраст больных.

Результаты исследования. Из 35 зарегистрированных случаев дипиридиоза у человека, 16 (46%) случаев приходилось на детей в возрасте от 8 до 17 лет. Причем среди заболевших, преобладают лица мужского пола 25 (72%). В 7 (20%) случаев заболевание протекало бессимптомно, что затрудняло диагностику. Симптомы включали в себя абдоминальную боль, тошноту, аллергические проявления и отсутствие аппетита. Аллергические реакции были разнообразны. У 13(37%) больных была выявлена крапивница, 4 (11,4%) больных страдали атопическим дерматитом, 3 (8,6%) больных - наличие экземы. У 5(14,3%) больных регистрировался аллергический ринит. Аллергический бронхит и стойкий сухой кашель наблюдались у 8(23%) больных, конъюнктивит у 2(5,7%) больных. Потеря веса наблюдалась у 13(37%) больных. Диспептические расстройства, такие как тошнота, потеря аппетита, чувство тяжести после приема пищи, боль в области эпигастрия и вокруг пупка, были выявлены у 32 (91%) больных. Прак-

тически в 25(71,4%) случаев наблюдались расстройства стула. У 12 (34,3%) больных заболевание проявлялось развитием частой непродолжительной диареей. 13 (37%) больных отмечали у себя обстипационный синдром, 9 (25,7%) больных отмечали в кале наличие обильной слизи. Эмоциональная лабильность была отмечена у 12(34,3%) больных. 22(63%) пациента не отрицали контакт с уличными и домашними животными, 8(23%) пациентов имели домашних питомцев, что подтверждает зоонозный характер инфекции. Во всех случаях диагноз был подтвержден выявлением в кале онкосферы *Dipylidium caninum*. Из 35 случаев у 18(51,4%) больных был повышен общий иммуноглобулин Е, который является маркером аллергических заболеваний и паразитарных инвазий, у 10(28,6%) больных был зарегистрирован высокий кальпротектин в кале.

Выводы. В результате проведенного анализа 35 случаев заболевания людей с дипилидиозом установлено, что болезнь протекает не только в виде диспептических расстройств с явлениями развития гастроуденита и колита, но и проявляется различными аллергическими реакциями организма и может приводить к эмоциональной лабильности. Заболевания регистрировали преимущественно у больных, которые контактировали с домашними и уличными животными. Среди заболевших, подавляющее большинство составляют дети от 8 до 17 лет. Дипилидиоз у человека остается редким, но обсуждаемым зоонозом, который требует дальнейшего изучения.

Гадоева Ф.Дж., Назарова Г.О., Файзов К.К.

СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДАНГАРИНСКОМ РАЙОНЕ

Кафедра патологической анатомии, судебной медицины и гистологии ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Боронов Х.А.

Цель исследования. Изучить распространённость сердечно-сосудистых заболеваний в Дангаринском районе.

Материал и методы. Проведено обследование 149 больных, госпитализированных в кардиологическое отделение Центральной больницы Дангаринского района в 2024 году. Возраст больных составляет от 35 до 75 лет.

Результаты исследования. На базе кардиологического отделения центральной больницы в течение первых 6 месяцев 2024 года был произведён набор пациентов в возрасте от 35 до 75 лет с подозрением сердечных нарушений, количество которых составило 149. Из общего числа пациентов мужчины составили 85(57,045%) и женщины 64(42,95%). Из общего числа заболеваемость больных с артериальной гипертензией составила 75(50,33%) человека, больных с ИБС, стенокардией было 37(24,8%), больных с острым инфарктом миокарда составили 5(3,35%), больных с ИБС, нестабильная стенокардия составили 32(21,47%). При полученных результатах во время аускультации сердца у всех больных выслушивалось явное нарушение ритма сердца и при инструментальном исследовании изменение в электрокардиограмме. Например, у 37 пациентов, которые перенесли инфаркт миокарда на ЭКГ был обнаружен глубокий зубец Q или элевация сегмента ST. При сборе анамнеза и осмотра пациентов Дангаринского района мы определили, что частой причиной сердечно-сосудистых заболеваний является, во-первых, табакокурение и чрезмерное употребление алкоголя, ожирение, а потом стоит сахарный диабет, ранняя менопауза и др. Из-за этих причины мужчины чаще страдают такими заболеваниями, чем женщины.

Выводы. Таким образом, результат нашего исследования еще раз подтвердил, что проблема заболевания сердечно-сосудистой системы является актуальной. Роль сердечно-сосудистых заболеваний является одной из модифицирующих факторов риска смертности. Из-за такого последствия контроль пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями является важнейшей задачей диспансерного наблюдения на каждом врачебном участке.

Гадойбоев М.Р., Мирзоев М.Ш.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРУЦЕЛЛЕЗА У БОЛЬНЫХ (ПО МАТЕРИАЛАМ г. ДУШАНБЕ)

Кафедра инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Матинов Ш.К.

Цель исследования. Настоящая работа посвящена изучению клинической картины и эпидемиологических данных у больных острым бруцеллезом, проживающих в районе Рудаки Республики Таджикистан.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 26 историй болезни больных острым бруцеллезом, находившихся на стационарном лечении в городской клинической инфекционной больнице города Душанбе за период 2019-2024 гг. При изучении историй болезни больных острым бруцеллезом использован описательный метод. Диагноз «острый бруцеллез» был подтвержден серологическими методами – реакцией агглютинации Райта в титрах 1:400-1:800 и резко положительной реакцией Хеддельсона. У всех больных исследовались общий анализ крови и ее биохимические показатели. Больным были проведены: рентгенологическое исследование легких, электрокардиография (ЭКГ) и ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости.

Результаты исследования. Исследование в районе Рудаки Республики Таджикистан заболеваемость бруцеллезом спорадическое. Среди заболевших острым бруцеллезом преобладали мужчины – 18 (69,2%), женщин было 8 (30,8%). Возраст больных колебался от 18 до 77 лет. Болели преимущественно люди молодого и среднего трудоспособного возраста (до 50 лет) – 16 больных (61,5%). Больных 51-77 лет было 10 (38,5%). Средний возраст больных бруцеллезом составил $47,5 \pm 2,39$ года. Острый бруцеллез у наблюдаемых больных протекал в среднетяжелой форме и характеризовался полиморфизмом клинических симптомов. У большинства больных заболевание начиналось остро, с озноба (84,8%), у части из них – с потрясающего озноба и быстрого повышения температуры тела до высоких цифр (39-40°C). Лихорадка наблюдалась у всех больных (100%), в большинстве случаев (69,6%) – субфебрильная, не превышавшая 38,0°C. У 11 (23,9%) больных температура тела была фебрильная (до 40,0°C), у троих – гиперпиретическая (до 40,6°C). Однако фебрильная лихорадка была непродолжительной и сохранялась 5-8 дней. Затем температура тела снижалась до субфебрильных цифр. В целом лихорадка у больных бруцеллезом была волнообразной и

продолжалась 10-15 дней. Симптомы интоксикации у большинства больных были умеренно выраженными, в связи с чем, они продолжали работать, и не обращались к врачу. Пациенты жаловались на слабость, недомогание, утомляемость, снижение работоспособности, умеренную головную боль (34,8%). У большинства (89,1%) из них отмечалась выраженная потливость, которая усиливалась при физической нагрузке.

Выводы. Таким образом, у людей, проживающих в районе Рудаки Республики Таджикистан ежегодно регистрируется заболеваемость бруцеллезом, которая носит спорадический характер и отличается преимущественно весенне-летней сезонностью. Заражение бруцеллезом наблюдается, как правило, у сельских жителей и работников, контактирующих с животными. Учитывая особенности клинического течения острого бруцеллеза практикующим врачам необходимо выяснить эпидемиологический анамнез и провести обследование лихорадящих больных для своевременной диагностики этого заболевания.

Гайратова Н.Н., Одилзода И.Ё., Холов С.М.

АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ I-III СТАДИИ, ОСНОВАННОЙ НА СОВРЕМЕННОЙ ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТРАТЕГИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Саидов Ё.У.

Цель исследования. Анализ и сравнительная оценка эффективности применения современных структурно-модифицирующих препаратов (СМП) и препаратов гиалуроновой кислоты (ГлК) в терапии первичного остеоартрита (ОА) коленных суставов (КС) I - III стадии в дифференцированном режиме, основанном на принципах современной фармакотерапевтической стратегии заболевания.

Материал и методы. У 103 пациентов с первичным ОА КС I-III стадии проведен сравнительный клинко-лабораторный и инструментальный анализ эффективности курсового применения (6 мес) современных СМП (терафлекс) в сочетании с препаратами ГлК интраартикулярно (сайножел, вискор) и препаратов симптоматического ряда (нестероидные противовоспалительные препараты - НПВП и глюкокортикоиды – ГК -интраартикулярно). Основными инструментами для оценки эффективности проводимой терапии у обследованных пациентов с первичным ОА КС являлись: а) интенсивность хронического болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ, мм); б) индекс WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index) в целом, а также отдельных его параметров (значения уровня боли, скованности и функциональной недостаточности), потребности в НПВП на протяжении всего периода исследования.

Результаты исследования. В момент завершения исследования (через 6 мес.) у обследованных пациентов с первичным ОА КС I - III стадии было верифицировано статистически значимое улучшение всех клинко-лабораторных и инструментальных параметров, отражающих как тяжести, так и активности заболевания, которые наиболее ярко были представлены у больных с ранними стадиями ОА КС (I - II). В процессе наблюдения за эффективностью проводимой терапии у пациентов с первичным ОА КС нами также было зарегистрировано прогрессивное статистически достоверное ($p < 0,01-0,001$) улучшение как общее значение индекс WOMAC, так и его всех субшкал в динамике.

Выводы. Применения современных СМП (терафлекс) и препаратов ГлК (сайножел, вискор) и по показаниям препаратов симптоматического ряда (НПВП и ГК - интраартикулярно) у пациентов первичного ОА КС I - III стадии демонстрирует положительное влияние на все клинические и лабораторные симптомы и на параметрах индекс WOMAC (преимущественно в ранних стадиях заболевания) и, что не менее важно, максимально лимитируют прием НПВП и итраартикулярные инъекции ГК.

Гайратзода Т.Г., Баротов И.И., Дустова Ф.А.

ТАҲЛИЛИ МУҚОИСАВИИ СКРИНИНГИ БЕМОРИҲОИ ОМОСИ ДАР МД МСШ №15 ДАР СОЛҲОИ 2023-2024

Кафедраи тибби оилавӣ МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”, Тоҷикистон

Роҳбари илмӣ - н.и.т., дотсент Ёдгорова М.Ҷ.

Мақсади таҳқиқот. Муқоисаи натиҷаҳои скрининги бемориҳои омосӣ дар солҳои ҳисоботии 2023-2024.

Маъвод ва усулҳо. Таҳлили ретроспективи ҳисоботии омории ҳисоботи солони 2023-2024-и МД МСШ №15-и ш. Душанбе оиди скрининги бемориҳои омосӣ истифода шудааст.

Ба беморон Маммография, Тести Шиеллер, Колпоскопия, таҳлили ситологии андуда, ТК, ТМР гузаронида шудааст.

Натиҷаи таҳқиқот. Бо мақсади дарёфти саривактии бемориҳои омосӣ дар МД МСШ №15 соли 2023 скрининги ғадуди ширӣ ба 7286 нафар (56.7%) ва соли 2024, 8497 нафар занонг гузаронида шуданд, ки 83.2% -ро ташкил дода, дар таносуб 1211 нафар ва ба ҳисоби фоизноқӣ 26.5% зиёд мебошад. Маммография дар соли 2023 ба 5 нафар занон гузаронида шуда, соли 2024 ба 28 нафар гузаронида шуд, ки 23 нафар зиёд мебошад.

Муоинаи колпоскопӣ ба Муоинаи ситологӣ бошад, дар солҳои ҳисоботӣ қариб баробар аст. Дар натиҷаи таҳлиси таҳлилҳо дар байни 15783 нафар, 76 (0.5%) нафар беморон бо саратони марҳилаҳои гуногун дарёфт шуд, ки 20 (26.3%) нафарашонро мардон ва 56 (73.7%) нафарро занон ташкил медиҳанд.

Аз рӯйи сохтори бемориҳо бошад чунин ҷойгиркунӣ карда шуд: саратони гарданаи бачадон -12 (15.8) нафар, Саратони ғадуди ширӣ 11 (14.5%) нафар, саратони пӯст 8 (10.5%) нафар. Саратони танаи бачадон – 7 (9.2%) нафар, саратони рӯдаи сигмоидӣ ва рост - 5 (6.6%) нафар, ва саратони тухмдонҳо 5 (6.6%) нафарро ташкил доданд.

Хулоса. Хамин тариқ бояд зикр кард, натиҷаи тадқиқот нишон дод, ки соли 2024 нисбати соли 2023 ошкорасозии беморон бехтар гашта, шумораи беморон низ зиёд гашта истодааст, ки бори дигар тақозо менамояд, ки қорҳо дар самти пешгирӣ ва диспансеризатсия қунонӣ ҷоннок карда шаванд.

Ганиев Г.М., Холматов З.В.

КЛИНИКО -ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЭШЕРИХИОЗОВ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО И МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - старший преподаватель Хакимова З.Ф.

Цель исследования. Изучить клинико-диагностические критерии эшерихиозов у детей старшего и младшего возраста.

Материал и методы. Был проведен анализ 23 историй болезни больных с эшерихиозами, находившихся на стационарном лечении в ГКИБ г. Душанбе за период 2024г. Диагноз был подтвержден гемограммой, копрограммой и бактериологическим исследованием кала. Из общего количества детей мальчиков было-11(47,8%), девочек-12(52,2%), сельских жителей -5(21,8%), городских жителей- 18(78,2%), . Возраст больных колебался от 1-11 лет, в среднем $3,8 \pm 1,2$ года.

Результаты исследования. Все больные были распределены на 2 группы. Первую группу составили дети в возрасте от 1-3 лет -12 больных с энтеропатогенной формой эшерихиоза, вторую группу в возрасте от 5-11 лет- 11 больных с энтероинвазивной формой. В первой группе у детей наблюдалось среднетяжелое течение у 8 больных, тяжелое течение отмечено у 4 больных. Заболевание в группе со среднетяжелым течением характеризовалось острым началом с выраженными симптомами интоксикации. Лихорадка была отмечено у 8 больных (66,6%), субфебрильная температура была отмечена у 4 больных (33,4%) Эшерихиоз проявлялся болями в животе, локализующиеся вокруг пупка и в области толстого кишечника, и урчанием по ходу тонкого кишечника. Рвота была упорной и многократной у 4 больных, у 8 больных отмечалась двухкратная. Испражнения были обильные, водянистые с примесью слизи у всех больных. В первой группе детей заболевание сопровождалось обезвоживанием организма 2 степени у 8 больных и характеризовалось сухостью и бледностью кожных покровов, снижением тургора кожи, снижением массы тела и диуреза. а при тяжелом течении у 4 больных отмечалось обезвоживание организма 3 степени, проявляющиеся более выраженными симптомами обезвоживания.

В группе детей старшего возраста заболевание протекало по типу дизентерии с поражением толстого кишечника. Все больные поступали в состоянии средней тяжести. Лихорадка была фебрильной у 3 больных(27,3%), субфебрильной у 8(72,7%). У детей старшего возраста боли в животе имели схваткообразный характер и локализовались по ходу толстого кишечника. Испражнения были частые с примесью крови и слизи у всех больных. В данной группе обезвоживание организма не наблюдалось.

Всем больным была назначена комплексная терапия, которая включала диету, введение глюкозы, регидратационную терапию с введением солевых растворов в зависимости от степени обезвоживания по плану Б при 2 степени обезвоживания и В при 3 степени обезвоживания, энтеросорбенты, пробиотики.

Выводы. Анализ исследований показал, что у детей младшего возраста эшерихиоз имеет тяжелое течение с обезвоживанием организма чем в группе у детей старшего возраста.

Гафоров А.А.

ДИНАМИКА ТРИХОСКОПИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАЗМОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора П.Т. Зоирова ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., доцент Мухамадиева К.М.

Цель исследования. Изучить показатели трихоскопии после плазмотерапии андрогенной алопеции (АГА).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 65 пациентов с АГА: у 35 (53,8%) пациентов была выявлена III степень АГА, у 21 (32,4%) - IV и у 9 (13,8%) - V степень АГА. Пациенты основной группы (35 пациентов) в комплексной терапии АГА получали плазмотерапию, а пациенты контрольной группы (30 пациентов) - мезотерапию препаратом F-Naig (Испания). Степень АГА оценивалась по шкале Норвуда - Гамильтона. Трихоскопические признаки АГА выявлялись до и после проведенного лечения (через 10 дней и через 4 месяца) при помощи трихоскопа «Aramo SG» (Корея).

Результаты исследования. Результаты проведенной терапии АГА оценивались через 10 дней и через 4 месяца после проведенного лечения с учётом прямого критерия - изменение плотности волос и косвенных критериев - изменение доли волос в стадии телогена, увеличение доли vellusных волос и утолщение среднего диаметра волос. Положительная динамика выражалась в увеличении общего числа волос на 1 см^2 в теменной области. Данный показатель через 10 дней в основной группе увеличился в 1,5 раза ($221,3 \pm 12,75 \text{ см}^2$ против $147,5 \pm 18,33 \text{ см}^2$), а в контрольной группе - в 1,2 раза ($178,6 \pm 14,22 \text{ см}^2$ против $147,5 \pm 18,33 \text{ см}^2$). Через 4 месяца после проведенной терапии в основной группе число фолликулярных юнитов составило $295,3 \pm 14,75 \text{ см}^2$, а в контрольной группе $190,4 \pm 12,12 \text{ см}^2$, то есть оказалось выше в 1,6 раза.

Кроме того, у пациентов обеих групп наблюдалось увеличение процентного соотношения терминальных и vellusных волос, а также анагеновых и телогеновых волос. Через 4 месяца после проведенной терапии в основной группе средний диаметр волос увеличился по сравнению с исходным значением ($53,5 \pm 8,3 \text{ мкм}$) в 1,5 раза и составил

80,3±5,7 мкм, в то время как в контрольной группе он составил 62,2±3,8 мкм, то есть увеличился в 1,2 раза по сравнению с исходным показателем.

После проведённого лечения в обеих исследуемых группах также наблюдалась положительная динамика прямого критерия эффективности лечения, заключавшегося в изменении плотности волос на 1 см². В контрольной группе данный показатель после лечения составил 190,4 ±12,12 см² и оказался в 1,6 раза ниже такового в основной группе (295,3±14,75 см²).

Кроме положительной динамики прямого критерия эффективности лечения, наблюдалось восстановление косвенных показателей АГА в виде снижения доли волос в стадии телогена в основной группе до 34,18±0,5% по сравнению с исходным показателем (53,8±0,5%), то есть на 19,6%, а в контрольной группе до 42,24±0,3%, то есть на 11,6%. Кроме того, в основной группе на 15,5% снизилась доля vellusных волос (22,3±0,4% против 37,8±0,4%), а в контрольной группе этот показатель составил 28,7±0,4%, то есть уменьшился лишь на 9%.

В основной группе положительный эффект от проведённой терапии наблюдался у 27/35;77,1% пациентов, а в контрольной группе - у 18/30;60,0% случаях, то есть в 1,3 раза.

Выводы. Применение плазмотерапии в комплексном лечении АА в 1,3 раза чаще улучшает трихоскопические показатели по сравнению с методом мезотерапии и приводит к восстановлению роста волос в более ранние сроки терапии.

Гафурова Н.Б.

ФАКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ЖЕНЩИН ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Кафедра семейной медицины, медицинский факультет, ТНУ. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Кадамалиева М.Д.

Цель исследования. Проведение сравнительного анализа причин аномальных маточных кровотечений у женщин среднего и пожилого возраста.

Материал и методы. Нами были обследованы 189 пациенток в пременопаузальном периоде, всем больным на диагностическом этапе проводились общеклинические, инструментально-лабораторные и гистоморфологические методы исследования. Средний возраст составил 49,2 ± 6,1 лет.

Результаты исследования. Все женщины были разделены на следующие возрастные группы: 45-50 лет - 123 (56 ±3%) больных, 51-55 лет - 45 (21±3%) женщин, 56-60 лет - 21 (11±2%) больных. Показания для проведения выскабливания полости матки были маточные кровотечения. Экстрагенитальные заболевания выявлены как в первой, так и во второй и третьей группах женщин с АМК. Так, анемия выявлялась у 123 (100%) женщин первой группы, у женщин второй и третьей групп - у 34 (90,4%) и 10 (48%) женщин наблюдалась анемия тяжёлой степени во второй и третьей группах сравнительно чаще. Это свидетельствует, что практически у каждой третьей женщины с маточными кровотечениями отмечается анемия. Характер менструального цикла у всех исследуемых женщин в анамнезе был таковым: менархе с 12-13 лет отмечали у 91 (48,4%), с 14-15 лет - у 34 (36,6%), с 16-17 лет - у 10 (10,8%). При изучении гинекологического анамнеза обследованных женщин воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) встречались у 128 (74%) из 123 женщин: хронический метроэндометрит, инфекции нижних половых путей (кольпит, бартолинит) диагностированы у 31 (15%). П бесплодие было диагностировано лишь у 8 (2,7 %) пациенток. При изучении роста-весовых показателей было выявлено ожирение 1-11 степени было у 56% женщин, при изучении анамнеза женщин было выяснено, что ВМС-носители составили - 91 (87,1%) из 123 женщин. Из них ВМС носители в течение 7 лет и более преобладали. По данным гистологического исследования были диагностированы следующие изменения - атипическая гиперплазия эндометрия у 29 (17±3%) пациенток, простая гиперплазия эндометрия - 39 (23±3%), у 32 (19±3%) больных - эндометрий фазы пролиферации, у 11 (7±2%) - эндометрий с секреторными изменениями, у 56 (33±4%) - полипы и полиповидные изменения эндометрия, 51 (23%) - эндометрий переходного типа или атрофичный эндометрий.

Выводы. Наиболее частая причина аномальных маточных кровотечений и кровомазаний у пациенток в пременопаузальном периоде - железисто-фиброзные полипы. Отмечается высокий процент атрофических процессов эндометрия у женщин в среднем и пожилом возрасте. Воспалительные заболевания органов малого таза, отягощённый гинекологический анамнез и экстрагенитальные заболевания возможно играют роль в патогенезе АМК.

Гахлан Т.А., Абухаммад М.А., Кундузов Д.Н.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Кафедра амбулаторно-поликлинической терапии ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва». Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Шокина С.В.

Цель исследования. Анализ современных методов диагностики и лечения язвенного колита.

Материал и методы. Выполнен библиографический анализ литературы. Исследование проводилось с использованием современных методологических инструментов: данных доказательной медицины, последних актуальных исследований и клинических рекомендаций. В работе использовались источники, рекомендованные Учебно-методическим комплексом.

Результаты исследования. Язвенный колит (ЯК) – хроническое заболевание толстой кишки, характеризующееся иммунным воспалением ее слизистой оболочки.

В настоящее время отмечается тенденция к росту частоты встречаемости этой патологии. Развитие ЯК в основном в молодом возрасте (15-25 лет), делает эту проблему не только медицинской, но и социальной. Несмотря на

то, что ЯК, как нозологическая форма, известен со второй половины XIX века, когда он был выделен из группы инфекционных колитов, этиология его остается неизвестной.

Особенностями эпидемиологии ЯК в России являются запоздавшая диагностика и связанное с этим преобладание тяжелых форм с сопутствующими осложнениями и высокой летальностью. Точных данных о распространенности ЯК в России нет, поскольку часто остаются неучтенными легкие случаи, особенно в начале заболевания. Лечение ЯК является серьезным бременем для федерального и региональных бюджетов.

Диагноз ЯК выставляется на основании сочетания данных анамнеза, клинической картины и типичных эндоскопических и гистологических изменений. Пациентам с легкой и умеренной активностью ЯК проведение колоноскопии для верификации диагноза. Пациентам с выраженной активностью ЯК рекомендуется проведение ректосигмоидоскопии. Всем пациентам с подозрением на ЯК при первичной постановке диагноза, при сомнениях в правильности ранее выставленного диагноза, рекомендуется выполнение биопсии толстой кишки с целью верификации диагноза.

Лечение ЯК должно быть комплексным и включать в себя не только назначение лекарственных препаратов, но и проведение широкого круга различных мероприятий: диетическое питание, прекращение курения и злоупотребления алкоголем, отказ от приема препаратов, обладающих ulcerогенным действием, нормализацию режима труда и отдыха, санаторно-курортное лечение. Пациенты с неосложненным течением ЯК подлежат консервативному лечению. В большинстве случаев оно проводится амбулаторно. Выбор вида консервативного или хирургического лечения определяется тяжестью атаки, протяженностью поражения толстой кишки, наличием внекишечных проявлений, длительностью анамнеза, эффективностью и безопасностью ранее проводившейся терапии, а также риском развития осложнений ЯК. Целью терапии является достижение и поддержание бесстероидной ремиссии (прекращение приема глюкокортикостероидов в течение 12 недель после начала терапии), профилактика осложнений ЯК, предупреждение операции, а при прогрессировании процесса, и/или развитии опасных для жизни осложнений – своевременное назначение хирургического лечения.

Выводы. По уровню заболеваемости язвенный колит уступает многим заболеваниям ЖКТ, но по тяжести течения, частоте осложнений он занимает одно из первых мест. В связи с этим, своевременная диагностика язвенного колита, грамотное лечение больных, диспансерное наблюдение на амбулаторном этапе дают возможность уменьшить частоту осложнений, сократить частоту случаев временной утраты трудоспособности из-за обострений заболевания, улучшить качество жизни и социальный статус больных.

Гоибова З.В.

КЛИНИКО-ГОРМОНАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ «ИПОвСЗ РТ». Таджикистан

ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии» МЗ и СЗН РТ

Научный руководитель - к.м.н. Назруллаева А.Р.

Цель исследования. Изучить особенности центральной гемодинамики и сердечной деятельности у пациентов с феохромоцитомой.

Материал и методы. Были анализировали результаты исследования показателей центральной гемодинамики у 92 пациентов с ФХЦ, возраст которых варьировал от 16 до 59 лет. Чаще всего патология встречалась у лиц женского пола ($n=67$) по сравнению с мужчинами ($n=25$). Верификация диагноза ФХЦ осуществляли на основании гормональных исследований и топоческой диагностики опухоли. Размеры новообразования (длина и ширина) варьировали от 26 до 65 мм, составив в среднем $45,5 \pm 3,5$ мм $\times$ $38,5 \pm 4,5$ мм. У каждого третьего пациента ($n=31$; 33,7%) опухоль локализовалась на правом надпочечнике, в 63,0% случаев – на левой и в 3,3% наблюдений – на обеих адренальных железах.

Результаты исследования и их обсуждение. Показатели центральной гемодинамики изменились разнообразно с частым развитием катехоламиновых кризов. Самым главным симптомом ФХЦ явилась повышение АД и встречалось у всех пациентов. Самым главным признаком гипертонических кризов явилась их высокая устойчивость к гипотензивной терапии. Кризоподобный вариант течения ФХЦ наблюдался у более половины (52,2%) пациентов, смешанный вариант – у 47,8% обследованных. Исследование уровня АД показало, что в среднем показатели САД составили $210,5 \pm 10,5$ мм рт.ст., ДАД – $105,5 \pm 15,5$ мм рт.ст. При смешанном варианте течения ФХЦ пациенты на фоне исходно повышенного АД отмечали ухудшение общего состояния с развитием очередных гипертонических кризов. У всех пациентов также были выявлены учащенное сердцебиение, средние показатели которой составило $110,5 \pm 10,5$ ударов в минуту. К числу других проявлений ФХЦ относились постоянные или периодические головные боли, тошнота и рвота на высоте гипертонических кризов, а также повышенная потливость которые встречались у большинства обследованных.

Показатели центрального венозного давления до операции составило $4,8 \pm 0,2$ мм вод. ст. и было обусловлено скрытой недостаточности ОЦК. Об этом свидетельствовала проявлений клиники гиповолемии и дефицита ОЦК после селективной α -адреноблокады и снижения АД до нормальных показателей.

На компьютерной томографии в нативном режиме плотность опухоли варьировал от +18НУ до +42НУ, а при контрастировании – от +39НУ до +92НУ.

Исследование гормонального гомеостаза показало наличие у большинства пациентов ($n=69$; 75%) смешанную гиперкатехоламинемия – повышение как метанефрина, так и норметанефрина, а также в ряде случаев гиперкортизолемию. Изолированный адреналиновый или норадреналиновый тип секреции опухоли наблюдался у 18 (19,6%) и 5 (5,4%) пациентов соответственно. Следует отметить, что ни у одного пациента не отмечено нормальные показатели этих гормонов, т.е. во всех случаях имелась гормонально активная ФХЦ.

Выводы. Изменение центральной гемодинамики при феохромоцитоме характеризуется не только повышением системного артериального давления с частым гипертоническим кризом, но и значимым снижением центрального венозного давления, свидетельствующего о скрытой гиповолемии. В большинстве случаев феохромоцитомы избыточно секретируют как адреналин, так и норадреналин из-за чего развиваются разнообразные изменения гемодинамики.

Гончарова М.С.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ТРУДНОСТЕЙ И МИГРАЦИИ НА РАЗВИТИЕ АУТИЗМА У ДЕТЕЙ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. проф. М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – старший преподаватель Нисанбаева З.Х.

Цель исследования. Изучение влияния стрессогенных факторов, таких как миграция, экономическая нестабильность и другие социальные трудности, на риск развития расстройств аутистического спектра (РАС) у детей в семьях из Таджикистана. Акцент был сделан на анализ корреляции между пережитыми родителями стрессовыми событиями и вероятностью возникновения аутизма у их потомства.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 40 семейных пар, проживающих в Таджикистане. Выборка включала семьи, столкнувшиеся с различными стрессовыми ситуациями, такими как вынужденная миграция, экономические кризисы и социальная нестабильность. Оценка риска развития аутизма проводилась с использованием стандартизированных диагностических инструментов, включая шкалы оценки аутизма (например, ADOS и ADI-R). Статистический анализ данных осуществлялся с применением методов корреляционного и регрессионного анализа для выявления значимых связей между стрессовыми факторами и риском РАС.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что 28 из 40 семей (70%) сообщили о пережитых значительных стрессовых событиях, включая миграцию, потерю работы, экономические трудности и социальную изоляцию. Среди этих 28 семей: **16 семей (40% от общей выборки)** находились в трудных социально-экономических условиях во время рождения ребенка и в первый год его жизни. Эти условия включали отсутствие стабильного дохода, ограниченный доступ к медицинским услугам и социальную изоляцию. **12 семей (30% от общей выборки)** переживали стресс, связанный с миграцией, во время беременности. Это включало переезд в новые регионы или страны, адаптацию к новым культурным и социальным условиям, а также отсутствие поддержки со стороны родственников. Оставшиеся **12 семей (30% от общей выборки)** также сообщили о пережитых стрессовых факторах, таких как конфликты в семье или болезни близких, однако эти события не были связаны с миграцией.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о наличии потенциальной связи между стрессовыми событиями, пережитыми родителями, и риском развития аутизма у их детей, по сравнению с семьями, которые сталкивались с другими стрессовыми факторами ($p < 0,05$). В частности, у детей из этих групп вероятность диагностики аутизма была на 25-30% выше, чем у детей из семей, где стрессовые факторы отсутствовали или были менее значительными. Это подчеркивает важность учета социально-экономических и психологических факторов при изучении этиологии РАС.

Результаты исследования имеют важное значение для разработки профилактических программ и оказания психологической поддержки семьям, находящимся в условиях социальной нестабильности и миграции. Необходимы дальнейшие исследования для более глубокого понимания механизмов, лежащих в основе данной корреляции, а также для разработки стратегий, направленных на снижение риска развития аутизма в уязвимых группах населения.

Гончарова М.С., Тагоев А.А.

РОЛЬ ИНСОМНИИ В НАРУШЕНИЯХ ВЕРБАЛЬНОЙ ПАМЯТИ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. проф. М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель – Саидов С.С.

Цель исследования. Настоящее исследование направлено на изучение влияния бессонницы неорганической природы на вербальную память у пациентов, страдающих шизофренией. Учитывая, что когнитивные нарушения являются одним из ключевых факторов, определяющих социальное функционирование пациентов, выявление влияния инсомнии на вербальную память может способствовать дальнейшему развитию стратегий реабилитации и терапии данной категории больных.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе психосоматического отделения Республиканского клинического центра наркологии имени профессора М. Г. Гулямова, а также на базе кафедры психиатрии и наркологии. В исследовании приняли участие 27 пациентов, которым был установлен диагноз «шизофрения, параноидная форма, эпизодический тип течения со стабильным дефектом». В выборку вошли 8 мужчин (29,6%) и 19 женщин (70,4%), средний возраст которых составил $37,8 \pm 3,5$ лет. Средний возраст манифестации заболевания составил $35,3 \pm 3,8$ лет.

Методология исследования включала нейропсихологическое тестирование для оценки состояния вербальной памяти, а также анкетирование и клиническое интервью для определения степени выраженности бессонницы.

Результаты исследования. Вербальная память играет ключевую роль в повседневной жизни пациентов, поскольку значительная часть информации воспринимается именно в словесной форме. Нарушение данной когнитивной функции затрудняет коммуникативные процессы, снижает способность к обучению и адаптации, что влечёт за

собой усиление социальной изоляции пациентов и ухудшение их качества жизни.

Выявлено, что инсомния является частым коморбидным состоянием при шизофрении и способна усугублять когнитивные нарушения. В частности, бессонница неорганической природы оказывала выраженное негативное влияние на показатели вербальной памяти, что проявлялось в сниженной способности к запоминанию и воспроизведению вербального материала. В результате пациенты демонстрировали низкие показатели в тестах, направленных на оценку объема и сохранности памяти.

В то же время, анализ литературы показывает, что несмотря на значительное количество работ, посвященных изучению когнитивных нарушений при шизофрении, влияние бессонницы на вербальную память остаётся недостаточно изученным аспектом, требующим дальнейших исследований.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что бессонница неорганической природы способна оказывать негативное влияние на когнитивную сферу пациентов, страдающих шизофренией, в частности на их вербальную память. Данное обстоятельство может способствовать ухудшению течения заболевания, снижению адаптивных возможностей пациентов и ухудшению их качества жизни. В связи с этим возникает необходимость разработки терапевтических стратегий, направленных на коррекцию нарушений сна у данной категории больных с целью улучшения когнитивного функционирования и общего прогноза заболевания.

Давлатов М.Х., Вохидова А.П., Иронов О.С.

ТЕЧЕНИЕ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Кафедра инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - ст. преподаватель Почоджанова Х.Н.

Цель исследования. Изучить и проанализировать особенности клинических проявлений рожистого воспаления у больных с метаболическим синдромом в Республике Таджикистан.

Материал и методы. За период с января 2024 по декабрь 2024 г. в ГУ «Городская клиническая инфекционная больница г. Душанбе» на стационарном обследовании и лечении находились 25 больных с эритематозной и эритематозно-буллезной формой рожистого воспаления. Из общего количества больных городские жители составили 9 (36%), сельские – 16 (64%); мужчин было 7 (28%), женщин – 18 (72%). Диагноз был подтверждён на основании клинико-эпидемиологических данных. При клиническом обследовании и оценке тяжести состояния больных использовали общепринятые критерии, особое внимание обращали на характер выраженности основных симптомов: продолжительность лихорадки, наличие отека, размер эритемы и булл, содержащие серозное отделяемое. Эпидемиологический анализ проводился по таким показателям, как сезонность, половая принадлежность и возраст заболевших.

Результаты исследования. Ретроспективный анализ 25 случаев больных с эритематозной и эритематозно-буллезной формой рожистого воспаления показал, что чаще болеют люди в возрасте от 35 до 75 лет (64%). Причем среди заболевших, преобладают лица женского пола (72%). По социальному составу больные распределились следующим образом: 7 (28%) – пенсионеры и домохозяйки, 18 (72%) – служащие. Заболеваемость рожистым воспалением по данным ГКИБ г. Душанбе имеет выраженную весенне-летнюю сезонность. Большинство (64%) случаев заболевания приходится на май и июнь. Из 25 больных 14 (56%) были госпитализированы в стационар в течение первых 2-3 дней болезни, 6 (24%) – на 4-5 день, 5 (20%) – на 6-7 день болезни. С диагнозом рожистое воспаление поступило 14 (56 %) больных, с другими диагнозами (сибирская язва, инфицированная рана) – 11 (44 %) больных. У всех 25 больных тяжелое течение болезни проявлялось выраженными нарушениями общего состояния, лихорадкой до 38–39°C и выше, наличием обширного отека тканей. Размеры эритемы, отека и булл соответствовали тяжести течения болезни. Появление отека на 1-й день болезни отмечено у 5 (20 %) больных, на 2-й – у 10 (40%), на 3–5-й – у 10 (40%). Увеличение регионарных лимфатических узлов наблюдалось у 7 (28%) больных, у 5 (20%) отмечены явления лимфангита. При локализации воспалительного процесса на нижних конечностях у 11 (44%) больных особенно часто выявлялись хронические заболевания вен, и хроническая сердечная недостаточность у 12 (48%) больных. Сахарный диабет отмечен у 23 (92%) больных. Ожирение зарегистрировано у 13 (52%) больных. Стойкий лимфостаз, возникший по разным причинам у 5 (20%) больных. Заболевания ЛОР-органов, микозы стоп выявлены только у 7 (28%) больных. Практически в 13 (52%) случаев диагностировано повреждение кожи. У пациентов с рожей на лице сопутствующей патологии не выявлено. У 12 (48%) больных заболевание началось с развития обширного отека тканей и эритемы. У 6 (24%) больных на месте входных ворот инфекции имело место развитие пузырей, наполненных геморрагической или серозной жидкостью. Эта форма заболевания в дальнейшем описана нами как буллезная разновидность кожной формы рожистого воспаления. Локализация единичных булл и отека по отдельным областям тела была следующей: верхние конечности – 7 (28%), щеки – 1 (4%), нижние конечности – 17 (68%).

Выводы. В результате проведенного анализа 25 случаев заболевания людей с эритематозной и буллезной кожной формой рожистого воспаления установлено, что на фоне метаболического синдрома болезнь протекает тяжелее. Заболевания регистрировали преимущественно в весенне-летний период. Среди заболевших, подавляющее большинство составляют мужчины. Проблема рожистого воспаления при метаболическом синдроме остается актуальной, что необходимо учитывать для повышения эффективности лечебных мероприятий.

Давлатов М.Х., Кабилов М.О., Паноева М.С.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНГИБИТОРОВ SGLT-2 И МЕТФОРМИНА В ЛЕЧЕНИИ ХБП С 2-3 У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

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

Научный руководитель – Набиев П.З.

Цель исследования. Оценить эффективность ингибиторов SGLT-2 в снижении прогрессирования хронической болезни почек (ХБП) у пациентов с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа (СД2).

Материал и методы. Исследовательская работа была проведена на базе центра нефрологии и гемодиализа ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». В исследование были включены 20 пациентов в возрасте от 40 до 70 лет с диагнозом ХБП 2-3 стадии, ассоциированным с СД2. Среди участников исследования женщины составили 70% (n=14), а мужчины — 30% (n=6). Пациенты были разделены на две группы: 10 пациентов получали терапию ингибиторами SGLT-2, а 10 — метформин в дополнение к основной терапии для контроля уровня гликемии. Больным обеих групп проводились общеклинические анализы крови, мочи, биохимические показатели крови: мочевины, креатинин, электролиты крови – натрий, калий, кальций и фосфор, HbA1c. Наряду с лабораторными анализами больным проводились нефрологические пробы – Реберга и Зимницкого для более точной оценки почечной функции. Эффективность лечения оценивалась по показателям уровня креатинина в крови, скорости клубочковой фильтрации (СКФ), уровню мочевины и глюкозы в крови, а также частоте госпитализаций и случаев прогрессирования ХБП. Все параметры были измерены до начала лечения и в конце периода наблюдения.

Результаты исследования. В группе пациентов, получавших ингибиторы SGLT-2, было отмечено статистически значимое улучшение показателей функции почек: уровень креатинина снизился на 15% (среднее значение $1,2 \pm 0,3$ мг/дл), а скорость клубочковой фильтрации (СКФ) увеличилась на 18% (среднее значение $70,5 \pm 9,1$ мл/мин/1,73 м²). В этой группе также наблюдалось снижение уровня мочевины на 12% и значительное уменьшение уровня глюкозы в крови и HbA1c (гликированного гемоглобина). Частота госпитализаций в связи с осложнениями ХБП снизилась на 25% по сравнению с исходными показателями.

В группе пациентов, получавших метформин, улучшения были менее выраженными: уровень креатинина снизился на 5% (среднее значение $1,35 \pm 0,28$ мг/дл), а СКФ увеличилась на 7% (среднее значение $62,3 \pm 8,3$ мл/мин/1,73 м²). Уровень мочевины снизился незначительно — на 4%, а снижение уровня глюкозы и HbA1c было менее заметным по сравнению с группой SGLT-2. Частота госпитализаций в этой группе уменьшилась лишь на 10%.

Выводы. Применение ингибиторов SGLT-2 у пациентов с хронической болезнью почек и сахарным диабетом 2 типа продемонстрировало более выраженное улучшение показателей функции почек по сравнению с метформин. Результаты исследования подчеркивают важность включения ингибиторов SGLT-2 в комплексное лечение таких пациентов для улучшения клинических исходов.

Джабаров М.К., Незматзода Б.Р., Якубов Д.М.

ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ В СОЧЕТАНИИ С СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Зубайдов Р.Н.

Цель исследования. Изучить и оценить диастолическую дисфункцию левого желудочка (ДДЛЖ) у больных с ревматоидным артритом (РА) в зависимости от степени активности воспалительного процесса, в сочетании с сердечнососудистыми патологиями.

Материал и методы. Обследовано 76 больных с достоверным диагнозом РА по критериям Американской коллегии ревматологов, в возрасте от 18 до 58 лет (средний возраст $44 \pm 3,4$ года). Среди обследованных больных было 62 женщины и 14 мужчин. У 36 больных имелись различные системные проявления РА. С I, II, и III степенью активности было 12, 23 и 41 больных. I, II, III и IV рентгенологические стадии РА выявлены соответственно у 5, 17, 48 и 6 пациентов. К началу наблюдения КВП-стенокардия имела место у 44,7% пациентов. Контрольную группу составили 30 здоровых людей (18 женщин и 12 мужчин), не имевших патологии внутренних органов, средний возраст 51 (34-70 лет). Всем пациентам, кроме общепринятых в ревматологии методов исследования, с целью исследования функционального состояния сердца применяли электрокардиографию (ЭКГ) и эхокардиографию (Эхо КГ) на ультразвуковом аппарате «PHILLIPS 8D-800» (Германия) линейным датчиком 3,5 МГц.

Для оценки диастолической дисфункции и характера диастолического наполнения ЛЖ с помощью импульсной Доплер-Эхо КГ регистрировался трансмитральный поток. При этом определяли скорость кровотока раннего диастолического наполнения ($Ve-mitr.$, м/сек) и их соотношение ($Ve-mitr/Va-mitr.$, у/е/), то есть отношение максимальных скоростей и/или интегралов скоростей раннего и позднего наполнения, время изоволюметрического расслабления (ВИР, мс).

Результаты исследования показали изменения левых отделов сердца в виде гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), которая считается независимым фактором риска кардиоваскулярных осложнений. Она являлась наиболее частым симптомом, встречающимся при проведении ЭКГ и Эхо КГ в исследованиях у 32 (42,1%) больных с РА. Если при исследовании нарушения функции левого желудочка у больных с ревматоидным артритом практически не были выявлены, то диастолическая дисфункция левого желудочка является распространённым симптомом и была выявлена у 24 (31,5%) больных без клинических симптомов кардиоваскулярного поражения. У данных больных, имеющих ДДЛЖ наряду с суставным синдромом, присутствовали артериальная гипертензия (АГ) у 16 (21,05%) пациентов, стенокардия - у 23 (30,2%), диффузно-дистрофические изменения миокарда - у 22 (28,9) больных, у 7 (9,2%)

больных была выявлена аутоиммунная анемия. Результаты настоящего исследования характеризуются ДДЛЖ у пациентов с РА и выявлено нарушение процесса активного расслабления левого желудочка, о чём свидетельствует достоверное нарастание ВИР по сравнению с контролем ($p < 0,001$) а также снижение скорости Е ($p < 0,05$).

Выводы. Полученные нами результаты показывают развитие ДДЛЖ у больных с РА, имеющей мультифакторный характер, при формировании которого наряду с активностью воспалительного процесса, определённый вклад могут произвести такие сопутствующие факторы как диффузно-дистрофические изменения миокарда, анемия и гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ).

Джалилзода М.С., Урунова Ш.Д., Абдуллоев Д.Х.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ДУШАНБЕ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Нажмидинова М.Н.

Цель исследования. Изучить распространенность вертебробазилярной недостаточности в пожилом возрасте 60-74 лет среди населения город Душанбе.

Материал и методы. Исследования проводились на базе НМЦ «Шифобахш» во втором неврологическом отделении. Всего было исследовано 80 пациентов (24 женщины и 56 мужчины) в возрасте от 60 до 74 лет. Исследовался неврологический статус, биохимические анализы крови, компьютерная томография головного мозга, ультразвуковое дуплексное сканирование брахицефальных сосудов.

Результаты исследования. Среди пациентов в пожилом возрасте с диагнозом вертебробазилярной недостаточности наиболее часто встречающиеся жалобы были головокружение 55 (91,6%), головная боль 50 (83,3%), нарушение сна 60 (100%), памяти и внимание 40 (66,6%), нарушение зрения 20 (33,3%), повышенная утомляемость 35 (58,3%).

Выводы. Проведенное исследование показало, что распространенность вертебробазилярной недостаточностью в возрастной группе составляет 46,5%. В возрасте 60-74 лет мужчине в 1,8 раза чаще страдают вертебробазилярной недостаточностью, чем женщины.

Джалилзода М.С., Урунова Ш.Д., Хочиев Х.М.

КОГНИТИВНЫЕ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ КАК ПОСЛЕДСТВИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ.

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Нажмидинова М.Н.

Цель исследования. Изучить нарушения отдельных когнитивных функций и неврологические нарушения, а также динамику их восстановления у пациентов с ишемическим инсультом в вертебробазилярном бассейне.

Материал и методы. Исследования проводились на базе НМЦ «ШИФОБФХШ» во втором неврологическом отделении. Всего было исследовано 50 пациентов (24 женщины и 26 мужчины) в возрасте от 29 до 89 лет в острых периодах ишемического инсульта (ИИ) в вертебрально-базилярном бассейне (ВББ) и в бассейне правой средней мозговой артерии (БПСМА). Исследовался неврологический статус, использовались рутинные методы исследования (общий и биохимический анализы крови, магнитно-резонансная томография головного мозга, ультразвуковое дуплексное сканирование брахицефальных сосудов), с помощью которых было установлено наличие очага ИИ, были проведены исследования когнитивных функций очага ИИ с помощью краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE) и Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (МОСА-тест). При парном сравнении групп пациентов применялся непараметрический критерий Mann-Whitney U-test. Различия считались достоверными при достигнутом уровне значимости $p < 0,05$. Результаты представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения ($M \pm s$).

Результаты исследования. Средний возраст пациентов, перенесших ИИ в ВББ, составил $61,54 \pm 11,39$ лет. Средний возраст пациентов, перенесших ИИ в БПСМА, составил $66,77 \pm 12,10$ лет. В ходе анализа данных были получены достоверные результаты ($p < 0,05$) того, что в острейшем периоде инсульта пациенты с локализацией ИИ в БПСМА имели более выраженные когнитивные нарушения по сравнению с пациентами, перенесшими ИИ в ВББ. Динамика восстановления когнитивных функций у пациентов с ИИ в БПСМА менее выражена, чем у пациентов с локализацией очага в ВББ. Также статистически значимыми ($p < 0,05$) оказались результаты по оценке неврологического дефицита и динамике его восстановления в двух группах пациентов. Неврологический дефицит в остром периоде наиболее выражен у пациентов с ИИ в БПСМА.

Выводы. Обнаружена взаимосвязь между тяжестью когнитивных нарушений и степенью неврологического дефицита. Пациенты, перенесшие ИИ в БПСМА, имеют более выраженные когнитивные нарушения и низкую динамику их восстановления, чем пациенты, перенесшие ИИ в ВББ. У пациентов с ИИ в БПСМА наиболее выражены нарушения оптико-пространственной деятельности. Глубокие нарушения отсроченного воспроизведения наблюдаются у обеих групп пациентов. Пациенты, перенесшие ИИ в БПСМА, имеют более выраженный неврологический дефицит, чем пациенты, перенесшие ИИ в ВББ. Также динамика восстановления неврологических функций у пациентов, перенесших ИИ в БПСМА менее выражена, чем у пациентов, перенесших ИИ в ВББ.

Джамшедова Х.Ф., Вохинова А.П., Хабибуллоев Ш.Б.
СЕРИЯ СЛУЧАЕВ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - ст. преподаватель кафедры Хакимова З.Ф.

Цель исследования. Изучить и проанализировать особенности клинических проявлений ветряной оспы у иностранных студентов в Республике Таджикистан.

Материал и методы. За период 2020–2024 гг. в ГУ «Городской клинической инфекционной больницы г. Душанбе» на стационарном обследовании и лечении находились 70 иностранных больных с ветряной оспой. Все больные были студентами различных университетов и большинство из них проживали в студенческом общежитии. Из общего количества больных, мужчин было 28 (40%), женщин – 42 (60%). Диагноз был подтвержден на основании клинико-эпидемиологических данных. При клиническом обследовании и оценке тяжести состояния больных использовали общепринятые критерии, особое внимание обращали на характер выраженности основных симптомов: продолжительность лихорадки и наличие везикуло-папулезной сыпи. Эпидемиологический анализ проводился по таким показателям, как территориальное распределение заболеваний, сезонность, половая принадлежность и возраст заболевших.

Результаты исследования. Ретроспективный анализ 70 случаев больных с ветряной оспой показал, что среди заболевших, преобладают лица женского пола (60%). Из 70 пациентов во всех случаях источник возбудителя инфекции был не установлен. Серия случаев заболевания приходится на ноябрь и декабрь. Из 70 больных 33 (47,1 %) были госпитализированы в стационар на 2-3 день болезни, 17 (24,3%) – на 4-5-й день, 20 (28,6%) – на 6-8 день болезни. У всех 70 больных течение болезни проявлялось выраженными нарушениями общего состояния (головной болью, тошнотой, тахикардией) лихорадкой до 38–39,3°C, наличием везикуло-папулезной сыпи в разной стадии развития. Размеры элементов, распространение сыпи соответствовали тяжести течения болезни. Появление сыпи на 1-й день болезни отмечено у 15 (21,4%) больных, на 2-й – у 30 (43%), на 3–5-й – у 25 (35,7%). Увеличение регионарных лимфатических узлов наблюдалось у 45 (64,3%) больных. Сыпь, характерная для ветряной оспы, локализовалась на всей поверхности тела в виде корочек или папул и везикул. Локализация сыпи по отдельным областям тела была следующей: спина и живот – 16 (22,8 %), лицо и волосистая часть головы – 44 (62,8 %), верхние и нижние конечности – 10 (14,3 %). Основными осложнениями были бактериальные поражения кожи 60 (85,7 %), пневмония 22 (31,4%) и пиелонефрит 40 (57,1%), которые развились у 42 больных (11,6 %). Все пациенты получали комбинированную терапию, в том числе противовирусную (ацикловир), иммуномодулирующую (внутривенный иммуноглобулин) и симптоматическую терапию. Во всех случаях исход был благоприятный, пациенты выписаны с выздоровлением. Средняя длительность пребывания в стационаре составила $12,5 \pm 4,6$ дней.

Выводы. Таким образом, в результате проведенного анализа 70 случаев заболевания иностранных учащихся с ветряной оспой установлено, что нередко сопровождается негладким течением с поражением дыхательной, пищеварительной и мочевыделительной систем, пиодермией, которые чаще развивались на 6-7 день от начала появления первых высыпаний, что требует динамичного наблюдения за пациентом в процессе лечения и своевременного выявления признаков поражения. Преимущественно, больных госпитализировали в стационар, начиная со 2 дня болезни. Среди заболевших, подавляющее большинство составляют женщины; обычно отмечается средне-тяжелое течение болезни.

Джармухаметова А.С., Дюсупова А.А.
ПРЕДИАБЕТ В ЭТНИЧЕСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ КАЗАХОВ И ЕГО АССОЦИАЦИЯ С ПОЛИМОРФИЗМАМИ ГЕНОВ TCF7L2 (RS7903146) И PPARG (RS1801282)

Кафедра общей врачебной практики г. Семей.
Некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Семей». Казахстан.
Научный руководитель - д.м.н., профессор Дюсупова А.А.

Цель исследования. Изучение клинико-метаболических маркеров предиабета и генетический вклад полиморфных вариантов генов TCF7L2 (rs7903146) и PPARG (rs1801282) в риск его развития.

Материал и методы. В исследовании «случай-контроль» приняли участие 400 человек: 200 человек с предиабетом и 200 человек из контрольной группы без предиабета. Возраст исследуемых находился в пределах 16–60 лет. Клинико-метаболические маркеры предиабета представлены данными антропометрии, измерения артериального давления, проведенного перорального глюкозо-толерантного теста. Для генотипирования генов TCF7L2 (rs7903146) и PPARG (rs1801282) была применена полиморфная цепная реакция в реальном времени.

Результаты исследования. Группа лиц с предиабетом в сравнении с группой контроля имели более высокий вес при рождении, увеличенный ИМТ, повышенные окружности талии и бедер, а также более высокое их соотношение. В основной группе по сравнению с группой контроля уровни как систолического, так и диастолического артериального давления были выше.

Как для полиморфизма rs1801282 гена PPARG, так и для полиморфизма rs7903146 гена TCF7L2 было обнаружено статистически значимое увеличение риска развития предиабета, а, следовательно, и сахарного диабета 2 типа. Следует отметить, что у носителей генотипа GG PPARG (rs1801282) ($\chi^2 = 27,28$; $P < 0,001$; ОШ = 2,84, 95% ДИ: 1,900–4,256) риск был в 2,8 раза выше, и у носителей генотипа TT TCF7L2 (rs7903146) ($\chi^2 = 17,56$; $P < 0,001$; ОШ = 2,08, 95% ДИ: 1,471–2,942) – выше в 2,1 раза.

Выводы. Определение клинико-метаболических и генетических маркеров на стадии предиабета у лиц казахской национальности позволит формировать группу риска по развитию СД2 и его осложнений. В перспективе суще-

ствуется необходимость изучения различных этнических групп и более широкого спектра генетических и клинико-метаболических маркеров с целью достижения всестороннего понимания основ предиабета.

Джобирзода А.Б., Курбонова М.Н., Саидов П.А.
ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА ГОЛОВНОГО МОЗГА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель- к.м.н., доцент Ганиева М. Т.

Цель исследования. Определение факторов риска (артериальная гипертензия, мерцательная аритмия, курение, гиперхолестеринемия, сахарный диабет, алкоголизм), распространенность, относительного риска и относительного эффекта профилактических мер: применения антиагрегантов, статинов и соблюдения здорового образа жизни.

Материал и методы. Исследование было проведено на кафедре неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». В наше исследование входило 50 пациентов, у которых были определены факторы риска, распространенность среди мужчин и женщин и относительные риски, меры их профилактики, включающие лечение антиагрегантами, статинами, гипотензивными препаратами, здоровый образ жизни (показатель ИМТ).

Результаты исследования. В результате наших исследований была создана стратегия профилактики инсульта, которая состоит из стратегий высокого риска, популяционной стратегии, первичной и вторичной профилактики. Стратегии высокого риска включают артериальную гипертензию, фибрилляцию, курение, гиперхолестеринемия, диабет и алкоголизм. Среди них первое место занимает артериальная гипертензия, а последнее – алкоголизм. При лечении артериальной гипертензии применяли ингибиторы АПФ, диуретики, препараты центрального механизма действия, антагонисты кальция, блокаторы АТ-рецепторов, α - и β -блокаторы. Лучший результат показали - иАПФ, который составил 32,2%, а самый низкий - у α -блокаторов, который составил 0,8%. Среди антиагрегантов лучший результат показал клопидогрель, как по показаниям, так и с низкими побочными эффектами, а среди веществ, снижающих количество липидов - группа статинов. Кроме того, наши результаты показали, что здоровый образ жизни играет важную роль в предотвращении инсультов.

Выводы. Резюмируя, можно сказать, что с внедрением отечественных программ профилактики инсульта, прежде всего по лечению гипертонической болезни, гиперхолестеринемии, формирования здорового образа жизни и медицинской культуры населения, правильного методического подхода врача к обследованию и лечению зависит от самого человека. Факторы риска (артериальная гипертензия, мерцательная аритмия, курение, гиперхолестеринемия, сахарный диабет, алкоголизм), профилактика инсульта во многих случаях становится вполне реальной.

Джобирзода А.Б., Саидов П.А., Рахмонов Р.Р.
СУБАРАХНОИДАЛЬНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель- к.м.н., доцент Ганиева М.Т

Цель исследования. Целью исследования является определение факторы риска, причины, клинических особенностей и оценка эффективности различных методов визуализации.

Материал и методы. В исследование были включены пациенты, госпитализированные с диагнозом субарахноидального кровоизлияния (САК) во втором неврологическом отделении ГУ НМЦ «Шифобахш» в период с декабря 2023 по декабря 2024 года. В общей сложности в исследование было включено 250 пациентов. Из них 56 (22,4%) пациентов были с диагнозом САК. Возраст участников варьировался от 18 до 60 лет, со средним возрастом 35-55 лет. В исследовании было использовано нейровизуализационные методы, как МРТ, КТ, МРТ с ангиографии и люмбальная пункция. Также было использовано шкала тяжести состояния W. Hunt и R. Hess и таблица Фишера.

Результаты исследования. В результате исследования было выявлено, что основная причина развития САК является разрыв мешотчатой аневризмы сосудов головного мозга, встречающийся в 70 –90 % случаев. В 15 % случаев причина остается неустановленной, артериовенозные мальформации составляют 7-10 % случаев. Факторами риска, которые способствуют разрыву аневризмы и развитию САК, считаются: артериальная гипертензия, курение, хронический алкоголизм, избыточная масса тела, прием наркотиков.

Из шкалы тяжести состояния было выявлено: I-5-7%, II-7-15%, III-20-25%, IV-30-35%, V-10-15%. Более чем у 50 % пациентов с САК отмечается нарушение сознания: спутанность, возбуждение, делирий, коматозное состояние. У 10 % больных отмечаются эпилептические припадки, в подавляющем большинстве случаев развивающиеся в первый день заболевания. У 25-35% больных наблюдались менингеальные симптомы. У 10-15% больных жаловались на головокружение, шаткость при ходьбе, тошнота и рвота при открывании глаз или при вставании из постели. МРТ может хорошо её визуализировать в первые 12 часов, обычно, в виде гиперинтенсивности в субарахноидальных пространствах на FLAIR изображениях. Люмбальная пункция, при которой с помощью иглы забирается на анализ спинномозговая жидкость, обнаруживает признаки САК в 3 % случаев с нормальной КТ-картиной.

Выводы. Субарахноидальное кровоизлияние (САК) продолжает оставаться важной причиной как смертности, так и длительной заболеваемости среди населения. Ключевыми факторами, влияющими на исход заболевания, являются степень неврологического дефицита пациента при поступлении в больницу, тяжесть его состояния, возраст и объем крови, попавшей в субарахноидальное пространство. Прогноз также зависит от ряда осложнений, таких как вторичная ишемия мозга, гидроцефалия и образование гематом.

Джобирзода А.Б., Нуралиев Н.М., Рустамов С.Х.
**КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА И
ИХ КОРРЕКЦИЯ**

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ганиева М. Т.

Цель исследования. Изучить когнитивные нарушения у больных с ХИГМ, влияние препаратов группы антиоксидантов на характер изменений в когнитивной сфере у пациентов с хронической ишемией головного мозга на фоне длительной курсовой нейропротекторной терапии.

Материал и методы. Исследование было проведено на кафедре неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Исследование выполняется на группе больных с ХИГМ II стадии с умеренными когнитивными расстройствами, включающей 30 пациентов, из них 20 мужчин (66,7%), 10 женщин (33,3%). Диагноз ХИГМ ставится на основании классификации А. И. Федина и данным заключений КТ/МРТ-исследований. Когнитивные расстройства выявляются по данным нейропсихологических тестирований (шкала MMSE, MoCA-тест). Средний возраст пациентов составил 60,2 года. У больных отмечено в анамнезе наличие артериальной гипертонии, церебрального атеросклероза, нарушение кровообращения в вертебробазилярном бассейне. У 8 (26%) исследуемых в анамнезе отмечено наличие нарушения в вертебробазилярном бассейне, еще у 7 (24%) — сочетание артериальной гипертонии, атеросклероза, СД, у 15 (50%) — сочетание церебрального атеросклероза, гипертонии. Пациентам проводилась стандартная традиционная терапия согласно медицинским стандартам оказания медицинской помощи больным с хронической ишемией головного мозга, дополнительно пациенты получали препарат группы антиоксидантов.

Результаты исследования. У пациентов, получавших наряду с базовой терапией препараты группы антиоксидантов, отмечено улучшение когнитивных функций на первом плановом визите. Результаты подтверждаются по данным когнитивного статуса динамикой показателей вышеперечисленных шкал. Результаты исследования показывают, что при ХИГМ II стадии с умеренными когнитивными расстройствами (MMSE < 25), (MoCA < 24) после проведения первого курса терапии в вышеуказанной дозировке показатели в баллах выше у пациентов в возрасте до 50 лет (MMSE — 26–27), (MoCA — 24), чем у пациентов старше 50 лет (MMSE — 25), (MoCA — 23). Таким образом, исследование доказывает, что на раннем этапе когнитивные расстройства лучше регрессируют (лучше поддаются лекарственной терапии).

Выводы. Использование антиоксидантных препаратов в комплексной терапии ХИГМ показывает положительное влияние на динамику когнитивных нарушений у пациентов, страдающих хронической ишемией головного мозга. Препараты этой группы хорошо переносятся пациентами, не вызывая каких-либо нежелательных явлений со стороны общеклинического статуса пациентов. Аллергических реакций зарегистрировано не было, обострений сопутствующих соматических заболеваний не отмечено.

Джурабаева А.Б.¹, Бободжонов А.Р.¹, Азамова Д.О.²
ЛЕЧЕНИЕ ПОСТАКНЕ С ПОМОЩЬЮ PRP-ТЕРАПИИ

¹Кафедра дерматовенерологии им. профессора П.Т. Зоирова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

²ГУ «Городская клиническая больница кожных болезней». Таджикистан.

Научный руководитель – доктор PhD, ассистент Бозоров С.С.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь количества тромбоцитов в анализе крови с результатами PRP-терапии при лечении постакне.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 20 пациентов с последствиями угревой болезни (постакне) в возрасте от 18 до 34 лет. Давность заболевания составила от 6 месяцев до 5 лет. Постакне в виде гиперпигментации наблюдалась у 9-и пациентов, эритематозные постакне у 7-и, рубцовые постакне у 4-х пациентов. У 4 (20%) пациентов количество тромбоцитов составило 150-199 тыс./мкл., у 9 (45%) - 200-299 тыс./мкл. и у 7 (35%) - с 300-400 тыс./мкл. Для оценки количества тромбоцитов использовались показатели общего анализа крови (ОАК+тромбоциты) проведенные в лаборатории «Диамед». Исследование проводилось среди пациентов с показателями количества тромбоцитов в норме (150-400 тыс./мкл.). Каждому пациенту проводили по 5 процедур PRP-терапии с промежутками 10 дней между каждой процедурой.

Результаты исследования. Было обнаружено, что у 7(35%) пациентов с количеством тромбоцитов более 300 тыс./мкл. были видимые улучшения состояния кожи после первой процедуры PRP-терапии, у 9 (45%) исследуемых с показателями от 200 до 300 тыс./мкл. тромбоцитов, улучшение состояния кожи наблюдалось после 3-4 процедуры PRP-терапии, а у пациентов с количеством тромбоцитов 150-200 тыс./мкл. были выявлены улучшения состояния кожи после истечения 14 дней с пятой процедуры PRP-терапии. Стоит отметить, что, у 16 (80%) пациентов с постакне в виде гиперпигментации и эритемы, состояние кожи значительно улучшилось, тон выровнялся. У пациентов с рубцовыми изменениями поддавались коррекции участки глубиной 0,1-0,5 мм.

Выводы. Таким образом, исследование показало, что у 7(35%) пациентов с количеством тромбоцитов более 300 тыс./мкл. структура кожи восстановилась быстрее, гиперпигментация осветлилась больше, после применения PRP-терапии, по сравнению с пациентами, у которых меньшее количество тромбоцитов. У пациентов с рубцами постакне, действие PRP-терапии незначительно улучшило и приподняло кожу в зоне рубцовых изменений.

Джураева Ш.С.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Кафедра семейной медицины, медицинский факультет, ТНУ. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Кадамалиева М.Д.

Цель исследования. Провести анализ особенностей течения беременности на фоне гестационного сахарного диабета.

Материал и методы. Нами проведено обследование 40 беременных с вновь выявленным ГСД во время беременности. Они составили основную группу. Контрольную группу составили 30 здоровых беременных женщин, сопоставимых по возрасту с основной группой. Анализу были подвергнуты данные течения данной беременности.

Результаты исследования. Установлено, что средний возраст всех обследованных женщин составил $27,1 \pm 2,3$ года с колебаниями от 22 до 36 лет, т.е. пациентки находились в наиболее оптимальном детородном возрасте. По месту жительства беременных женщин с гестационным сахарным диабетом данные распределились следующим образом: 44 женщин (63%) - жительницы города, 26 (37%) - жительницы сельской местности. При изучении детородной функции установлено, что 15 (21%) женщин были первородящими, 55 (79%) - повторнородящими. Среди повторнородящих 7 (10%) женщин - многорожавшие. Изучение акушерского анамнеза показало, что среди повторно и многорожавших женщин каждая вторая имела осложнения при предыдущих беременностях и родах. Всем женщинам с ГСД при постановке диагноза назначена диетотерапия, при невозможности достижения эугликемии - инсулинотерапия. При анализе данных по течению данной беременности установлено, что наиболее частым осложнением беременности у женщин с гестационным сахарным диабетом явились в I половине - угроза самопроизвольного аборта - в 18% случаев, во II половине - гипертензивные нарушения разной степени тяжести, преждевременное излитие околоплодных вод. При проведении ультразвукового исследования макросомия обнаружена в 32% случаев, двуконтурность головки у плода - 44%, гепатомегалия - в 20%, спленомегалия - 4%. При проведении доплерометрии маточно-плацентарно-плодового комплекса в 20% случаев обнаружено нарушение 1 степени, в 25% - нарушение 2 степени.

Выводы. Таким образом, наиболее частым осложнением гестации на фоне гестационного сахарного диабета является угроза преждевременного прерывания беременности, гипертензивные нарушения, нарушения в маточно-плацентарно-плодового кровотока, а также преждевременное излитие околоплодных вод.

Додарбекова Б.У., Набиев П.З.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ IF-КАНАЛОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

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

Научный руководитель – старший преподаватель кафедры Бобиева Н.Х.

Цель исследования. Оценить влияние ивабрадина на показатели сердечно-сосудистой функции и клинические исходы у пациентов с хронической сердечной недостаточностью с сохраненной и сниженной фракцией выброса.

Материал и методы. Исследовательская работа была проведена на базе ГУ «Республиканского клинического центра кардиологии» и включало 30 пациентов в возрасте от 45 до 70 лет с диагнозом ХСН II–III функционального класса по NYHA. Среди участников было 18 мужчин (60%) и 12 женщин (40%). Наблюдение длилось 6 месяцев с 2024 по 2025 год. Пациенты были разделены на две группы: основную группу из 15 человек, получавшую ивабрадин в дозе 5–7,5 мг дважды в сутки в дополнение к стандартной терапии, которая включала ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина II, бета-блокаторы и диуретики. Контрольную группу составляли пациенты, получавшие стандартную терапию ($n=15$) без добавления ивабрадина.

Для оценки эффективности лечения использовались следующие методы обследования: электрокардиография (ЭКГ) для оценки частоты сердечных сокращений (ЧСС), эхокардиография (ЭхоКГ) для измерения фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), определение уровня натрийуретического пептида (NT-proBNP) и медицинская документация для регистрации частоты госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН.

Результаты исследования. До начала лечения частота сердечных сокращений (ЧСС) в группе, получавшей ивабрадин, составляла 85 ± 7 уд/мин, а в группе, получавшей стандартную терапию — 83 ± 6 уд/мин. Фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) в основной группе, составляла $38 \pm 5\%$, а в контрольной группе — $37 \pm 4\%$. Уровень натрийуретического пептида (NT-proBNP) в основной группе был 1450 ± 300 пг/мл, а в группе, получавшей стандартную терапию — 1400 ± 280 пг/мл. Частота госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН до начала лечения была одинаковой в обеих группах и составляла 10 случаев.

Через 6 месяцев лечения в группе, получавшей ивабрадин, частота сердечных сокращений снизилась на 15% до 72 ± 5 уд/мин, в то время как в группе, получавшей стандартную терапию, снижение составило лишь 5% до 79 ± 5 уд/мин. Фракция выброса левого желудочка в группе, получавшей ивабрадин, увеличилась на 8% до $46 \pm 4\%$, в то время как в контрольной группе увеличение составило только 3% до $40 \pm 3\%$. Уровень NT-proBNP в основной группе снизился на 30% до 1015 ± 250 пг/мл, а в группе, получавшей стандартную терапию — на 10% до 1260 ± 260 пг/мл. Частота госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН в группе, получавшей ивабрадин, уменьшилась на 40% до 6 случаев, в то время как в группе, получавшей стандартную терапию, снижение составило 15% до 8 случаев.

Выводы. Добавление ивабрадина к стандартной терапии существенно улучшает клинические показатели у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и тахикардией, что подтверждает целесообразность исполь-

зования ингибиторов If-каналов в комплексной терапии для повышения эффективности лечения данной категории пациентов.

Додарбекова С.У., Ҳабибов А.Г., Шарифов А.М.

ТАҒЙИРОТИ УЗВҲОИ ҲОЗИМА ҲАНГОМИ ВАСКУЛИТИ ХУНРЕЗ

Кафедраи бемориҳои дарунии №3 МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”. Тоҷикистон.

Роҳбари илмӣ - муаллими калони кафедра Шарифов М.М.

Мақсади таҳқиқот. Арзёбии ҳолати морфофункционалии узвҳои ҳозима дар мавриди беморони мубтало ба васкулити хунрез.

Мавод ва усулҳо. Дар шӯбаи гематологии калонсолони МД ММТ ҚТ “Шифобахш” тайи ду моҳ (январ-феврал)-и соли 2025 таҳти назорати мо 11 бемори гирифта ба таҳлили васкулити хунрез дар синни аз 18 то 65-сола қарор доштанд. Аз инҳо 7 бемор дар синни аз 18 то 35-сола (63,3 %) ва 4 бемор дар синни аз 35 то 65-сола (36,6 %) буд. Беморон вобаста ба иллатнокшавии узвҳои ҳозима ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд: зимни гурӯҳи аввали беморон дар заминаи татбиқи муолиҷаи бемории асосӣ иллатнокшавии амиқи узвҳои ҳозима бо оризаҳои баъдина мушоҳида гардид; гурӯҳи дуюми беморон мубтало ба иллатҳои сатҳии узвҳои ҳозима буданд. Ба гурӯҳи аввал 5 бемор шомил буда, ду нафар аз бемории захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта ранҷ мекашид, ки аз хунравӣ ориздор шуда буд ва боқимондаҳои бо эрозияи луобпардаи меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта, бо хунрезии нуқтамонанди зерлуобпардаи меъда буданд. Дар гурӯҳи дуюм 6 бемор буда, асосан дар мавриди онҳо ихтилолоти ҳалалёбии ҳозима, варамидаи ғайрипурхунии луобпардаи меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта ба назар мерасид. Таҳлиси дар асоси анамнез, клиника, таҳлили лабораторӣ гузашта шуд: таҳлили умумии хун, таҳлили системаи лахтабандии хун, зиёд шудани лахтабандии хун ва таҳқиқоти абзорӣ: фиброгастро дуоденоскопия: гастродуоденит, эрозия ва захми рӯдаи дувоздаҳангушта.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Натиҷаи пажӯҳиши мо барои беҳбуди усулҳои муолиҷа ва муолиҷаи дурусти беморони гирифта ба васкулити хунрез равона гардида, ҳолати морфофункционалии узвҳои ҳозима баназар гирифта шудаанд. Зеро муолиҷаи нодуруст ва муттасили зиддиқоагулянтҳо ба воситаи препаратҳои зиддиагрегантӣ, нестероидӣ, зиддиинфламаторӣ боиси иллатнокшавии узвҳои ҳозима ба монанди захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта, хунравӣ ва сӯрохшавии захм мегардад.

Хулоса. Ҳамин тавр, пажӯҳиши мо маълум намуд, ки ҳангоми васкулити геморагӣ ва муолиҷаи он иллатнокшавии узвҳои ҳозима мушоҳида мешавад. Аз ин лиҳоз, ҳангоми муолиҷаи васкулити хунрез барои пешгирии оризаҳои беморӣ препаратҳои антацидӣ (Фосфалогел), Н2-блокаторҳо (фамотидин) ва ингибиторҳои насоси протонӣ (Дидактин, Пантопрозол) ба қор бурдан лозим аст.

Дододжони А.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Кадырова Д.А.

Цель исследования. Изучить эффективность воздействия средиземноморской диеты на пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС) с избыточной массой тела.

Материал и методы. В исследование были включены 75 пациентов, которые перенесли инфаркт миокарда (ПИМ). Из них 53 (70,7%) мужчин и 22 (29,3%) женщин. Средний возраст пациентов колебался ~~54,7 ± 3~~ лет. Всем пациентам с ПИМ измеряли систолическое артериальное давление (САД) и диастолическое артериальное давление (ДАД) в мм рт.ст. по методу Короткова, рассчитывали частоту сердечных сокращений (ЧСС, уд/мин) в состоянии покоя, а также измеряли индекс массы тела (ИМТ). У исследуемых измеряли окружности талии и бедер. Всем пациентам была рекомендована средиземноморская диета. Пациенты придерживались диете в домашних условиях. Контроль за пациентами в течение шести месяцев проводили семейные врачи в Городском центре здоровья № 2 г. Душанбе. Названная диета впервые была рекомендована в 1950 году учеными США – биологом Ансела Кейса и химиком Маргарет Кис. Средиземноморская диета в большей степени фокусируется на нескольких принципах, которые пациенты должны учитывать в своем ежедневном рационе. Диета содержит продукты из мононенасыщенных жиров – такие как оливковое масло, большую долю овощей и фруктов, умеренное количество молочных продуктов с предпочтением сыра. Имеется ограничение мяса, количества сладостей. Должно быть минимальное употребление продуктов высокой степени переработки.

Результаты исследования. Установлено, что 37 (49,3%) пациенты ПИМ имели избыточную массу тела. Из них у 21 (56,8%) ИМТ находился в пределах 26,4-28,7 кг/м², у 11 (29,7%) больных определялось ожирение первой степени, их ИМТ был равен 30,6-34,5 кг/м², у 5 (13,5%) регистрировалось ожирение второй степени, ИМТ находился в пределах 35,2-37,4 кг/м². Из 16 пациентов с ожирением 1 и 2 степени, 9 (56,25%) составили женщины. Абдоминальный тип ожирения наблюдалось у 12 (32,5%) из 37 пациентов с ПИМ, соотношение окружности талии к окружности бедер было равно 0,96 и более. Еще у 7 (18,9%) пациентов наблюдалось ожирение по бедренно-ягодичному типу, их соотношение окружности талии к окружности бедер было равно 0,82 и ниже. У остальных 18 (48,6%) пациентов с ПИМ, у которых был зафиксирован избыточный вес, наблюдался промежуточный тип ожирения. Через шесть месяцев наблюдения при соблюдении средиземноморской диеты у больных наблюдались следующие изменения: из 21 пациента с избыточной массой тела у 16 (76,2%) наблюдалось снижение массы тела, их ИМТ снизился на 24,9 кг/м² и ниже, у больных, страдающих ожирением 1-й степени, ИМТ снизился на 2,4 кг/м² ниже из исходного показателя,

а среди больных с ожирением 2-й степени, у 1 больного ИМТ была равно 27,9 кг/м² - т.е. избыточная масса тела, у 2 больных – ИМТ равнялся 31,8-32,4 кг/м², а у остальных 2 больных – ИМТ был равен 35,3-36,1 кг/м². Индекс соотношения окружности талии к окружности бедер у пациентов достоверно изменился: из 12 больных, страдающих абдоминальным типом ожирения, у 9 индекс составил 0,89-0,93, а из 7 больных, страдающих геноидным типом ожирения - у 5 индекс значительно снизился и составил 0,84-0,87. В целом следует отметить, что у 29 (78,4%) из 37 пациентов с избыточной массой тела наблюдалась хорошая динамика снижения веса, а у 14 (60,8%) из 23 пациентов наблюдалось изменение типа ожирения.

Выводы. У 78,4 % пациентов с ПИМ после 6-ти месяцев соблюдения средиземноморской диеты наблюдалось снижение ИМТ и степени ожирения, а у 60,8 % пациентов наблюдались положительные изменения индекса окружности талии и бедер. Названная диета благоприятно влияет на эффективность кардиологической реабилитации пациентов ПИМ в амбулаторных условиях.

Дододжони А.

ОЦЕНКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Кадырова Д.А.

Цель исследования. Оценить эффективность медицинской помощи пациентам с АГ пожилого возраста в работе семейных врачей (СВ).

Материал и методы. Профессиональная готовность в проведении профилактических мероприятий для больных АГ пожилого возраста изучалась у 50 СВ путем анкетирования в городских центрах здоровья № 2 и 10 г. Душанбе.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием персонального компьютера и программных пакетов «MicrosoftOffice 2007», «SPSS 13.0». Статистическая значимость различий показателей для относительных величин вычисляли по t-критерию Стьюдента.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что из 60 опрошенных СВ - 45 человек (75%) имели полные знания о диагностических критериях АГ у пациентов пожилого возраста в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). У 15 СВ (25%) не сформированы правильные представления о диагностических критериях АГ у пациентов.

Все факторы риска АГ отметили в анкетах 33 (55%) СВ, остальные о них знают не полностью, частично. О стандартах лечения АГ, медикаментозной и немедикаментозной терапии данного заболевания, имели полную информации всего лишь 28 (46,67%) СВ. О принципах диспансеризации пациентов с АГ пожилого возраста в учреждениях ПМСП имели данные 37 (61,67%) СВ.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о том, что СВ недостаточно имеют информацию о ведении пациентов с АГ пожилого возраста в учреждениях ПМСП. Для качественной медицинской помощи пациентам пожилого возраста с АГ необходима всесторонняя подготовка СВ.

Выводы. Для эффективной медицинской помощи пациентам пожилого возраста с АГ в учреждениях ПМСП необходима всесторонняя подготовка СВ.

Ду Синюан

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

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

Научный руководитель - к.м.н. Юсупова М.Х.

Цель исследования. Изучить особенности течения артериальной гипертензии у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) и выявить взаимосвязь между степенью выраженности гипертензии и клиническими проявлениями ХБП.

Материал и методы. В исследовании участвуют 40 пациентов с установленным диагнозом ХБП, разделенных на группы в зависимости от стадии заболевания. Используются следующие методы: клиническое обследование (измерение артериального давления, оценка симптоматики); лабораторные исследования (анализ крови, анализ мочи); инструментальные методы (УЗИ почек, ЭКГ, эхокардиография);

Результаты исследования. У пациентов с более выраженной стадией ХБП наблюдалась высокая частота и уровень артериальной гипертензии по сравнению с пациентами с менее выраженной стадией. Выявлена значимая корреляция между уровнем креатинина и степенью повышения артериального давления ($p < 0.05$). Обнаружены специфические изменения в сердечно-сосудистой системе, связанные с длительным течением гипертензии на фоне ХБП. У 40% пациентов выявлены структурные изменения сердца, в частности гипертрофия левого желудочка, которая чаще встречалась на более поздних стадиях ХБП. Анализ показал значительное повышение уровня систолического артериального давления и маркеров воспаления (С-реактивный белок, интерлейкин-6) с увеличением стадии ХБП. Высокая частота аритмий, особенно фибрилляции предсердий, была отмечена у пациентов с терминальной стадией ХБП, что связано с электролитными нарушениями и структурными изменениями сердца.

Выводы. Артериальная гипертензия у пациентов с хронической болезнью почек имеет свои особенности, что требует индивидуального подхода к диагностике и лечению. Учёт стадии ХБП является ключевым фактором в управлении артериальной гипертензией и снижении риска сердечно-сосудистых осложнений. Результаты исследова-

ния подчёркивают необходимость ранней диагностики и активного контроля артериального давления у данной группы пациентов.

Дўстова Ф.А., Азимова С.А., Қосимова Х.Х
НАЗАРБАНДИИ САРИВАКТИИ ЗАНОНИ ҲОМИЛАДОР ДАР ТАҶРИБАИ ТАБИБИ ОИЛАВӢ
Кафедраи тибби оилавии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тоҷикистон.
Роҳбари илмӣ - омӯзгори калон Мукарамова Д.А.

Мақсади таҳқиқот. Муайян намудани аҳамияти фарогирии барвақтии ҳомиладорон дар фаъолияти табиби оилавӣ, арзёбии таъсири назорати саривактӣ ба солимии модару кӯдак ва пешгирии оризаҳои ҳомиладорӣ.

Мавод ва усулҳо. Таҳқиқот дар асоси маълумоти тиббии ҳомиладорони 4 минтақаҳои хизматрасонии табибони оилавии МД МСШ №15 –и ш. Душанбе дар муддати соли 2024 бо таҳлили ретроспективии қортҳои тиббии ҳомиладорон ва навтаваллудкардагон (шакли 029) гузаронида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Шумораи умумии занҳои қобили таваллуд ҳамагӣ дар ин чор минтақа 1393 нафарро ташкил намуда, 138 (14,0 %) нафар занҳои ҳомиладор дар марҳилаҳои ҳомиладорӣ аз 10 то 12 ҳафта 100 % ба қайд гирифта шудаанд. Дар 12 моҳи соли 2024 аз ҳисоби валодаткардагон бо буриши қайсари нақшавӣ 12 (8,6%) нафар, бо нишондоди таъҷилӣ 8 (5,8 %) нафар таваллуд карданд. Зоиши хонагӣ дар ин давра набуд. Фосилаи байни таваллуд аз занҳои таваллудкарда аз 2 то 1 сол ва аз 2 то 3 сол 50 нафарро ташкил намуд (36,2%), аз 3 сол зиёд фосилаи байни таваллуд 88 нафар (63,7 %) ташкил намуд. Аз 138 нафар занҳои валодаткарда, бо бемориҳои экстрагениталӣ дар 54 занҳо (39,1%) дида мешуд, аз онҳо бо камхунии норосии оҳан 54 нафарро (39,1%) ташкил дод, ки пурра солим гардонид шуданд. Бо бемории пиелонефрити музмин 11 (8,0%) нафар буда, онҳо табобати саривактӣ гирифтанд, инчунин бо преэклампсияи мӯътадил 1 (0,7%) нафар дар марҳилаи ҳомиладорӣ 37-38 ҳафта ва 1 (0,7%) нафар дар марҳилаи ҳомиладорӣ 27 ҳафта бо преэклампсияи вазнин бо тарзи буриши қайсари фаврӣ таваллуд кардаанд. Иллатҳои варида дар 9 занҳо дида шуд, ки 6,5 % ро ташкил намуд, ки аз онҳо низ 2 нафар бо буриши қайсари нақшавӣ таваллуд карданд. Бо ҷоғари эндемикӣ дараҷаҳои 1-2 ҳамагӣ 56 (40,5%) нафарро ташкил намуда, ҳамаи онҳо бо маводи доругӣ йоддошта табобат гирифтаанд. Дар 3 нафар занҳо (2,15) норосии вазн, фарбеғӣ 7 (5,0%) нафарро ташкил намуд. Бо миопияи дараҷаи баланд 9 (6,5%) нафар бо тарзи ҷарроҳӣ таваллуд карданд. Таваллуди пеш аз мӯҳлат 3 (2,1%) нафарро ташкил намуда аз 22 то 27 - 1 нафар (33,3), дар марҳилаи 28 ҳафта то 36 ҳафта 2 (66,6%) нафарро ташкил намуд.

Хулоса. Таҳқиқоти гузаронидашуда нишон дод, ки фарогирии барвақтии ҳомиладорон ба таври назаррас хатари оризаҳоро коҳиш дода, ба солимии модар ва кӯдак таъсири мусбӣ мерасонад. Новобаста аз он, кизанҳои ҳомиладорӣ бо бемориҳои экстрагениталӣ зиёдбуданашон, оризаҳои ҳомиладорӣ сари вақт ошкор карда шуда, таваллуди занҳо бе ғавти модару кӯдак ба анҷом расид.

Енсебаева Ж.С., Аймухамбетов Н.Ж., Саттыбаева С.К.
ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В РЕВМАТОЛОГИИ

Кафедра внутренних болезней и ревматологии НАО «Медицинский университет Семей. Казахстан.
Научный руководитель - ассоциированный профессор, к.м.н. Горемыкина М.В.

Цель исследования. Изучить опыт применения искусственного интеллекта в ревматологии.

Материал и методы. Нами проведён литературный обзор статей в электронных поисковых ресурсах UpToDate, PubMed, Cochrane library, в журналах «Современная ревматология», «Наука и здравоохранение». Ключевые слова: healthcare research, artificial intelligence, deep learning, machine learning, data processing, computer vision, deep learning.

Результаты исследования. ИИ активно внедряется в ревматологию, улучшая диагностику, лечение и прогнозирование заболеваний суставов. Ниже приведены только некоторые из них.

Модель ИИ для рентгенологической диагностики ревматоидного артрита (РА) - помогает определять рентгенологические признаки РА и оценивать динамику изменений с помощью автоматического анализа рентгеновских снимков (A. Guskova et al., 2022 г).

«CVisionRad - Knee Arthrosis» в диагностике остеоартрита (ОА) - выполнение автоматизированного анализа реального потока результатов рентгенографии коленного сустава (A.V. Vladimirovsky et al., 2022 г).

Мобильное приложение - «Rheuma Helper» предназначено для диагностики заболеваний, для расчёта клинических показателей, таких как индексы активности заболевания, шкалы оценки функциональных состояний пациентов, таким образом, может стать настоящим помощником в процессе контроля над ревматическими заболеваниями (В.И. Мазуров, 2019 г).

Программы RadAI и Zebra Medical Vision используют ИИ для автоматической оценки степени повреждения суставов на рентген-снимках (Federico Maccioni, 2019 г).

Модель «CLIMAT: Clinically-Inspired Multi-Agent Transformers» разработана для прогнозирования траектории развития ОА коленного сустава, анализируя как визуальные данные (например, рентгеновские снимки), так и клиническую информацию о пациенте. Это позволяет предсказывать структурные изменения в суставе с течением времени, что способствует более точному планированию лечения (Huu H.N et al., 2021 г).

Выводы. Использование искусственного интеллекта (ИИ) в ревматологии открывает новые возможности для диагностики, прогнозирования и персонализированного лечения. Алгоритмы машинного обучения выявляют скрытые закономерности, улучшают точность диагностики и оптимизируют терапию. ИИ снижает нагрузку на врачей, ускоряет интерпретацию данных и способствует развитию телемедицины. Однако для внедрения технологий необ-

ходима разработка стандартов, обучение специалистов и обеспечение безопасности данных. В перспективе ИИ станет неотъемлемой частью ревматологии, повышая качество помощи и прогнозы пациентов.

Жангиров А.М., Набиев П.З., Рахмонов Дж.Т

ЧАСТОТА ПРОЯВЛЕНИЙ ЭНТЕРОПАТИЙ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан

Научный руководитель – старший преподаватель Бобиева Н.Х.

Цель исследования. Изучить частоту проявления энтеропатий у больных с почечной недостаточностью.

Материал и методы. Исследовательская работа выполнена на базе нефрологического отделения ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», наблюдением 14 пациентов в возрасте 40-65 лет с почечными заболеваниями. Больные разделены по ровну на основную и контрольную группы. Первую группу составили 7 больных (50%) с различной патологией почек, осложнённой ХПН, вторую также составили 7 человек (50%) с почечной патологией без ХПН.

Всем больным для оценки общего состояния проводилось общеклинические исследования, а также делался акцент на эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) и колоноскопию.

Результаты исследования. Важным клиническим симптомом при ХПН является аммиачный запах изо рта, обусловленный наличием в выдыхаемом воздухе значительного количества аммиака, который образуется в органах пищеварения и дыхания. Все пациенты основной группы предъявляли жалобы на нарушение функции желудочно-кишечного тракта: жалобы на сухость и неприятный вкус во рту, ухудшение аппетита, снижение массы тела, отвращение к мясной пище, диарея, тошноту и рвоту. Характерно, что тошнота и рвота у этой категории больных не связаны с приемом пищи, обычно сопровождаются обильным слюноотделением и не приносят облегчения больному. У всех больных отмечается отсутствие аппетита и у половины больных отмечается жажда. Необходимо отметить, что развитие этих жалоб обусловлено не только органическим поражением, но и интоксикацией. Наши наблюдения показывают яркие симптомы интоксикации при многократном повышении уровня мочевины сыворотки от 20,3 до 43,8 ммоль/л. У 1 (14,3%) больного отмечалось кишечное кровотечение.

У 5 (71,4%) больных на ЭГДС выявлена эрозивно-язвенные поражения желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки, и у 2 (28,6%) очаговая гиперемия слизистой оболочки, её легкая ранимость, отечность и утолщение складок. У 2 больных с подозрениями на онкопатологию, при проведении колоноскопии выявлена гиперемия и отечность стенки толстого кишечника. Все больные основной группы принимали энтеросорбенты в качестве симптоматической терапии, для снижения уровня креатинина и мочевины путем кишечной их утилизации. В ходе наблюдения выяснилось, что частота встречаемости диспептических симптомов у больных основной группы после применения энтеросорбентов значительно снизилась.

В контрольной же группе у 2 (28,6%) пациентов отмечалась гиперемия и у 1 (14,3%) больного выявлены эрозивные изменения слизистой оболочки 12-перстной кишки, и у 1 (14,3%) гиперемия и отечность толстого кишечника (колит), которые рассматривались как сопутствующие патологии. У 3 (42,8%) больных с почечными патологиями нарушения в пищеварительной системе не выявлены.

Выводы. Определение стадии поражения ЖКТ при ХПН и полноценная терапия энтеросорбентами, снизит риск возникновения уремических энтеропатий и их осложнения, тем самым улучшив качество жизни пациентов.

Жексенбаева А.С., Досан А., Калбеков Ж.А

ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ СИНДРОМОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТАЦИОНАРНЫХ МЕДСЕСТЕР: СТРАТЕГИИ ПОДДЕРЖКИ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ

Кафедра школы сестринского образования НАО «Карагандинский Медицинский Университет».

Казахстан.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Киспаева Т.Т.

Цель исследования. Определение и разработка эффективных стратегий борьбы с синдромом эмоционального выгорания у медицинских сестер стационара, направленных на повышение их благополучия и профессиональной устойчивости.

Материал и методы. Объектом исследования выступала Областная детская клиническая больница (г. Караганда, Казахстан). В рамках исследования проводился анонимный опрос медицинских сестер с использованием шкалы эмоционального выгорания Маслаха. В нем приняли участие 147 из 228 сотрудников стационара, охватывая возрастную группу от 18 до 63 лет. Респонденты были классифицированы по полу, возрасту и стажу работы. Из исследования исключены медицинские сестры поликлиник, специалисты, находящиеся в отпуске, а также врачи. Включены только сотрудники с опытом работы, работающие как в дневные, так и в ночные смены. Для статистического анализа использовались критерии сложения и вычитания, а также критерий Стьюдента.

Результаты исследования. Анализ данных показал, что эмоциональное выгорание более выражено у женщин, чем у мужчин.

- Эмоциональное истощение: средний показатель составил $32,6 \pm 9,01$ у мужчин и $34,09 \pm 6,84$ у женщин (норма: 16–24).
- Деперсонализация: $15,09 \pm 4,05$ у мужчин и $14,5 \pm 4,32$ у женщин (норма: 5–12).
- Редукция профессиональных достижений: $37,7 \pm 10,5$ у мужчин и $41,0 \pm 6,97$ у женщин (норма: 28–35).

Выводы. Результаты исследования подтверждают, что уровень эмоционального выгорания среди медицинских сестер стационара находится на умеренном (первом-втором) уровне. Особенно выражены признаки эмоционального истощения и деперсонализации, превышающие нормативные показатели. Хотя редукция профессиональ-

ных достижений также выше нормы, этот показатель имеет обратную шкалу оценки, что означает, что профессиональная самооценка медсестер остается относительно высокой. Исследование указывает на необходимость поддержки специалистов, поскольку при высокой выраженности деперсонализации и снижения профессиональной мотивации требуется вмешательство психологов и разработка программ по профилактике выгорания. Это согласуется с данными других исследований, подтверждающих, что синдром эмоционального выгорания у медсестер развивается в ответ на стрессогенные факторы работы, в том числе эмоциональную нагрузку, интенсивный график и требования к высокой ответственности.

Жексенбаева А.С., Тельмурзаев А., Калбеков Ж.А.

ИЗУЧЕНИЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОХОДКИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЭЛЕМЕНТОВ САМОМЕНЕДЖМЕНТА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ИНСУЛЬТ

Кафедра школы сестринского образования НАО «Карагандинский медицинский университет». Казахстан.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Киспаева Т.Т.

Цель исследования. Оценить современные подходы и инновационные технологии в реабилитации пациентов, перенесших инсульт, с акцентом на восстановление способности к ходьбе, а также изучить их эффективность, механизмы воздействия и перспективы внедрения в клиническую практику.

Материал и методы. Проведен анализ научной литературы, посвященной реабилитации пациентов с инсультом, с акцентом на методы восстановления походки. Рассматривались методы высокоинтенсивных тренировок ходьбы и функциональной электростимуляции, методы нейрореабилитации.

Результаты исследования. В результате анализа научной литературы выявлен ряд исследований, который показал следующие. Высокоинтенсивные тренировки ходьбы показали значительно улучшали функциональное состояние пациентов. Среднее количество шагов в день у пациентов, проходивших интенсивные тренировки, в 1,5 раза превышало показатели контрольной группы (при $p < 0,001$). Было показано увеличение скорости ходьбы в основной группе в 2,44 раза по сравнению с контрольной группой (при $p < 0,001$), а максимальная скорость передвижения увеличилась на в основной группе в 2,77 раз по сравнению с контрольной группой (при $p < 0,001$).

При изучении влияния роботизированных терапий было установлено положительное влияние на восстановление походки. Так в ряде исследования показано что использование экзоскелетов способствовало увеличению самостоятельных движений и повышению индексов функциональной независимости пациентов.

Методы нейрореабилитации, использующие ближнюю инфракрасную спектроскопию, способствовали улучшению походки и равновесия. Так при использовании нейрореабилитации было показано снижение скорости выполнения теста в основной группе на $12,84 \pm 15,07$ секунды, тогда как в контрольной группе – на $5,51 \pm 7,64$ секунды (разница между группами 7,33 секунды, $p = 0,028$). Кроме того, только у пациентов, получавших нейрореабилитацию, была выявлена значительная активация дополнительной двигательной зоны и усиление связи между вентролатеральной премотормой зоной и корой головного мозга.

Выводы. Походка – ключевой фактор независимости пациентов после инсульта, но стандартные методы реабилитации не всегда устраняют нарушения. Инновационные технологии, включая роботизированные системы, функциональную электростимуляцию и методы нейрореабилитации, показывают перспективные результаты, но требуют дальнейших исследований. Ввиду вышеуказанного необходимы дальнейшего исследования по повышению эффективности восстановления походки.

Жолдыбаева М.Т., Маманова А.А.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА МОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С ДИПЛЕГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЦП

Кафедра нервных болезней НАО «КазНМУ им. Асфендиярова». Казахстан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Мухамбетова Г. А.

Цель исследования. Оценить влияние перинатальных факторов на возраст достижения моторных навыков у детей с детским церебральным параличом (ДЦП), диплегической формой.

Материал и методы. В исследование включены данные 55 детей с ДЦП, диплегической формой (возраст 2–17,6 лет). Пропущенные данные у 16 пациентов восполнены методом MICE. Применялись критерии Крускала–Уоллиса, Манна–Уитни, логистическая регрессия, χ^2 -критерий, корреляционный анализ Спирмана.

Результаты исследования. Анализ с использованием критерия Крускала–Уоллиса не выявил значимого влияния факта и времени первого прикладывания к груди на возраст освоения моторных навыков ($p > 0.05$). При этом в логистической регрессии отмечена направленность связи между ранним прикладыванием к груди и возрастом начала самостоятельной ходьбы ($p = 0.102$). Судорожный синдром, необходимость в ОРИТ и ИВЛ не оказали значимого влияния ($p > 0.05$). Анализ χ^2 не выявил связи между тяжестью ДЦП и возрастом освоения моторных навыков, статистическая значимость не подтверждена ($p > 0.05$), что предполагает возможное влияние дополнительных факторов, таких как характер поражения мозга. Корреляционный анализ Спирмана показал умеренную отрицательную связь между массой тела при рождении и возрастом начала ходьбы ($r = -0.354$, $p = 0.027$), что может указывать на то, что дети с меньшей массой при рождении осваивают самостоятельную ходьбу позднее.

Выводы. Прямой связи между временем первого прикладывания к груди и возрастом освоения моторных навыков не выявлено, при этом наблюдается тенденция к более раннему началу ходьбы у детей с ранним прикладыванием к груди. Дети, закричавшие сразу после рождения и позже, не демонстрировали значимых различий в моторном развитии ($p > 0.05$). Судорожный синдром и пребывание в ОРИТ проявляют тенденцию к влиянию без статисти-

ческой значимости. Меньшая масса тела при рождении ассоциирована с более поздним началом самостоятельной ходьбы. Для подтверждения полученных тенденций и оценки дополнительных факторов риска необходимы дальнейшие исследования с более широкой выборкой.

Зайнаббиди Х.С.

НАРУШЕНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ КАК ОДИН ИЗ ПРЕДИКТОРОВ РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Кафедра эндокринологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Иноятова Н.А.

Цель исследования. Провести анализ фактического питания детей и выявить неблагоприятные факторы, влияющие на формирование пищевого поведения, для профилактики развития ожирения и метаболического синдрома.

Материал и методы. Проведено анкетирование родителей и детей с использованием специальной анкеты, вопросы которой были разработаны с учётом рекомендаций по здоровому питанию ВОЗ. В опросе приняли участие 150 респондентов, в возрасте от 10 до 13 лет, средний возраст которых составил $10,2 \pm 0,5$. Всем детям проводили клиническое обследование, которое включало в себя: сбор анамнеза, антропометрические данные (рост, вес, объём талии, ИМТ). Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistic 8,0 и Excel.

Результаты исследования. При анализе данных из анкет были выявлены такие критерии как: количество организованных приёмов пищи (4 приёма пищи в день) было у 13,3% детей, 6,6% имели - 3 приёма, 73,3% имели - два приёма пищи в день и 6,6% - один приём пищи. Оценка дополнительных приёмов пищи показала, что более 73,3% детей имели 3 перекуса в день, 13,2% - имели один перекус в день. При этом самым распространённым блюдом для дополнительного приёма пищи были мучные изделия и сладости, что составило 93,3%. При оценке объёма предлагаемой порции 73,3% родителей предлагали порцию больше, чем ребёнок может съесть, а только 26,7% - предлагали адекватную порцию пищи. Анализ полученных данных показал, что 93,3% родителей дополнительно выделяли денежные средства, которые дети использовали на продукты быстрого приготовления (фастфуд) и сладости.

Выводы. Основным фактором нерационального питания является широкое использование в рационе детей фастфуда и кондитерских изделий, что и является основным фактором развития абдоминального ожирения и метаболического синдрома.

Зайнаббиди Х.С., Сафарзода А. М., Исмоилзода С.И.

ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ ВЫЯВЛЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Кафедра эндокринологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Иноятова Н. А

Цель исследования. Оценить динамику частоты выявления сахарного диабета 1 типа у детей и подростков в детском эндокринологическом отделении Государственного медицинского центра №1 имени Карима Ахмедова за последние 5 лет.

Материал и методы. В данном исследовании изучена динамика частоты выявления сахарного диабета 1 типа у детей и подростков за последние шесть лет (с 2019 по 2024 гг.) на базе детского эндокринологического отделения Государственного медицинского центра №1 им. Карима Ахмедова. Исследование носит ретроспективный описательный характер и основано на анализе медицинской документации пациентов, находившихся на стационарном лечении в указанном учреждении в исследуемый период времени. Критерии включения: дети и подростки в возрасте от 0 до 18 лет, впервые диагностированные с сахарным диабетом 1 типа. Данные были получены из архивов медицинских карт пациентов и годовых отчётов эндокринологического отделения. Статистическая обработка и математический анализ проводились с помощью программы Statistica 8.0 Excel 2017.

Результаты исследования. В ходе исследования была проанализирована динамика частоты выявления сахарного диабета 1 типа у детей и подростков в детском эндокринологическом отделении Государственного медицинского центра №1 им. Карима Ахмедова за период с 2019 по 2024 годы. За указанный период зарегистрировано 349 случаев впервые выявленного сахарного диабета 1 типа. Годовой прирост числа новых случаев составил в среднем 1,98%. Максимальное количество первичных диагнозов зафиксировано в 2024 году (75 случаев), а минимальное - в 2020 году (19 случаев). Годовая динамика: в 2019 году выявлено 68 случаев. В 2020 году - 19 случаев (-72,06% по сравнению с 2019 годом). В 2021 году - 58 случаев (-14,71% по сравнению с 2019 годом). В 2022 году 61 случай (-10,29% по сравнению с 2019 годом). В 2023 году - 68 случаев (нет изменений по сравнению с 2019 годом). В 2024 году - 75 случаев (10,29% по сравнению с 2023 годом). Возрастная структура пациентов за последние два года составила: дети от 0 до 1 лет - 5 пациентов; дети 1-4 лет - 19 пациентов, дети от 5-9 лет - 38 пациентов, подростки 10-18 лет - 74 пациента, из них мальчиков - 46,8%, девочек - 53,1%.

Выводы. 1. Динамика частоты выявления сахарного диабета 1 типа у детей и подростков в детском эндокринологическом составила 1,98% новых случаев. Рост заболеваемости за пять лет увеличился, составив в 2024 году 75 случаев против 68 случаев. 2. Отмечались значительные колебания годовой заболеваемости: минимальное число новых случаев зарегистрировано 72,06% в 2020 году (19 случаев), а максимальный 10,29% в 2024 году (75 случаев). 3. Наибольшее число пациентов приходилось на возрастную группу 10-18 лет (74 случая за 2023-2024 годы). Младшая возрастная группа (0-1 год) представлена наименьшим числом случаев (5 случаев). 4. Среди впервые заболевших за последние два года доля девочек (53,1%) несколько превысила долю мальчиков (46,8%), однако значительных гендерных различий выявлено не было.

Замунов О.А., Назарова Г.О., Боймуродов П.А.
СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У
БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Кафедра внутренних болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Умарова С.А.

Цель исследования. Изучить суточный профиль АД и вариабельность ритма сердца у больных артериальной гипертонией пожилого возраста.

Материал и методы. В исследование были включены 44 пациента (основная группа) с АГ в возрасте от 60 до 74 лет. Из них 25 женщин и 19 мужчин. Продолжительность заболевания составляла в среднем $9,6 \pm 1,6$ года. Суточное мониторирование АД проводили с помощью монитора Terminal Hewlett Packard (USA). Интервалы между измерениями АД в период бодрствования составляли 15 мин., в период ночного сна – 30 мин. В зависимости от степени ночного снижения среднего АД (СНС Ср АД) больного относили к той или иной группе по профилю АД: дипперы «dippers» - СНС Ср АД от 10 до 20%; нондипперы «non dippers» - СНС Ср АД от 0 до 10%; гипердипперы «over-dipper» - СНС Ср АД более 20%; найтпикеры- «nightpeakers» - СНС Ср АД ниже 0. Вариабельность ритма сердца (BPC) исследовалась по записи ЭКГ и определяли очень низко частотные (VLF); низко частотные (LF); высоко частотные (HF) спектральные показатели и симпатико-парасимпатического баланса (LF/HF).

Результаты исследования. По результатам суточного мониторирования только у 31,2% пациентов основной группы отмечался сохраненный суточный ритм АД – тип «dipper», у 38,1% зарегистрирована «non dipper». Признаки ночной артериальной гипертензии - «nightpeaker» были отмечены у 16,4% и избыточное снижение ночного АД- «over-dipper» выявлен у 14,2% обследованных. В контрольной группе 58,3% больных имели «dipper», 25% «non dipper», 8,3% - «nightpeaker» и 8,4% - «over-dipper» типы суточного профиля АД. В основной группе больных обнаружено повышение тонуса симпатической части вегетативной нервной системы, что подтверждалось снижениями временных (SDNN, RMSSD, pNN50) и спектральной (HF) величины, характеризующих парасимпатическую регуляцию ритма сердца, а также повышение LF и LF/HF в сторону симпатической части вегетативной нервной системы.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют, что у больных ГБ пожилого возраста отмечались низкие данные BPC, что косвенно свидетельствует о преобладании тонуса симпатической части вегетативной нервной системы. Почти у 2/3 пациентов указанной категории зарегистрировано нарушение физиологического (двухфазного) профиля суточного АД. Данные обстоятельства могут оказать существенное негативное влияние на течение и прогноз ГБ у пожилых больных.

Замунов О.А., Назарова Г.О., Мангитова Ч.Г.
ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НА ЛИПИДЫ КРОВИ БОЛЬНЫХ С ИСАГ

Кафедра внутренних болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Сохибов Р.Г.

Цель исследования. Изучить влияние комбинированного препарата ко-сентор (лозартан 50 мг + гидрохлортиазид 12,5 мг) на липидный спектр крови у больных с ИСАГ пожилого возраста.

Материал и методы. Обследовано 18 больных с ИСАГ в возрасте от 66 до 78 лет. Из них: 13 женщин, 8 мужчин. Длительность заболевания составляла в среднем 8,3 года. После общеклинического обследования и установления диагноза больным назначалось гипотензивное средство - ко-сентор. Препарат содержит в своём составе блокатор рецепторов ангиотензина II-лозартан в дозе 50 мг и гидрохлортиазид 12,5 мг. Ко-сентор назначался в начальной дозе 1 таб. в день, при необходимости доза титрировалась до 2 таб. До и после 8-недельного курса лечения изучался липидный спектр крови биохимическим анализатором Cardio Chek (Polymer Technology System, USA). Определялись следующие показатели: общий холестерин (ХС), холестерин липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), холестерин липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), коэффициент атерогенности (КА).

Результаты исследования. К концу курса лечения целевой уровень артериального давления (<140/90 мм. рт. ст.) был достигнут у 80 % больных. Исходно при анализе липидов крови у пациентов отмечались существенные негативные сдвиги, со стороны определенных показателей, свидетельствующие об их атерогенной направленности. После гипотензивной терапии ко-сентором отмечались положительные сдвиги со стороны показателей липидного спектра крови. ХС снизился на 8%, ЛНВП и КА соответственно на 18,7 и 21%. Содержание ЛПВП увеличилось на 7,5%.

Выводы. Применение ко-сентора в среднетерапевтических дозах у больных с ИСАГ в пожилом возрасте улучшает липидный спектр крови.

Зиёзода З. К., Рустамзода Ш.Дж., Мухаммад Юсуф Ёдгори
МЕНЕДЖМЕНТ ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ НА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ТУБЕРКУЛЕЗА ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ ПРОФИЛЬНЫХ
СПЕЦИАЛИСТОВ

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Бобоходжаев О.И.

Цель исследования. Обобщить клинические наблюдения за пациентами с туберкулезным менингитом, а также проанализировать тактику менеджмента побочных реакций на противотуберкулезные препараты.

Материал и методы. Обследовано 167 больных с туберкулезным поражением центральной нервной системы раз-

личной локализации с подтвержденными данными ликвора на наличие микобактерий туберкулеза методами микроскопии и исследованиями молекулярно-генетическими методами – Gene Xpert ULTRA, Xpert XDR, а также посевом мокроты на твердой и жидкой питательных средах (Левенштейн - Йенсена, MGIT 960) с последующим проведением теста на лекарственную чувствительность.

Результаты исследования. У всех наблюдаемых нами больных в зависимости от выбора режима лечения развивались разные побочные реакции на противотуберкулезные препараты. В случае необходимости больным предоставлялись консультации узких специалистов: консультации невропатолога (72 консультации) – для динамической оценки поражения центральной нервной системы при побочных эффектах на противотуберкулезные препараты, консультации окулиста (53 консультации) – для определения и динамического наблюдения за изменениями на глазном дне, консультации инфекциониста (21 консультация) – для исключения побочных эффектов при развитии токсической энцефалопатии, консультация оториноларинголога - при выявлении побочных эффектов со стороны слухового нерва, консультации психиатра - при выявлении специфических жалоб, консультация психолога - при развитии нестабильных психоэмоциональных состояний, консультации реаниматолога – для определения тактики лечения при развитии реанимационных состояний.

При таких побочных реакциях как судорожный приступ, коллапс, анафилаксия, острый психоз, токсический гепатит необходимо временно отменить все противотуберкулезные препараты. После стойкого устранения побочной реакции, лечение возобновляется с включением препаратов по принципу с менее токсичного к более токсичному препарату. При аллергических реакциях лечение возобновляется после проведения пробы со сниженной дозировкой препарата и в случае отсутствия реакции дозировка постепенно увеличивается до необходимой суточной дозы. При невозможности устранения побочных реакций, противотуберкулезный препарат, вызвавший токсическую реакцию, отменяется и подключается другой противотуберкулезный препарат с учетом спектра лекарственной чувствительности.

Заключение. При лечении больных с специфическим поражением центральной нервной системы должна быть настороженность специалистов с обязательным вовлечением консультаций невропатолога, окулиста, инфекциониста, реаниматолога и другие специалистов для динамического наблюдения и правильного выбора тактики лечения. Важно соблюдать правила менеджмента за нежелательными явлениями от приема противотуберкулезных препаратов.

Зиёзода З.К., Рахмоналиева Г.Дж., Махмудов М.О.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ КАК КРИТЕРИИ, ОТРАЖАЮЩИЕ СВОЙСТВА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ И АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРОНИКАТЬ ЧЕРЕЗ ГЕМАТОЭНЦЕФАЛИЧЕСКИЙ БАРЬЕР

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

ГУ «Национальная лаборатория общественного здравоохранения». Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Бобоходжаев О.И.

Цель исследования. Изучить эффективность химиотерапии, отражающих проникновение противотуберкулезных препаратов в Центральную нервную систему (ЦНС) при лечении больных туберкулезным менингитом в Республике Таджикистан по данным головного специализированного противотуберкулезного стационара.

Материал и методы. Проведен анализ данных официальной статистики за 2017 – 2023 гг. по данным ГУ «Национальный центр туберкулеза, пульмонологии и торакальной хирургии» (НЦТПиТХ). За указанный период выявлено всего 167 больных с туберкулезным поражением ЦНС различной локализации. По данным МРТ, МРТ с контрастом, КТ легких, цитологического исследования ликвора и динамического наблюдения за больными была определена эффективность лечения, по которому мы судили о свойствах препаратов проникать через гематоэнцефалический барьер.

Результаты исследования. Наши наблюдения свидетельствуют о том, что проникновение противотуберкулезных и других антибактериальных препаратов в ЦНС следующее: Изониазид обладает хорошим проникновением (90%); Рифампицин имеет недостаточное проникновение (10%); Пиразинамид - хорошее проникновение (100%); Этамбутол - в общем слабое (10%); Стрептомицин – слабое (10%), ПАСК (10%), Ципрофлоксацин и Офлоксацин - 10%. Немного лучше проникает сквозь гематоэнцефалический барьер (20%) следующие препараты: Канамицин, Амикацин, Капреомицин. Проникновение Фторхинолонов – удовлетворительное (60%); Этионамид обладает хорошим проникновением (90%); Циклозерин обладает очень хорошим проникновением (100%).

При этом, в случаях наличия воспаленных мозговых оболочек свойство проникновения противотуберкулезных и антибактериальных препаратов, которые обладали слабым свойством проникновения через гематоэнцефалический барьер увеличивается от 10% до 60%.

Заключение. Из применяемых нами противотуберкулезных и других антибактериальных препаратов хорошим проникновением в ЦНС обладают Изониазид, Пиразинамид, Фторхинолоны, Этионами и Циклосерин; слабое проникновение отмечено у Рифампицина, Этамбутола, Стрептомицина, Канамицина, Амикацина, Капреомицина, Ципрофлоксацина, Офлоксацина и ПАСК. При менингеальном воспалении свойство проникновения через гематоэнцефалический барьер значительно увеличивается.

Зоирова М.Ф., Холикова Н.Н.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК (СТАДИИ G3-G5)

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Зоидбоева Н.З.

Цель исследования. Изучить клинические особенности течения пневмонии у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) и выявить факторы, влияющие на исход заболевания.

Материал и методы. В исследование включены 150 пациентов с верифицированной пневмонией, из которых 100 пациентов имели ХБП (стадии G3-G5), а 50 пациентов без почечной патологии составили контрольную группу. Оценивались клинические проявления, лабораторные показатели (уровень креатинина, С-реактивного белка, лейкоцитоз), данные компьютерной томографии и исходы заболевания. Применялись методы статистического анализа для оценки значимости различий между группами (t-тест, χ^2 -тест).

Результаты исследования. У пациентов с ХБП пневмония характеризовалась более тяжелым течением: уровень С-реактивного белка был выше на 40% ($p < 0,05$), частота двустороннего поражения легких – в 2 раза выше, а средняя длительность госпитализации составляла 14 ± 3 дня против 9 ± 2 дней в контрольной группе. Частота развития дыхательной недостаточности и сепсиса у пациентов с ХБП была в 1,8 раза выше ($p < 0,05$). Летальность в основной группе составила 18% против 6% в контрольной ($p < 0,05$).

Выводы: Пневмония у пациентов с ХБП протекает тяжелее, сопровождается более высокой частотой осложнений и летальных исходов. Выраженность воспалительного ответа и двустороннее поражение легких встречаются чаще, особенно на поздних стадиях ХБП. Результаты подчеркивают необходимость ранней диагностики, индивидуального подбора антибактериальной терапии и контроля водно-электролитного баланса для улучшения исходов у данной категории пациентов.

Зухридинов А.Ш., Одинаев А.Г., Гончарова М.С.

ВЫЯВЛЕНИЕ ИПОХОНДРИИ СРЕДИ ПОЖИЛЫХ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени проф. М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – старший преподаватель Кадырова З.Д.

Цель исследования. Определить склонность и степень риска развития ипохондрии у пожилых лиц с хроническими заболеваниями.

Материал и методы. Исследование было проведено на базе Республиканского клинического центра психиатрии. В исследовании участвовали 34 мужчин в возрасте от 65 до 68 лет, имеющие различные хронические патологии: 1) у 27 пациентов имеется гипертоническая болезнь; 2) у 4 пациентов имеются хронические заболевания ЖКТ; 3) у 3 пациентов имеются хронические заболевания опорно-двигательной системы.

Также в исследовании принята контрольная группа из 25 пожилых в возрасте 65 до 68 лет не имеющих жалоб на какие-либо хронические заболевания.

При исследовании использовались клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический методы исследования, а также опросники. Также для чистоты эксперимента использовались лабораторно-инструментальные исследования врачами разных профилей: кардиологи, эндокринологи, гастроэнтерологи, ревматологи.

Результаты исследования. В ходе исследования получены следующие результаты:

В контрольной группе склонность к ипохондрии выявили только у 1 пациента. В группе пациентов имеющие хронические заболевания эта цифра достигала 30 человек, из них 25 пациентов с гипертонической болезнью, 2 больных имеющие хронические заболевания ЖКТ, 1 больной, имеющий хронические заболевания опорно-двигательной системы.

Выводы. Наличие хронического заболевания в анамнезе у пожилых лиц резко повышает риск развития ипохондрии. Этому способствует ряд факторов: Наличие хронических заболеваний усиливают тревожность по поводу здоровья, постоянный прием лекарств и необходимость регулярного медицинского наблюдения могут вызывать страх ухудшения состояния. Хронические заболевания по типу гипертонической болезни вызывают астенизацию нервной системы, приводящая к депрессии и как следствие – ипохондрию.

Зухридинов А.Ш., Одинаев А.Г., Юлдошев С.А.

ИПОХОНДРИЧЕСКАЯ НАСТРОЕННОСТЬ СРЕДИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени проф. М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель – старший преподаватель Кадырова З.Д.

Цель исследования. Правильно интерпретировать испытываемых ощущений, тревоги и другие субъективные и объективные жалобы пожилых лиц

Материал и методы. Исследование было проведено на базе Республиканского Клинического Центра Психиатрии. В исследовании участвовало 30 пожилых больных, 17 мужчин и 13 женщин, возраст от 58 до 66 лет. В работе использовались клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический методы исследования, а также применялись тесты опросники (ММРІ-тест шкала 1 Ипохондрии) для выявления ипохондрии

Результаты исследования. У более 40% исследуемых (12 больных, из них 8 женщин, 4 мужчин) выявлен ипохондрический синдром имеющий различные симптомы, ниже следует структурное распределение по симптомам:

1) В 70% случаев выявлены жалобы на нетипичные симптомы – например вздутие почки или перекрут поджелудочной железы.

2) В 10% случаев выявлен страх развития осложнения имеющего заболевания желудочно-кишечного тракта в особенности онкологические заболевания.

3) В 10% случаев выявлены многочисленные боли (дискомфортные ощущения) в разных частях тела, боли в руках и ногах, боли в спине.

4) В 5% случаев выявлены страхи развития осложнения заболеваний сердечно-сосудистой системы, в связи с имеющимися в анамнезе таких заболеваний как ГБ.

5) В 5% случаев выявлены страхи развития осложнения имеющихся неврологических заболеваний и развития слабоумия.

Выводы. Ипохондрия как синдром имеет разнообразнейшую симптоматику зависящая от анамнеза жизни, анамнеза болезни, образа жизни больных. Исходя из результатов исследования выяснилось, что страхи и опасения по поводу своего здоровья обусловлены социальными факторами – у большинства больных были знакомые, друзья, родственники умершие от осложнения заболевания которые имеется и у этих больных. Искав в интернет пространстве сомнительную непроверенную медицинскую информацию о своих заболеваниях больные подкрепляют и усиливают свои опасения по поводу своего здоровья. По поводу своих «жалоб» данные больные посещают различные медицинские учреждения, проводят необоснованные медицинские процедуры такие как диагностические (УЗИ КТ МРТ и другие) так и лечебные процедуры. Как правило результатами «диагностики» и «лечения» данный контингент пожилых людей не довольны и в конечном итоге они посещают психиатров, где им ставят окончательный верный диагноз – ипохондрия.

Зухридинов А.Ш., Одинаев А.Г., Гончарова М.С.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ИПОХОНДРИЧЕСКИХ РАСТРОЙСТВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. проф. М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино». Таджикистан

Научный руководитель – старший преподаватель Кадырова З.Д.

Цель исследования. Во всем мире происходит постепенное увеличение продолжительности жизни. Согласно отчету организации Объединенных наций (2017) ожидается, что число пожилых людей возрастет более чем в 2 раза к 2050 г. (с 962 млн до 2.1 млрд) и в 3 раза к 2100 г. И изучение возрастных особенностей ипохондрического синдрома среди людей старшей возрастной группы будет становиться все более актуальным.

Целью исследования стало изучение клинических особенностей проявления ипохондрии у лиц пожилого возраста и их отличие от привычного «поведения в болезни».

Материал и методы. Исследование было проведено на базе Республиканского Клинического Центра Психиатрии. В исследовании приняли участие 20 пациентов из них 13 мужчин и 7 женщин в возрасте 60- 64 лет. Использовались следующие методы:

- ММРІ тест Шкала 1 Ипохондрия
- Клинико- психопатологический
- Клинико-катамнестический

Наравне с тестовыми методиками проводилась индивидуальная беседа с каждым из пациентов и проводились дополнительные обследования до обращения к врачу психиатру, с целью правильного выявления ипохондрического синдрома

Результаты исследования. Из результатов исследования выявилось:

- 1) У 10 (50%) больных, выявлена ГБ, сахарный диабет
- 2) У 2 (10%) повышенная потребность в микроэлементах (кальций, калий, натрий)
- 3) У 2 (10%) вегетативные жалобы на извращения вкуса и обоняния
- 4) У 4 (20%) лиц астенической конституции отмечается церебротония у
- 5) У 2 (10%) больных отмечается психосоматический диатез
- 6) Из 7 женщин у 6 жалуются на климактерические возрастные нарушения

Выводы. После проведения дальнейших анализов уже с использованием лабораторно – клинических методик выяснилось, что у 90% испытуемых не выявлены никаких патологий, за исключением уже имеющихся в анамнезе заболеваний, которые находятся под контролем и не угрожают жизни больных. У лиц имеющих в анамнезе ГБ, сахарный диабет прослеживаются разнообразные жалобы «маскирующиеся» под настоящие вышеперечисленные заболевания. Подобная ситуация может в дальнейшем привести к неправильной постановке диагноза, ненужным медицинским тратам. Данные результаты показывают распространенность данной проблемы, несовершенство диагностических методик в связи с трудностью дифференцировать наличие реального заболевания у пожилых больных от ипохондрии в связи с возрастной особенностью. У пожилых лиц чаще встречаются старческие заболевания и этот фактор влияет на точность постановки диагноза, особенно у врачей других специальностей кроме психиатров.

Ибрагимов А.Ф., Каюмова С.А., Хаитов Ш. Р.
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БОЛЬНЫХ с ХРОНИЧЕСКОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ
Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., Абдулаева Д.Ю.

Цель исследования. Изучить распространенность артериальной гипертензии (АГ) и особенности ее течения среди лиц с ЖДА.

Материал и методы. В I группу наблюдения вошли 195 больных ЖДА, находившихся под диспансерным наблюдением за 5-летний период, 108 (55,6%) женщин и 87 (44,4%) мужчин с разным сроком дефицита железа. При оценке распределения больных по полу преобладали женщины (79,8%). Средний возраст $62,32 \pm 0,63$ лет. Легкая степень тяжести ЖДА диагностирована у 98 (50,3%), средняя — у 63 (32,3%), тяжелая — у 34 (17,4%). Средний возраст больных составил $53,8 \pm 4,1$ года, средняя длительность заболевания — $9,4 \pm 0,79$ года. В контрольную группу, сопоставимую с первой группой наблюдения по возрасту, полу и социальному статусу вошли 157 человек без признаков дефицита железа (II группа наблюдения — группа сравнения: 88 (56%) женщин и 69 (44%) мужчин). Всем больным ежегодно проводили клинико-инструментальное, эхокардиографическое и лабораторное обследование с целью выявления соматической патологии и динамического наблюдения за течением ЖДА. Статистическая обработка выполнялась с использованием коэффициента корреляции Спирмена. Критический уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. Данные клинико-функционального обследования группы лиц с ЖДА и группы сравнения показали, что в обеих группах большинство обследуемых имели хотя бы одно сопутствующее заболевание. Из них у лиц с ЖДА выявлена артериальная гипертензия у 66 (33,8%) больных. Частота распространенности артериальной гипертензии (АГ) в группе сравнения составила 19 (12,1%) больных. Таким образом, разница между распространенностью артериальной гипертензией в группе лиц с ЖДА и группой лиц без ЖДА выявлена у 21,7% больных. При этом у лиц с ЖДА АГ I стадии наблюдалась у 11 (16,6%), II стадии — 18 (27,3%), III стадии — у 37 (56,1%). САД в среднем по группе наблюдения составило $178,0 \pm 2,3$ мм рт.ст., ДАД — $99,9 \pm 1,8$ мм рт.ст. В группе сравнения АГ I стадии наблюдалась у 11 (57,9%), II стадии — 6 (31,6%), III стадии — у 2 (10,5%). САД в среднем по группе сравнения составило $157,0 \pm 2,6$ мм рт.ст., ДАД — $92,9 \pm 1,9$ мм рт.ст. Средняя длительность течения АГ составляла в группе лиц с ЖДА $16,49 \pm 0,42$ лет, в группе сравнения — $15,90,54$ ($p \pm 0,05$). В группе наблюдения у 27 (40,9%) больных давность ЖДА превышала давность развития ГБ, при этом отмечена прямая корреляционная связь ($r=0,62$, $p=0,05$) между частотой обострения ЖДА и ухудшением течения АГ.

Это свидетельствовало о значении проведения адекватной терапии железосодержащими препаратами для профилактики ухудшения течения АГ в группе лиц, имеющих сочетанную патологию в виде железодефицитной анемии и АГ.

Выводы. Таким образом, у лиц с ЖДА артериальная гипертензия достоверно чаще встречается, чем у лиц без железодефицитной анемии. При наличии сочетанной патологии в виде железодефицитной анемии и АГ более чем у половины больных (56,1%) диагностируется III стадия АГ.

Ибрагимов А.Ф., Абдулаева Д.Ю., Сайфиева Н.М.
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА НА ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
(КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель — к.м.н., доцент Ганиева М.П.

Цель исследования. Оценить уровень диагностики на основе анализа клинического случая и влияния судорожного синдрома на течение бронхиальной астмы.

Материал и методы. Больной Б., 37 лет, поступивший 14.01.25 г. в пульмонологическое отделение НМИЦ «Шифобахш» г. Душанбе, с диагнозом Бронхиальная астма инфекционно-токсическая форма. Пациент поступил с жалобами на одышку, кашель с мокротой, общую слабость, быструю утомляемость. Заболевание началось остро 07.01.2025 г. с появлением лихорадки до 38°C , выраженной головной болью, одышки и затруднением дыхания. Предшествовала ОРВИ. На третий день присоединились боли по всему телу, продолжались лихорадка, одышка, приступообразный кашель. Пациент был госпитализирован в отделение пульмонологии. Объективное состояние было тяжелым: отмечались бледность кожных покровов, учащенное дыхание, потоотделение. Систолический шум на верхушке сердца. Проведены общеклинические и дополнительные методы диагностики, включая общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, кровь на иммуноглобулин Е, время свертываемости крови по Сухареву, анализ мокроты на чувствительность к антибиотикам, а также рентгенографическое исследование легких, УЗИ-легких, КТ-легких и оценка функции внешнего дыхания (ФВД).

Результаты исследования. Из анамнеза установлено, что в детском возрасте у пациента были зафиксированы эпизоды тонических судорог. В последние 10 лет жалоб со стороны нервной системы не было, и рецидив судорожного синдрома не отмечался. При бактериологическом исследовании крови выявили *St. aureus*, чувствительный к ванкомицину, сефтриаксону. В общем анализе крови (ОАК) умеренный лейкоцитоз, эозинофилия, а в биохимическом анализе крови выявлено повышение специфических иммуноглобулинов класса Е (IgE) антитела. Р-графия лёгких - усиление лёгочного рисунка, корни тяжистые и уплотнены, отмечается повышенная воздушность лёгких. Исследование газового состава крови: $P_{aO_2} < 60$ мм рт.ст., $P_{aCO_2} \geq$ нормы (36-45 мм рт. ст.) степень насыщения Hb артериальной крови: $SpO_2 - 78\%$ (93-95%). Кожные и лабораторные аллергологические тесты (вариант нормы). Результатом ФВД была отмечена дыхательная недостаточность (ДН) 2 степени. В анализе крови по методу Сухарева была выявлена гиперкоагуляция: время начала свертываемости: 1 мин. ^{55 сек}, конец 2 мин. ^{23 сек}. В связи с нарушением гипоаллергенной диеты на протяжении 8 дней лечения ночью отмечались ухудшение общего состояния пациента, прояв-

ляющееся в виде приступа бронхобструкции и тонических судорог. В период приступа зафиксировано снижение артериального давления, сатурации кислорода, а также бронхо- и ларингоспазм. Была оказана неотложная помощь со стороны дежурного врача и реаниматолога. Несмотря на различие этих заболеваний, существует несколько механизмов, через которые судорожный синдром может повлиять на течение бронхиальной астмы, усложнив клиническую картину и ухудшая тяжесть состояния пациента.

Выводы. Влияние судорожного синдрома на течение бронхиальной астмы является важной в медицине, поскольку сочетание этих заболеваний может значительно ухудшить качество жизни пациентов и увеличить риск осложнений. Тщательное наблюдение и комплексный подход в лечении пациентов с такими сочетанными заболеваниями остаются ключом к успешному контролю над их состоянием.

Ибрагимов С.Х., Каюмова Ш.Ш.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии Самаркандского государственного медицинского университета. Узбекистан.
Научный руководитель - к.м.н., и.о доц. Турдибеков Х.И.

Цель исследования. Сравнительный анализ социальной и клинической характеристики пациентов с впервые выявленным туберкулезом легких в зависимости от возраста.

Материал и методы. Были обследованы четыре группы пациентов с впервые выявленным туберкулезом легких: I группа — подростки 15-17 лет (87 человек), II группа — взрослые 18-44 лет (115 человек), III группа — взрослые 45-59 лет (75 человек), IV группа — 60-74 года (53 человека). Все пациенты были обследованы в соответствии с национальным клиническим протоколом ведения и лечения туберкулеза органов дыхания у взрослых. Изучены демографический статус, данные социального анамнеза, проведено клиническое, рентгенологическое обследование, анализ мокроты на микобактерии туберкулеза методами микроскопии.

Результаты исследования. Анализ половозрастной характеристики больных туберкулезом легких выявил значительное снижение доли женщин с увеличением возраста. В I группе подростков большинство составляли пациентки женского пола - 63,4% (55 человек), а во II - только 37% (43 человек), где значительно преобладали больные мужского пола - 63% (72 человек) ($p<0,05$). Тогда как, в III группе обследуемых мужчин было 40 (54%), женщин - 35 (46%), а в IV группе соотношение мужчин и женщин было примерно одинаково (мужчин - 25 (48%), женщин - 28 (52%)).

Рассмотрение анамнеза пациентов показал, что у подростков чаще, чем у взрослых, отмечается наличие установленного фактора риска - контакта с больным туберкулезом - у 51 (59%) пациента, а во II группе этот фактор отмечался лишь у 26 (23%) больных, $p<0,01$. В III группе пациентов контакт с больными отмечали только 3 пациента (4%), когда как пациенты IV группы отрицали больных туберкулезом среди членов семьи.

По результатам нашего исследования при профилактических осмотрах была выявлена всего одна треть пациентов I и II групп: 30 (35%) в I и 35 (30%) во II группе. В III и IV группы данный показатель был относительно низким (25% и 12% соответственно).

Исследование показало, что выявление туберкулеза при обследовании по контакту с больными среди пациентов I группы достоверно чаще - 25 (29%), чем у пациентов II группы - 6 (5%) ($p<0,01$). Большинство пациентов во всех исследуемых группах были выявлены при обращении за медицинской помощью, и их доля была выше в группах взрослых пациентов: II группе — 74 (65%), III — 53 (70%) и IV — 49 (92%), чем в I — 33 (38%), $p<0,01$.

Выводы. Туберкулез у подростков чаще выявляется при профилактических осмотрах и обследовании по поводу контакта, а у молодых взрослых — при обращении за медицинской помощью. Больные туберкулезом органов дыхания пожилого возраста в основном были выявлены при обращении к врачу по поводу жалоб интоксикационного и бронхопульмонального характера, а также при обследовании в учреждениях общей лечебной сети по поводу сопутствующего заболевания.

Ибрагимова М.Ш.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПНФ-МЕТОДИКИ В РЕАБИЛИТАЦИИ СПАСТИЧЕСКИХ ФОРМ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Кафедра медицинской реабилитации, спортивной медицины и народной медицины Самаркандского государственного медицинского университета. Узбекистан.
Научный руководитель - д.м.н., профессор З.Ф. Мавлянова

Цель исследования. Оценка эффективности ПНФ-методики в реабилитации детей со спастическим детским церебральным параличом.

Материал и методы. В исследование включены 87 детей со спастической формой детского церебрального паралича в возрасте 5-9 лет (средний возраст $6,79\pm0,49$ лет), разделенных на две группы в зависимости от проведенного лечения. Основная группа ($n=32$, 36,8%) получала оптимизированное реабилитационное лечение с включением ПНФ-методики, группа контроля ($n=55$, 63,2%) — стандартную терапию.

Результаты исследования. По формам ДЦП распределение было следующим: с диплегией — 27(27,6%), тетраплегией — 31(35,6%), гемиплегия — 32(36,7%). Для оценки выраженности моторных нарушений у детей с ДЦП всех наблюдаемых пациентов использовали критерии Системы классификации больших моторных функций (GMFCS). Анализ особенностей функционального статуса при отдельных формах детского церебрального паралича при оценивании больших моторных функций по шкале GMFCS показал, что пациентов на I уровне было - 29(33,3%),

II уровне – 43(49,4%), III – 12(13,8%), IV – 3(3,4%). При клинико-неврологическом обследовании детей с церебральным параличом среди спастических синдромов наиболее часто диагностированы синдром приводящей мышцы и синдром подколенного сухожилия. Частота встречаемости спастических синдромов у детей с ДЦП напрямую зависела от степени выраженности моторного дефицита по GMFCS и имела достоверный характер. Выявлена взаимосвязь между степенью тяжести ДЦП и двигательными нарушениями по классификации GMFCS.

Оценку силы сопротивления мышц к пассивному движению в суставе проводили по шкале Эшуорта. В верхних конечностях лёгкое повышение мышечного тонуса, минимальное напряжение в конце амплитуды движения при сгибании или разгибании поражённой конечности, оцениваемый в 1 степень – 5(5,7%), 1+ степень – 14(16,1%), 2 и 3 степень – у равного числа пациентов – 34(39,1%), 4 балла – не определялась. В нижних конечностях при 2 степени определялась у наибольшего числа пациентов, что составило – 65(74,7%), при 1 и 1+ степени число больных были равнозначными – 3(3,4%), 3 степень – 16 (18,4%). При оценке эффективности ПНФ-методики в основной группе (n=32) по шкале Эшуорта как на верхних, так и на нижних конечностях определяется положительная динамика, что указывает на значительный динамический прогресс и эффективность использования ПНФ-методики в качестве реабилитационных мероприятий.

Результативность проведенных реабилитационных мероприятий была оценена по следующим основным функциям - b710, b735, b760, которые явились наиболее информативными. Согласно полученным данным, эффективность реабилитации в основной группе также показала положительную динамику. После реабилитации функциональная активность по всем изучаемым доменам значимо улучшилось, отсутствие нарушений при b710 определено у 46,9% после реабилитации в сравнении с 18,8% до реабилитации; по b735 - 31,3%/15,6%; b760 – 43,8%/28,1%, соответственно. Такие же изменения отмечались после проведения реабилитации при легком и умеренном нарушениях.

Выводы. Преимущества ПНФ-методики включают индивидуальный и функциональный подход к реабилитации, активное участие пациента в процессе лечения, стимуляцию нервной системы для активизации мышц и улучшения координации, а также возможность применения в различных ситуациях и на разных этапах реабилитации.

Иброхими И., Бобоева С.А.

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ РЕСПИРАТОРНОГО ХЛАМИДИОЗА У ДЕТЕЙ ВРАЧАМИ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – старший преподаватель Хайдарова С.Ф.

Цель исследования. Изучить критерии диагностики респираторного хламидиоза врачами первичного звена.

Материал и методы. Нами проведены ретроспективный анализ 42 медицинских карт форм №24 и истории болезни с респираторным хламидиозом больных детей, которые находились под наблюдением в ГУГЦЗ №12 за 2024 год, из них 16 детей получали лечение в соматическом отделении Истиклола. Возраст не структуры была таковы до 3 лет 14 детей, а остальные 28 детей был в возрасте до 12 лет. Всем детям проводилось общий анализ крови, мочи, кала, рентгенография грудной клетки и определение антихламидийных антител IgA, IgM, IgG.

Результаты исследования. Респираторный хламидиоз у больных детей протекал в различных клинических формах с локализацией воспалительного процесса преимущественно в нижних отделах дыхательных путей. У 21 (50 %) детей был диагностирован острый бронхит, у 8 (19 %) протекало с обструкцией, у 10 (23,8 %) детей пневмония, у 6 (14,2 %) острый стенозирующий ларинготрахеит. В клинической картине у больных хламидийной инфекцией превалировал катаральный синдром в виде мучительного приступообразного малопродуктивного кашля. У детей раннего возраста 14 (33,3 %) отмечался интоксикационный синдром, а также наличие фебрильной температуры. В анализы крови у 21 (50 %) отмечалось лейкоцитоз ($> 9,0 \times 10^9/\text{л}$), у 8 (19 %) детей была выявлено эозинофилия ($>5\%$), СОЭ более 15мл/час у 9 (21 %) детей а у остальных СОЭ до 25 мл/час. Определение уровня иммуноглобулинов IgA, IgM, Ig G позволяет определить фазы заболевания. При развернутой клинике определялся высокий уровень антител выше 1:128. Титр высоких антител Ig M отмечался у 10 детей с диагнозом пневмония (1:2000) После проведения стационарного лечения титр антител IgM и Ig G уменьшился до 1: 60, 1:40. Контроль был проведен через 20 дней после выписки. Больные с диагнозом острый бронхит имели титр антител Ig M от 1:80 до 1: 100 в начале заболевания.

Выводы. Респираторный хламидиоз у детей протекал наличием мучительного приступообразного малопродуктивного кашля, выраженной интоксикацией и наличие фебрильной температуры, нескладывающиеся в клинику банальной респираторной инфекции. Диагноз был подтверждён определением антихламидийных антител иммуноглобулинов IgA, IgM наличием лейкоцитоза ускоренного СОЭ. Полученные данные помогут врачам первичного звена провести дифференциальный диагноз с банальной респираторной инфекцией.

Иззатуллозода М., Мубаширова Г.

ПРИМЕНЕНИЯ КАРИПАЗИМА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Е.Г. Алиева

Цель исследования. В нашу задачу входило изучение влияния физиотерапевтической процедуры, в частности, электрофореза с карипазимом в комплексном лечении больных с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника – серьёзная болезнь позвоночника. В её основе лежит разрушение губчатых тканей костей. Процесс протекает хронически, годами, и нередко приводит к инвалид-

ности. Остеохондроз такого типа достаточно широко распространён. Самая большая выраженность и частота клинических проявлений бывает у людей активного возраста – от 30 до 50 лет. Остеохондроз – заболевание позвоночника, характеризующееся дегенерацией межпозвонкового диска со значительным снижением его высоты, склерозированием дисковых поверхностей позвонков и реактивным разрастанием краевых остеофитов. Поражённая остеохондрозом хрящевая ткань дисков постепенно перерождается и превращается в подобие костной. Затвердевший диск уменьшается в размерах, теряет свойство амортизатора между позвонками и начинает давить на нервные окончания, что и приводит к появлению болезненных ощущений.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 10 больных – мужчин в возрасте от 30 до 50 лет с диагнозом остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника. Больные предъявляли жалобы на боли в области поясницы с иррадиацией в левую или правую нижнюю конечности, нарушение движений и повышение чувствительности.

В комплекс реабилитационных мероприятий, включая медикаментозную терапию, входило применение электрофореза с карипазимом на область пояснично-крестцового отдела позвоночника паравертебрально. Продолжительность лечения карипазимом состоит из нескольких курсов (2-3 курса по 20 дней с перерывом в две недели). В ходе сеанса электрофореза силу тока постепенно увеличивают по личному ощущению больного. Время проведения процедуры составляет 10-15-20 минут.

Данная методика была предложена более 10 лет назад профессором Найдиным В.П.. Она проста, доступна и даёт хорошие конечные результаты. Карипазим – протеолитический ферментный препарат прямого действия, растительного происхождения, полученный из вытяжки плодов дынного дерева – папайи. Это современное ферментное средство, созданное на основе биодобавок: химопапаина, протеиназы, папаина и лизоцина. Они обладают высокими протеолитическими, муколитическими и противовоспалительными свойствами, а также оказывают следующие действия:

1. размягчают хрящевые ткани позвонков;
2. путём повышения секреции коллагена способствуют рубцеванию повреждённых волокон межпозвонкового диска и восстановлению его упругих свойств;
3. оказывают противовоспалительный эффект.

Результаты исследования. Результаты восстановительного лечения зависят от длительности реабилитационных мероприятий. Разумеется, за 1-2 сеанса никакого лечебного эффекта не наступит. Поэтому нужно проводить несколько курсов по 20 дней с перерывами в один месяц. В результате данного лечения у больных наблюдалось снижение и исчезновение жалоб, увеличение подвижности в позвоночнике, восстановление работоспособности.

Выводы. Таким образом, применение у больных электрофореза с карипазимом при пояснично-крестцовом остеохондрозе позвоночника даёт положительную динамику при условии длительного применения данного препарата.

Изатуллозода М., Нодирова З.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СРЕДСТВАМИ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

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

Научный руководитель – старший преподаватель Н.В.Фаттоева

Цель исследования. Научно-технический прогресс во всех областях жизни резко сократил двигательную активность человека. Современный человек испытывает на себе влияние дисгармонии нервных и физических раздражителей со значительным преобладанием нервных факторов. Эта дисгармония в условиях гипокинезии далеко не безразлична для организма, она является одним из важных этиологических факторов, способных вызвать снижение естественной сопротивляемости организма и нарушение функции нервной и сердечно-сосудистой систем.

В нашу задачу входило изучение некоторых вопросов реабилитации больных гипертонической болезнью в условиях поликлиники.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 16 больных (10 женщин и 6 мужчин) в возрасте от 30 до 65 лет, преимущественно с IB - ПА стадиями заболевания гипертонической болезнью.

Для учёта эффективности восстановительной терапии кроме общепринятого клинического исследования, проводили антропометрию, тест физической работоспособности PWC 170 и динамические наблюдения за изменениями пульса и артериального давления при проведении процедуры лечебной гимнастики.

Комплекс реабилитационных мероприятий включает медикаментозную терапию и различные средства лечебной физкультуры (утренняя гигиеническая гимнастика, лечебная гимнастика, массаж шейно-воротниковой зоны, дыхательные упражнения, прогулки).

При выполнении физических упражнений соблюдался принцип постепенного увеличения физической нагрузки, последовательности, систематичности и длительности. Упражнения проводили ритмично, в спокойном темпе, с большим объёмом движения в суставах, в чередовании с дыхательными динамическими упражнениями. Также использовали свободные упражнения без усилий и выраженного волевого напряжения. Применяли упражнения на расслабление и спокойную ходьбу. Для снижения артериального давления выполняли глубокое дыхание, а для тренировки вестибулярного аппарата - упражнения на равновесии.

Одновременно всем больным выполняли массаж головы и шейно-воротниковой зоны.

Результаты исследования. Результаты восстановительного лечения зависят от длительности проведения реабилитационных мероприятий. Через 10-15 дней после комплексного лечения у больных стали уменьшаться, или совсем исчезать жалобы. Снижалось артериальное давление, но физическая работоспособность не изменялась.

Явное улучшение общего физического состояния больных стало наблюдаться после восстановительного лечения в течение 25-30 дней и более. При этом повышалась физическая работоспособность больных, нормализовалось артериальное давление, значительно уменьшались (или исчезали) жалобы и т.д.

Более длительные занятия (свыше 3-х месяцев) повышали работоспособность, стабильно нормализовали артериальное давление, не изменяли показатели антропометрии, значительно уменьшали жалобы.

Выводы. Таким образом, наблюдения показывают, что более длительные занятия лечебной физкультурой, прогулки, массаж, утренняя гигиеническая гимнастика положительно влияют на функциональное состояние организма при гипертонической болезни.

Имомова А.А., Киличзода Ф.Р., Киматов М.Р.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Кафедра внутренних болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

ГУ «ГМИЦ №1 имени К.Ахмедова». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Сулаймонова Ш.А.

Цель исследования. Изучить динамику качества жизни (КЖ) в зависимости от возраста у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. В исследование было включено 40 человек, в возрасте от 40 до 50 лет - 20 человек (первая группа) и в возрасте от 52 до 62 лет - 20 человек (вторая группа). Всем пациентам с ИБС в начале и в конце исследования проводилось комплексное обследование, включающее антропометрическое обследование с расчётом индекса массы тела (индекс Кетле), клинико-лабораторные (общий анализ крови, мочи, биохимические анализы крови) и инструментальные методы исследования: электрокардиография (ЭКГ), исследование глазного дна, эхокардиография. Для исследования использовался опросник оценки качества жизни (SF-36v2).

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что снижение показателей КЖ физического здоровья больных ИБС с возрастом наблюдается по всем параметрам: показатель физическое функционирование – PF у больных среднего возраста (первая группа) был равен - $68,7 \pm 1,9$, аналогичный показатель у больных пожилого возраста (вторая группа) имел значения - $54,9 \pm 1,6$; ролевое физическое функционирование – RP у больных первой группы - $50,2 \pm 2,8$ и соответственно у больных второй группы - $38,4 \pm 2,1$; интенсивность боли – BP у больных первой группы - $52,8 \pm 2,4$ и соответственно у больных второй группы - $41,4 \pm 1,2$; общее состояние здоровья – GH у больных первой группы - $40,1 \pm 1,7$ и соответственно у больных второй группы - $30,4 \pm 1,3$. При сравнении показателей КЖ особенно отличались в худшую сторону характеристики физического состояния у больных второй группы - пожилого возраста. Данные показатели во много раз были снижены по сравнению с аналогичными показателями КЖ пациентов среднего возраста. Снижение физических возможностей ограничивало повседневную и трудовую деятельность больных.

Выводы. Таким образом, КЖ больных с ИБС снижено в целом и тем больше, чем старше возраст больных. Возраст, пол, индекс массы тела и сопутствующие заболевания могут значительно влиять на величину показателей КЖ лиц среднего и пожилого возраста с ИБС.

Исмат Заррина Обидовна

ВЗАИМОСВЯЗЬ СИНДРОМА БЕСПОКОЙНЫХ НОГ И БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Кафедра неврологии Самаркандского государственного медицинского университета. Узбекистан.

Научный руководитель – д.м.н. профессор Джурабекова А.Т.

Цель исследования. Изучить характер клинических проявлений синдрома беспокойных ног у пациентов с болезнью Паркинсона.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе отделения неврологии Многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета с период 2024-2025 гг. Для достижения поставленной цели нами обследовано 80 больных с болезнью Паркинсона (БП) в возрасте 50-69 лет, среди которых 32 мужчин и 48 женщин. В ходе исследования у 47 (58,75%) пациентов, составивших основную группу, были выявлены симптомы СБН. Группу сравнения составили 33 пациента с болезнью Паркинсона без признаков СБН. Для выявления изучаемого нами синдрома использовались шкала оценки Международной группы по изучению синдрома беспокойных ног (IRLS), включающая в себя 10 критериев, шкала сна (PDSS), Эпвортская шкала сонливости (ESS), опросник для пациентов с болезнью Паркинсона (PDQ-39) и шкалы когнитивных нарушений (MMSE). Полученные результаты подвергались статистической обработке с помощью программ Excel 2016 и STATISTICA 13.0. Применялись критерии Фишера, Манна-Уитнера и Стьюдента, результаты считались достоверными при значении $p < 0,05$.

Результаты исследования. При изучении степени тяжести клинических проявлений синдрома беспокойных ног по шкале IRLS у 12 (25,5%) пациентов установили легкую степень тяжести, у 21 (44,7%) – среднюю степень и у 14 (29,8%) пациентов тяжелую степень. Среднее значение по шкале составило $13,91 \pm 7,24$ б. При проведении анализа качества сна и нарушений сна у пациентов с СБН и без СБН были установлены значительные различия по шкале PDSS ($29,68 \pm 13,21$ и $19,94 \pm 10,16$ соответственно, $p < 0,05$) и по шкале PDQ-39 ($28,31 \pm 10,92$ и $22,34 \pm 15,16$ соответственно, $p < 0,001$). При тщательном изучении результатов опросника по болезни Паркинсона установлено, что чувство телесного дискомфорта, бессонницы и дневной сонливости протекали более тяжелее у пациентов в основной группе. По шкале ESS различия между сравниваемыми группами были незначительными ($9,71 \pm 4,29$ и $8,61 \pm 6,15$, $p > 0,05$). То же наблюдали и при изучении когнитивных нарушений, у пациентов основной группы сумма баллов по шкале MMSE составила $26,45 \pm 5,8$, в группе сравнения $26,21 \pm 5,15$ ($p > 0,05$).

Выводы. Установлено, что синдром беспокойных ног является частым явлением у пациентов с болезнью Паркинсона, значительно ухудшающим качество сна и жизни пациентов и сопровождающегося болью в нижних конечностях, усталостью и диспноэ во время сна. Выявленные нами симптомы коррелировали с тяжестью течения СБН, соответственно клинические проявления были тяжелее у пациентов основной группы. Полученные результаты позволяют разработать эффективную тактику ведения таких больных, включая раннюю диагностику и лечение, что значительно улучшит качество жизни пациентов с болезнью Паркинсона.

Исматуллаева М.Б., Низомова Н.Х., Саидова С.Х.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ СТАТИНАМИ И ИНГИБИТОРАМИ АБСОРБЦИИ ХОЛЕСТЕРИНА: ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВА

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

Научный руководитель - к.м.н. доцент Уроков К.З.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность комбинированной терапии статинами и ингибиторами абсорбции холестерина у пациентов с гиперхолестеринемией.

Материал и методы. В исследование включены 50 пациентов с гиперхолестеринемией и высоким сердечно-сосудистым риском в возрасте 45–75 лет. Пациенты были разделены на две группы:

Группа 1 (n=25) – получала комбинированную терапию статины + эзетимиб.

Группа 2 (n=25) – получала альтернативную гиполипидемическую терапию (например, статины + фибраты или ингибиторы PCSK9).

Клинический метод: Общее обследование пациентов, сбор анамнеза, физикальное обследование, оценка факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (гипертония, диабет, семейная гиперхолестеринемия, прежние сердечно-сосудистые события). Лабораторные методы: Биохимический анализ крови: определение уровня липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов. Инструментальные методы: Суточное мониторирование артериального давления (СМАД): оценка вариабельности артериального давления, что помогает выявить скрытую гипертензию и её влияние на сердечно-сосудистую систему. ЭКГ: оценка электрокардиографических изменений, включая наличие аритмий или признаков гипертрофии миокарда.

Результаты исследования. Группа 1 (статины + эзетимиб): Уровень ЛПНП снизился до $2,2 \pm 0,5$ ммоль/л, что на 24% ниже по сравнению с исходным уровнем. Уровень ЛПВП составил $1,3 \pm 0,3$ ммоль/л (не изменился существенно). Уровень триглицеридов был $1,3 \pm 0,6$ ммоль/л. Общий холестерин составил $3,8 \pm 0,6$ ммоль/л. Группа 2 (альтернативная терапия): Уровень ЛПНП снизился до $2,9 \pm 0,7$ ммоль/л, что на 10% ниже по сравнению с исходным уровнем. Уровень ЛПВП был $1,2 \pm 0,4$ ммоль/л. Уровень триглицеридов составил $1,5 \pm 0,7$ ммоль/л. Общий холестерин составил $4,3 \pm 0,8$ ммоль/л.

Выводы. Комбинированная терапия статинами и эзетимибом продемонстрировала более выраженное снижение уровня липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и общего холестерина по сравнению с альтернативной терапией. Снижение ЛПНП в группе комбинированного лечения составило 24%, что значительно выше, чем 10% в группе альтернативной терапии. Это подтверждает эффективность комбинированного подхода в лечении гиперхолестеринемии и снижении сердечно-сосудистых рисков.

Исмоилзода С.И., Нуруллозода З.Х., Курбонов А.Д.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ СОПРЯЖЕННОГО С ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – старшей преподаватель Хайдарова С.Ф.

Цель исследования. Изучить клинико – эпидемиологические и иммунологические особенности проявлений хронического воспаления глоточной миндалины, ассоциированного с хламидийной инфекцией у детей.

Материал и методы. Изучены 58 историй развития детей ф. № 24 в возрасте от 3 до 18 лет наблюдавшиеся лор врачами ГУ ГЦЗ № 12. Из них возрастная структура до 3 лет 5 детей, с 5 до 9 лет 17 лет, до 14 лет 17 детей, с 15 до 18 лет 23 детей. Всем больным провели обследование общий анализ крови, мочи, кала, рентгенографию носовых пазух, определении иммуноглобулина классов О2, иммуноферментным методом (ИФА). Материалом для прямой идентификации хламидийного антигена являлись мазки – соскоба со слизистой оболочки верхнего отдела задней стенки глотки.

Результаты исследования. Из 58 детей – 21 лечился стационарно, 7 проводилось хирургическое лечение аденоэктомиа. В видовой структуре преобладали Ch. Pneumoniae, которая была верифицирована у 23 (40%) больных, Ch. Trachomatis у 7 (12%) детей у 5 (8%) имели место одновременное присутствие двух видов хламидий сравнительный возрастной анализ частоты инфицирования хламидиями слизистой оболочки у детей больных хронических аденоидов проводили между детьми дошкольного и школьного возраста. У детей дошкольного возраста хламидий выявлялись значительно чаще, чем у школьников; в 28 (48%) и в 18 (31%) случаев. В обоих возрастных группах преобладало моноинфицирование с Pneumoniae, которое было зарегистрировано у лиц дошкольного и школьного возраста в 21 (35,8) % и 12 (21,5%) случаев, а моноинфицирование с Trachomatis встречалось реже; в 9 (15%) и 41 (71%) случаев соответствен хламидийный микс инфицирование эпителий глотки у дошкольников и школьников имело место в 5 (8,5 %) и 2 (3,9 %) случаев.

Выводы. При хронических аденоитах в первую очередь необходимо обследовать больных на хламидийные инфекции.

Исмоилов М.И., Назарзода С.А.

ФАКТОРЫ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ПНЕВМОНИИ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент М. К. Назарова

Цель исследования. Определить состояние микроциркуляции при не госпитальной пневмонии.

Материал и методы. В пульмонологическом отделении ГУ НМИЦПТ «Шифобахш» нами обследованы 79 больных с пневмонией. В среднем возрасте ($34,8 \pm 3,7$) лет, среди которых мужчин было 37, женщин – 42. Все больные лечились в пульмонологическом отделении. Среди исследованных только у 34 больных была пневмония (I группа), сочетание пневмонии с ожирением отмечалось у 45 больных (II группа). Исследовали состояние агрегационной способности тромбоцитов крови, сорбционную способность мембран эритроцитов (ССЭ) и их средний корпускулярный объем (MCV).

Результаты исследования. У больных I группы были повышенными все показатели спонтанной и АДФ индуцированной агрегационной способности тромбоцитов со снижением показателя времени дезагрегации. У больных II группы все исследованные значения агрегационной способности тромбоцитов выявлялись достоверно выше с более значительным сокращением времени дезагрегации. У лиц I группы наблюдалось увеличение ССЭ в 1,4 раза и MCV – на 10% по сравнению с нормой, а у больных II группы – ССЭ была в 2 раза выше нормы и в 1,3 раза – чем аналогичная в I группе при более значительном повышении MCV.

Выводы. Таким образом, повышение агрегационной способности тромбоцитов при увеличении ССЭ и MCV создавало предпосылки для развития микроциркуляторных расстройств при пневмонии.

Исроилов М.С., Сафаров Ф.С., Собиров Ф.К.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА ДУШАНБЕ

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

Научный руководитель – старший преподаватель Хасанов Дж.М.

Цель исследования. Определить гендерные особенности в распространенности, факторах риска и клиническом течении артериальной гипертензии (АГ) среди жителей города Душанбе.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 400 добровольцев которые проходили лечение в стационарах города Душанбе (200 мужчин и 200 женщин) в возрасте от 25 до 65 лет. Участники были разделены на три возрастные группы:

- 25–40 лет – молодая группа
- 41–55 лет – средний возраст
- 56–65 лет – пожилые

Методы исследования включали анкетирование, антропометрические измерения (рост, вес, индекс массы тела – ИМТ), измерение артериального давления (АД) по стандартному протоколу (дважды с интервалом в 5 минут), а также лабораторные тесты (уровень холестерина, глюкозы в крови). Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы SPSS 26.0.

Результаты исследования.

1. Распространенность АГ: среди мужчин АГ была выявлена у 42% (84 из 200), среди женщин – у 38% (76 из 200). В возрастной группе 25–40 лет гипертония диагностирована у 18% мужчин и 12% женщин. В группе 41–55 лет – у 46% мужчин и 40% женщин. В группе 56–65 лет – у 62% мужчин и 64% женщин.

2. Факторы риска: Избыточный вес и ожирение встречались чаще у женщин (55%) по сравнению с мужчинами (42%). Курение было основным фактором риска среди мужчин (37%), в то время как среди женщин этот показатель составлял только 6%. Гиподинамия чаще встречалась у женщин (48%), чем у мужчин (32%). Повышенный уровень стресса на рабочем месте или в быту чаще отмечался у мужчин (61%) по сравнению с женщинами (53%).

3. Клинические особенности: Мужчины чаще страдали гипертонией 2–3 степени, а также гипертоническими кризами. У женщин чаще диагностировалась АГ 1 степени, но с выраженными вегетативными реакциями (головокружение, сердцебиение, тревожность). Уровень общего холестерина был выше у женщин ($5,9 \pm 0,4$ ммоль/л), чем у мужчин ($5,5 \pm 0,3$ ммоль/л).

Выводы. Артериальная гипертензия среди жителей Душанбе встречается несколько чаще у мужчин, особенно в возрасте 25–55 лет, однако в старшей возрастной группе частота АГ у женщин и мужчин становится почти одинаковой. Основные факторы риска у мужчин – курение, стресс и тяжелые формы гипертонии, у женщин – ожирение, гиподинамия и дислипидемия. Гендерные различия в клиническом течении АГ требуют дифференцированного подхода к профилактике и лечению заболевания.

Кабилов М.О., Субхонов М.С., Набиев П.З.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ

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

Научный руководитель – старший преподаватель Субханова З.И.

Цель исследования. Изучение эффективности применения противовирусного препарата виферон при лечении вирусно – бактериальных пневмоний.

Материал и методы. Наблюдали 36 больных, из них мужчин 20 (55,6%), женщин 16 (44,4%) в возрасте от

18-65 лет.

Основная группа состояла из 17 (47,2%) больных, при лечении получали комбинированный препарат виферон, который состоит из интерферона и антиоксидантов, по 1 млн МЕ ректально 2 раза в сутки в течение 5 дней. Группа сравнения состояла из 19 (52,8%) больных того же возраста, которые не получали противовирусную терапию. Обе группы больных получали стандартное лечение, включающие антибиотики, отхаркивающие, антигистаминные, по показаниям - жаропонижающие, витамины. При исследовании использованы общеклинические методы исследования, анализ мокроты, посев мокроты на флору и чувствительность к а/б, R – легких.

Результаты исследования. Анализ динамики клинической картины показал, что нормализация температуры тела в основной группе наблюдалась в среднем на 4 сутки заболевания, а в группе контроля на 6-7.

Сравнение клинических проявлений со стороны легких показало, что в основной группе аускультативная картина (влажные хрипы, ослабленное дыхание) исчезали гораздо быстрее на 7-8 сутки пребывания в стационаре, чем у больных в группе сравнения – на 10 – 12 сутки. В основной группе полное исчезновение кашля наступало на 12 – 13 день заболевания, когда в группе контроля кашель длился в среднем от 18 до 20 дней. Также в основной группе раньше наблюдалась положительная R – логическая динамика.

Со стороны лабораторных данных в обеих группах наблюдался лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, ускорение СОЭ. В основной группе положительная гематологическая динамика наблюдалась уже на второй недели заболевания к 7-8 дню, а в группе сравнения после 10 дней лечения.

Больные в группе контроля чаще получали дополнительную терапию в сравнении с основной группой.

Выводы. В результате исследования установлено, что применение комбинированного препарата виферон, наряду со стандартной терапией, приводит к более ранним регрессам клинических и лабораторных проявлений вирусно – бактериальных пневмоний, к снижению потребности в назначении дополнительных лекарственных средств, сокращению сроков временной нетрудоспособности больных.

Кабиров К., Хусейнова М., Салимова М.

ОСОБЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ АСПЕКТОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ДЛЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УСЛУГ

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Ходжиев М.А.

Цель исследования. Изучить некоторые медико-социальные аспекты заболеваний органов дыхания и пути усовершенствования профилактических мероприятий.

Материал и методы. Использованы традиционные методы исследования: клинико-лабораторные, социальные, рентгенологические, ультразвуковые, томографические. Математико-статистическая обработка полученного материала осуществляется с использованием общепринятых методов вариационной статистики. В качестве объекта исследования: лечебные учреждения городских и сельских центра здоровья и непосредственно населенные пункты изучаемых районов РТ. Изучены некоторые медико-социальные аспекты жизни населения данных районов, а также частота распространённости заболеваний органов дыхания в изучаемых населённых пунктах (г. Душанбе, Турсунзаде, Пенджикент и района Дж. Руми). Проведено научное исследование 120 лиц. В качестве контрольной группы исследуем районы, которые социально более благополучны.

Результаты исследования. Показали, что уровень социальной жизни играет большую роль в аспекте развития хронических заболеваний, в том числе и хронических бронхитов у лиц молодого и среднего возраста, которые часто дают грозные осложнения, как хронически обструктивный бронхит, эмфизема лёгких и бронхиальная астма. В первую группу обследуемых входили 66 больных в возрасте от 43 до 69 лет (средний возраст 48 лет). Во вторую группу - 54 пациента с хроническими бронхитами. Результаты исследований доказали, что у 11,2% пациентов отмечается хронический бронхит с осложнениями, из них у 4,9% пациентов наблюдается переходом хронического обструктивного бронхита с осмотическим компонентом, бронхиальную астму, без осложнений у 5,2% - больных, без осмотического компонента. Результаты проведённых исследования показывают, что из 82 обследуемых лиц молодого возраста, у 12,2% отмечается хронический обструктивный бронхит без осмотического проявления.

Выводы. Результаты проведённых исследований показывают, что в последние годы хронический бронхит часто встречается у молодого и среднего возраста, а также отмечаются осложнения в виде хронического обструктивного бронхита и бронхиальной астмы, эмфиземы лёгкого и дыхательной недостаточности.

Казимов С.Б.

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Кафедра внутренних болезней №1 СамГМУ. Узбекистан.

Научный руководитель – старший преподаватель Абдушукурова К.Р.

Цель исследования. Определить уровень кардиоваскулярного риска у больных ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы. Обследовано 50 пациента с ранним РА, не принимавших ранее БПВП и глюкокортикоиды. Активность заболевания оценивали по индексам DAS28. Все пациенты осмотрены кардиологом, проведена оценка традиционных факторов риска (ФР) с определением суммарного коронарного риска по шкале SCORE в модификации, оценка степени риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО), выполнены мониторинг электрокардиограммы и артериального давления, эхокардиография (ЭхоКГ).

Результаты исследования. Диагноз ишемической болезни сердца установлен у 33 пациентов (66,0%). Хро-

ническая сердечная недостаточность I или II функционального класса по NYHA диагностирована в 8 (24,2%), систолическая сердечная недостаточность (СН) в 5 (15,2%), СН с сохраненной фракцией выброса левого желудочка - в 6 (18,2%) случаях. Гипертрофия миокарда левого желудочка обнаружена у 41 (82,0%) больных, артериальная гипертензия - у 39 (78,0%), дислипидемия - у 4 (8,0%), гиперхолестеринемия - у 18 (36,0%); гиподинамия - у 22 (44,0%) и курение - у 8 (16,0%). У 14 (37,0%) из 38 женщин была менопауза. Гипергликемия натощак выявлена у 1 (5,0%) пациента, сахарный диабет 2-го типа - у 2 (4,0%). У 15 (30,0%) больных было обнаружено не менее трех ФР. Согласно современной классификации степени кардиоваскулярного риска очень высокий риск ССО наблюдался у 29 (58%) больных РА, высокий - у 4 (8%), умеренный - у 4 (8%), низкий - у 13 (26%).

Выводы. Больные РА имеют высокий и очень высокий кардиоваскулярный риск, что обусловлено высокой частотой традиционных ФР, субклинических и клинических проявлений заболеваний сердечно-сосудистой системы. Снижение риска развития ССО у больных РА возможно только в том случае, если лечение будет направлено на достижение двух целей: эффективному лечению как РА, так и коморбидных состояний.

Кайыржанова Н.С., Жакетаева Н.Т., Барков Р.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕЧИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ИНСУЛЬТ

Кафедра школы Сестринского образования НАО «Карагандинский медицинский университет». Казахстан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Киспаева Т.Т.

Цель исследования. Анализ современных подходов к восстановлению речи у пациентов, перенесших инсульт, с оценкой их эффективности и выявлением факторов, влияющих на исход реабилитации.

Материал и методы. Проведен литературный обзор отечественных и зарубежных исследований по восстановлению речевых функций у пациентов после инсульта. Поиск источников осуществлялся в базах данных PubMed, Scopus, Web of Science и eLIBRARY за последние 10 лет (2015–2025 гг.). Использованы ключевые слова: «афазия», «реабилитация после инсульта», «восстановление речи», «логопедическая терапия», «нейропластичность».

Результаты исследования. Анализ литературных данных подтверждает эффективность воздействия на речевой домен в восстановлении речи, чтения и письма. Исследование VERSE (Австралия, Новая Зеландия, 2014–2018) показало, что ранняя интенсивная терапия афазии (9,5 часов за 38 дней) поддерживает восстановление в первые шесть месяцев, однако оптимальная продолжительность требует дальнейшего изучения. В МОНИКИ (2016) у всех 40 пациентов с афазией наблюдалось улучшение речи, включая переход тотальной афазии в более легкие формы. Рандомизированные исследования Королевского колледжа логопедов Великобритании подтвердили, что логопедическая терапия улучшает экспрессивный и рецептивный язык, психосоциальное состояние и качество жизни. Комплексный мультидисциплинарный подход (логопедические занятия, ЛФК, эрготерапия, высокотехнологичные методы) снижает неврологические расстройства и восстанавливает бытовые навыки.

Выводы. Результаты исследований подтверждают, что комплексный мультидисциплинарный подход играет ключевую роль в реабилитации пациентов после инсульта. Сочетание логопедической терапии, лечебной физкультуры, эрготерапии и современных технологий способствует значительному регрессу неврологических нарушений, восстановлению повседневных навыков и повышению качества жизни пациентов.

Особое значение имеет раннее начало реабилитации, поскольку именно в первые месяцы после инсульта отмечается наиболее высокая пластичность мозга, что повышает эффективность восстановительных мероприятий. Однако вопрос о наилучших параметрах интенсивности и продолжительности логопедической терапии остается актуальным и требует дальнейших исследований.

Таким образом, дальнейшее развитие системы реабилитации должно быть направлено на внедрение инновационных методик, персонализацию реабилитационных программ и повышение доступности комплексного восстановительного лечения для пациентов, перенесших инсульт.

Каримов Б.Д., Косимзода Дж.К., Додарбекова Б.У.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КОРРЕКЦИИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ В УСЛОВИЯХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ НМЦ «ШИФОБАХШ» РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

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

Научный руководитель – старший преподаватель Шамсов А.Т.

Цель исследования. Оценить особенности анемического синдрома у пациентов с апластической анемией, определить динамику изменений показателей крови до и после проведенного лечения.

Материал и методы. С 2018г. по 2024г. под нашим наблюдением в гематологическом отделении НМЦ «Шифобахш» МЗ и СЗН РТ находились 58 больных с апластической анемией. Давность заболевания от 1 недели до 3-х месяцев. Из них от 15 до 30 лет – 18 больных (31,04%), 30-60 лет 26 больных (44,83%), старше 60 лет - 14 больных (24,13%). Мужчин – 32 (55,17), женщин – 26 (44,83%).

Диагноз апластическая анемия (АА) был выставлен на основании жалоб, клиники, общего и биохимических анализов крови (печёночные пробы, свёртывающей системы крови, Д-димер, сывороточное железо, ферритин, СРБ, фибриноген, сахар крови, мочевины, креатинин, LE-клетки), инструментальных методов исследования (ЭКГ, Р-графии органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости) и аспирационной биопсии костного мозга

Исследование включало клинический анализ крови с определением уровня гемоглобина (Hb), эритроцитов (RBC), гематокрита (Hct), среднего объема эритроцита (MCV) и содержания ретикулоцитов до и после лечения. Ле-

чение включало трансфузионную терапию, стимуляцию эритропоэза и коррекцию дефицита железа.

Результаты исследования. До лечения средний уровень Hb составлял 75 ± 10 г/л, RBC – $2,5 \pm 0,4 \cdot 10^{12}$ /л, Hct – $22 \pm 5\%$, MCV – 92 ± 8 , уровень ретикулоцитов – $0,8 \pm 0,2\%$. После лечения показатели улучшились: Hb – 105 ± 12 г/л, RBC – $3,2 \pm 0,5 \cdot 10^{12}$ /л, Hct – $32 \pm 6\%$, MCV – 89 ± 7 , ретикулоциты – $1,5 \pm 0,3\%$. Динамика показателей свидетельствует о положительном влиянии проводимой терапии, особенно в группе пациентов, получавших эритропоэтин и препараты железа.

Выводы. Анемический синдром при апластической анемии характеризуется выраженным снижением уровня гемоглобина и эритроцитов. Комплексное лечение с применением гемотрансфузий, стимуляции эритропоэза и коррекции дефицита железа приводит к значительному улучшению лабораторных показателей крови. Необходим дальнейший анализ эффективности различных терапевтических стратегий для оптимизации лечения анемии у данной категории пациентов.

Каримов Б.Д., Косимзода Дж.К., Кувватов Д.Ш.

ОТДАЛЕННЫЕ ГЕМОЛИТИЧЕСКИЕ ТРАНСФУЗИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ НМЦ «ШИФОБАХШ» РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

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

Научный руководитель – старший преподаватель Шамсов А.Т.

Цель исследования. Оценка частоты и характеристик отдаленных гемолитических трансфузионных осложнений (ОГТО) у пациентов гематологического профиля в условиях специализированного отделения Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ медицинских данных 120 пациентов, получавших гемотрансфузии в гематологическом отделении в течение 2022-2024 гг. В исследование включены пациенты с признаками ОГТО, подтвержденными лабораторными методами. Изучены клинические проявления, показатели общего анализа крови (ОАК), биохимического анализа крови (БАК), уровень свободного гемоглобина в плазме, концентрация билирубина, активность лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и титры аллоантител до и после трансфузии.

Результаты исследования. ОГТО диагностировано у 14 (11,7%) пациентов. У всех пострадавших отмечено снижение уровня гемоглобина в среднем на $15,3 \pm 2,4$ г/л через 7-14 дней после трансфузии. Уровень непрямого билирубина увеличился в среднем на $8,6 \pm 1,7$ мкмоль/л. Повышение активности ЛДГ наблюдалось у 92,8% пациентов (средний уровень 680 ± 110 Ед/л). В 78,6% случаев выявлены аллоантитела к эритроцитарным антигенам, преимущественно анти-Kell (35,7%) и анти-Duffy (21,4%). Клинические проявления включали желтушность склер (57,1%), умеренную слабость (71,4%), тахикардию (50%).

Выводы. ОГТО является значимой проблемой у пациентов гематологического профиля, приводя к анемии и гипербилирубинемии. Лабораторные показатели подтверждают развитие внутрисосудистого гемолиза. Основной причиной осложнений является аллоиммунизация к эритроцитарным антигенам. Для снижения частоты ОГТО необходима тщательная иммуногематологическая совместимость донорской крови и мониторинг пациентов в посттрансфузионный период.

Каримов Б.Д., Набиев П.З., Саидова С.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИТОТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСТЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ ЭНТЕРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ В УСЛОВИЯХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ НМЦ «ШИФОБАХШ» РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

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

Научный руководитель – старший преподаватель Шамсов А.Т.

Цель исследования. Оценить эффективность фитотерапии в профилактике и лечении постцитостатической энтеропатии у больных с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ).

Материал и методы. В исследование включены 60 пациентов (от 5 до 18 лет) с диагнозом ОЛЛ, находящиеся на лечении в гематологическом отделении Республики Таджикистан. Диагностика проводилась на основании клинических данных, общего и биохимических анализов крови (печёночные пробы, свёртывающей системы крови, Д-димер, сывороточное железо, феретин, СРБ, фибриноген, сахар крови, мочевины, креатинина, LE-клетки), инструментальных методов исследования (ЭКГ, R-графии органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости) и аспирационной биопсии костного мозга.

Пациенты были разделены на две группы: основную (n=30), получавшую стандартную терапию в сочетании с фитопрепаратами (отвар ромашки, тысячелистника, корня солодки), и контрольную (n=30), получавшую только стандартное лечение. Лабораторные исследования крови (гемоглобин, уровень лейкоцитов, тромбоцитов, С-реактивного белка (СРБ), уровень альбумина) проводились до и после курса терапии.

Результаты исследования. До лечения у пациентов обеих групп наблюдалось снижение гемоглобина (в среднем $87,2 \pm 3,1$ г/л), увеличение уровня СРБ ($13,8 \pm 2,7$ мг/л) и лейкоцитоз ($18,4 \pm 4,2 \cdot 10^9$ /л). После лечения в основной группе отмечено более выраженное улучшение показателей: гемоглобин повысился до $112,5 \pm 4,2$ г/л, уровень СРБ снизился до $6,2 \pm 1,3$ мг/л, количество лейкоцитов нормализовалось ($9,5 \pm 2,1 \cdot 10^9$ /л). В контрольной группе изменения были менее выраженными: гемоглобин составил $101,8 \pm 3,7$ г/л, СРБ снизился до $9,8 \pm 2,5$ мг/л, а лейкоциты остались на повышенном уровне ($12,7 \pm 3,4 \cdot 10^9$ /л). Клинические проявления (диарея, боли в животе) в основной группе исчезли быстрее (на 3-4 день лечения), чем в контрольной (6-7 день).

Выводы. Использование фитотерапии в комплексном лечении постцитостатической энтеропатии у больных ОЛЛ способствует более быстрому улучшению клинико-лабораторных показателей, снижению воспалительных реакций и восстановлению функции кишечника. Данные результаты свидетельствуют о целесообразности включения фитопрепаратов в схемы терапии данной категории пациентов.

Каримова Н.Ч., Толибова Л.Н.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - Холматова Г.К.

Цель исследования. Изучение особенностей клинической картины острого нарушения мозгового кровообращения у детей и возрастные особенности у детей с острым нарушением мозгового кровообращения.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 11 детей, которые были госпитализированы в детское неврологическое отделение Национального медицинского центра «Шифобахш».

Результаты исследования. Во время исследования было выявлено 11 больных с острым нарушением мозгового кровообращения в возрасте от 6 месяцев до 11 лет. В ходе обследования было выявлено, что 6 больных были мальчики и 5 больных были девочки. У больных с острым нарушением мозгового кровообращения очаговой симптоматики в виде гемипареза и недостаточности 7 и 12 нерва, моторной афазии у 2 детей, сенсомоторной афазии у 1 больного. У 5 больных были выявлены судорожные припадки, нарушение зрения - у 2 больных, головная боль - у 5 больных, застой диска зрительного нерва - у 1 больного. У одного больного, у которого очаг находился на уровне базальных ядер, на уровне кровообращения артерии Першерона, кроме головной боли очаговой симптоматики не выявлено.

Выводы. Данное исследование нам показало, что развитие клинической картины больных с острым нарушением мозгового кровообращения может быть разным, и возрастные ограничения острого нарушения мозгового кровообращения от 6 месяцев до 11 лет. Клиническое течение заболевания у детей младшего возраста является благоприятным, чем у детей старшего возраста.

Каримова Н.Ч., Саидов П., Толибова Л.Н.

ДИАГНОСТИКА И ХАРАКТЕРИСТИКА МРТ И МТР В РЕЖИМЕ АНГИОГРАФИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - Холматова Г.К.

Цель исследования. Изучить особенности МРТ и МТР в режиме ангиографии у детей с острым нарушением мозгового кровообращения.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе детского неврологического отделения Национального медицинского центра «Шифобахш». Под наблюдением находились 11 больных детей с острым нарушением мозгового кровообращения.

Результаты исследования. По данным исследования острое нарушение мозгового кровообращения наблюдалось у детей в возрасте от 6 месяцев до 11 лет. У детей, которым проводили МРТ в обычном режиме, были изменения острого нарушения мозгового кровообращения на уровне средней мозговой артерии справа - у 6 больных, у 2 больных - острое нарушение мозгового кровообращения на уровне средней мозговой артерии слева, у 1 больного наблюдалось нарушение мозгового кровообращения средней мозговой артерии слева, справа и задней мозговой артерии, у 1 больного отмечалось нарушение кровообращения на уровне артерии Першерона слева. У больных также наблюдались: лейкоареоз - у 4 детей, глиозные изменения перинатального характера и умеренная наружная гидроцефалия - у 2 детей. Детям, у которых причина острого нарушения мозгового кровообращения не была выяснена, проводили МРТ и МТР в режиме ангиографии. Было выявлено, что у 4 больных наблюдались сосудистые изменения в виде частичной фетальной гипоплазии задней и передней мозговой артерии справа, трифуркация внутренней сонной артерии, окклюзионные процессы в самой внутренней сонной артерии и её ветвях.

Выводы. Таким образом, было выявлено, что при остром нарушении мозгового кровообращения МРТ в обычном режиме и в режиме ангиографии является одним из наиболее эффективных методов диагностики острого нарушения мозгового кровообращения и для профилактики развития повторного инсульта.

Кароматова Т.И., Ибрагимов А.Ф., Хайруллоев М.Р.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОБИОТИКОВ В СНИЖЕНИИ СИМПТОМОВ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА (СРК) У ВЗРОСЛЫХ

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

Научный руководитель - к.м.н., Абдулаева Д.Ю.

Цель исследования. Оценить эффективность пробиотического комплекса в снижении выраженности симптомов СРК (боль в животе, метеоризм, нарушения стула) у пациентов взрослого возраста.

Материал и методы. Рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование. Продолжительность наблюдения 8 недель. Исследование было проведено в Институте гастроэнтерологии, 60 пациентов с диагнозом СРК (по Римским критериям IV), возраст 25–55 лет. Медиана возраста составила 40 лет. Распределение:

30 пациентов — основная группа (пробиотик), 30 — контрольная группа (плацебо). Пробиотик - ежедневный приём комплекса (*Lactobacillus rhamnosus* GG, *Bifidobacterium infantis*, *Streptococcus thermophilus*). Оценка симптомов. Визуальная аналоговая шкала (ВАШ) для оценки боли в животе (0–10 баллов). Опросник GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale) для оценки метеоризма, диареи/запора. Лабораторные анализы; уровень кальпротектина в кале (маркер воспаления). Статистика: Использован t-критерий Стьюдента для сравнения групп. Уровень значимости: $p < 0,05$.

Результаты исследования. Снижение боли в животе в основной группе: средний балл по ВАШ снизился с $7,2 \pm 1,1$ до $3,5 \pm 0,8$ ($p < 0,001$). В группе плацебо результаты были с $7,0 \pm 1,3$ до $6,1 \pm 1,2$ ($p > 0,05$). Наибольший эффект отмечен в уменьшении метеоризма и нормализации стула. Уровень кальпротектина в основной группе снизился на 30% ($p < 0,05$), в контрольной группе изменений не выявлено. Результаты подтверждают, что пробиотики эффективно снижают симптомы СРК, вероятно, за счет модуляции микробиоты и уменьшения низкоинтенсивного воспаления. Отсутствие эффекта в группе плацебо подчеркивает специфичность действия пробиотиков.

Выводы. Применение пробиотического комплекса значительно уменьшает выраженность боли в животе, метеоризма и нарушений стула у пациентов с СРК. Снижение уровня кальпротектина свидетельствует о противовоспалительном действии пробиотиков. Пробиотики могут быть рекомендованы как компонент комплексной терапии СРК. Рекомендации: включение пробиотиков в клинические протоколы лечения СРК. Дальнейшие исследования для определения оптимальных штаммов и длительности терапии.

Касимова Н.Б., Разоков Х.О., Махмудов Б.К.

ЧАСТОТА ОБРАЩАЕМОСТИ В КАБИНЕТ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА ПАЦИЕНТОВ СО СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ «ИПО в СЗ РТ». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н. доцент Муниева С.Х.

Цель исследования. Оценить частоту рецидивов и динамику клинических проявлений у пациентов со склеродермией.

Материал и методы. Под наблюдением было 9 пациентов с различными формами склеродермии, обратившихся в кабинет дерматовенеролога за период 2023-2024. Все пациенты женщины в возрасте от 15 до 65 лет.

Результаты исследования. Был проведен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов обратившихся в кабинет дерматовенеролога в период 2023-2024 гг. В исследовании включены пациенты с диагнозом «склеродермия» подтвержденным клиническими и патогистологическими исследованиями. За период 2023-2024 гг., в кабинет дерматовенеролога обратились 1560 пациентов, среди которых 9 пациентам был поставлен диагноз склеродермия. Все пациенты женщины в возрасте от 15 до 65 лет. С повторными обращениями зарегистрировано 5 случаев (3 пациентки обратились дважды, 2 пациентки – трижды). Динамика наблюдений клинических проявлений показала, что у 4 пациенток отмечалось прогрессирование симптомов заболевания, распространение процесса. Характерными признаками склеродермии у пациенток было уплотнение кожи, отек и снижение эластичности. Все пациентки получали комплексное лечение, направленное на замедление фиброзного перерождения тканей и улучшения микроциркуляции. При анализе прогрессирования процесса основными триггерами были стресс (2 случая), перенесенные инфекции (2 случая). У 5 пациентов отмечается ремиссия.

Выводы. Частота прогрессирования среди пациентов со склеродермией остается высокой. Стресс и перенесенные инфекции играют ключевую роль. Пациенты со склеродермией требуют к себе индивидуального подхода к лечению и пристального диспансерного наблюдения.

Кодирова М.Р., Рахмонова И.Б., З. Хусейндухт

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ТГМУ имени АБУАЛИ ИБНИ СИНО

Кафедра эндокринологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н. доцент Иноятова Н. А.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости избыточной массы тела и ожирения среди студентов ТГМУ.

Материал и методы. Нами на кафедре эндокринологии, расположенной на базе Городского медицинского центра №1 имени К. Ахмедова, было проведено обследование 223 студентов путём анкетирования для выявления когорты с повышенным риском избыточной массы тела и ожирения. Средний возраст анкетированных составил $22,7 \pm 0,1$ лет. Анкета создавалась с добавлением вопросов из «Шкалы FINDRISK», оценивался пол, возраст, город проживания, антропометрические измерения (вес, рост, объём талии и бёдер), рассчитывался индекс массы тела (ИМТ), индекс отношения окружности талии к окружности бёдер (ОТ/ОБ) и опросник пищевого поведения. Статистическая обработка и математический анализ проводились с помощью программы Statistica 8.0 Excel 2017.

Результаты исследования. Среди 223 обследованных студентов мужского пола - 89 (40%), женского пола - 134 (60%), студенты 4 курса - 111 (49,8%), студенты 5 курса - 41 (18,4%), студенты 6 курса - 71 (31,8%), средний возраст $22,7 \pm 0,1$ лет, средний рост $167,4 \pm 0,9$ см, вес $63,6 \pm 0,8$ кг, ИМТ $22,7 \pm 0,4$ кг/м², средний объём талии $77,8 \pm 0,6$ см, средний объём бёдер $96,5 \pm 0,6$ см, средний индекс отношения окружности талии к окружности бёдер 0,8 см. Город проживания - Душанбе - 167 (74,9%), Согдийская область - 26 (11,7%), Хатлонская область - 18 (8,1%), Горно-Бадахшанская область - 2 (0,9%), Центральный район - 10 (4,5%). Студенты, принимающие в среднем в неделю газированные напитки - $2,0 \pm 0,2$ раза, фастфуд - $2,7 \pm 0,2$ р, овощи и фрукты - $5,7 \pm 0,1$ р, минимальная физическая актив-

ность - у 174 студентов (78%), средняя физическая активность - у 35 (15,7%), максимальная физическая активность - у 14 (6,3%), средняя длительность сна - $6,9 \pm 0,1$ ч. Распространённость студентов с избыточной массой тела - 35 студентов (15,7%), из них 17 мужчин (7,6%) и 18 женщин (8,1%). Ожирение 1 типа выявился у 6 студентов (2,7%), из них 1 мужчина (0,4%) и 5 женщин (2,3%). Ожирение 2 степени выявили у 10 студентов (4,4%), женщин - 5 (2,2%), мужчин - 5 (2,2%). Таким образом, частота распространённости составила 9,8%.

Выводы. 1. В ходе исследования у 15,7% студентов было выявлено наличие избыточной массы тела, а у 9,8% - ожирение различной степени тяжести.

2. Основной причиной прогрессирования излишнего веса является гиподинамия и избыточное потребление легкоусвояемых углеводов.

Кодирова Н.Р., Дустова Ф.А., Нуруллозода З.Х.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - старший преподаватель Мукарабова Д.А.

Цель исследования. Изучение структуры заболеваемости острыми респираторными инфекциями верхних и нижних дыхательных путей у детей до 5 лет, по обращаемости к преподавателям кафедры семейной медицины, на базе ГУ ГЦЗ №15 г. Душанбе за отчетный период 2024 года.

Материал и методы. За исследуемый период к нам обратились по поводу острых респираторных инфекций верхних и нижних дыхательных путей 275 детей, из них мальчиков 135 (49,0 %) и девочек 140 (51,0%).

Всем детям были проведены рутинные методы исследования; общий анализ крови, мочи, капрологическое исследования, по необходимости рентгенография грудной клетки и бактериальный посев из зева и носоглотки.

Результаты исследования. Исследованием выявлено, что у всех детей 100% (275 детей) ОРВИ протекало на фоне рахита, железодефицитной анемии и аллергического фона. Изучение структуры ОРВИ показало, что; дети с острым ринофарингитом и катаральным отитом обратились всего 112 (40,7%), с острым бронхитом 98 (35,6 %), с острой бронхопневмонией 13 (4,7%). Бронхит с астматическим компонентом выявлено у 26 детей (9,4%), дети с острой пневмонией (прикорневой, сегментарной, очаговой правосторонней и левосторонней) составило 6 (2,1%), острый ларингитом 3 (1,0%), острый тонзиллит отмечался у 17 детей от 3х до 5 лет, что составило 6,1 % случаев.

Из 275 детей, госпитализированы 8 больных детей в возрасте до одного года, с симптомами тяжелого течения заболевания, осложненным течением болезни, как бронхопневмония и пневмония с дыхательной недостаточностью и другими осложнениями, что составило 3,0 % от общего числа больных.

Выводы. Таким образом, в результате исследования была выявлена структура и течения заболеваемости острыми респираторными инфекциями верхних и нижних дыхательных путей на фоне аллергии, рахита и анемии дефицитного генеза и других сопутствующих патологий, что способствовали усугублению течения болезни и усложнили лечения. Всего 8 детей имеющих показание к госпитализации, своевременно госпитализированы.

Кодирова Н.Р., Курбонов А.Д., Дустова Ф.А.

ПРИЧИНЫ ЗАДЕРЖКИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Шарифзода Х.С.

Цель исследования. Изучение факторов риска задержки речевого развития у детей.

Материал и методы. Нами было обследовано 20 детей с задержками речевого развития, с различными дефектами речи в ГЦЗ №12-15 г. Душанбе.

Всем детям проводились осмотры семейного врача, логопеда и невропатолога, оценка моторного и психического развития, общеклинические исследования, мочи и кала, ЭЭГ и Эхо-ЭКГ.

Результаты исследования. Ретроспективный анализ амбулаторных карт Ф-024, всех исследуемых показал, что все 100% детей имеют поражение ЦНС ишемически-гипоксического генеза внутричерепным гипертензионным синдромом, частые респираторные инфекции наблюдались у 95%, у 82% - анемия дефицитного генеза (железодефицитная), у 87% - рахит различной степени, глистная инфекция - 67.5%, ДЖВП и каппростаз - у 48%. Всем детям проводилось этиотропное и патогенетическое лечение.

Осмотр логопеда выявил задержку речевого развития без психологических отклонений у 96% и с отставанием в 4 % случаев, как: нарушения зрительно-моторной координации: нарушения сенсорно - моторного поведения, не тянулись к игрушкам, не перекладывали игрушки из руки в руки. Все дети ходили на цыпочках, а также кругами, не отвечали на зов, отмечались повышение мышечного тонуса, особенно конечностей. Постоянно поднимались на поверхности.

Из анамнеза и историй развития детей выявлено, что все дети родились от беременности с многоводием и в условиях внутриутробной инфекции от матерей с хроническим цитомегаловирусом и вирусом простого герпеса, а также у всех детей в кале высеяны клебсиелла и золотистый стафилококк, обнаружен дисбактериоз.

Исследованием доказано, что из 20 случаев ни родители или другие члены семьи не отдают должного внимания детям с задержкой речевого развития.

Выводы. Таким образом, исследования показали, что причиной задержки речевого развития у детей являются: психологический климат семьи, отношение семьи к беременной, перенесённые инфекционные и не инфекционные заболевания в период беременности, а также осложненное течение беременности, нарушения ЦНС в антенатальном и постнатальном периоде, препятствующими выявлению и развитию задержки речи у детей, является нев-

нимательность родителей. ЗРР без вмешательства может привести к умственной отсталости и стать причиной психических травм и будущих комплексов, что должен насторожить каждого родителя.

Кодирова Н.Р., Хомидова Г.Б., Дустова Ф.А.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - старший преподаватель Мукармова Д.А.

Цель исследования. Изучение структуры отставания нервно-психического, опорно-двигательного и речевого развития, развития раннего детского аутизма (РДА), логоневроза, нейросенсорной тугоухости и синдрома Дауна у детей с рождения до 5 лет и факторов способствующих развитию заболеваний.

Материал и методы. Было проведено исследование 64 (100%) детей с периода новорожденности до 5 лет за 2024 год, по обращаемости к преподавателям кафедры семейной медицины, среди которых было мальчиков 36 (56%), девочек 28 (43,7%). Исследование проводилось на основании заполнения специальной карты и социального паспорта развития ребенка, и семьи и анкетированием родителей. Всем детям проведены необходимые исследования: УЗИ головного мозга, ЭЭГ, КТ головного мозга по показаниям, осмотры специалистов: семейного врача, неонатолога, педиатра, невролога, психиатра, эндокринолога, окулиста, сурдолога, логопеда, генетика и других специалистов.

Результаты исследования. В ходе исследования изучена структура заболеваний детей с ограниченными возможностями. Дети с последствиями родовой черепно-мозговой травмы с тетрапарезом или гемипарезом и отставанием в речевом развитии составили 32 ребенка (50,0%), с ранним детским аутизмом было 16 детей (25,0%), с органическим поражением головного мозга вследствие перенесенной нейроинфекции в периоде новорожденности и на первом году жизни с отставанием речевого развития и логоневрозом 7 детей (10,9 %), с нейросенсорной тугоухостью 6 (9,37%), с синдромом Дауна 3 (4,6%) ребенка. В результате исследования выявлены основные факторы способствовавшие развитию болезней: в 45 % случаев зависило от заболеваний матери во время беременности, в 28% случаев родовые травмы в интранатальном периоде, причиной развития раннего аутизма стало искусственное вскармливание на первом году жизни с нарушением коммуникации матери и ребенка.

Выводы. Исследования показали, что основной причиной нарушения развития детей являлись заболевания матери во время беременности, родоразрешение с травмированием у первородящих женщин. А также со стороны молодых матерей при рождении маловесных и недоношенных детей в неонатальном периоде, не было уделено должное внимание на естественное вскармливание, в связи с чем в последующем дети находились на искусственном вскармливании, которое способствовало коммуникативным нарушениям приводящим к нарушению системы “Мать и Дитя”.

Косимова Н.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИНЦИПОВ ЛЕЧЕНИЯ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ В РАЗНЫХ СТРАНАХ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора П.Т. Зоирова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Исмаилов С.С.

Цель исследования. Провести анализ принципов лечения больных с микробной экземой по доступным базам научных статей зарубежных стран.

Материал и методы. Consultant, Dekamedical, Медицинский Совет, Медиа Сфера, Европейский медицинский центр, elibrary, cochranelibrary, pubmed.

Результаты исследования. Эпидемиологические исследования и активное внедрение геномных технологий в последние годы позволили накопить данные, указывающие на значимую роль бактерий и грибов в развитии сенсibilизации, которая является одним из пусковых и поддерживающих факторов течения микробной экземы. Разновидностями микробной экземы являются нуммулярная, паратравматическая, микотическая, интертригиозная, варикозная, сикозиформная, экзема сосков и околососкового кружка молочной железы женщин. Лечение микробной экземы должно проводиться в комплексе, включающем в себя использование препаратов местного и общего воздействия, коррекцию питания и режимных мероприятий. Анализ научных литературных источников выявил различный подход к лечению больных микробной экземой. Так российские специалисты придерживаются принципов назначения антигистаминных, десенсибилизирующих препаратов, антибиотиков (по мере надобности), лечения сопутствующих очагов хронической инфекции. Местное лечение, зависящее от стадии заболевания, включает в себя препараты, содержащие комбинации глюкокортикоида с антибиотиками и антимикотиками, глюкокортикоида с керамидами, пимекролимуса, такролимуса, магнито- и озонотерапии, УВЧ, УФО, применение низкоинтенсивного лазерного излучения, а также санаторно-курортное лечение.

Согласно изученным научным работам, американские, европейские, японские учёные не разделяют атопический дерматит и экзему. И в том и другом случае при описании степени поражения кожи используется индекс EASI. При описании средне-тяжёлых и тяжёлых случаев применяется пероральный циклоспорин, подкожные инъекции биологических препаратов (дупилумаб, немолизумаб, тралокинумаб), пероральные ингибиторы янус-киназы (барицитиниб, упадацитиниб, аброцитиниб дифамиласта, немолизумаба, тралокинумаба, упадацитиниба и аброцитиниба). Необходимо отметить, что биопрепараты представляют собой группу лекарств, которые подавляют иммунную систему и уменьшают воспаление, чем и достигается клинический эффект от их применения, учитывая, что в патогенезе экземы большую роль играют иммунные процессы. В качестве местной терапии используются увлажняющие средства, мази с глюкокортикостероидами и антибиотиками, а также фототерапия. О побочных эффектах биологических

препаратов на научных платформах идёт постоянная дискуссия. Так по данным научных работ, найденных в Кореинской библиотеке, в числе побочных эффектов описываются заболевания туберкулёзом, лимфомой, обострение условно патогенной флоры (хотя лишь у 1% пациентов). Учитывая, что экзема - хронический рецидивирующий процесс, пациент должен длительное время применять биопрепараты, а это в свою очередь, увеличит число побочных эффектов. Согласно психологическим тестам, проведённым среди больных экземой, пациенты желают выздороветь любой ценой, так как постоянно мокнущие или зудящие папуло-сквамозные высыпания приводят к снижению качества жизни. Состояние ремиссии обеспечивается длительным лечением на фоне здорового образа жизни.

Выводы. В различных странах имеются свои принципы ведения пациентов с микробной экземой. Выше приведённые методы лечения у больных с микробной экземой являются эффективными, но развитие побочных эффектов заставляет научное сообщество совершенствовать терапию.

Куватзода Г.Х., Курбонов М.М., Сатторова М.А.
ЭНДОГЕННЫЙ ГНОЙНЫЙ БРОНХИТ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА
(СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ураков К.З.

Цель исследования. Оценить изменения дыхательной системы, а именно клиническое течение эндогенного гнойного бронхита на фоне хронического лимфолейкоза.

Материал и методы. Больная А.Б. 60 лет, поступила в гематологическое отделение ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» г. Душанбе с жалобами на головные боли, головокружение, кашель с мокротой, сердцебиение, одышку, слабость, повышенную потливость, утомляемость, увеличение всех групп лимфатических узлов. Наследственность не отягощена. Больной были проведены лабораторно-инструментальные методы исследования: общий анализ крови, мочи, кала, биохимический анализ крови, стерильная пункция с цитохимическим исследованием, ЭКГ, ЭхоКГ, Р-графия грудной клетки, бронхоскопия, УЗИ внутренних органов.

Результаты исследования. Осмотр: общее состояние больного тяжелое, кожа и видимые слизистые оболочки обычные, увеличение всех групп лимфатических узлов в размер грецкого ореха и куриного яйца. Печень и селезенка увеличены.

В общем анализе крови: Эр-3,85. Нв-126 г/л. НР-0,8. Лей-283,03. Тром-516. Эоз-0,28. Лимф-82,23. Мон-2,34. СОЭ-28мм/ч. В общем анализе мочи: белок-0,66 г/л, лей-8-9, эр-3-4, цилиндры-0-1, оксалаты. Биохимический анализ крови: общий белок-50,0, холестерин-3,8, мочевины-5,4, креатинин-74, глюкоза-5,8 ммоль/л. Общий билирубин-11,3, билирубин связанный-4,1, билирубин свободный-7,2, АЛТ-20 Ед/л, АСТ-17 Ед/л.

Миелограмма: Костный мозг клеточный. Бластные клетки не увеличены. Лимфоидный росток: гиперплазирован 89,5% представлен зрелыми лимфоцитами. Эритроидный росток увеличен 42,5% по нормобластическому типу кроветворения. Мегакариоцитарный росток: при просмотре препарата в умеренном количестве, отшнуровка тромбоцитов умеренная.

Мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки: бронхолит правого легкого. Субсегментарный ателектаз уровня S9-10 правого легкого, хронический бронхит. Лимфаденопатия подмышечных и средостенных лимфоузлов. Осмотрена пульмонологом.

На основе лабораторно-инструментальных методов исследования, общих и биохимических анализов крови пациента был выставлен диагноз: «Хронический лимфолейкоз, терминальная стадия. Сопутствующие заболевания: Эндогенный гнойный бронхит, II-III степени».

Было проведено лечение: физ.раствор 0,9% 200,0 + циклофосфан 200мг в/в. рибоксин 2% 10,0 в/в. NaCl 0,9% 200,0 + бендамустин 100мг в/в №2. Винкристин 2мг в/в. аллопуринол 100мг 1тб х 3 раза, СА-никомед 1 тб х 3 раза, лейкокеран 1тб х 2 раза, цефтриаксон 1,0 в/в х 2 раза, бронхолитин-сироп 1 лож х 3 раза.

Выводы. Своевременное обращение пациента к специалистам, проведение полного обследования больных способствует к раннему выявлению поражения органов и систем, для своевременного проведения лечения.

Куватзода Г.Х., Шоназарова М.А., Зунунова М.Г.
КАРДИОМИОПАТИЯ В ДЕБЮТЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ураков К.З.

Цель исследования. Оценить изменения сердечно-сосудистой системы как дебют хронического лимфолейкоза.

Материал и методы. Больной Х.Б., 53 года, поступил в гематологическое отделение ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» г. Душанбе с жалобами на головные боли, головокружение, боли в области сердца, сердцебиение, одышку, слабость, повышенную потливость, утомляемость, увеличение всех групп лимфатических узлов в течение года. Наследственность не отягощена. Больному были проведены лабораторно-инструментальные методы исследования: общий анализ крови, мочи, кала, биохимический анализ крови, стерильная пункция, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография грудной клетки, УЗИ внутренних органов.

Результаты исследования. Осмотр: общее состояние больного тяжёлое, кожа и видимые слизистые оболочки обычные, увеличение всех групп лимфатических узлов в размер грецкого ореха и куриного яйца. Печень и селезенка увеличены.

В общем анализе крови: Эр-2,89. Нв-102 г/л. НР-0,8. Лей-283,03. Тром-87. Эоз-0,1. Лимф-96,4. Мон-0,2. СОЭ-22мм/ч. В общем анализе мочи: белок-0,198 г/л, лей-32-36, эр-5-6, цилиндры-0-1, оксалаты. Биохимический анализ

крови: общий белок-46,0, АЧТВ-21,6 сек, МНО-0,96, А-амилаза-127,0, холестерин-3,8, мочевины-6,0, креатинин-117,2, глюкоза-3,8 ммоль/л. Общий билирубин-11,3, билирубин связанный-4,1, билирубин свободный-7,2, АЛАТ-16,3 Ед/л, АСАТ-14,1 Ед/л.

Миелограмма: Костный мозг гиперрегенераторный. Бластные клетки не увеличены. Лимфоидный росток: гиперплазирован 90,0% представлен зрелыми лимфоцитами. Эритроидный росток сужен по нормобластическому типу кровотока. Мегакариоцитарный росток: при просмотре препарата в умеренном количестве, отщиповка тромбоцитов умеренная.

ЭКГ: Синусовая тахикардия, 108 уд/мин. Гипертрофия левого желудочка с перегрузкой; ЭхоКГ: Расширение полостей сердца. Гипертрофия задней стенки. Диффузная гипокинезия. Митральная, трикуспидальная, аортальная и лёгочная недостаточность. Лёгочная гипертензия II степени. Аортальная ригидность. Осмотрен кардиологом. Рентгенография грудной клетки: хронический бронхит.

На основе лабораторно-инструментальных методов исследования, общих и биохимических анализов крови пациенту был поставлен диагноз: «Хронический лимфолейкоз, терминальная стадия. Сопутствующие заболевания: Дилатационная кардиомиопатия, митральная и трикуспидальная недостаточность».

Было проведено лечение: физ.раствор 0,9% 400,0 + Вит С 5% 10,0 в/в. рибоксин 2% 10,0 в/в. NaCl 0,9% 200,0 + бендамустин 100мг в/в №2. эмфлазин 10мг 1тб x 1 раз. аллопуринол 100мг 1тб x 3раза. ондансетрон 4,0 в/в. цефтриаксон 1,0 x 2 раза в/в. флюконазол 100,0 в/в. мексидол 10,0 в/в. ризопрол 1тб x 1раз, панангин 1тб x 3раза.

Выводы. Своевременное обращение пациента к специалистам, проведение полного обследования больных способствует раннему выявлению поражения органов и систем для своевременного проведения лечения.

Куватзода Г.Х., Шоназарова М.А., Сатторова М.А.

ПОРАЖЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ АССОЦИИРУЕМЫЕ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ураков К.З.

Цель исследования. Оценить изменения со стороны разных систем внутренних органов, возникающие при хроническом лимфолейкозе.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились больные с диагнозом хронический лимфолейкоз за весь 2024 год, находившиеся в гематологическом отделении ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» г. Душанбе с жалобами на головные боли, головокружение, боли в области сердца, сердцебиение, одышку, слабость, повышенную потливость, утомляемость, увеличение всех групп лимфатических узлов, боли в эпигастральной и поясничной областях, кашель.

Больным были проведены лабораторно-инструментальные методы исследования: общий анализ крови, мочи, кала, биохимический анализ крови, стерильная пункция с цитохимическим исследованием, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография грудной клетки, УЗИ внутренних органов.

Результаты исследования. Поражения со стороны внутренних органов при хроническом лимфолейкозе разнообразны и обусловлены лимфоцитозом и инфильтрацией лимфатических узлов, внутренних органов патологическими лимфоцитами, наличием признаков опухолевой интоксикации. Из 47 поступивших больных: 25 больных поступили первично, 22 поступили повторно. У первичных больных отмечались: со стороны ССС - у 3 больных ИБС, у 9 больных гипертоническая болезнь, 1 больного недостаточность митрального и трикуспидального клапана; гепатолиенальная система- у 21 больного увеличение всех групп лимфатических узлов, у 2 больных гепатоспленомегалия; мочевыделительная система- у 4 больных пиелонефриты, у 2 больных гломерулонефриты, у 1 больного цистит; дыхательная система- у 1 больного гнойный внутренний бронхит; ЖКТ- у 7 больных разные формы гастритов; иммунная система- у 1 больного поливалентная аллергия; эндокринная система- у 3 больных сахарный диабет 2 типа в стадии декомпенсации; нервная система- у всех больных проявления по типу вегето-сосудистой дистонии, у 2 больных нейтрофилия; У больных поступивших повторно отмечались: со стороны ССС - у 3 больных ИБС, у 9 больных гипертоническая болезнь, 1 больного недостаточность митрального и трикуспидального клапана; гепатолиенальная система- у 19 больного увеличение всех групп лимфатических узлов, у 3 больных гепатоспленомегалия; мочевыделительная система- у 11 больных пиелонефриты, у 3 больных гломерулонефриты, у 3 больных циститы, у 1 больного уретрит; дыхательная система- у 1 больного нижнедолевая пневмония справа, у 1 больного интерстициальная пневмония; ЖКТ- у 21 больных разные формы гастритов; иммунная система- у 1 больного поливалентная аллергия; эндокринная система- у 3 больных сахарный диабет 2 типа в стадии декомпенсации; нервная система- у всех больных проявления по типу вегето-сосудистой дистонии.

Выводы. Хронический лимфолейкоз является весьма грозным заболеванием затрагивающий абсолютно все системы организма поражая внутренние органы лейкозной инфильтрацией. Исследование состояния внутренних органов при ХЛЛ помогает снизить риск осложнений.

Кундузов Д.Н., Гахлан Т.А.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА В ПОЛИКЛИНИКЕ

Кафедра амбулаторно-поликлинической терапии ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва». Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Шокина С.В.

Цель исследования. Анализ актуальных методов диагностики и лечения хронического гастрита в поликлинике.

Материал и методы. Выполнен анализ современной литературы по указанной теме. Работа проводилась с использованием данных доказательной медицины, последних актуальных исследований и новых клинических реко-

мендаций.

Результаты исследования. Хронический гастрит — это группа длительно протекающих рецидивирующих заболеваний желудка, характеризующихся воспалительными, дистрофическими изменениями в слизистой оболочке желудка, нарушением физиологической регенерации и постепенным развитием атрофии желудочных желез и кишечной метаплазии.

Согласно актуальным клиническим рекомендациям, диагноз «гастрит» основан на гистологическом выявлении воспаления слизистой оболочки желудка (нейтрофильные лейкоциты в собственной пластинке и интраэпителиально, плотность мононуклеарной воспалительной инфильтрации), а также атрофии и кишечной метаплазии. В соответствии с требованиями Модифицированной Сиднейской системы для правильной интерпретации состояния слизистой оболочки желудка необходимо минимум пять биоптатов. Современные методы эндоскопического исследования, в частности, видеоэндоскопия высокой четкости с мультимодальным режимом осмотра и увеличением, предоставляют дополнительные высокоинформативные возможности для диагностики гастрита, дуоденита предраковых изменений слизистой оболочки желудка. Важнейшим этиологическим фактором гастрита служит инфекция *H. pylori*, и положительные тесты на *H. pylori* свидетельствуют о наличии хронического гастрита.

Лечение больных хроническим гастритом осуществляется в большинстве случаев в амбулаторно-поликлинических условиях врачами-терапевтами совместно с гастроэнтерологами. Терапия должна быть строго индивидуальной и длительной. В активной фазе заболевания проводится этиопатогенетическая и симптоматическая терапия. Всем пациентам с хроническим гастритом и положительными результатами тестирования на инфекцию *H. pylori* в качестве этиологического лечения рекомендуется проведение эрадикационной терапии. Стандартная тройная терапия, включает ингибитор протонного насоса (в стандартной дозе 2 раза в сутки), кларитромицин (500 мг 2 раза в сутки) и амоксициллин (1000 мг 2 раза в сутки внутрь), усиленная висмута трикалия дицитратом (120 мг 4 раза в день или 240 мг 2 раза в день) на 14 дней. В период ремиссии хронического гастрита необходима противорецидивная терапия. Целью лечения является предотвращение развития кишечной и псевдопилорической метаплазии слизистой оболочки желудка. Критерии оценки эффективности терапии: эрадикация *H. pylori*, уменьшение признаков активности хронического гастрита, отсутствие прогрессирования атрофических изменений.

Выводы. Диагноз «гастрит» широко применяется в практике здравоохранения. При этом значение хронического гастрита как серьезного заболевания в клинической практике во многом недооценивается. Современные подходы заключаются в широком применении серологической диагностики (определение пепсиногенов), верификации диагноза при помощи увеличительной или узкоспектральной эндоскопии, морфологического исследования. Оптимальной схемой эрадикации *H. pylori* по-прежнему остается тройная терапия.

Курбанов М.М., Куватзода Г.Х

ИЗМЕНЕНИЕ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ураков К.З.

Цель исследования. Изучить особенности гепатолиенальной системы по данным ультразвукового исследования до и после курса терапии бендамустином у пациентов с хроническим лимфолейкозом.

Материал и методы. В гематологическом отделении ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» г. Душанбе за период 2024 г. под наблюдением находились больные с подтвержденным диагнозом хронического лимфолейкоза. Пациенты были госпитализированы с жалобами на головные боли, головокружение, одышку, слабость, повышенную потливость, утомляемость, увеличение всех групп лимфатических узлов. Больным были проведены лабораторно-инструментальные методы исследования: общий анализ крови, мочи, кала, биохимический анализ крови, стерильная пункция с цитохимическим исследованием, УЗИ внутренних органов.

Результаты исследования. В ходе исследования пациентов с хроническим лимфолейкозом (ХЛЛ) было проведено ультразвуковое обследование внутренних органов, направленное на выявление изменений гепатолиенальной системы. Из 20 поступивших больных: гепатомегалия была выявлена у 14 пациентов, что свидетельствует о значительном вовлечении печени в патологический процесс. При ультразвуковом исследовании структура печени у большинства пациентов оставалась гомогенной, однако наблюдалось умеренное диффузное увеличение эхогенности, что может свидетельствовать о хронических изменениях, связанных с инфильтрацией лимфоидными клетками или жировой дистрофией. Спленомегалия была диагностирована у 12 пациентов, что подтверждает высокую опухолевую нагрузку и вовлечение селезенки в патологический процесс. Эхоструктура селезенки в большинстве случаев она оставалась гомогенной. После курса терапии бендамустином у пациентов с ХЛЛ наблюдалась положительная динамика в состоянии гепатолиенальной системы. По данным контрольного УЗИ, выявлено уменьшение размеров печени и селезенки, что свидетельствует о снижении опухолевой нагрузки. Гепатомегалия, которая до лечения отмечалась у большинства пациентов, после курса терапии сохранялась у 8 обследованных. Эхоструктура печени стала более однородной, однако у 4 пациентов сохранялись признаки жировой инфильтрации, что может быть связано как с основным заболеванием, так и с побочным действием химиотерапии. Спленомегалия также показала положительную динамику - показатель снизился до 7 человек.

Выводы. Таким образом, терапия бендамустином продемонстрировала свою эффективность, приводя к регрессии опухолевого процесса в гепатолиенальной системе. Однако у ряда пациентов сохраняются остаточные изменения, требующие дальнейшего наблюдения и коррекции лечебной тактики.

Курбанова Д.Д., Яхъёева Х.Ш.

НАРУШЕНИЕ РИТМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МИОКАРДИТЕ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ходжиева Г.Б.

Цель исследования. Целью данного исследования является изучение частоты и характера нарушений сердечного ритма у пациентов с хроническим миокардитом.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 15 пациентов с хроническим миокардитом, находившихся на обследовании и лечении в отделении "Аритмии и пороки сердца" ГУ РК ЦК г. Душанбе, за период с 01.09.2024 до 10.01.2025 года. Среди больных было 8 мужчин и 7 женщин в возрасте от 25 до 65 лет с подтверждённым диагнозом хронического миокардита. Диагностика основывалась на клинических данных, результатах электрокардиографии, эхокардиографии, анализах крови (включая маркеры воспаления), и в некоторых случаях магнитно-резонансной томографии (МРТ) сердца с контрастированием. Для выявления нарушений ритма использовался суточный мониторинг ЭКГ по Холтеру.

Результаты исследования. В зависимости от формы течения заболевания всех пациентов с хроническим миокардитом разделили на 3 группы: 1) лёгкая форма - 5 человек (33,3%), 2) среднетяжёлая форма - 8 человек (53,3%), тяжёлая форма - 2 человека (13,3%). Среди обследованных пациентов с хроническим миокардитом было выявлена кардиомегалия - у 2 человек (13,3%), и хроническая сердечная недостаточность (ХСН) - у 6 больных (40%). Наиболее частыми жалобами пациентов были: учащённое сердцебиение (80%); ощущение перебоев в работе сердца (73%); одышка при физической нагрузке (67%); утомляемость и слабость (60%). У всех пациентов выявлены различные формы аритмии: экстрасистолия обнаружена - у 9 пациентов (60%), из них 5 (33,3%) имели желудочковую экстрасистолию, а 4 (26,7%) - суправентрикулярную. Фибрилляция предсердий диагностирована у 4 пациентов (26,7%). У двух из них эпизоды носили пароксизмальный характер (13,35%). Синусовая тахикардия наблюдалась у 6 пациентов (40%), преимущественно в периоды обострения заболевания. Атриовентрикулярная блокада I степени выявлена у 3 пациентов (20%). Желудочковая тахикардия зарегистрирована у 2 пациентов (13,3%) и требовала немедленного вмешательства.

Выводы. Полученные данные подтверждают, что нарушение ритма является частым осложнением хронического миокардита. Экстрасистолия и фибрилляция предсердий - наиболее распространённые формы аритмий в данной группе пациентов. Суточный мониторинг ЭКГ позволяет выявить скрытые эпизоды аритмий, которые не могут фиксироваться при стандартном ЭКГ.

Курбанова М.Н., Ходжиев Х.М., Джобирзода А.Б.

ДЕТСКИЙ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ У ДЕТЕЙ В ТАДЖИКИСТАНЕ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - Холматова Г.К.

Цель исследования. Изучение особенностей течения и диагностики детского центрального паралича у детей в условиях Таджикистана. Выявление генетических факторов, влияющих на развитие заболевания, и оценка доступности современных методов лечения.

Материал и методы. Объектом исследования являлись дети (мальчики) из различных регионов Таджикистана с подтверждённым диагнозом детского центрального паралича.

Методы исследования. Клинический анализ. Сбор анамнеза с учётом национальных и региональных особенностей. Анализ частоты манифестации заболевания, двигательной активности и прогрессирования симптомов.

Лабораторных исследований анализов, подтверждающих детский церебральный паралич у ребёнка, не существует. Однако биохимические исследования крови помогают врачу оценить общее состояние здоровья и выявить нарушения в работе внутренних органов, которые могут возникнуть на фоне болезни.

Инструментальная диагностика: ЭЭГ, электромиография, электроэнцефалография, транскраниальная магнитная стимуляция, нейросонография, МРТ головного мозга.

Размер выборки. Основная группа

Контрольная группа. 15 здоровых детей.

Результаты исследования. Клинические особенности в Таджикистане: заболевание выявляется в возрасте 0-5 лет, Родители или врачи могут обратить внимание на задержку в моторном развитии, слабый мышечный тонус, проблемы с координацией движений или рефлексам. В отдалённых регионах постановка диагноза часто запаздывает из-за низкого уровня осведомлённости. Лабораторные и генетические данные. Нейровизуализация и нейрофизиологические исследования.

МРТ головного мозга выявляет повреждения белого вещества, ишемические инсульты, кровоизлияния или врождённые аномалии. ЭЭГ используется при подозрении на эпилепсию, которая часто сопровождает ДЦП. УЗИ головного мозга у новорождённых детей через родничок для раннего выявления повреждений.

Выводы. Детский центральный паралич представляет собой сложное заболевание с выраженными социально-экономическими аспектами в условиях Таджикистана. Основной проблемой остаётся поздняя диагностика, связанная с низкой осведомлённостью медицинских работников и семей. Необходимы национальные программы по скринингу и обучению специалистов. А также улучшение доступа к современным методам лечения и реабилитации для повышения качества жизни детей.

Курбонов А.Д., Баротов И.И., Нуруллозода З.Х.
ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ: АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ёдгорова М.Дж.

Цель исследования. Целью исследования было ретроспективный анализ обращаемости пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию, за медицинской помощью к кафедральным работникам и семейным врачам ГЦЗ №15 города Душанбе за 2020-2024 гг.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт (ф-024), - 150 респондентов перенесших Covid-19 по обращению за медицинской помощью к семейным врачам.

Все респонденты во время пандемии перенесли инфекцию Covid-19, разной тяжести течения.

Результаты исследования. Проведенными исследованиями выявлено, что обращаемость с 2020 по 2024 годы к семейным врачам увеличилось от 6 до 10 и более раз, чем предыдущие года до пандемии. Основными жалобами, пациентов при обращении были: астеноневротический синдром, который проявлялся у около 95% респондентов и характеризовался нарушением сна, нервозностью, фобиями, раздражительностью, депрессией, выраженной общей слабостью, апатией и частыми перепадами настроения, нарушение психико-речевых функций, нарушение памяти и частичная временная амнезия, парезами и параличами. с жалобами на нарушения функций сердечно сосудистой и дыхательной системы обратились более 70-75%, которые характеризовались миокардитом, аритмией, тахикардией, инфарктом и сердечной недостаточностью, а со стороны органов дыхания фиброзом легочной ткани, затяжные бронхиты, приступы удушья, чувство нехватки воздуха.

Изменения легочной ткани, такие как помутнение матового стекла, уплотнение, утолщение сосудов, бронхоэктазы, плевральный выпот, твердые узелки в легких, и многие другие последствия Covid-19 у более 80 % пациентов. Со стороны органов пищеварения: гастриты, стеатоз печени, холецисто - панкреатит, дисбактериоз, синдром раздраженного кишечника отмечены у более 40% респондентов. Пиелонефриты и гломерулонефриты, а также нарушение либидо отмечены у более 25% респондентов, от 25 до 35% пациентов жаловались на суставные боли, кожные проявления, нарушения зрения, зябкость, а так же частые простудные заболевания.

Выводы. Как показало исследование, Covid-19 вызывает полиорганное поражение, нарушая функцию всех органов и систем организма и пока не ясно, в какой степени респонденты подвержены риску длительных респираторных, физических, функциональных и когнитивных ограничений и, следовательно, на сегодняшний день вопрос реабилитации и диспансеризации пациентов с Постковидным синдромом на уровне ПМСП, остается открытым.

Курбонов А.Д., Нуруллозода З.Х., Баротов И.И.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ СЕЗОННОГО ГРИППА H3N2 НА УРОВНЕ ПМСП

Кафедра семейная медицина ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент - Ёдгорова М.Дж.

Цель исследования. Целью исследования было изучение основных клинических проявлений сезонного гриппа у пациентов, обратившихся за медицинской помощью на кафедру семейной медицины в ноябре по декабрь 2023 года.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 24 семей в период подъема заболевания, общее количество пациентов -116. В возрастном аспекте пациенты были от 1 –го года до 60 лет. Женщины составили 64, что составило 55%, мужчины 52 - 45%. Всем пациентам проводили рентгенографию грудной клетки, по возможности развернутый и биохимический анализ крови, ПЦР и серологические исследования крови, УЗИ почек и общий анализ мочи.

Результаты исследования. В ходе исследования выявлены, что клинически грипп протекал в средне - тяжелой форме у 65% и в тяжелой форме у 35%.

Основными жалобами пациентов были: высокая лихорадка 39 - 40С у всех 100%, сильнейшая головная боль и затрудненное дыхание с изнуряющим сухим кашлем с последующим скудным, вязким отделяемым 98%, диарея зарегистрировано у 75%, ломота в теле, слабость и недомогание, плохой аппетит и проливной пот после температуры отметили 52% пациентов, у 65% больных детей грипп осложнился бронхопневмонией и пневмонией, 45% пиелонефритом, в основном 1-го года жизни, которые были госпитализированы. Обострения суставного синдрома у себя отметили 56% больных в возрасте 35-60 лет, в прошлом перенесших инфекцию Covid-19. Проявление конъюнктивита зарегистрировано у 28% больных, не зависимо от возраста.

Выводы. Таким образом, клинически сезонный гриппа H3N2 в 2023 году протекал у пациентов в средне-тяжелой форме, с изнуряющим длительным кашлем плохо поддающейся лечению и осложнениями в виде пневмонии и пиелонефрита у детей, пиелонефритом и суставным синдромом у взрослых.

Курбонов А.Д., Нуруллозода З.Х., Кодирова Н.Р.

ОЦЕНКА ИММУНОПОЗИТИВНОСТИ ВАКЦИНИРОВАННЫХ ЛИЦ ПРОТИВ COVID-19

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент М.Дж.Ёдгорова

Цель исследования. Оценка результатов вакцинации против SARSCoV-2 - COVID-19 на примере одного прикрепленного общежития ГУ ГЦЗ№15 г.Душанбе.

Заболеваемость COVID-19 изучена с апреля 2020 г. по март 2022 г. Проведён ретроспективный анализ данных о вак-

цинации 725 населения в возрасте от 18 до 60 лет.

Материал и методы. Ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости и рецидивов COVID-19, метод статистического подсчёта.

Динамика заболеваемости COVID-19 имела волнообразный характер. Вакцинация началась на максимальном уровне второй волны. За 7 месяцев 2021 года двухкратно охвачено вакцинацией 97% проживающих населения. Показатели охвата второй дозой вакцинации составила 91%.

Вакцинация проводилась с использованием 4 вакцин: Астра Зеннека, Пфайзер, Модерна и КовиВак.

Всего заболевших до иммунизации против COVID-19, из числа обследуемых зарегистрировано 162, что составило 22.3%, после двухкратной иммунизации заболели всего 22 респондента, что составило 3.03%. Из числа заболевших после иммунизации 20 (2.7%) составили, респонденты, привитые вакциной Астра Зеннека и 2 (0.3%) респондента вакциной Модерна.

Результаты исследования. Показало, что на течение и распространение инфекции влияет не только социальный уровень, но и скученность населения.

Исследования показали отсутствие гиперреактивных побочных эффектов ан вакцинацию и более лёгкое течение заболевания COVID-19 у 22 –х привитых.

Выводы. Таким образом, исследованием доказано, что вакцинация эффективна и является единственно верным оружием на пути борьбы против Коронавирусной инфекцией COVID-19.

Курбонова М.Н., Асимова Н.Г., Толибова Л.Н.

МУЛЬТИФОКАЛЬНАЯ МОТОРНАЯ НЕЙРОПАТИЯ, ИМИТИРУЮЩАЯ БОКОВОЙ АМИОТРОФИЧЕСКИЙ СКЛЕРОЗ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Исрофилов М.О.

Цель исследования. Анализ клинических особенностей мультифокальной моторной нейропатии в сравнение с боковым амиотрофическим склерозом.

Материал и методы. Исследование проводилось на кафедре неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова в ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Пациенткой являлась 22-летняя женщина, госпитализированная в неврологическое отделение НМЦ «Шифобахш». Предварительный диагноз варьировал между боковым амиотрофическим склерозом и мультифокальной моторной нейропатией. В рамках диагностики были применены следующие методы: неврологический осмотр, сбор анамнеза, нейровизуализационные исследования (МРТ головного и спинного мозга) и электроэнцефалография.

Результаты исследования. Пациентка имела отягощённый неврологический анамнез. При обращении она предъявляла жалобы на постепенно нарастающую слабость в дистальных отделах правой руки, эпизодические фасцикуляции, а также трудности при выполнении тонких движений. При проведении объективного статуса была зафиксирована выраженная слабость в кисти правой руки (4-/5 по шкале MRC), гипотрофия мышц тенара и гипотенара, а также асимметрично оживлённые глубокие сухожильные рефлексы. Наблюдались фасцикуляции в поражённых мышцах, при этом сенсорные функции сохранялись. В рамках диагностических исследований электромиография (ЭМГ) продемонстрировала признаки блока проведения по моторным волокнам, при этом отсутствовали признаки денервации, характерные для бокового амиотрофического склероза. Лабораторные тесты показали, что уровень креатинфосфокиназы (КФК) был повышен в два раза. Кроме того, магнитно-резонансная томография головного и спинного мозга не выявила патологических изменений, что в совокупности позволило уточнить клиническую картину и продолжить дальнейшее обследование. Кроме того, терапия иммуноглобулином продемонстрировала хороший клинический эффект, что указывает на возможное отсутствие бокового амиотрофического склероза, поскольку в данном случае применение иммуноглобулинов не проявляет своей эффективности.

Выводы. ММН может клинически напоминать БАС, однако ключевым отличием является отсутствие системного паттерна поражения и чувствительных расстройств. Дифференциальная диагностика этих заболеваний критически важна, так как ММН потенциально поддается иммуномодулирующей терапии, в отличие от БАС, прогноз которого остаётся неблагоприятным.

Курбонова М.Н., Толибова Л.Н., Асимова Н.Г.

ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ МЫШЕЧНАЯ АТРОФИЯ (РМА): КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ДИАГНОСТИКА И ПАТОФИЗИОЛОГИЯ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ганиева М.Т.

Цель исследования. Рассмотреть клинические характеристики, эпидемиологию, патофизиологию, диагностические подходы, дифференциальную диагностику и прогноз прогрессирующей мышечной атрофии (РМА) как самостоятельного заболевания моторных нейронов.

Материал и методы. Обзор литературы и клинических исследований, посвященных РМА. Включены эпидемиологические данные, клинические наблюдения, электрофизиологические и патоморфологические исследования, а также анализ генетических факторов и методов дифференциальной диагностики.

Результаты исследования. РМА — редкое заболевание моторных нейронов, поражающее только нижние мо-

Выводы. РМА остается клинически и патогенетически неопределенным заболеванием, что вызывает дискуссии о его связи с БАС. Диагностика основывается на исключении других причин моторной дисфункции. Лечение носит поддерживающий характер, так как патогенетическая терапия отсутствует. Выживаемость при РМА выше, чем при БАС, но зависит от распространенности поражения. Этот тезис суммирует основные моменты главы и дает четкое представление о заболевании.

Рохбари илмӣ – омӯзгори калон Ҳасанов Ҷ.М.

Материал и методы. Было проанализировано 188 историй болезни пациентов с ТЭЛА на фоне КВИ, проходивших лечение в УЗ «10-я городская клиническая больница» в период с 2020 по 2023 год.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программ Microsoft Excel и Statistica 10 с использованием непараметрических критериев (критерия Манна-Уитни, хи-квадрата Пирсона, точного критерия Фишера).

Результаты исследования. Все исследованные пациенты (n=188) были разделены на две группы: пациенты, страдающие АО (группа А, n=36, 19,15%) и пациенты, не страдающие АО (группа В, n=152, 80,85%). Критерием АО явился индекс массы тела (ИМТ) ≥ 30 кг/м². В группах анализировались возраст, пол, наличие других факторов риска ТЭЛА, среднее количество дней, проведенных в стационаре, уровни маркеров тяжести течения ТЭЛА (Д-димеров, ЛДГ, С-реактивного белка (CRP)), смертность.

Распространенность факторов риска ТЭЛА (хроническая сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, варикозная болезнь вен и флеботромбоз, сахарный диабет, злокачественные опухоли, ТЭЛА в анамнезе) среди пациентов обеих групп статистических различий не имеет.

Характеристика группы А: пациентов мужского пола - 10 (27,78%), женского - 26 (72,22%), средний возраст - 68,06 года (min=25, Q1=61,5, Me=70,5, Q3=77,5, max=86); группы В: пациентов мужского пола - 73 (48,03%), женского - 79 (51,97%), средний возраст - 66,05 года (min=25, Q1=58, Me=67, Q3=78, max=96); выявлено статистически значимое преобладание доли пациентов женского пола в группе А в сравнении с группой В (p = 0,028). Медиана количества дней, проведенных в стационаре, в группе А составила 18 [15, 23] дней, в группе В - 15 [9, 21], p=0,045.

Лабораторные показатели: уровень Д-димеров в группе А - 1952 [780, 4334], в группе В - 985 [535, 2324] (p=0,486); ЛДГ в группе А - 248 [194, 336], в группе В - 262 [224, 369] (p=0,33); CRP в группе А - 48,35 [7,30, 82,61], в группе В - 72,15 [18,15, 133,20] (p=0,225).

Смертность в группе А составила 2,78% (n=1), в группе В - 15,13% (n=23), p=0,0319.

Выводы.

1. Выявлена достоверная разница по уровню Д-димеров у пациентов с ТЭЛА на фоне КВИ с АО и без АО (1952 [780, 4334] против 985 [535, 2324]). Статистически достоверных различий в уровне ЛДГ, С-реактивного белка не выявлено.
2. У пациентов с ТЭЛА на фоне КВИ с АО увеличивается срок пребывания в стационаре в сравнении с пациентами без АО (18 [15, 23] дней против 15 [9, 21]).
3. У пациентов с ТЭЛА на фоне КВИ без АО наблюдается более высокий уровень смертности в сравнении с пациентами с АО (15,13% против 2,78%).

Мадалиев К.А., Зигангирова Д.И., Аджит Кумар БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ КЕЛОИДНЫХ РУБЦАХ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора П.Т. Зоирова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».
ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., доцент Мухамадиева К.М.

Цель исследования. Изучить характер боли у больных с келоидными рубцами.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 179 пациентов в возрасте от 18 до 28 лет с келоидными рубцами, соотношение мужчин и женщин - 1:2. Для оценки боли использовали опросник McGill по изучению боли (McGill Pain Questionnaire) и визуальную аналоговую шкалу (Visual Analogue Scale-VAS).

Результаты исследования. Преобладали пациенты с сильной болью, однако доля их при посттравматических рубцах составила 47,3%, а при спонтанных и послеоперационных келоидах, соответственно, на 5,3% и 10,94% меньше. Умеренная боль чаще регистрировалась у лиц с послеоперационными келоидными рубцами (36,4%), что на 9,4% выше данного показателя у пациентов с посттравматическими келоидами и на 8,4% - со спонтанными рубцами. Слабую боль чаще всего отмечали пациенты со спонтанными келоидными рубцами (в 30% случаев), что соответственно, на 2,8% и на 4,3% больше доли таковых при послеоперационных и посттравматических келоидных рубцах. С целью улучшения качества консервативной терапии келоидных рубцов кожи в схему традиционной терапии был включен препарат Габапентин для перорального применения, который назначался по 300 мг 3 раза в день. Продолжительность терапии составляла 14 дней. Достоверное снижение интенсивности боли и частоты болевых пароксизмов было достигнуто уже к 7 дню лечения, а к 14-му дню терапии отмечено значительное снижение интенсивности болевых ощущений по McGill и VAS. Помимо уменьшения размеров келоидов более, чем в 90% случаев уменьшилась интенсивность боли. При сравнении с аналогичными показателями у пациентов, не получавших Габапентин, выявлено, что эффективность лечения по уменьшению размеров келоидного рубца повысилась в 1,5 раза (96,5% против 64,9%), а по уменьшению боли - в 2,6 раза (91,8% против 35,1%).

Выводы. Таким образом, боль является постоянным сопутствующим симптомом келоидных рубцов кожи, не менее важным, чем сам косметический дефект. Результаты проведенного исследования показали, что включение в схему препаратов традиционной терапии келоидных рубцов, купирующих невропатическую боль, способствует не только устранению данного симптома, но и улучшает эффективность лечения келоида, возможно, за счёт улучшения трофики тканей.

Мамаджонова С., Джобирзода А.Б., Рахмонов Р.Р.
ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ ПРИ МИГРЕНИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - Давлатмирова Г.Ш.

Цель исследования. Изучение частоты встречаемости головокружения при мигрени в детском возрасте.

Материал и методы. Обследовано 11 детей в возрасте от 7 до 15 лет, обратившихся на амбулаторный приём в кабинет детского невропатолога в НМЦ «Шифобахш» в период с ноября 2024 по январь 2025 года. Мигрень с аурой была диагностирована у 4 пациентов, мигрень без ауры - у 3, головная боль напряжения - у 4 исследуемых. Всем больным проводилось клиничко-неврологическое исследование. Для оценки интенсивности головной боли использовали визуальную аналоговую шкалу (ВАШ). Диагностика мигрени проводилась согласно Международной классификации головных болей.

Результаты исследования. Головокружение выявлено у 7 из 11 больных как во время приступа мигрени, так и в межприступный период болезни. Практически у всех пациентов головокружение имело несистемный характер. Под несистемным головокружением 80% больных понимали ощущение неустойчивости, 15% - ощущение выраженной слабости, 5% - чувство расплывчатости изображения. В 48,6% случаев головокружение возникало во вне приступного периода, 28% - во время приступов, в 23,4% - во время приступа и вне приступа.

Выводы. Как показало исследование, высокая распространённость жалоб на головокружение при мигрени позволяет нам предположить патогенетическую связь этих заболеваний. Почти у половины больных выявлено несистемное головокружение в виде ощущения неустойчивости, слабости, расплывчатости изображений предметов. Необходимы дальнейшие исследования головокружения при мигрени при разных формах мигрени.

Мамадиёров О.А., Шукуров Х.Б.
ВОЗДЕЙСТВИЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Кафедра пропедевтики внутренних болезней №3 СамГМУ. Узбекистан.
Научный руководитель - Шиченко О.А.

Цель исследования. Оценить влияние дефицита витамина D на течение и прогноз у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2), а также эффективность коррекции данного состояния.

Материал и методы. Проведено исследование 120 пациентов с СД2, проходивших лечение в Самаркандской областной эндокринологической клинике в 2022–2024 гг. Средний возраст пациентов – $50,4 \pm 6,7$ лет. Пациенты были разделены на 2 группы:

- Группа 1 (n=60) – пациенты с СД2 и выраженным дефицитом витамина D (уровень $25(\text{OH})\text{D} < 20$ нг/мл).
- Группа 2 (n=60) – пациенты с СД2 с нормальным уровнем витамина D (> 30 нг/мл).

Оценивались уровни глюкозы натощак, гликированного гемоглобина (HbA1c), индекс инсулинорезистентности (НОМА-IR), а также частота осложнений (диабетическая нефропатия, ретинопатия, нейропатия) в обеих группах. В группе 1 дополнительно проводилась коррекция дефицита витамина D (назначение холекальциферола в дозе 4000 МЕ/сутки в течение 6 месяцев).

Результаты исследования. До начала коррекции у пациентов с дефицитом витамина D наблюдался более высокий уровень глюкозы натощак ($9,1 \pm 1,2$ ммоль/л против $7,8 \pm 1,1$ ммоль/л, $p < 0,05$), повышенный HbA1c ($8,6 \pm 1,3\%$ против $7,2 \pm 1,1\%$, $p < 0,05$) и более выраженная инсулинорезистентность (НОМА-IR $5,4 \pm 1,5$ против $3,9 \pm 1,2$, $p < 0,05$). Частота диабетической нефропатии составила 40% в группе 1 и 22% в группе 2, ретинопатии – 35% и 18% соответственно, нейропатии – 47% и 28% соответственно ($p < 0,05$ для всех показателей).

После 6-месячной коррекции дефицита витамина D в группе 1 отмечено снижение уровня глюкозы (до $7,5 \pm 1,0$ ммоль/л), HbA1c (до $7,4 \pm 1,1\%$), а также уменьшение показателя НОМА-IR (до $4,2 \pm 1,3$), что приблизило их к показателям группы 2. Также зафиксировано снижение частоты прогрессирования диабетических осложнений.

Выводы. Дефицит витамина D ассоциирован с ухудшением контроля гликемии и более высокой частотой осложнений у пациентов с СД2. Коррекция уровня витамина D способствует улучшению показателя углеводного обмена и может рассматриваться как важная дополнительная мера в комплексном лечении диабета.

Маматов У.У., Розиков М.А., Ходжамуллоев Т.Ш.
ПРИМЕНЕНИЕ НАНОТЕХНОЛОГИЙ И ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В НЕВРОЛОГИИ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино», Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н., доцент Исрофилов М. О.

Цель исследования. Изучить современные нанотехнологии и искусственный интеллект, применяемые в неврологии, их механизмы действия и перспективы использования в диагностике и лечении заболеваний нервной системы.

Материал и методы. Проведен анализ современных научных публикаций, клинических исследований и экспериментальных данных, касающихся применения наноматериалов и наночастиц, а также искусственного интеллекта в неврологии. Рассмотрены основные направления использования нанотехнологий и искусственного интеллекта: нейровизуализация, целенаправленная доставка лекарств, регенерация нервной ткани, распознавание признаков

нейродегенеративных заболеваний, прогнозирование их развития, экзоскелеты и нейропротезы.

Результаты исследования. Нанотехнологии и искусственный интеллект в неврологии открывают новые возможности для ранней диагностики и лечения заболеваний центральной и периферической нервной системы. Исследования показывают, что наночастицы могут улучшать биодоступность лекарственных средств, снижать побочные эффекты и способствовать нейропротекции. Наноматериалы, такие как углеродные нанотрубки и нанополимеры, обладают потенциалом в регенерации нервной ткани. Искусственный интеллект способен анализировать МРТ, КТ и ПЭТ-снимки для выявления инсультов, опухолей мозга, рассеянного склероза и других патологий с высокой точностью. Также он помогает в раннем обнаружении болезни Альцгеймера, Паркинсона, бокового амиотрофического склероза (БАС) по медицинским данным и поведенческим изменениям.

Выводы. Применение нанотехнологий и искусственного интеллекта в неврологии представляет перспективное направление, способное значительно повысить эффективность диагностики и терапии. Однако для широкого клинического внедрения необходимы дальнейшие исследования, направленные на изучение безопасности и оптимальных методов применения наноматериалов.

Мангитова Ч.Г., Боймуродов П.А., Гайратов Д.А.

ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С ИСАГ

Кафедра внутренних болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Сохибов Р.Г.

Цель исследования. Изучить влияние психологического статуса пожилых больных с ИСАГ на фоне лечения ко-диротеном.

Материал и методы. Обследовано 26 больных, находящихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении Городского медицинского центра г.Душанбе с диагнозом ИСАГ в возрасте от 66 до 78 лет из них: 15 женщин, 11 мужчин. Длительность заболевания составляла в среднем 8,3 года. Гипотензивная терапия проводилась ко-диротеном (лизиноприл 10 мг + гидрохлортиазид 12,5 мг) в начальной дозе 1 таблетка в день. При недостижении целевого уровня артериального давления (АД) доза титровалась до 2 таблеток в сутки. Психологический статус больных изучался методом анкетирования. Использовались опросники: депрессии Бека (Beck Depression Inventory – BDI) и тревоги Спилберга – Ханина (State Trait Anxiety Inventory – STAI). Протокол исследования предусматривал изучение тревожно-депрессивных расстройств до и после 12 недельного курса лечения препаратом.

Получение результатов. Исходно систолическое АД (САД) составило $156,4 \pm 3,5$ мм.рт.ст., диастолическое (ДАД) – $99,4$ мм.рт.ст. Усреднённый суммарный балл по шкале депрессии BDI – $23,4 \pm 1,8$, по STAI – $63,3 \pm 2,3$. К концу курса лечения САД понизилось на 18,3 %, ДАД на 18,2%. Целевой уровень АД (САД ≥ 140 , ДАД ≤ 90 мм. рт. ст.) был достигнут у 75 % пациентов. Статистически значимое снижение АД сопровождалось существенным улучшением общего самочувствия пациентов. Улучшился сон, появился интерес к своему здоровью, повысилась приверженность больных к лечению. Положительная динамика со стороны психологического состояния больных, что подтверждалось и полученными результатами опросников. Суммарный балл BDI уменьшился до 11,2, STAI – до 44,3.

Выводы. Применение ко-диротона при лечении пожилых больных с ИСАГ способствует существенной динамике со стороны психологического статуса у данной категории больных.

Махмадализода Ф.Н., Мирзокаримова Н.С., Лакаева Р.Б.

СКРЫТОЕ ТЕЧЕНИЕ НОВОЙ ОСТРОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ С ПЛЕВРАЛЬНЫМ ВЫПОТОМ: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ДИАГНОСТИКА

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

Научный руководитель - д.м.н., профессор Мустафакулова Н.И.

Цель исследования. Изучить клинические, лабораторные и инструментальные характеристики скрытого течения новой острой коронавирусной интерстициальной пневмонии (НОКИП), осложненного плевральным выпотом (ПВ), а также определить диагностические критерии и подходы к ведению данной категории пациентов.

Материал и методы. В исследование включены 120 пациентов с подтвержденной НОКИП, с различной степенью поражения легочной ткани. Все пациенты были разделены на две группы: Все пациенты были распределены на 2 группы: основная группа (n=60): пациенты с ПВ на фоне скрытого течения НОКИП (отсутствие выраженных респираторных симптомов), группа сравнения (n=60): пациенты с ПВ на фоне манифестного течения COVID-19 (выраженная клиническая симптоматика, включая одышку, кашель, лихорадку).

Методы исследования - общеклинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови (С-реактивный белок, ферритин, D-димер, ЛДГ), ПЦР-диагностика SARS-CoV-2, компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки с оценкой индекса поражения легочной ткани и наличия плеврального выпота, ультразвуковое исследование плевральных полостей (УЗИ) для оценки объема и характера выпота, плевростент (при наличии значительного выпота) с цитологическим и биохимическим анализом плевральной жидкости.

Результаты исследования. В основной группе (скрытое течение) у 83% пациентов выявлены КТ-признаки пневмонии по типу «матового стекла», при этом только у 40% отмечались незначительные клинические проявления (периодическая слабость, субфебрилитет). В группе сравнения (манифестное течение) 95% пациентов имели выраженную клинику (гипоксия, одышка, кашель, фебрильная лихорадка).

В основной группе ПВ носил чаще экссудативный характер с умеренно повышенным уровнем белка и ЛДГ, а в контрольной группе отмечался преимущественно транссудат. У 30% пациентов основной группы плевральный выпот был единственным проявлением заболевания, что затрудняло диагностику COVID-19. В группе сравнения у 86%

пациентов ПВ сочетался с выраженным поражением легочной ткани (более 50% паренхимы).

Обсуждение: Скрытое течение НОКИП с ПВ представляет сложность в диагностике, так как у большинства пациентов отсутствуют характерные симптомы (лихорадка, кашель, одышка). ПВ при COVID-19 может быть обусловлен вирусным воспалением, нарушением сосудистой проницаемости и гипопроотеинемией.

УЗИ плевры и КТ грудной клетки являются ключевыми методами выявления ПВ у пациентов с атипичным течением коронавирусной инфекции. Лабораторные маркеры воспаления (ферритин, D-димер, ЛДГ) играют важную роль в дифференциальной диагностике вирусного поражения плевры.

Выводы. Скрытое течение COVID-19 с ПВ встречается у значительной части пациентов и требует активного инструментального поиска (КТ, УЗИ плевры). У 30% пациентов ПВ может быть единственным клиническим проявлением заболевания, что требует настороженности при диагностике. Биохимический состав плевральной жидкости (преимущественно экссудат) позволяет дифференцировать вирусное воспаление от других причин плеврального выпота. Для своевременного выявления скрытых форм НОКИП с ПВ необходимо проводить скрининг пациентов с минимальными симптомами и использовать КТ в качестве первичного метода диагностики.

Махмадализода Ф.Н., Мирзокаримова Н.С., Лакаева Р.Б.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ПОСКОВИДНОГО ПНЕВМОФИБРОЗА

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

Научный руководитель - д.м.н., профессор Мустафакулова Н.И.

Цель исследования. Оценить эффективность различных методов терапии у пациентов с постковидным пневмофиброзом, выявить особенности течения заболевания и разработать оптимальные терапевтические подходы.

Материал и методы. В исследование включены 93 пациента, перенесшие острую коронавирусную интерстициальную пневмонию, у которых диагностирован постковидный пневмофиброз. Диагностика основана на клинических данных, функциональных тестах (спирометрия), инструментальных методах (КТ органов грудной клетки) и лабораторных анализах.

Пациенты были разделены на три группы:

- **I группа (n=30)** – получали стандартную терапию (бронходилататоры, муколитики, реабилитационные мероприятия);
- **II группа (n=30)** – дополнительно получали антифибротические препараты (лонгидаза, пирфенидон);
- **III группа (n=33)** – проходили комплексное лечение с включением физиотерапии, дыхательной гимнастики и гипербарической оксигенации.

Результаты исследования. До начала терапии у всех пациентов отмечались устойчивые рестриктивные нарушения вентиляции, диспноэ различной степени выраженности, снижение диффузионной способности легких, а также длительно сохраняющийся воспалительный процесс и замедленное восстановление функции легких.

Выводы. Оценка динамики респираторных функций и морфологических изменений легких поможет выявить наиболее эффективную стратегию комплексного лечения постковидного пневмофиброза и повысить качество жизни пациентов.

Махмудзода Х.Р., Боев С.Н., Махмадов М. И.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНТЕНСИВНОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ – «ПУЛЬС-ТЕРАПИИ» У БОЛЬНЫХ АКТИВНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С НЕКОРОНАРОГЕННЫМИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Саидов Ё.У.

Цель исследования. Оценить эффективности курса интенсивной противовоспалительной терапии (ИПТ) с применением метод жекта (МТЖ) в сочетании с «пульс-терапией» метилпреднизолоном (МП) в классическом варианте у больных активным ревматоидным артритом с некоронарогенными кардиоваскулярными нарушениями (КВН) – в рамках «ревматоидной болезни сердца».

Материал и методы. Всего обследовано 26 больных с достоверным высокоактивным вариантом РА в возрасте 24-56 лет (средний возраст $46,8 \pm 4,2$ года), проходивших стационарное обследование и лечение в ревматологическом отделении городского медицинском центре №2 им. академика К.А. Таджиева г. Душанбе в период с 2022 по 2024 гг. У всех обследованных пациентов (n=26) было диагностировано наличие висцеральных проявлений заболевания и КВН в рамках «ревматоидная болезнь сердца»: симптомы ревматоидного васкулита, перикардита, миокардита и патологии отдельных клапанов сердца. Наличие висцеральных проявлений РА и некоронарогенные КВН послужили критериями отбора больных для проведения курса ИПТ, которая с ежедневной внутривенной инфузией 1000 мг МП в течение 3 последовательных дней, включала применение МТЖ (15-20 мг/сутки подкожно) и «пульс-терапии» в классическом варианте.

Результаты исследования. В целом итоговые результаты, которые нами были получены у пациентов с высокоактивными формами РА у которых, наряду с присутствием висцеральных проявлений заболевания были диагностированы различные некоронарогенные КВН в рамках «ревматоидной болезни сердца» на фоне курса ИПТ с применением МТЖ подкожно в сочетании с «пульс-терапией» МП в классическом варианте демонстрируют следующее: а) о ярко выраженной положительной динамике со стороны общепринятых клинико-лабораторных параметров, отражающих воспалительную активность РА; б) устойчивая тенденция висцеральных проявлений заболевания к обратному развитию, а у 18 (69,2%) обследованных больных – случаи их ликвидации; в) практически полное исчезно-

вление симптомов ревматоидного вакулита, экссудативного перикардита и миокардита, а также положительная динамика симптомов, связанных с патологией отдельных клапанов сердца.

Выводы. Комплексное курсовое применение МТЖ в сочетании с «пульс-терапией» МП в классическом варианте у пациентов с высокоактивными и тяжелыми формами РА у подавляющего большинства пациентов агрессивно контролирует течение болезни и в итоге приводит к ликвидации и/или регрессии висцеральных проявлений РА и КВН в рамках «ревматоидной болезни сердца».

Махмудзода Х.Р., Боев С.Н., Махмадов М. И., Холов С.М.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ «СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПО МНЕНИЮ ПАЦИЕНТА» У ПАЦИЕНТОВ С АКТИВНЫМ РАЗВЕРНУТЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ДО НАЧАЛА АКТИВНОЙ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ТЕРАПИИ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Саидов Ё.У.

Цель исследования. Комплексная оценка состояния параметров «состояния здоровья по мнению пациента - patient-reported outcome – PRO»: функциональное состояние, качество жизни (КЖ) и уровень тревожности у пациентов с развернутым активным ревматоидным артритом (РА) до начала активной контролируемой противовоспалительной терапии.

Материал и методы. Всего обследовано 77 больных с достоверным активным развернутым РА (по критериям Американской коллегии ревматологов – АКР 1987 г.), в возрасте 29-66 лет (средний возраст $53,8 \pm 4,3$), последовательно проходивших стационарное обследование и лечение в ревматологическом отделении городского медицинского центра №2 им. академика К.А. Таджикиева г. Душанбе в период с 2022 по 2024 гг. В зависимости от характера и интенсивности проводимой терапии, все обследованные пациенты с развернутым РА (n=77) были распределены на две группы: I группа (n=39) – группа тщательного наблюдения; в) II группа (n=38) – группа традиционного наблюдения. Среди пациентов, включенных в исследование, было 56 (72,8%) женщин и 21 (27,2%) мужчин. Наличие висцеральных проявлений РА и коморбидных заболеваний (преимущественно связанными с кардиоваскулярными и метаболическими нарушениями) были диагностированы у 52,9 и 56,8% обследованных больных соответственно.

С целью объективной и количественной оценки характера и степени функциональных нарушений в повседневной жизни, КЖ, уровня тревожности и комплексной оценки тяжести состояния пациентов с активным развернутым РА применялись русские версии таких международных инструментов как: а) Стэнфордской шкалы оценки здоровья (Stanford Health Assessment Questionnaire - HAQ) – индекс функциональной недостаточности (индекс HAQ); б) опросник RAQoL (Rheumatoid Arthritis Quality of Life), который специально сконструирован и апробирован для пациентов с РА; в) тест Тейлора в модификации Норакидзе В.Г.

Результаты исследования. У большинства обследованных с активным развернутым РА (n=77) на фоне практически постоянного присутствия хронического болевого синдрома, установлены достаточно выраженные функциональные нарушения как в повседневной жизни, так и в профессиональной деятельности, заметное ухудшение КЖ и высокий уровень тревожности.

Выводы. Высоко неблагоприятное функциональное состояние у подавляющего большинства пациентов, а в ряде случаев с потерями профессиональной деятельности, значительное ухудшение КЖ и наличие высокого уровня тревожности на фоне постоянного присутствия хронического болевого синдрома являются достаточно характерными и отличительными чертами пациентов с активным развернутым РА.

Махмудзода Х.Р., Джаборов М.К., Ньматзода Д.Р.

ЧАСТОТА И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Зубайдов Р.Н.

Цель исследования. Изучить частоту клинических проявлений и распространенность реактивных артритов в молодом возрасте после перенесенных урогенитальных и кишечных инфекций.

Материал и методы. Под наблюдением находились 43 больных с диагнозом реактивный артрит (РеА), из них 33 (76,7%) мужчин и 10 (23,3%) женщин, возраст больных достигал от 18 до 32 лет с пост или параинфекционными течениями, которые были подтверждены при выявлении больших критериев (асимметричный артрит, моно- или олигоартрит, поражение суставов нижних конечностей, энтериты и уретриты), для полного подтверждения диагноза проведены лабораторно-инструментальные методы исследования. У 17 больных возникновение РеА было связано с воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей, у 10 - с предшествовавшей острой кишечной инфекцией, у 5 - с острым уретритом и циститом, у 3 - с острым конъюнктивитом, у 6 больных появлению РеА непосредственно предшествовало переохлаждение и у 2 больных - травма одного из суставов.

В большинстве случаев в воспалительный процесс вовлекались 2-5 суставов, чаще коленные и голеностопные, причём у 36 больных артрит был асимметричным. Артриты пястно-фаланговых, межфаланговых и плюснефаланговых суставов наблюдались реже (у 7) и также имели асимметричный характер.

Результаты исследования. У 37 больных РеА сопровождался лихорадкой и признаками общей интоксикации, у 41 - повышением СОЭ и у 20 - изменениями острофазовых воспалительных тестов. Не установлена связь лабораторных показателей с активностью от этиологической принадлежности РеА. На рентгенограмме суставов признаки костно-хрящевой деструкции ни у кого не были выявлены.

У 36 больных суставной синдром под влиянием терапии нестероидными противовоспалительными препара-

тами подвергался полному обратному развитию в течение 2-4 недель. У остальных больных регрессия суставного синдрома достигнута с помощью внутрисуставного применения глюкокортикоидов.

Выводы. Выявление тесной связи и дифференциального сходства РеА с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями. Чаще всего в развитие реактивного артрита (РеА) ведущую патогенетическую роль играет воспалительный процесс урогенитальной и кишечной инфекций. Отмечается, что чаще всего реактивным артритом подвергаются мужчины молодого возраста.

Махмудов М.О., Махмудова П.У., Рустамзода Ш.Дж.

ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ РАЗВИТИЯ ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ НА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ ПРЕПАРАТЫ У БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ТУБЕРКУЛЕЗА И МЕРЫ ПО ИХ ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ И УСТРАНЕНИЮ

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Бобоходжаев О.И.

Цель исследования. Изучить частоту и разработать порядок предотвращения и устранения нежелательных побочных реакций (НПР) на противотуберкулезные препараты (ПТП) при лечении больных с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза (МЛУ-ТБ).

Материал и методы. Для достижения поставленной цели проведено динамическое наблюдение за лечением 107 больных с МЛУ-ТБ. Среди наблюдаемых нами больных мужчин было 64 (59,8%), женщин – 43 (40,2%); возраст больных колебался от 18 до 72 лет. Всем больным проведен комплекс клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования до-, в процессе- и после- окончания химиотерапии. Диагноз у 90 больных был подтвержден молекулярно-генетическим методом GeneXpert (84,1%), у остальных – 17 (15,9%) – по результатам молекулярно-генетического метода Hain-test и посева в твердой среде Левенштейна-Йенсена.

Результаты исследования. Анализ проведен по результатам лечения 97 больных (90,6%), которые имеют исход лечения (у 4 - неудача лечения и 93 пациентов - успешно завершили лечение), из числа остальных больных - 5 выбыли из нашего наблюдения, 3 - умерло и 2 - оторвались от лечения.

В ходе химиотерапии у 20 больных (18,7%) были выявлены те или иные НПР на ПТП. С целью предупреждения появления НПР и своевременного их устранения нами был разработан следующий порядок их устранения: при НПР, требующих проведения дополнительных исследований или медикаментозного лечения, необходимо обеспечить доступ к бесплатным дополнительным исследованиям и вспомогательным препаратами для устранения НПР; мониторинг НПР должен проводиться систематически и своевременно; на каждой встрече, медработник должен спрашивать пациента о клинических симптомах распространенных НПР, включая кожные высыпания, желудочно-кишечные расстройства, психического расстройства (головная боль, тревога, депрессия, раздражительность, изменение поведения), желтуху, нарушения вестибулярного аппарата (тошнота, головокружение, атаксия), периферическую невропатию и симптомы электролитного дисбаланса (мышечные судороги, сердцебиение); ототоксичность (потеря слуха) требует особого внимания; особое внимание следует уделить мониторингованию ЭКГ, так как и Mfx и Cfz, так и новые препараты, Bdq и Dlm, могут вызвать удлинение интервала QT на ЭКГ; клинические осмотры врачом всех пациентов, необходимо проводить как минимум через 2 недели после начала лечения МЛУ ТБ, а затем ежемесячно до окончания лечения; при каждом визите к больному проводить клиническая оценка с оценкой эффективности лечения и НПР; при незначительных НПР необходимо назначить препараты, для их устранения; если препарат(ы) вызывает слабые НПР, они должны быть удалены из схемы. Замена может потребоваться, особенно в интенсивной фазе, когда бактериальная нагрузка высока. При замене/отмене препаратов следует принять во внимание клиническое состояние и бактериологический статус пациентов.

Заключение. Настоящий порядок и процедуры проведения всех мероприятий по безопасности препаратов позволил своевременно предупредить или устранить развитие НПР у больных МЛУ-ТБ и тем самым повысить эффективность их лечения до 86,9%.

Махмудов О.И.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ РАЗЛИЧНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ

Кафедра внутренних болезней и терапии в семейной медицине Термезского филиала Ташкентской медицинской академии. Узбекистан.

Научный руководитель – Корахонов Р.К.

Цель исследования. Изучить степень поражения коронарных сосудов при стабильной стенокардии различных функциональных классов.

Материал и методы. В исследование включены 64 пациент, а с диагнозом стабильной стенокардии. На основании клинических, лабораторных и инструментальных данных пациенты были разделены на три группы:

1. Первая группа (I ФК) – 12 пациентов (средний возраст $58,4 \pm 1,05$ лет). 2. Вторая группа (II ФК) – 30 пациентов (средний возраст $62,03 \pm 2,7$ лет). 3. Третья группа (III ФК) – 22 пациента (средний возраст $69,7 \pm 1,8$ лет).

Всем пациентам была проведена коронарография в Республиканском специализированном центре терапии и медицинской реабилитации. Анализ данных выполнен с использованием статистической программы SPSS-17.

Результаты исследования. При оценке индекса коронарной недостаточности выявлены статистически значимые различия между группами. Результаты коронарографии показали:

• В первой группе поражение коронарных артерий выявлено у 5% пациентов ($p < 0,05$). • Во второй группе чаще выявлялось поражение передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии ($p < 0,05$). • Поражение огибающей ветви левой коронарной артерии составило 24,7% и 22,4% во второй и третьей группах соответственно. • Поражение заднелатеральной ветви во второй группе составило 17,7%. • Поражение правой коронарной артерии встречалось в 2,3%, 12,5% и 13,7% случаев в первой, второй и третьей группах соответственно. • Поражение задней межжелудочковой ветви выявлено только в третьей группе (16,7%).

Выводы. При анализе данных инвазивной коронарографии установлено, что в первой группе поражение коронарных артерий встречается реже. Во второй группе значительно чаще поражается передняя межжелудочковая ветвь левой коронарной артерии. Поражение заднелатеральной ветви наиболее выражено во второй группе. Поражение правой коронарной артерии относительно реже встречается во всех группах, тогда как поражение задней межжелудочковой ветви чаще наблюдается в третьей группе. Прогрессирование стабильной стенокардии сопровождается увеличением распространенности поражения коронарных сосудов. Эти данные подчеркивают необходимость ранней диагностики и активного лечения атеросклероза для предотвращения осложнений ишемической болезни сердца.

Меликов А.А., Эсанов Э.Ч., Хабибов А.Г

БРОНХОЛЁГНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ПРИ ОСТРОМ ЛИМФОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

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

Научный руководитель - старший преподаватель Шарифов М.М

Цель исследования. Особенности течения бронхолёгочных изменений при остром лимфобластном лейкозе.

Материал и методы. Больная 40 лет, поступила 22.02.2025 в гематологическое отделение ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Жалобы: одышка, повышение температуры, периодическое кровотечение из дёсен и из носа, сердцебиение, затруднённое дыхание во время ходьбы, слабость, головная боль, снижения аппетита, кашель с отделением мокроты. Объективно: Общее состояние больного тяжелое. Частота дыхания 26 ударов в минуту. Обе половины грудной клетки активно участвуют в акте дыхания. В лёгких выслушиваются крепитирующие хрипы. Область сердца: тоны сердца приглушены, тахикардия. Область почек без изменений. При КТ грудной клетки в осмотре выявлено двухсторонняя интерстициальная пневмония. **Общий анализ крови:** Эр.- $1,83 \times 10^{12}/л$; Hb- 72 г/л; Лимф-34.01%; L- $1,41 \times 10^9/л$; СОЭ-80мм/ч; Тг- $80 \times 10^9/л$; **Биохимический анализ крови:** общий белок 61-г/л; общий билирубин-6,95мкм/л; АЛТ-21,2; АСТ-16; **Общий анализ мочи:** количество- 100; белок- 0.33%; L- 8-9; **Стернальная пункция:** Костно- мозговой пунктат клеточный. Количество бластных клеток увеличено 58%. Гранулярный ряд представлены клетками нейтрофилов и эозинофилов. Красный росток гиперплазирован 43%. Реакция на миелопреек্সидазы отрицательная. Сформулирован следующий окончательный диагноз: *Острый лимфобластный лейкоз, лейкемическая инфильтрация легких.*

Результаты исследования. Получает дезинтоксикационную терапию, компоненты крови, трансфузию, полихимиотерапию по программе «04/89 Hoelzer» (Винкристин 2мг, Даунорубин 45мг /м² 1-й, 8-й, 15-й, 22-й дни, Преднизолон 60мг внутрь). У пациентки с острым лимфобластным лейкозом мы наблюдали поражение лёгочной ткани, связанное с лейкемической инфильтрацией. Характерно инфильтративное изменение в лёгких. На фоне проводимой полихимиотерапии отмечена положительная динамика: снижение одышки, улучшения общего самочувствия, уменьшение размеров инфильтратов по данным контрольной рентгенографии.

Выводы. Таким образом важно отметить, что все описанные события протекали на фоне полной гематологической ремиссии, что подтверждает возможность развития пневмонии. Тяжёлое осложнение, связанное с инфильтрации лёгочной ткани лейкозными клетками и вторичными инфекциями. Ранняя диагностика и своевременное лечение могут существенно улучшить прогноз пациентов. Важную роль играет профилактика инфекций у пациентов, мониторинг токсичности химиотерапии и своевременная коррекция терапии для предотвращения тяжёлых осложнений.

Мирзоева Д.Х.

ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРПИГМЕНТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТАКНЕ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора П.Т. Зоирова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Исмаилов С.С.

Цель исследования. Дать сравнительную характеристику лечения гиперпигментации постакне методами азелаинового пилинга и плазмолитерапии.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 30 больных в возрасте от 18 до 25 лет с гиперпигментацией постакне. Из них лиц мужского пола было 12, женского-18 человек. Давность заболевания варьировала от 1,5 до 5 лет. У 20 из них был второй тип кожи, у 10-третий. Всем больным были взяты общие анализы крови, мочи, копрология; проведены консультации гинеколога, эндокринолога и терапевта. Степень интенсивности пигментации оценивались под лучами лампы Вуда по четырёхбалльной системе (1- слабо выраженная гиперпигментация, 2- умеренная, 3- выраженная, 4- сильно выраженная) в тёмном помещении, предварительно очистив кожу лица. Для интерпретации локализации гиперпигментации мы условно лицо разделили на три сегмента: первый – лобная часть до бровей, 2- от бровей до основания носа, 3- от основания носа до подбородка. Каждый из сегментов приблизительно составлял 33,3% от общей площади лица. Больные были разделены на две группы. В первую группу вошли 4 мужчин и 6 женщин. Всем больным был проведен азелаиновый пилинг, четырёхкратно с перерывом в 7 дней. Во вторую

группу вошли 12 женщин и 8 мужчин. Всем больным была проведена плазмотерапия, четырёхкратно с перерывом 7 дней. Результаты оценивались в течении месяца.

Результаты исследования. До начала местной терапии всем больным было проведено лечение сопутствующей терапии. Среди лиц женского пола у 4 было диагностировано нарушение менструального цикла, у 11- патология щитовидной железы 1-2 степени выраженности, у 10- болезни желудочно-кишечного тракта (поверхностный гастрит, холецисто-панкреатит, энтеробиоз), а также у 10 -патология мочевыводящих путей (6 имели мочекаменную болезнь, 3 пиелонефрит, 1 гидронефроз). Анемия разной степени выраженности была отмечена почти у половины больных. Из числа сопутствующей патологии среди мужчин преобладали болезни желудочно-кишечного тракта (гастро-эзофагорефлюксная болезнь $n=3$, холецисто-панкреатит $n=8$), простатит ($n=5$), пиелонефрит ($n=6$). Необходимо отметить, что сочетанная патология была у 22 пациентов.

Среди пациентов 1-ой группы у 3 гиперпигментация локализовалась в 1 и 2 сегменте лица, составив приблизительно 30% от общей его площади, у 5 больных во 2 сегменте, составив 22%, у 2 больных в 3-ем сегменте с 12% поражения кожи. При этом гиперпигментация под лампой Вуда оценивалась как 2 балла у 8 и 3 – у 2. Аналогичные показатели во второй группе составили: у 17 человек во 2-сегменте 29,1%, у 3 -в 3-ем сегменте 1,2%. Гиперпигментация в 2 балла была у 11, в 3 балла у 7.

В первой группе у троих больных отмечалось шелушение на 15 день, у семерых на 20 день. Необходимо отметить что раннее отшелушивание отмечалось у пациентов со вторым типом кожи. Результаты под Лампой Вуда показали, что у 60 % пациентов отмечался хороший результат, у 30%- удовлетворительный, у 10% -эффекта не было.

Во второй группе отшелушивание отмечалось у 13 больных на 12 день, а у 7 -на 16 день. Необходимо отметить, что ранний эффект от плазмотерапии отмечался у пациентов с третьим типом кожи. Результаты под Лампой Вуда показали, что у 80 % пациентов отмечалось хороший результат у 15% удовлетворительный, у 5% эффектов не было.

Выводы. Сравнительная характеристика в лечении гиперпигментации при постакне показала высокую эффективность плазмотерапии по сравнению с одним курсом азелаинового пилинга.

Мирзокаримова Н.С.

РОЛЬ САПРОФИТНОЙ ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНОЙ БАКТЕРИИ ESCHERICHIA COLI КАК ФАКТОР СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛЕЙКЕМИИ

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

Научный руководитель - д.м.н., профессор Мустафакулова Н.И.

Цель исследования. Оценить роль Escherichia coli как сапрофитной бактерии в развитии септических осложнений у пациентов с лейкемией, выявить механизмы трансформации условно-патогенной флоры в агрессивную форму при иммунодефиците.

Материал и методы. Проведён анализ клинических случаев пациентов с острой миелоидной лейкемией (ОМЛ) ($n = 34$). Пациенты были распределены на две группы:

- **I группа** - пациенты с ОМЛ и септическими осложнениями ($n = 17$);
- **II группа** - пациенты с ОМЛ без септических осложнений ($n = 17$).

Проведены бактериологические исследования крови, ликвора, мочи и других биологических жидкостей на наличие Escherichia coli. Выполнены иммуноферментный анализ (ИФА) и полимеразная цепная реакция (ПЦР) для оценки уровня цитокинов (IL-6), а также маркеров воспаления - прокальцитонина и С-реактивного белка (СРБ). Исследовано состояние нейтрофильного звена иммунитета.

Результаты исследования. У всех пациентов I группы ($n = 17$) в крови обнаружена Escherichia coli, ранее заселявшая кишечник в качестве сапрофита. В условиях поражения слизистой оболочки кишечника и иммунодефицита, характерного для лейкемии, бактерия приобретала патогенные свойства, включая продукцию токсинов, высокую резистентность к антибиотикам и способность к инвазии тканей. У пациентов I группы заболевание протекало значительно тяжелее по сравнению с пациентами II группы. Уровни провоспалительных цитокинов (IL-6), прокальцитонина и СРБ были значительно повышены ($p < 0,05$), что коррелировало с тяжестью течения септического процесса.

Выводы. 1. Escherichia coli, в норме являющаяся сапрофитом кишечника, при лейкемии приобретает патогенные свойства вследствие иммунодефицита и нарушения барьерной функции кишечника. 2. Escherichia coli играет ключевую роль в развитии септических осложнений, ослабляя иммунный ответ и облегчая транслокацию бактерий в кровотоки. 3. Для снижения риска септических осложнений у пациентов с лейкемией необходим комплексный мониторинг Escherichia coli, включая раннюю диагностику и профилактические меры.

Мирзохамшедзода Ш.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА У НАСЕЛЕНИЯ ТАДЖИКИСТАНА

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ «ИПОвСЗ РТ». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., Бахроми М.Т.

Цель исследования. Оценить частоту встречаемости гипертрофии миокарда (ГМ) у населения Таджикистана и определить распространенность факторов риска среди (ФР) пациентов с данной патологией.

Материал и методы. В рамках проведённого исследования были проанализированы эхокардиографические (ЭхоКГ) показатели пациентов, обратившихся в отделение функциональной диагностики республиканского клинического центра кардиологии (РКЦК) за 4 месяцев. Средний возраст обследованных составил $62 \pm 8,2$ года, из них женщины

ны составили 59 человек (46,7%), мужчины 67 человек (53,3%). Всем пациентам помимо стандартной ЭхоКГ с определением размеров: толщины задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ), межжелудочковой перегородки (МЖП), рассчитывалась масса миокарда (ММ), индекс массы миокарда (ИММ), конечно-систолический размер (КСР), конечно-диастолический размер (КДР), проводилось электрокардиографическое исследование (ЭКГ) с подсчётом индекса Корнеловского и Соколова-Лайона. Для определения факторов риска гипертрофии миокарда учитывалось наличие АГ, ОЖ и сахарного диабета 2 типа (СД 2 типа).

Результаты исследования. В результате проведённого исследования у 127 пациентов была диагностирована гипертрофия миокарда левого желудочка, что составляло 78,3% от общего числа всех обследованных лиц. ЭхоКГ показатели варьировали следующим образом: ТЗСЛЖ 1,11-1,16 см ($\pm 1,13$ см), ТМЖП 1,11-1,22 см ($\pm 1,13$ см), что является предиктором ряда осложнений и фатальных нарушений ритма; КДР 4,75-5,57 см ($\pm 5,12$ см); КСР 3,3-4,8 см ($\pm 4,01$ см); ИММ 100-130 г/м² (± 114 г/м²); ММ 175-245 г ($\pm 208,33$ г). Наличие АГ как ФР наблюдалось у 116 человек (91,7 %), из которых мужчины составили 67, а женщин 59, ОЖ разной степени было выявлено у 78 человек (61,4%) и СД 2 типа у 10 человек (8,3%) что соответствует эпидемиологическим данным. Со стороны ЭКГ показателей индекс Соколова-Лайона составляет ± 68 мм, индекс Корнеловского составляет ± 51 мм, что подтверждает ГМЛЖ.

Выводы. Таким образом, по данным проведённого исследования частота встречаемости гипертрофии миокарда у населения Таджикистана составило 78,3% среди всех обследованных пациентов и тесно была связана с артериальной гипертензией, ожирением и сахарным диабетом. Учитывая современные методы диагностики и лечения, направленные на раннее выявление и коррекцию ФР, позволяющие снизить сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность, полученные нами данные ещё раз подчеркивают необходимость усиления контроля факторов риска и своевременной диагностики ГМ среди населения.

Мохруи С., Муродова М.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГЗМТ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КРОВО-ОБРАЩЕНИЯ

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Муродов Н.М.

Цель исследования. Изучить некоторые особенности профилактики и лечения гнойных заболеваний мягких тканей у больных с нарушением периферического кровообращения в службе первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Материал и методы. В основе настоящей работы лежит анализ результатов комплексного профилактического обследования пациентов с ГЗМТ, обратившихся и лечившихся в хирургических отделениях Государственного учреждения Городского центра здоровья № 10 г. Душанбе в период 2022-2025 гг. За медицинской помощью обратилось 1750 больных в возрасте от 18 - 70 лет, из них мужчин было - 764 (43,7%), женщин 986 (56,3%). С целью изучения взаимосвязи частоты ГЗМТ с нарушением периферического кровообращения учитывались данные, предоставленные медицинскими документами (амбулаторные карты, выписки из истории болезни, заключения специалистов, инструментальных и лабораторных методов исследования).

Больные были разделены на две группы, первая группа (основная) - 60 больных с ГЗМТ в сочетании с НПК, среди которых мужчин было - 24 (40%) и женщин - 36 (60%); и вторая группа (контрольная) - 40 больных с ГЗМТ без сочетания с НПК, среди которых мужчин было - 17 (42,5%), женщин - 23 (57,5%); в возрасте от 18-70 лет. Всем пациентам наряду с общеклиническими методами исследования проведены: общий анализ крови, свёртывание системы крови, биохимический анализ крови, рентгенологический снимок, флебографии, ангиография, доплерографии, а также консультации узких специалистов, сосудистого хирурга.

Результаты исследования. С целью изучения взаимосвязи ГЗМТ и НПК, больные были разделены на две группы: 1-я группа (основная) - 60 больных с ГЗМТ в сочетании с НПК, среди которых мужчин было - 24 (40%) и женщин - 36 (60%); 2-я группа (контрольная) - 40 больных с ГЗМТ без сочетания с НПК, из них мужчин - 17 (42,5%), женщин - 23 (57,5%); Проведено изучение частоты и характера различных форм ГЗМТ у больных с нарушением периферического кровообращения. Исследования показали, что среди пациентов с ГЗМТ, страдающих НПК, наиболее часто встречаются больные с фурункулом (36,6%), панарицием (28,3%), абсцессом (13,4%), гидраденитом (10%), флегмоной (8,3%) и карбункулом (3,4%). Комплексные профилактика и лечение больных с ГЗМТ проводились, в зависимости от формы и тяжести патологического процесса, наличия осложнений, характера сопутствующих заболеваний, состояния иммунной системы и уровня антиоксидантной защиты. В первую подгруппу пациентов с ГЗМТ, которым наряду с операцией проводилось консервативное лечение, направленное на снижение гнойно-воспалительного процесса и продуктов ПОЛ, повышение иммунитета и коррекцию сопутствующих патологий, и местное применение антибактериальных и противовоспалительных мазей.

Выводы. Профилактика и лечение больных с ГЗМТ и нарушением периферического кровообращения включают в себя комплексные профилактические мероприятия, диспансерное наблюдение, антиоксидантные терапии, препараты, улучшающие реологии крови, местное применение антибактериальной мази и современную базисную терапию. Для значительного улучшения результатов больным можно рекомендовать на практике семейного врача в службе ПМСП.

Музафарова М.Э.

ФАКТОРЫ РИСКА ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У МУЖЧИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ТАДЖИКИСТАНЕ

Кафедра эндокринологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Анварова Ш.С.

Цель исследования. Установить факторы риска развития остеопенического синдрома у мужчин с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы. В исследовании участвовали 50 мужчин с диагнозом сахарный диабет 2 типа и 50 мужчин из контрольной группы, не имеющих нарушений углеводного обмена. Исследования проводились на базе Республиканского эндокринологического отделения медицинского центра №1 имени Ахмедова Карима г. Душанбе и включали клиническое обследование больных мужчин СД 2 типа, проживающих в различных регионах Таджикистана. Определялись показатели гликемии и гликолизированного гемоглобина, фосфорно-кальциевого обмена, оценивалось состояние костного метаболизма, а также проводилась двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия DEXA для определения МПКТ. Также определялся уровень свободного тестостерона в крови у мужчин. Статистический анализ данных был выполнен на персональном компьютере с использованием программы «Statistica 6.0».

Результаты исследования. У обследованных мужчин с сахарным диабетом 2 типа продолжительность заболевания варьировала от 2 до 20 лет, со средней продолжительностью 9,5 лет. У 22 участников была диагностирована артериальная гипертензия, а у 18 – ишемическая болезнь сердца. Отягощенный семейный анамнез по остеопорозу наблюдался у 6 мужчин (12%), а по сахарному диабету - у 22 пациентов (45%). В 40% случаев (20 человек) был выявлен малоподвижный образ жизни. Среди вредных привычек у 30% мужчин отмечалось курение насвая, а у 10% - злоупотребление алкоголем. Потребление зеленого чая, превышающее 2 литра в день, было зафиксировано у 24 человек (48%). Количество кальция, поступающее с пищей, варьировалось от 505 до 832 мг в сутки, в среднем составляя 648 мг, что ниже рекомендуемой нормы в 1000 мг в день для мужчин. Также наблюдался дефицит витамина D: его среднее потребление составило 5,9 мкг в сутки (59% от рекомендованных 10 мкг/сут). В группе обследованных мужчин с СД 2 типа нормальные показатели денситометрии наблюдались в 68%. Изменения денситометрической картины зарегистрированы в 32% наблюдений. Частота и интенсивность изменений денситометрии у мужчин контрольной группы были менее выражены, чем в группе обследованных мужчин с СД 2 типа. Так, остеопения была выявлена у 12 пациентов (24%), а остеопороз у 4 больных (8% наблюдений). В контрольной группе мужчин (с отсутствием сахарного диабета) изменения МПКТ выявлены в 18% наблюдениях (9 чел.). Причем проявления остеопении имелись у 7 чел. (14%), а остеопороза - у 2 чел. (4%).

Наименьшее количество случаев остеопенического синдрома было зафиксировано у пациентов с продолжительностью заболевания до 5 лет. Следует отметить, что активная потеря МПКТ наблюдается с увеличением продолжительности диабета, особенно свыше 10 лет заболевания. При исследовании уровня свободного тестостерона у мужчин с сахарным диабетом 2 типа с остеопеническим синдромом было зафиксировано его снижение по сравнению с контрольной группой. Нормальные значения свободного тестостерона для мужчин могут колебаться в пределах 5-20 нг/дл, в зависимости от используемой лаборатории и метода анализа.

Выводы. Таким образом, у каждого третьего мужчины старше 50 лет остеопенический синдром сочетается с низким уровнем свободного тестостерона в крови. Среди факторов риска важное место занимает состояние компенсации диабета, несбалансированное питание с дефицитом кальция и витамина D, малоподвижный образ жизни, вредные привычки.

Муродзода Ш.Э., Содикзода М.Д., Табаров С.З.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНКЕТИРОВАНИЯ FINDRISK ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Кафедра эндокринологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Иноятова Н.А.

Цель исследования. Оценить эффективность анкетирования FINDRISK при выявлении сахарного диабета 2 типа.

Материал и методы. Во время акции ко Дню диабета, которая проводилась 4-5-7-8 ноября 2024 года в г. Турсунзаде, р. Шахринав, г. Вахдат, г. Файзабад были обследованы 626 человек. Из них 470 составили женщины и 155 - мужчины. Всем пациентам было проведено анкетирование по оценке риска развития сахарного диабета (FINDRISK). Средний возраст обследованных составил $54,22 \pm 0,07$ лет (от 8 до 75 лет). При анкетировании по FINDRISK оценивался возраст обследуемых, производились антропометрические измерения (рост, масса тела, окружность талии), рассчитывался индекс массы тела (ИМТ). Обследуемые были поделены на возрастные группы: I группа - до 45 лет, II группа - 45-54 года, III группа - 55-64 года, IV группа - старше 65 лет. При превышении 15 баллов по шкале FINDRISK обследуемым проводилось измерение сахара крови с помощью глюкометра «Prolife».

Статистическая обработка и математический анализ проводились с помощью программы Statistica 8.0, Excel 2017.

Результаты исследования. В первую возрастную группу вошли 123 человека, во вторую возрастную группу вошли 87 человек, в третью - 247 человек, в четвертую - 169 человек. По результатам проведенной акции, в первый день 4 ноября в городе Вахдат было осмотрено 231 (36,9%) человек. Из их числа впервые был выявлен сахарный диабет у 3-х (0,48%) пациентов. На второй день акция 5 ноября проводилась в городе Файзабад. После проведения обследования 67 (10,7%) человек было выявлено, что у 20 (3,2%) пациентов СД 2 типа и СД 1 типа. На третий день

акция 7 ноября проводилась в городе Шахринав. Было осмотрено 154 (24,6%) человека, из них у 2-х (0,32%) был впервые выявлен сахарный диабет 2 типа, у 2-х (0,32%) диагностирован преддиабет. Всего обратилось 48 (7,66%) человек с сахарным диабетом 1 и 2 типов. На четвертый день 8 ноября акция проводилась в городе Турсунзаде. Всего было обследовано 173 (27,6%) человека. Среди них впервые был выявлен у 4-х (0,64%) сахарный диабет 2 типа и 39 (6,2%) пациентов с СД 2 типа.

В итоге за 4 дня обследования было выявлено у 9-х (1,43%) СД 2 типа впервые, у 262 (41,8%) человек выявлено ожирение различной степени тяжести, и 190 (30,3%) пациентов с СД 1 и 2 типа были проконсультированы.

Выводы. 1. В ходе исследования впервые выявлено 9 (1,43%) случаев заболевания, что подтверждает значимость данного метода как доступного и неинвазивного инструмента раннего выявления пациентов с высоким риском диабета.

2. Анкетирование FINDRISC может быть рекомендовано для широкой практики в целях ранней диагностики и профилактики осложнений сахарного диабета 2 типа

Муродов А.Б., Каримов Б.Д., Азизов И.С.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ КОРРЕКЦИИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

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

Научный руководитель – старший преподаватель Шамсов А.Т.

Цель исследования. Оценка эффективности методов коррекции анемического синдрома у пациентов с хронической почечной недостаточностью (ХПН) в условиях нефрологического отделения Республики Таджикистан.

Материал и методы. С 2018г. по 2024г. под нашим наблюдением в нефрологическом отделении НМЦ «Шифобахш» МЗ и СЗН РТ находились 60 больных с хронической почечной недостаточностью. Давность заболевания от 6 месяцев до 3-х лет. Возраст пациентов составил от 15 до 66 лет. Из них от 15 до 40 лет – 39 больных (60%), 41-66 лет 21 больных (35%). Мужчин – 36 (60%), женщин – 24 (40%). У всех больных диагностирована анемия средней и тяжелой степени (уровень гемоглобина ≤ 100 г/л).

Пациенты были разделены на две группы: основная группа (n=30), получавшая эритропоэтины и препараты железа, и контрольная группа (n=30), получавшая только препараты железа, стимуляторы эритропоэза (эритропоэтин- α), железосодержащие препараты и симптоматическая терапия.

Лабораторные показатели (гемоглобин, эритроциты, гематокрит, сывороточное железо, ферритин) анализировались до и через 12 недель лечения.

Оценка тяжести анемического синдрома проводилась на основании уровня гемоглобина, эритроцитов и ретикулоцитов.

Результаты исследования. До начала исследования средний уровень гемоглобина в основной группе составил $87,4 \pm 4,6$ г/л, а в контрольной группе — $88,1 \pm 5,2$ г/л. Через 12 недель лечения в основной группе уровень гемоглобина повысился до $118,3 \pm 6,1$ г/л ($p < 0,05$), в контрольной группе — до $102,7 \pm 5,8$ г/л ($p < 0,05$). Средний уровень эритроцитов увеличился в основной группе с $3,1 \pm 0,2$ до $3,9 \pm 0,3 \times 10^{12}/л$, в контрольной группе — с $3,2 \pm 0,3$ до $3,5 \pm 0,2 \times 10^{12}/л$. Уровень ферритина в основной группе вырос с $55,2 \pm 7,1$ до $147,5 \pm 9,3$ мкг/л, в контрольной группе — с $53,8 \pm 6,9$ до $110,2 \pm 8,7$ мкг/л. Нормализация гематокрита отмечена у 78% пациентов основной группы и у 42% контрольной группы.

Выводы. Применение эритропоэтинов в комплексной терапии анемического синдрома у больных с ХПН способствует более выраженному повышению уровня гемоглобина и эритроцитов по сравнению с монотерапией препаратами железа. Данный подход повышает эффективность лечения и улучшает качество жизни пациентов с ХПН.

Муродова Н.Г.

РОЛЬ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ И КОМПЕТЕНТНОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ В ОСВОЕНИИ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА

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

Научный руководитель – к.м.н. Мирзокаримова Н.С.

Цель исследования. Оценить влияние самостоятельной работы студентов и компетентности преподавателя на освоение учебного материала в сравнении с занятиями под строгим контролем преподавателя.

Материал и методы. Исследование проводилось на кафедре внутренних болезней №3 среди студентов 6 курса медицинского факультета ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», которые были разделены на две группы. В I группу вошли студенты, занимающиеся самостоятельно, во вторую — студенты, обучающиеся под строгим контролем преподавателя. Для оценки эффективности освоения материала использовались контрольные тестирования, анализ успеваемости и анкетирование студентов.

Результаты исследования. В результате исследования выявлено, что студенты I группы, занимающиеся самостоятельно, продемонстрировали более высокую мотивацию к обучению, лучше развили навыки критического мышления и самостоятельного поиска информации. Однако у них наблюдались некоторые пробелы в структурированности знаний. Студенты второй группы показали более высокие результаты в систематизированном усвоении материала, но при этом имели меньшую самостоятельность в решении нестандартных задач.

Выводы. Обе формы обучения имеют свои преимущества и недостатки. Самостоятельная работа способствует развитию аналитических навыков и самостоятельности, в то время как строгий контроль преподавателя обеспе-

чивает более структурированное усвоение материала. Оптимальной является комбинированная модель обучения, сочетающая элементы самостоятельной работы и контроль со стороны преподавателя.

Компетентный преподаватель отличается наблюдательностью, высоким уважением по отношению к студентам, нестандартными решениями, положительными межличностными отношениями, наставничеством в процессе учебного процесса. У некомпетентного педагога наблюдается преобладание жестких, диктаторских, преследовательских, властных и односторонних методов обсуждения в процессе учебного процесса. Педагог-диктатор всегда отстранен от личностных взаимодействий со студентами, существует барьер общения и слабая обратная связь.

На сегодняшний день во многих образовательных учреждениях традиционные формы занятий приветствуются и продолжают использоваться. Однако высокая значимость системного подхода в учебной деятельности с формированием обратной связи, индивидуально научно-ориентированного и интерактивного обучения остается вне поля зрения.

Будущий специалист в системе здравоохранения для формирования профессиональных компетенций

- должен знать: теоретические основы дифференциально-диагностических критериев нозологических единиц;
- должен уметь: анализировать, правильно интерпретировать данные клинического обследования, проводить ситуационно-ролевые игры в конкретных ситуациях, писать эссе по теме (реферат), создавать портфолио студента, решать ситуационные задачи по изучаемой теме (кейс-задания);
- должен владеть: практическими навыками, алгоритмом постановки диагноза, основными диагностическими и лечебными мероприятиями при выявлении неотложных и угрожающих жизни состояний, быстро и правильно оказывать помощь, критически анализировать и обосновывать полученные данные.

Муротов Н. Ф., Тураева М. И.

ОЦЕНКА ЦИТОКИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БЕРЕМЕННЫХ И КОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН ПРИ ЗДОРОВЫХ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино. Узбекистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Нуралиев Н.А.

Цель исследования. Целью исследования было изучение состояния про- и противовоспалительных цитокинов в сыворотке крови беременных и кормящих женщин, постоянно проживающих в сельской местности.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 92 женщины фертильного возраста (19-49 лет), постоянные жительницы махаллей: Кўчок, Чибогони, Ўглон, Боғимусо, Сарайча и Садыр Пешкунского района Бухарской области.

Результаты исследования. Изучение концентрации цитокинов в сыворотке крови беременных с анемией (I-II степени) и АИТ (аутоиммунный тиреоидит) и оценка полученных результатов показали, что уровни изученных IL-1 β , IL-4, IL-6 и IL-10 достоверно превышали показатели здоровых беременных женщин при обеих нозологических формах ($P < 0,05$ - $P < 0,001$). Было отмечено, что эта разница была достоверно выше для IL-1 β в 1,39 и 1,29 раза, для IL-4 в 1,24 и 1,80 раза, для IL-6 в 1,43 и 1,20 раза и для IL-10 в 1,28 и 1,51 раза соответственно.

Выводы. Развитие клинической иммунологии в последние годы позволило раскрыть механизмы многих предпатологических и патологических состояний, прояснить нерешенные вопросы формирования и развития различных инфекционных и соматических заболеваний. В то же время цитокины изучаются как дифференциально-диагностический критерий оценки иммунного статуса беременных женщин. В последние десятилетия особое внимание уделяется гуморальному иммунитету, подчеркивается его роль в патогенезе многих патологических состояний, доказываемая диагностическая и прогностическая значимость его количественных показателей при различных патологических состояниях. Что касается клеточного иммунитета (Т- и В-клетки иммунной системы и др.), то при различных патологиях они претерпевают различные изменения, выявляются расхождения между их абсолютными и относительными значениями, их количественные показатели тесно связаны с общим числом лейкоцитов, диагностическая и прогностическая значимость некоторых представителей клеточного иммунитета невысока, а их выявление требует больших затрат средств и труда, специальных условий и умения квалифицированных специалистов работать с этими методами, что затрудняет определение этих показателей, усложняет их интерпретацию и делает практически невозможным их внедрение в практику здравоохранения. Известно, что цитокины обеспечивают иммунорегуляцию защитной функции организма, контролируя длительность и амплитуду иммунного ответа и воспалительных процессов. Это эндогенные пептидные молекулы с молекулярной массой 5–25 кДа [3]. Они синтезируются, высвобождаются на поверхность клетки и взаимодействуют с близлежащим клеточным рецептором. Таким образом, информация (сигнал) передается от клетки к клетке и происходит ее последующая реакция, поэтому цитокины являются медиаторами межклеточной коммуникации. Они активизируются при попадании в организм различных патогенов или при других иммунопатологических состояниях. К цитокинам относятся интерфероны, интерлейкины, колониестимулирующие факторы, трансформирующие факторы роста, фактор некроза опухоли, интерлейкины и другие эндогенные медиаторы. В основном он вырабатывается лимфоцитами.

Муссоева М.Ф., Низомова М.Б., Шарипов Ш.А.

ЭПИЛЕПСИЯ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - Холматова Г.К.

Цель исследования. Изучить особенности проявления эпилепсии у детей. Провести анализ одного клини-

ческого случая. Оценить эффективность применяемых диагностических и терапевтических методов.

Материал и методы. Клинический случай: анализ истории болезни пациента, мальчика 8 лет, с диагнозом «идиопатическая генерализованная эпилепсия».

Методы исследования. Клиническое обследование (осмотр невролога).

Электроэнцефалография (ЭЭГ) для выявления эпилептиформной активности.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга для исключения структурных изменений. Сбор анамнеза (семейный анамнез, наличие провоцирующих факторов).

Лабораторные анализы для исключения метаболических нарушений. Терапия. Назначение противоэпилептических препаратов (валпроаты).

Результаты исследования. Клинический случай: у мальчика наблюдались генерализованные тонико-клонические приступы с частотой 2-3 раза в месяц, преимущественно в ночное время. Анамнез включал наличие эпилепсии у матери.

Диагностика.

ЭЭГ выявила генерализованную эпилептиформную активность с частотой 3 Гц.

МРТ головного мозга патологических изменений не выявила.

Лечение. После назначения вальпроевой кислоты (20 мг/кг/сут) частота приступов снизилась на 80% уже через 3 месяца.

Динамика состояния. Через 6 месяцев наблюдения приступы полностью прекратились, когнитивные функции не пострадали.

Выводы. Эпилепсия у детей может успешно контролироваться при своевременной диагностике и адекватной терапии. Применение ЭЭГ и МРТ - ключевые методы диагностики, позволяющие определить форму эпилепсии и исключить органическую патологию. Противоэпилептическая терапия (на примере валпроатов) показала высокую эффективность в лечении идиопатической генерализованной эпилепсии. Систематическое наблюдение за ребёнком с эпилепсией позволяет предотвратить развитие осложнений и улучшить качество жизни.

Мусоева М.Ф., Ходжиев Х.М., Асилова Н.Г.

ПАРАЛИЧ ДЮШЕННА-БЕККЕРА У ДЕТЕЙ В ТАДЖИКИСТАНЕ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - Холматова Г.К.

Цель исследования. Изучение особенностей течения и диагностики мышечной дистрофии Дюшенна-Беккера у детей в условиях Таджикистана, выявление генетических факторов, влияющих на развитие заболевания, и оценка доступности современных методов лечения.

Материал и методы. Объект исследования: дети (мальчики) из различных регионов Таджикистана с подтверждённым диагнозом: мышечная дистрофия Дюшенна-Беккера.

Методы исследования. Клинический анализ. Сбор анамнеза с учётом национальных и региональных особенностей. Анализ частоты манифестации заболевания, двигательной активности и прогрессирования симптомов.

Лабораторные исследования. Определение уровня креатинфосфокиназы (КФК) в крови.

Генетическое тестирование с применением методов ПЦР и NGS для выявления мутаций в гене DMD.

Инструментальная диагностика. МРТ мышц для оценки степени атрофии.

Электромиография для анализа функциональности мышечной ткани.

Оценка социального аспекта. Исследование уровня осведомлённости родителей и медицинского персонала о данном заболевании.

Период исследования. Были обследованы истории болезни 30 детей, которые проходили лечение на базе Национального медицинского центра Республики Таджикистан г. Душанбе «Шифобахш» в период с января 2022 года по декабрь 2024 года.

Размер выборки. Основная группа: 30 детей с диагнозом Дюшенна-Беккера. Контрольная группа: 15 здоровых детей.

Результаты исследования. Клинические особенности в Таджикистане.

Заболевание выявляется в возрасте 4-7 лет, чаще всего после задержки двигательного развития. Распространённость симптома псевдогипертрофии икроножных мышц достигает 70%. В отдалённых регионах постановка диагноза часто запаздывает из-за низкого уровня осведомлённости. Лабораторные и генетические данные: у 90% обследованных детей выявлены делеции в гене DMD. Средний уровень КФК был повышен в 15-18 раз по сравнению с нормой. Социальные и медицинские проблемы: ограниченная доступность современных методов диагностики (генетических тестов и МРТ). Дефицит специалистов, знакомых с данной патологией, особенно в сельских районах. Недостаточная поддержка семей в рамках социальных программ.

Выводы. Мышечная дистрофия Дюшенна-Беккера представляет собой сложное заболевание с выраженными социально-экономическими аспектами в условиях Таджикистана. Основной проблемой остаётся поздняя диагностика, связанная с низкой осведомлённостью медицинских работников и семей. Необходимы национальные программы по скринингу и обучению специалистов, а также улучшение доступа к современным методам лечения и реабилитации для повышения качества жизни детей.

Набиев П.З., Кабилов М.О.

ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D НА ВОСПАЛИТЕЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ И ПОДАГРЕ

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

Научный руководитель – старший преподаватель кафедры Бобиева Н.Х.

Цель исследования. Оценить влияние дефицита витамина D на развитие и тяжесть течения системных заболеваний – ревматоидный артрит и подагра.

Материал и методы. Исследовательская работа была проведена на базе отделения ревматологии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». В исследование включены 20 пациентов в возрасте от 25 до 55 лет с диагнозами ревматоидного артрита (n=12) и подагры (n=8), среди которых 15 женщин (75%) и 5 мужчин (25%). Пациенты были разделены на две группы: одну составили больные с ревматоидным артритом, другую — с подагрой. Наблюдение проводилось в течение 6 месяцев (2024-2025 гг.).

Проводилось определение уровня 25(OH)D в сыворотке крови методом иммунохемилюминесцентного анализа (ИХЛА). Активность аутоиммунного процесса оценивали по уровням С-реактивного белка (СРБ), ревматоидного фактора (РФ) и наличию подагрических атак, а также уровню мочевой кислоты в крови. Для статистического анализа использовали следующие методы: 1. Критерий Стьюдента для независимых выборок – использовался для сравнения средних значений уровня 25(OH)D между пациентами с аутоиммунными заболеваниями и контрольной группой. Исследование проводилось с использованием программного обеспечения SPSS; 2. Коэффициент корреляции Пирсона – анализа связи между уровнем витамина D и воспалительными маркерами (СРБ, уровень мочевой кислоты). Отрицательная корреляция указывает на то, что снижение уровня витамина D связано с увеличением воспаления. Корреляция считалась статистически значимой при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Средний уровень 25(OH)D у пациентов с ревматоидным артритом и подагрой составил $17,8 \pm 3,5$ нг/мл, что было на 43,3% ниже по сравнению с контрольными значениями ($31,2 \pm 4,7$ нг/мл, $p < 0,05$). Дефицит витамина D (менее 20 нг/мл) выявлен у 70% пациентов (14 из 20). В группе с ревматоидным артритом дефицит отмечен у 75% пациентов (9 из 12), в группе с подагрой — у 62,5% (5 из 8).

Кроме того, было зафиксировано повышение СРБ (среднее значение $12,5 \pm 4,2$ мг/л) и уровня мочевой кислоты (среднее значение $8,2 \pm 1,1$ мг/дл) у пациентов с дефицитом витамина D по сравнению с теми, у кого его уровень был в пределах нормы. СОЭ в среднем составляла 28 ± 6 мм/ч, а уровень лейкоцитов — $8,5 \pm 1,2 \times 10^9$ /л, что также превышало референсные значения. Уровень 25(OH)D показал обратную корреляцию с показателями СРБ ($r = -0,51$, $p < 0,01$) и мочевой кислоты ($r = -0,47$, $p < 0,01$), что свидетельствует о связи дефицита витамина D с усилением воспаления и гиперурикемией.

Выводы. Установленная связь между дефицитом витамина D и тяжестью течения ревматоидного артрита и подагры подчеркивает необходимость регулярного мониторинга и коррекции уровня витамина D у пациентов с этими заболеваниями для улучшения клинических исходов.

Набиев П.З., Каримов Б.Д., Азизов И.С.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ИНГИБИТОРАМИ ПЕРВОГО ПОКОЛЕНИЯ ТИРОЗИНКИНАЗ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ В УСЛОВИЯХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУ НМЦ «ШИФОБАХШ» РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

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

Научный руководитель – старший преподаватель Шамсов А.Т.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность ингибиторов тирозинкиназы первого поколения (иматиниб) при лечении хронического миелолейкоза (ХМЛ) в условиях гематологического отделения Республики Таджикистан.

Материал и методы. С 2020г. по 2025г. под нашим наблюдением в гематологическом отделении НМЦ «Шифобахш» МЗ и СЗН РТ находились 50 пациентов с хроническим миелолейкозом (ХМЛ) получавших иматиниб в дозе 400 мг/сут. Давность заболевания от 4-х до 12 месяцев. Возраст больных от 15 до 65 лет. Лиц мужского пола – 30, женского – 20.

Диагноз острый миелобластный лейкоз был верифицирован на основании жалоб, клиники, общего анализа периферической крови, полного исследования биохимических тестов, свертывающей системы крови, инструментальных методов исследования (ЭКГ, R-графии органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости) аспирационной биопсии костного мозга, цитохимического исследования костного мозга и определение химерного гена филадельфийской хромосомы (BCR-ABL).

Оценка клинической эффективности проводилась на основании динамики клинических симптомов, общеклинических и биохимических показателей крови, а также цитогенетического анализа костного мозга. Контрольные обследования проводились через 3, 6 и 12 месяцев терапии.

Результаты исследования. До начала терапии средний уровень лейкоцитов составлял $87,4 \times 10^9$ /л, тромбоцитов – 532×10^9 /л, гемоглобина – 102 г/л. Через 3 месяца наблюдалось снижение уровня лейкоцитов до $15,6 \times 10^9$ /л, тромбоцитов – до 320×10^9 /л, гемоглобина – 110 г/л. Через 6 месяцев лейкоциты составили $8,3 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 270×10^9 /л, а уровень гемоглобина увеличился до 118 г/л. По результатам цитогенетического анализа через 12 месяцев терапии полная цитогенетическая ремиссия (исчезновение Ph-хромосомы) достигнута у 72% пациентов, частичная – у 18%, отсутствие ответа – у 10%.

Выводы. Лечение ХМЛ с использованием ингибиторов тирозинкиназы первого поколения показало высо-

кую эффективность, выраженную в нормализации клинических и лабораторных показателей крови, а также достижении цитогенетической ремиссии у большинства пациентов. Переносимость терапии удовлетворительная, побочные эффекты (тошнота, отеки, миалгии) наблюдались у 26% пациентов, но не требовали отмены препарата. Полученные результаты подтверждают целесообразность использования иматиниба в клинической практике.

Набиев П.З., Нарзиева Д.Дж., Бокиева М.М.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

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

Научный руководитель – старший преподаватель Субханова З.И.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения бронхиальной астмы (БА) у пациентов с ожирением.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 42 историй болезней больных БА за 2018–2023 годы, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» в возрасте от 20 – 65 лет. Из них мужчин 19 (45,2%), женщин 23 (54,8%). При обследовании использовались общеклинические методы, анализ мокроты, R – графия легких, ФВД, индекс массы тела.

Основная группа состояла из 20 больных с ожирением разной степени, мужчин 8 (40%), женщин 12 (60%). Группа сравнения состояла из 22 пациентов без ожирения, мужчин 10 (45,5%), женщин 12 (54,5%).

Результат исследования. В результате исследования в обеих группах выявлено, что количество женщин, страдающих бронхиальной астмой, больше, чем мужчин, особенно в основной группе (60%). За период наблюдения больные основной группы неоднократно госпитализированы в стационар и пребывание их в среднем было на 4-6 дней дольше в отличие от больных группы сравнения. Обострение заболевания в основной группе протекало тяжелее с более выраженной одышкой, разлитым цианозом, длительным и упорным кашлем, плохим общим самочувствием. Со стороны анализа крови в основной группе у – женщин отмечалось отсутствие эозинофильного компонента, или количество эозинофилов редко превышало норму, а в группе сравнения почти у всех наблюдалась эозинофилия. Учитывая наличие хронического персистирующего воспаления показатели СОЭ, лейкоцитоз, СРБ в основной группе были выше и носили более стойкий характер. Со стороны исследования функций внешнего дыхания (ФВД) у пациентов основной группы отмечалось резкое снижение показателей жизненной емкости легких и объема форсированного выдоха, чем в группе сравнения, так, как у пациентов с ожирением даже объективно отмечалась повышенная ригидность грудной клетки. На фоне проводимой терапии обострений бронхиальной астмы, ассоциированной с ожирением, не происходило значимого восстановления показателей ФВД, в отличие от группы сравнения. Являясь потенциальным триггером для бронхиальной астмы, ГЭРБ выявлена у пациентов основной группы в 82 % случаях, особенно у женщин, а в группе сравнения в 53 %. У пациентов с ГЭРБ обострение протекало гораздо тяжелее, количество ночных приступов и респираторных симптомов было больше.

В процессе лечения пациентам с ожирением для снижения массы тела была рекомендована диета, лечебная физкультура. Снижение массы тела приводила к улучшению легочной функции, снижению частоты обострений и потребности пациентов в приеме кортикостероидов и улучшению качества жизни.

Выводы. Таким образом, повышенный вес усугубляет клиническое течение бронхиальной астмы. Комбинация «бронхиальная астма + ожирение» - проблема междисциплинарная, требующая более дифференцированного подхода в достижении астма - контроля у данной категории пациентов, совместных усилий врачей разных специальностей (пульмонолога, аллерголога, эндокринолога).

Назарзода С.А., Холов Х.К., Азизмуродова С.Х.

АНТАГОНИСТ РЕЦЕПТОРА ИНТЕРЛЕЙКИНА-1 И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С НАРУШЕНИЕМ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент М. К. Назарова

Цель исследования. Оценить изменения уровня противовоспалительного цитокина антагониста рецептора интерлейкина-1(ИЛ-1 (га) у больных с артериальной гипертензией.

Материал и методы. Обследованы 80 больных мужского пола с 1 и 2 степенью АГ в возрасте от 38 до 49 лет (в среднем 42,7±4,2 лет). 20 здоровых лиц с нормальным уровнем давления (АД) в возрасте от 34 до 43 лет (в среднем 39,2±4,6 лет). Измерение уровня ИЛ-1(га) проводилось с помощью иммуноферментного анализа (ИФА) реагентов BioSourc IL-(га) Cytoscreen ELISA. Определение холестерина (ХЛ), триглицеридов (ТГ), липопротеидов высокой плотности (ЛПНП) осуществлялось коллометрическим методом.

Результаты исследования. У больных АГ выявлена большая вариабельность уровня ИЛ-1(га). Индивидуальные значения ИЛ-1(га) для всех, включенных в исследования пациентов с АГ, варьировали от 25 до 410 пкг/мл. Все, включенные в исследования пациенты, были разделены на квартили в соответствии со значениями ИЛ-1(га). Разброс значений ИЛ-1(га) в квартиле распределения выборки по этому показателю составил: 1-й квартиль 25-98 пкг/мл, 2-й квартиль 99-139 пкг/мл, 3-й квартиль 140-192 пкг/мл. Обследуемые во всех квартилях не различались по возрасту, уровню САД, ДАД и длительности АГ. При определении липидного состава крови в квартилях ИЛ-1(га) были выявлены более высокие уровни ХС и ХС ЛПНП в 3-ем и 4-ом квартилях по сравнению с таковыми в 1-м и 2-м (p<0,05). Концентрация ТГ была выше в каждом квартиле по сравнению с предыдущим. Кроме того, в верхнем квартиле, индекс массы тела и объем талии были наиболее высокими, что указывает на избыточную массу тела.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что высокие уровни противовоспалительного цитокина ИЛ-1(α), характеризующего хронический воспалительный процесс, взаимосвязаны с нарушением липидного обмена у больных АГ, что может служить основой для раннего проведения немедикаментозных и медикаментозных профилактических мероприятий, направленных на уменьшение воспаления и нормализацию жирового обмена у данной категории больных.

Назаров А.А., Гончарова М.С.

ЧАСТОТА НЕВРОТИЧЕСКИХ И АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПРИЗЫВНИКОВ: РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. проф. М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – Холназаров Ф.Н.

Цель исследования. Настоящее исследование направлено на изучение частоты встречаемости невротических и аддиктивных расстройств среди призывников, проходивших стационарную военно-врачебную экспертизу. Учитывая значимость психического здоровья для адаптации к военной службе, выявление паттернов психических расстройств в данной популяции может способствовать совершенствованию системы военно-медицинского освидетельствования.

Материал и методы. Исследование проводилось методом сплошного анонимного обследования призывников, проходивших военно-врачебную экспертизу в Центральном военном госпитале пограничных войск Комитета национальной безопасности. В выборку вошли 70 призывников в возрасте от 18 до 20 лет (средний возраст – $18,8 \pm 0,1$ лет), у которых в ходе экспертизы были выявлены психические расстройства.

Оценка аддиктивного поведения проводилась с использованием стандартизированных методик: теста Фагерстрема для определения степени никотиновой зависимости, методики К. Янг для диагностики интернет-аддикции, а также критериев МКБ-10 для выявления зависимости от алкоголя и психоактивных веществ (ПАВ).

Результаты исследования. Выявлено, что 36,6% призывников имели семейную предрасположенность к алкоголизму и суицидальному поведению среди близких родственников. В 24,4% случаев испытуемые воспитывались в неполных семьях, а 14,6% – родственниками при выраженном дефиците родительской опеки (61,0%). Аутоагрессивные действия, включая самоповреждения, отмечались у 14,6% обследуемых, из которых 66,7% совершали их в состоянии алкогольного опьянения.

В детском возрасте у 12,2% обследуемых наблюдались органические расстройства, у 7,3% – невротические двигательные расстройства, а у 26,8% – задержка нервно-психического развития. Аффективные нарушения в анамнезе выявлены у 26,8% испытуемых. Вовлечение в асоциальные группы зафиксировано у 39,0% призывников до поступления на военную службу.

Выводы. Исследование показало относительно низкую распространенность невротических расстройств среди обследуемых призывников (7,3%). В структуре выявленных невротических нарушений преобладали невротическая депрессия, обсессивно-фобические и тревожные расстройства.

При анализе наркологического статуса отмечена высокая распространенность аддиктивного поведения: 40% обследуемых курили, 65% имели опыт употребления алкоголя.

Полученные данные указывают на необходимость дальнейших исследований, направленных на углубленный анализ факторов риска психических расстройств у лиц призывного возраста.

Назаров А.А., Тагоев А. А., Хусайнов Н.А.

ЗНАЧЕНИЕ ПОНИМАНИЯ УРОВНЕЙ СОЗНАНИЯ ДЛЯ ОБЩЕЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - Хакимов В.Б.

Цель исследования. Привлечь внимание специалистов клинических нейронаук к рефлексии (самосознанию) в процессе диагностики легкой степени оглушения в системе "врач - пациент".

Материал и методы. Практической основой данного анализа стала диагностика и дифференциальная диагностика обнубления клиницистами, преимущественно неврологами, в крупной соматической больнице. Во-вторых, по нашему мнению, как синдром, наиболее часто встречающийся при urgentных состояниях и стоящий первым между нормой и патологией.

Результаты исследования. Общая психопатология (семиотика, пропедевтика психических расстройств) - основа клинической психиатрии, диагностики, терапии и реабилитации, следовательно, и всех разделов "большой" и "малой" психиатрии. Казалось бы, все основные психопатологические синдромы описаны и легко могут быть диагностированы, но, к сожалению, это не так. Широкое внедрение междисциплинарного использования психиатрической терминологии в клинических нейронауках (неврология, клиническая психология, в первую очередь) существенно затрудняет синдромальную диагностику, особенно при органических психических расстройствах.

Термин "обнубление" (легкое оглушение) в настоящее время полностью исчез из соматической и неврологической литературы (сохраняется лишь в психиатрии). Это состояние требует от врача постоянного наблюдения.

Диагностика обнубления врачом, в первую очередь, проводится в процессе интервью (диалога, беседы) в системе "врач (субъект, наблюдатель) и пациент (объект, наблюдаемый)" и осмотра (психопатологического, неврологического, соматического).

Беседа (осмотр, интервью, психиатрическое освидетельствование) в "системе врач - пациент" осуществляется двумя субъектами, имеющими свое восприятие, мышление, опыт и т.д., а, следовательно, свой внешний и внутренний мир с их интерпретацией.

В рефлексии референты (врач и пациент) находятся в неравных отношениях. Так, врач обладает медицинской информацией (запасом знаний, навыков, т.е. опытом) и, на основании информации, полученной от пациента, может провести диагностику, а пациент может предлагать свое "видение" болезни или отсутствие этого видения.

А с учетом наличия расстройства сознания это видение будет разнонаправлено, неадекватно или просто в виде отрицания болезни, а, соответственно, может быть неправильно оценено врачом в диагностическом и организационно-правовом отношении. Следует помнить, что при обнулении изменить информированность пациента невозможно.

Выводы. Врач должен знать симптомы обнуления ("облачковидное" оглушение), т.е. врача интересует сознание у конкретного человека и в конкретный момент времени в данной ситуации. В частности, выявить субъективные и объективные симптомы конкретного времени, временной ориентировки в текущем дне (часе, времени суток), поведении, индивидуальном времени и т.д. Междисциплинарный характер клинических нейронаук требует от специалиста междисциплинарных знаний привлекаемой науки, единообразия основной терминологии, и особенно - расстройств сознания, как синдромов экстренной медицины, влекущих за собой решение не только диагностических, но и организационно-правовых вопросов. - Знание описанных выше уровней сознания не только обогащает теоретически, но позволяет четко понимать (осознавать), на каком уровне происходит конкретное общение (диагностика) в "системе врач - пациент".

Назаров Дж.Т., Бакоев А.А., Сафаргули З.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СТУДЕНТОВ РАЗНЫХ СОМАТОТИПОВ (СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ)

Кафедра нормальной и патологической физиологии ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Научный руководитель – Алиев А.А.

Цель исследования. Сравнить психоэмоциональное состояние и адаптационные возможности студентов разных соматотипов для выявления их особенностей и взаимосвязей.

Материал и методы. Исследование проведено по выборке на 200 студентах второго курса ХГМУ в возрасте 18-20 лет. Соматотипы определялись по методике Б. Х. Хита и Дж. Е. Л. Картера, распределив студентов на группы: эктоморфы (n=70), мезоморфы (n=80) и эндоморфы (n=50). Биологическая индивидуальность изучалась через определение субъективной минуты (опережающие/опаздывающие типы). Психоэмоциональное состояние оценивалось тестом "САН". Вегетативный статус измерялся показателями BCP (RMSSD, SDNN, вагосимпатический баланс). Использовались дисперсионный анализ (ANOVA), t-критерий и корреляционный анализ ($p < 0.05$).

Результаты исследования. Среди эктоморфов преобладали опережающий тип (68.6%, $p < 0.05$), у эндоморфов — опаздывающие (64%, $p < 0.05$), у мезоморфов распределение было сбалансированным ($p > 0.05$). Эктоморфы имели сниженные значения самочувствия (3.8 ± 0.6), активности (4.2 ± 0.8) и настроения (4.5 ± 0.7), достоверно ниже, чем у мезоморфов ($p < 0.01$). У мезоморфов показатели САН были наивысшими ($5.4 - 6.0$, $p < 0.05$), у эндоморфов — умеренно сниженными ($p < 0.05$). BCP у эктоморфов — низкий RMSSD (22 ± 4 мс) и высокий вагосимпатический баланс (2.5 ± 0.3 , $p < 0.01$); у эндоморфов — высокий RMSSD (34 ± 6 мс) и низкий вагосимпатический баланс (1.3 ± 0.2 , $p < 0.05$); у мезоморфов показатели находились в норме (RMSSD 28 ± 5 мс, баланс 1.7 ± 0.2 , $p < 0.01$). Корреляция: у эктоморфов RMSSD отрицательно коррелировало с активностью ($r = -0.65$, $p < 0.01$); у эндоморфов RMSSD положительно коррелировало с настроением ($r = 0.58$, $p < 0.05$); у мезоморфов корреляция слабо выражена ($r = 0.32$, $p > 0.05$).

Выводы. Эктоморфы демонстрируют повышенное адаптационное напряжение, эндоморфы — замедленную адаптацию, мезоморфы обладают наилучшим балансом между психоэмоциональными и физиологическими показателями ($p < 0.05$).

Назаров Дж.Т., Очилова И.З.

ВОЗРАСТ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО РИНИТА

Кафедра терапевтических дисциплин №1 ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Бустонов М.О.

Цель исследования. Оценить распространённость острого ринита среди жителей Аштского района.

Материал и методы. Для проведённого исследования были взяты статистические данные журнала посещаемости больных за 2022-2024 гг. центральной больницы Аштского района и консультация врача оториноларинголога.

Результаты исследования. Общее количество больных с острым ринитом составили 197(100%) случаев. Во время исследования больные были разделены по возрастным особенностям на две группы. Первую группу больных составили 149 (75,64%) пациентов в возрасте от 3 до 16 лет. Во вторую группу вошли 48 (24,36%) пациентов в возрасте от 16 до 45 лет. Различают 3 стадии при заболевании острым ринитом: сухая стадия (продолжительность составляет от 36 до 48 часов, чаще встречается у детей в 60% случаев), серозная стадия (продолжается от 2 до 4 дней), гнойная стадия (продолжается от 2 до 3 недель, чаще встречается у взрослых в 30% случаев). Диагноз был поставлен на основании визуального осмотра врача, рентгенографии, анализа крови и мокроты, обследования околоносовых пазух с помощью ультразвуковой эхолокации, риноскопии. Основными жалобами больных были: чихание и слезотечение, снижение обоняния, сухость в полости носа, общая слабость, повышение температуры тела, появление слизистых выделений из носа, постоянное раздражение кожных покровов вокруг носа, жжение в носоглотке.

Выводы. Из сказанного вытекает, что среди жителей Аштского района осложнения ринита в остром виде чаще встречаются у детей в возрасте от 3 до 16 лет из-за маленького размера носовой полости. Для профилактики данного заболевания следует вовремя обращаться к врачу при появлении первых признаков болезни.

Назаров Дж.Т¹., Ходжиматов С.И².

ТРАКЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ

¹Кафедра нормальной и патологической физиологии ГОУ «ХГМУ».

²Центральная районная больница Аштского района. Таджикистан.

Научный руководитель - Марасулов Д.К.

Цель исследования. Выявить эффективность лечения пациентов с остеохондрозом с помощью оборудования “Ormed Professional”.

Материал и методы. Нами был обследован 71 пациент в отделении травматологии Центральной больницы района Ашт в возрасте от 22 до 79 лет. По гендерному признаку пациентов разделили на 61 лицо женского пола и 10 лиц мужского пола. У обследованных больных с помощью компьютерной томографии диагностирован остеохондроз позвоночника. В период госпитализации и длительностью 7 - 15 дней пациентам были назначены нестероидные противовоспалительные препараты для купирования боли, хондропротекторы и проведена тракционная терапия с помощью аппарата “Ormed Professional”. Длительность одного сеанса тракционной терапии составила 10-15 минут. Для достижения стойкого положительного результата пациенты прошли курс лечения, состоящий из 10 – 12 сеансов.

Результаты исследования. Среди 71 пациента у 12 выявили шейный остеохондроз 1-ой степени, у 59-остеохондроз поясничной области позвоночника 2-ой степени. Всем пациентам наряду с консервативным лечением проведена тракционная терапия на аппарате “Ormed Professional”. При контрольном осмотре через 1 месяц больные отмечали значительное стихание болей, вплоть до их исчезновения, без приёма анальгезирующих препаратов. При повторном обследовании на КТ снимках определили увеличение межпозвоночного пространства после тракции, что помогло уменьшить компрессию нервных корешков, улучшая кровообращение и обмен веществ в поражённых участках. Вытяжение позвоночника снизило нагрузку на межпозвоночные диски. Вибрационный массаж помог расслабить напряжённые мышцы и улучшить их тонус, укрепились мышцы спины.

Выводы. Аппарат “Ormed Professional” является современным инструментом, предназначенным для терапии и восстановления при остеохондрозе позвоночника. Его применение позволяет уменьшить болевые ощущения, повысить подвижность позвоночного столба и нормализовать мышечный тонус. Эффективность процедур обусловлена сочетанием вытяжения и вибрационного массажа, что делает устройство универсальным для многих пациентов.

Назарова М.У., Рахимов А., Шарипов Ш.А.

МЕНИНГИТЫ У ДЕТЕЙ В ТАДЖИКИСТАНЕ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - Холматова Г.К.

Цель исследования. Изучение особенностей течения, диагностики и лечения менингитов у детей в Таджикистане, анализ распространённости заболевания в различных регионах страны, оценка доступности современных методов диагностики и терапии.

Материал и методы. Объект исследования: дети различных возрастных групп, госпитализированные с диагнозом - менингит в инфекционные и неврологические отделения медицинских учреждений Таджикистана. Контрольная группа: дети с другими нейроинфекциями, не сопровождающимися менингеальным синдромом.

Методы исследования. Клинический анализ: сбор анамнеза с учётом эпидемиологических факторов (контакт с больными, сезонность, вакцинационный статус). Анализ ведущих клинических симптомов: лихорадка, головная боль, рвота, судороги, нарушение сознания, менингеальные знаки.

Лабораторные исследования. Общий анализ крови (лейкоцитоз, повышение СОЭ). Ликворологическое исследование: цитоз, белково-глюкозное соотношение, лихорадка, головная боль, ригидность затылочных мышц. Вирусные менингиты преобладали у детей до 5 бактериологического посева спинномозговой жидкости. Полимеразная цепная реакция (ПЦР) для выявления вирусных и бактериальных возбудителей.

Инструментальная диагностика. КТ и МРТ головного мозга при подозрении на осложнения (гидроцефалия, абсцесс, энцефалит). Электроэнцефалография (ЭЭГ) при наличии судорожного синдрома.

Эпидемиологический анализ. Оценка частоты случаев менингита в различных регионах Таджикистана. Анализ факторов риска: вакцинационный статус, условия жизни, санитарно-гигиенические факторы.

Период исследования. Анализ медицинских карт детей, проходивших лечение в инфекционных и неврологических отделениях Национального медицинского центра Республики Таджикистан г. Душанбе «Шифобахш», а также в ряде областных больниц с января 2022 года по декабрь 2024 года.

Размер выборки. Основная группа: 50 детей с подтверждённым диагнозом - менингит. Контрольная группа: 25 детей с другими инфекционными поражениями ЦНС.

Результаты исследования. Клинические особенности: менингит у детей в Таджикистане чаще регистрируется в осенне-зимний период. Средний возраст заболевших – 3-7 лет.

Терапия: антибиотики (цефтриаксон, цефотаксим, меропенем) - 100% бактериальных случаев. Ацикловир - 40% вирусных менингитов. Дегидратационная терапия - 70%, дексаметазон - 60%, противосудорожные - 30%. Реабилитация потребовалась 50% детей.

Выводы. Менингиты у детей в Таджикистане диагностируются с задержкой, что связано с низким уровнем вакцинации и ограниченным доступом к лабораторной диагностике, а также дефицит специализированных неврологических реабилитационных центров. Для улучшения ситуации необходимы программы по повышению уровня вакцинации, обучению врачей ранней диагностике менингитов, а также расширение доступности современных методов лечения и реабилитации.

Назарова С.И., Абдуллова Д.Ю., Абдуллоев Ф.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПОСЛЕ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

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

Научный руководитель – к.м.н., старший преподаватель Кароматова Т.И.

Цель исследования. Изучить методы диагностики и оценки когнитивных нарушений у больных с лимфобластным лейкозом.

Материал и методы. Когнитивные нарушения после химиотерапии ОЛЛ встречаются достаточно часто. Они могут проявляться в виде нарушений внимания и концентрации, пациентам становится сложно сосредоточиться на задачах, снижения скорости обработки информации: замедляется реакция, возникают трудности с принятием решений. Нарушений памяти – ухудшается кратковременная и рабочая память, возникают трудности с запоминанием новой информации.

Для диагностики и оценки когнитивных нарушений после химиотерапии ОЛЛ используются различные методы, включая: нейропсихологическое тестирование – это стандартный метод оценки когнитивных функций, который позволяет выявить нарушения внимания, памяти, исполнительных функций и других когнитивных доменов.

Нейровизуализация (МРТ, ПЭТ): эти методы позволяют оценить структурные и функциональные изменения в головном мозге.

Электроэнцефалография (ЭЭГ): этот метод позволяет оценить электрическую активность головного мозга.

Результаты исследования. Профилактика когнитивных нарушений после химиотерапии ОЛЛ включает:

Минимизацию нейротоксического воздействия химиотерапии: использование оптимальных доз и режимов химиотерапии, а также применение нейропротекторных препаратов.

Раннее выявление и коррекция факторов риска: своевременное лечение сопутствующих заболеваний и психологических проблем.

Регулярное нейропсихологическое обследование: регулярное обследование позволяет выявить когнитивные нарушения на ранних стадиях и своевременно начать реабилитацию.

Выводы. Когнитивные нарушения после химиотерапии ОЛЛ являются серьезной проблемой, которая может существенно влиять на качество жизни пациентов. Ранняя диагностика, реабилитация и профилактика когнитивных нарушений являются важными аспектами комплексного лечения ОЛЛ.

Назаршоева Б.А., Хабибзода Х.Х.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ COVID-19

Кафедра инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Рахманов Э.Р.

Цель исследования. Изучить клиническое течение, тяжелых форм болезни COVID-19 в период пандемии в Республике Таджикистан.

Материал и методы. Для изучения особенностей клинического течения, COVID-19 в период пандемии болезни в Республике Таджикистан нами в городской клинической инфекционной больнице г. Душанбе было обследовано и проведено лечение 103 больных тяжелой формой новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в возрасте от 18 до 78 лет. Средний возраст составил 54,5±3,1 лет. Из общего количества обследованных больных, мужчин было – 73 (70,9%), женщин – 30 (29,1%). Диагноз COVID-19 во всех случаях был подтвержден ПЦР.

Результаты исследования. По данным анамнеза заболевания больных COVID-19 инкубационный период составил от 3 до 14 суток, в среднем 5,7 ± 1,6 суток. У 31 (38,27%) больного заболевание начиналось остро с характерных клинических признаков, присущей острой респираторной вирусной инфекции. По нашим наблюдениям частота начальных симптомов COVID-19 была следующая: лихорадка у 31 (30,09%) больного и у 72 (69,90%) больных заболевание протекало без повышения температуры тела, у 11 (10,67 %) одним из первых симптомов была миалгия. Примерно 19 (18,44%) больных на ранних этапах болезни теряли способность распознавать запахи, а потерю вкуса отмечали 20 (19,41%).

Пневмония у больных характеризовалась одышкой, сухим мучительным кашлем с отхождением скудной мокроты, субфебрилитетом, которые сохранялись от 2 до 4 недель. Больные жаловались на одышку, боль в грудной клетке, потерю запаха и обоняния, извращение вкуса, общую слабость. Бессонница отмечена у 35% больных, нарушение функции тазовых органов у 2,5% мужчин. Особенности клинического проявления COVID-19 было: повышение температуры тела от субфебрильных (37,0-37,5С⁰) до фебрильных 38,5-39С⁰, нарушение сна в виде бессонницы, мучительный кашель со скудным отхождением мокроты, боль в грудной клетке, одышка, головная боль, миалгии, артралгии, боль в животе, боль в пояснице, дизурические расстройства, диарея и кожные высыпания различного характера, потеря обоняния и вкуса, часто психозы и частичные временные провалы в памяти. На рентгенографии отмечалось поражение правого легкого, реже двухстороннее поражение; на КТ легких выявлялись инфильтраты в виде «матового стекла», которые отмечены у более 90% больных. Следующей особенностью течения COVID-19 было то, что

у взрослых и пожилых пациентов, заболевание преимущественно протекало тяжело, с вовлечением в патологический процесс легких, почек и суставов у взрослых с коморбидной патологией. В группе больных с тяжелой формой течения из 91 (88,3%) пациента у 3(3,2%) больных была выраженная одышка и учащение дыхания более 30 в 1 мин., а также снижение насыщения кислородом крови ниже 93% у 10 (10,9%) больных. Нестабильная гемодинамика с развитием септического шока выявлена у 3(3,29%) пациентов, а объем поражения легких от значительного до субтотального наблюдался у 91(100%) обследованного, которое привело к дыхательной недостаточности 3-4 степени с кислородной поддержкой всех (91) больных этой группы, а также у данных пациентов отмечалось значительным повышением уровня D-димера (>1500) и уровня С-реактивного белка более 75 мг/л.

Выводы. Таким образом полученные нами данные демонстрируют, что новая коронавирусная инфекция COVID-19, может рассматриваться как системная воспалительная реакция, которая характеризуется угрожающим жизни гипервоспалением и дисбалансом доставки/потребление кислорода, что приводит к полиорганной недостаточности. Эти патологические процессы особенно значимы у больных с сопутствующими заболеваниями, повышающими риск тяжелого течения COVID-19.

Наимов С.Р., Шукуров С.Г., Мухаммад Юсуф Ёдгори

ЗАВИСИМОСТЬ РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ОТ УРОВНЯ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО СТАТУСА НАСЕЛЕНИЯ

ГУ «Таджикский НИИ профилактической медицины».

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Бобоходжаев О.И.

Цель исследования. Изучить влияние социально-экономических факторов на распространение ТБ в сельских регионах Республики Таджикистан.

Материал и методы. Проведено анкетирование 452 здоровых лиц. Для проведения данного исследования были выбраны жители сельских регионов Хатлонской области (А. Джоми, Кулябский район, Дж. Руми) и районов республиканского подчинения (Вахдатский район, Шахринав, Рашт).

Возраст наблюдаемых лиц варьировал от 16 до 74 лет. Превалировали лица из возрастной группы 21-55 лет (52%). В возрастных группах 16-20 лет (65,8-69,5%) и 21-55 лет - превалировали мужчины (62,1-67,2%), а в возрастной группе 56-74 лет – женщины (58-62%).

Респонденты были набраны в Сельских центрах здоровья из числа лиц, проходящих плановое профилактическое медицинское обследование при условии заключения специалистов в качестве здоровых. Профилактическое обследование включало исследование общего анализа крови, сахара в крови, анализа мочи, кала, флюорографию органов грудной клетки и консультацию семейного врача, эндокринолога и фтизиопульмолога.

Разработанные нами анкеты содержат подробные сведения об информированности и стигме по ТБ, о социально-экономических условиях и доступности к специализированным медицинским услугам.

Результаты исследования. Полученные результаты проведенного анкетирования свидетельствуют о значительных отличиях от результатов подобного исследования в прежние годы. Уровень жизни анкетированных здоровых лиц повысился, катастрофические расходы семьи на лечение ТБ значительно снизились, уровень информированности населения о ТБ повысился, уровень стигмы в отношении к ТБ снизился, обеспечение доступности населения к противотуберкулезным услугам повысилось.

Выводы. Уровень заболеваемости туберкулезом, в особенности в сельских регионах страны имеет зависимость от уровня жизни населения, уровня информированности населения о ТБ, уровня стигмы в отношении к ТБ и обеспечения доступности населения к противотуберкулезным услугам.

Насимова С.К., Куватзода Г.Х., Файзалиева О.А.

ПРОГРЕССИВНОЕ ТЕЧЕНИЕ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ходжиева Г.Б.

Цель исследования. Своевременное выявление клиники и ранняя диагностика системной красной волчанки.

Материал и методы. Больная Т.А., 32 года, поступила в ревматологическое отделение ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» г. Душанбе с жалобами на боль и отечность на пальцах рук и ног, повышение артериального давления, повышение температуры тела, головные боли, головокружение, высыпания на коже лица и ног, одышка, слабость, утомляемость, сердцебиение, ограничение движения. Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. Сопутствующее заболевание: люпус нефрит. Контакты с инфекционными больными, в том числе с венерическими отрицает.

Из анамнеза: болеет последние 3 года. Ухудшение состояния наблюдается последние 2 недели. Получала несколько раз амбулаторное лечение по месту жительства в г. Бохтар, с временным улучшением. Ввиду ухудшения состояния была госпитализирована в ревматологическом отделении.

Больной были проведены лабораторно-инструментальные методы исследования: общий анализ крови, мочи, кала, биохимический анализ крови, RW, ЭКГ, рентгенография грудной клетки, УЗИ внутренних органов.

Результаты исследования. Во время осмотра: общее состояние больной тяжелое из-за основного заболевания и висцеритов, кожа и видимые слизистые оболочки бледные, высыпания на коже лица и ног. Со стороны внутренних органов: со стороны ССС – сердцебиение; легких – одышка, затрудненное дыхание; костно-суставной системы – боли в ногах и руках.

В общем анализе крови: Эр-3,7. Нв-108 г/л. НР-0,8. Лей-2,7. Тром-134. Эоз-0. Палоч-6. Сегмент-68. Лимф-21,8. Мон-9,2. СОЭ-34мм/ч.

В общем анализе мочи: белок-1,65 г/л, лей-85-90, эр-7-8, цилиндры-3-4, оксалаты.

Биохимический анализ крови: СРБ-++, формоловая проба—(+), ревмофактор (-), RW-отрицательное, общий белок-47, тромбиновая проба-10,4 г/л, тромбиновая время-25,2 сек, МНО-0,88, протромбиновое отношение-92,0%, мочевины-10,1, креатинин-95,1, глюкоза-5,0 ммоль/л.

ЭКГ: синусовый ритм. Тахикардия 98 уд.в мин. ЭОС без изменений. Повышение электрической активности левого желудочка.

Рентгенография грудной клетки: пневмонит.

На основе лабораторно-инструментальных методов исследования, общих и биохимических анализов крови пациенту был поставлен диагноз: «Системная красная волчанка, подострое течение, II степень, активный период с признаками дерматита, люпус нефрит (протеинурия+артериальная гипертензия), пневмонит, аллопеция, кардит, анемия, гастрит».

Было проведено лечение: метипред 500мг+панангин 10,0+кокарбоксилаза 100мг (пульс-терапия) в/в, рибоксин 2% 10,0 в/в 10,0, медрол 12мг рег ос, курантил 1тб x 3 раза, энап 10мг 1тб x 2 раза, кватател 5,0 в/в, эндоксан 500мг + физ.раствор 0,9% 100,0 в/в, верошпирон 50мг 1тб x 1 раза, азатиоприн 50мг 1 тб x 2 раза.

Выводы. Своевременное обращение пациента, выявление клиники и ранняя диагностика способствуют снижению риска ухудшения общего состояния больного и профилактике осложнений.

Негматхочаев А.У., Мухидинов Ш.Ш., Мухамедова М.А.

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кафедра эндокринологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Иноятова Н.А.

Цель исследования. Оценить частоту встречаемости факторов риска диабетической стопы.

Материал и методы. Нами на базе Городского медицинского центра №1 имени Карима Ахмедова было осмотрено 104 пациентов во взрослом эндокринологическом отделении. Среди них 37 составили женщины, а 67 мужчины. Все больные страдали сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа). Средний возраст пациентов составил 55±0,8 лет. Средний стаж заболевания составил 10,38 ± 0,52 лет. Больные в основном обращались из Хатлонской области (60,57%), намного меньше с города Душанбе (15,38%) и районов Республиканского подчинения (24%). Всем больным проводилось антропометрическое исследование: рост, вес, ИМТ. Среднее значение этих параметров составило: рост 164,65±0,65см, средняя масса тела 72,85±1,31кг, средний ИМТ 26,89±,45кг/м². Регистрировались факторы риска, такие как: курение, ожирение, прием алкоголя, артериальная гипертензия, соблюдение диетотерапии и физических нагрузок. Проводились лабораторные методы исследования: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови почечно-печеночные пробы, сахар крови, свертывающая система. У всех больных регистрировались сахароснижающие препараты.

Статистическая обработка и математический анализ проводились с помощью программы. Statistica 8.0, Excel 2017.

Результаты исследования. Все больные были декомпенсированы по сахарному диабету. Средний сахар при поступлении составил 11,6±0,52 ммоль/л. Анализ сахароснижающей терапии выявил, что 20,2% больных не получали инсулинотерапию, остальные больных находились на базис-болюсной инсулинотерапии. Причиной развития диабетической стопы у больных было: травма (6,73%), появление раны без причины (47,1%), появление папулы (11,53%). У 23% больных отмечалось курение, у 26,92% прием алкоголя, наличие артериальной гипертензии I степени у 10,57% больных, а АГ 2 степени у 2,88% больных. Избыточный вес отмечался у 38,5% пациентов и ожирение у 24% больных. 27,3% больных не соблюдали режим лечения и диетотерапию. Таким образом, анализ факторов развития диабетической стопы свидетельствует о сочетании факторов, таких как стаж заболевания сахарным диабетом, декомпенсация заболевания, ожирение, курения, прием алкоголя, наличие артериальной гипертензии. Однако необходимо подчеркнуть, что процентное соотношение факторов свидетельствует о том, что основной причиной развития диабетической стопы является значительный стаж заболевания и выраженная декомпенсация больных с сахарным диабетом.

Выводы. Частота встречаемости основных факторов риска составила 100% и 62,5%, к этим факторам были отнесены: декомпенсация СД и избыточный вес и ожирение соответственно. 1. Учитывая, что основными факторами являлись декомпенсация сахарного диабета и ожирение необходимо строгий контроль веса и углеводного обмена, которые и будут предупреждать развитие синдрома диабетической стопы.

Неъматов С.С., Джобирзода А.Б., Абумуслими А.

ПРИНЦИПЫ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПАРЕЗА ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - Давлатмирова Г.Ш.

Цель исследования. Демонстрация поэтапного лечения пареза лицевого нерва при помощи немедикаментозной терапии и наблюдение положительной динамики на основе представленного клинического случая.

Материал и методы. Исследование было проведено на кафедре неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Пациентка, 32 года, обратилась с

жалобами на внезапно возникшую асимметрию левой половины лица. Развитие вышеуказанных жалоб женщина связывает с переохлаждением. Диагноз: периферический парез лицевого нерва слева, острейший период.

Результаты исследования. Неврологический статус: менингеальные знаки отрицательные. Движение глазных яблок в полном объеме. Язык по средней линии. Грубая асимметрия левой половины лица. Синдром Белла, лагофthalm, ракетника, паруса и Русецкого слева положительный. Глубокие рефлексы живые. Патологических знаков нет. Мышечная сила сохранена, мышечный тонус сохранен. Координатные пробы выполняет удовлетворительно, в позе Ромберга – устойчива. Чувствительных нарушений нет, тазовые функции контролирует. Было проведено следующее лечение: первый этап терапии включал в себя лазер высокой интенсивности, тейпирование лицевого нерва, а также гимнастику мимической мускулатуры. Во втором этапе лечения также была использована лазеротерапия, однако данная ступень лечения включала добавление сеансов иглорефлексотерапии (ИРТ) до 5 ежедневно. Третий этап включал аналогичное использование лазера в комплексе с ИРТ 10 сеансов с интервалом в 2-3 дня. Под влиянием лучей лазера происходило угасание воспалительного процесса и интенсивный регенерационный процесс. Использование иглорефлексотерапии, как акупунктурного метода лечения оказало благоприятное влияние на пациентку, так как удалось восстановить проводимость лицевого нерва, предотвратить образование мышечной контрактуры. Тейпирование лицевого нерва способствовало активации лимфатической системы в области поражения, а также приведению мышц в должный физиологический тонус.

Выводы. В рассмотренном случае диагноз «периферический парез лицевого нерва, острейший период» был установлен в соответствии с проведенным клинико-лабораторным анализом и требовал соответствующего лечения. Принципы немедикаментозной терапии данного заболевания могут способствовать наблюдению положительной динамики в лечении у пациентов с фармакорезистентностью, что делает данные способы универсальным средством терапии конкретной патологии.

Низомиддинова М.С.

ПСИХОДЕРМАТОЛОГИЯ: ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ

Кафедра дерматовенерологии имени проф. П.Т. Зоирова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Дадабаев Р.Д.

Цель исследования. Изучить влияние психоэмоционального состояния на течение хронических дерматозов и эффективность комплексного подхода к их лечению.

Материал и методы. В исследовании участвовали 46 пациентов (18-65 лет) с псориазом, atopическим дерматитом, экземой и хронической крапивницей. Пациенты были разделены на две группы:

- Группа 1 получала только стандартную дерматологическую терапию (топические кортикостероиды, увлажняющие средства, антигистамины).
- Группа 2 дополнительно проходила психотерапевтическую коррекцию (когнитивно-поведенческая терапия, техники релаксации, медикаментозная помощь).

Для мониторинга использовался Telegram-бот с ИИ, собирающий данные о самочувствии, уровне стресса, зуде и эффективности терапии.

Результаты исследования. Через 3 месяца комплексное лечение дало более выраженные результаты:

- Снижение выраженности симптомов - 76% (в группе 1 - 48%).
- Уменьшение зуда - 83% (в группе 1 - 52%).
- Улучшение сна - 75% (в группе 1 - 39%).
- Снижение уровня тревожности и депрессии - на 46% (в группе 1 - на 12%).
- Снижение частоты рецидивов - до 27% (в группе 1 - 62%).
- Удовлетворённость лечением - 91% (в группе 1 - 58%).

Выводы. Комплексный подход с включением психотерапии значительно повышает эффективность лечения хронических дерматозов. Основными триггерами обострений оказались рабочие и семейные конфликты, финансовые трудности и эмоциональные травмы. Внедрение цифрового мониторинга через Telegram-бот с ИИ позволяет оперативно выявлять и устранять эти факторы, что открывает перспективы для персонализированной медицины.

Низомиддинова М.С.

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора Гуломова М.Г.

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Исрофилов М.О.

Цель исследования. Изучение новых факторов риска развития инсульта у лиц молодого возраста, включая наследственные и приобретённые коагулопатии, тромбофилии, аутоиммунные и метаболические нарушения, а также влияние генетической предрасположенности и инфекционных факторов на риск цереброваскулярных заболеваний в данной возрастной группе.

Материал и методы. Проведён анализ клинико-лабораторных данных 120 пациентов в возрасте 18-45 лет на базе НМЦ РТ «Шифобахш», перенёсших ишемический или геморрагический инсульт. У всех пациентов проводилось комплексное обследование, включающее стандартные лабораторные и инструментальные методы диагностики (МРТ, КТ-ангиография, транскраниальная доплерография), а также дополнительные исследования на наличие:

- наследственных и приобретённых коагулопатий (анализы на протеин С, протеин S, антитромбин III, фактор V Лейдена, мутацию гена протромбина G20210A);
- антифосфолипидного синдрома (анализ на волчаночный антикоагулянт, антикардиолипидные антитела);
- генетических мутаций, ассоциированных с повышенной предрасположенностью к инсульту (MTHFR C677T, PAI-1, ACE I/D).

Дополнительно изучались сосудистые факторы риска, включая артериальную гипертензию, сахарный диабет, гиперлипидемию, а также поведенческие аспекты (курение, употребление алкоголя, стресс).

Результаты исследования. У 37% пациентов выявлены наследственные или приобретённые коагулопатии, в том числе дефицит протеина С, протеина S и антитромбина III. У 21% пациентов диагностирован антифосфолипидный синдром. Генетические мутации, связанные с гиперкоагуляцией и сосудистой дисфункцией, обнаружены у 19% пациентов, среди которых наиболее значимыми оказались мутация MTHFR C677T (12%) и PAI-1 (7%). У 45% пациентов зафиксированы традиционные сосудистые факторы риска, такие как артериальная гипертензия и дислипидемия, а у 28% - сочетание нескольких факторов, что свидетельствует о мультифакториальной природе инсульта в молодом возрасте.

Выводы. В отличие от пациентов старшей возрастной группы, у молодых лиц инсульт чаще обусловлен генетически детерминированными и аутоиммунными нарушениями, в частности, коагулопатиями и антифосфолипидным синдромом. Диагностика данных состояний должна быть включена в алгоритм обследования пациентов с инсультом молодого возраста. Особую роль играет генетическое тестирование, позволяющее выявлять группы высокого риска и проводить превентивные мероприятия. Оптимизация стратегии раннего выявления и коррекции нетрадиционных факторов риска может способствовать снижению заболеваемости инсультом среди молодых пациентов.

Низомова Н.Х., Сайфуллаева Л.Ф., Одинаева Ш.

НОВЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ В ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОЗОВ И ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

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

Научный руководитель - к.м.н. доцент Уроков К.З.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность новых антикоагулянтов в сравнении с традиционными антикоагулянтами.

Материал и методы. Исследование проводилось на 36 пациентах с диагнозами тромбозов и фибрилляции предсердий в возрасте 55–65 лет (медиана – 61,5 года). Пациенты были разделены на две группы. Группа 1 (17 человек) – принимали ривароксабан. Группа 2 (19 человек) – принимали варфарин (не контролировали МНО- международное нормализованное отношение). Длительность исследования составила 3 месяца.

Методы исследования. Клинические методы: оценка общего состояния пациентов и предельные симптомы и осложнений (инсульт, кровотечения). Лабораторные исследования: Общий анализ крови и МНО (международное нормализованное отношение) – только для группы варфарина. Инструментальные методы: Эхокардиография (ЭХО-КГ) – оценка работы сердца. Электрокардиография (ЭКГ) – диагностика фибрилляции предсердий. Допплерография сосудов – исследование кровотока и тромбообразования. Шкалы оценки риска: CHA₂DS₂-VASc – расчёт риска инсульта у пациентов с ФП и HAS-BLED – оценка риска кровотечений.

Результаты исследования. 1. Частота инсультов и крупных кровотечений: В группе ривароксабана наблюдалась меньшая частота инсультов и крупных кровотечений, чем в группе варфарина. 2. Мониторинг МНО: Пациенты, принимающие варфарин, не контролировали МНО, что могло привести к повышенному риску осложнений. Ривароксабан не требовал мониторинга, что сделало его более удобным в применении. 3. Побочные эффекты: в группе ривароксабана побочные эффекты были менее выражены, чем у пациентов на варфарине.

Выводы. Новые оральные антикоагулянты показали более низкую частоту инсультов и кровотечений по сравнению с варфарином. Пациенты, принимавшие ривароксабан, сообщили о более высоком уровне комфорта при лечении. Отсутствие необходимости регулярного контроля МНО делает ривароксабан удобным и безопасным вариантом для пациентов. Несмотря на более высокую стоимость, ривароксабан продемонстрировал более благоприятный профиль безопасности. Таким образом, новые антикоагулянты, такие как ривароксабан, могут быть эффективной и удобной альтернативой варфарину в лечении тромбозов и фибрилляции предсердий.

Ниязова М. О.

ВЛИЯНИЕ ЭПИЛЕПСИИ НА НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ганиева М.Т.

Цель исследования. Оценить влияние эпилепсии на нейропсихологическое развитие детей, выявить основные когнитивные, поведенческие и социальные нарушения, связанные с этим заболеванием, а также исследовать взаимосвязь между характеристиками эпилепсии (тип, частота приступов, возраст начала) и тяжестью нейропсихологических изменений у детей.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 45 детей в возрасте от 3 до 12 лет с диагнозом эпилепсия, находящихся на амбулаторном лечении. Пациенты были разделены на две группы: одна группа включала детей с фокальной эпилепсией, другая — с генерализованной эпилепсией.

Методы исследования:

1. Нейропсихологическое тестирование: использование упрощённых тестов для оценки внимания, памяти, исполнительных функций (планирование, организация действий), а также способности решать когнитивные задачи.
2. Оценка когнитивных и поведенческих нарушений: анализ результативности в школьной деятельности, выполнение заданий на логику и вербальное восприятие.
3. Мониторинг эпилептической активности: частота и длительность приступов с использованием ЭЭГ для анализа их влияния на когнитивные функции.
4. Сбор анамнеза: данные о возрасте начала заболевания, частоте приступов, длительности болезни, медикаментозных средствах и типе эпилепсии.
5. Социальная и эмоциональная адаптация: оценка поведения детей в коллективе сверстников и их социальной интеграции.

Результаты исследования. 1. Когнитивные нарушения: А) У 70% детей с эпилепсией были выявлены нарушения в области внимания, что проявлялось в трудностях концентрации и устойчивости внимания в учебной деятельности. В) 60% детей показали низкие результаты в области памяти, особенно в рабочей и краткосрочной памяти. С) 55% детей имели трудности в выполнении задач, требующих исполнительных функций, таких как планирование, организация и многозадачность. Д) 50% детей показали снижение уровня вербальной и невербальной обработки информации, что проявлялось в замедленной речи и трудностях с восприятием сложных инструкций. 2. Поведенческие и эмоциональные расстройства: А) 28% детей имели симптомы гиперактивности и импульсивности, что влияло на их способность сосредотачиваться и работать в группе. В) 25% детей проявляли симптомы тревожности и депрессии, что оказывало влияние на их эмоциональное состояние и способность адаптироваться в коллективе. С) У 20% детей наблюдались проблемы с социальным взаимодействием, проявляющиеся в агрессивных реакциях и трудностях в отношениях с детьми.

Выводы. Эпилепсия оказывает значительное влияние на нейропсихологическое развитие детей, проявляясь в нарушениях внимания, памяти, исполнительных функций и социального взаимодействия. Частота приступов и раннее начало заболевания напрямую влияют на тяжесть когнитивных и поведенческих нарушений. Дети с генерализованной эпилепсией имеют более выраженные когнитивные проблемы по сравнению с детьми с фокальной эпилепсией. Раннее вмешательство, включающее медикаментозную терапию и нейропсихологическую реабилитацию, способствует снижению негативных последствий заболевания и улучшению развития детей.

Ниязова М. О., Хайдарова Ф. М., Юнусов М. Р.

БИЛИРУБИНОВАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ДИСКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ганиева М.Т.

Цель исследования. Изучить роль билирубиновой энцефалопатии у детей, перенёсших гипербилирубинемию в неонатальном периоде, и находившихся на стационарном лечении с диагнозом дискинетической формы детского церебрального паралича (ДЦП).

Материал и методы. В исследовании приняли участие 30 детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет, которые перенесли гипербилирубинемию в неонатальном периоде.

1. В группу наблюдения включались:

- А) Дети с уровнем общего билирубина в неонатальном периоде выше 250 мкмоль/л.
- В) Дети с диагнозом дискинетическая форма ДЦП.
- С) Дети с подтверждённым поражением базальных ганглиев по данным МРТ головного мозга.

2. Методы исследования:

- А) Клиническая оценка: обследование двигательной активности, выявление дистонии, атетоза и других характерных симптомов дискинетической формы ДЦП.
- В) Нейровизуализация: МРТ головного мозга для определения повреждений базальных ганглиев.
- С) Анализ анамнеза: данные о течении гипербилирубинемии, времени начала фототерапии и обменного переливания крови.
- Д) Оценка тяжести: шкала GMFCS для классификации тяжести двигательных нарушений.

Результаты исследования.

1. У 70% детей с билирубиновой энцефалопатией была выявлена дискинетическая форма ДЦП. Наиболее частые симптомы: выраженная дистония, атетоз, трудности удержания позы.
2. У всех пациентов уровень общего билирубина в неонатальном периоде превышал 250 мкмоль/л.
3. У 85% детей на МРТ выявлены изменения в базальных ганглиях, характерные для билирубиновой энцефалопатии.

Факторы риска развития дискинетической формы ДЦП:

1. Несвоевременное начало терапии гипербилирубинемии.
2. Недоношенность (у 65% детей).
3. Низкая масса тела при рождении (менее 2500 г).

Выводы. Билирубиновая энцефалопатия является ключевым фактором риска развития дискинетической формы ДЦП. Повреждение базальных ганглиев вследствие токсического воздействия непрямого билирубина приводит к формированию стойких двигательных нарушений, таких как дистония и атетоз. Уровень билирубина выше 250 мкмоль/л является критическим порогом, при котором значительно возрастает риск необратимых поражений нервной системы. Своевременное лечение гипербилирубинемии, включая фототерапию и обменное переливание крови,

играет решающую роль в профилактике этих осложнений. У детей с перенесённой гипербилирубинемией необходим регулярный неврологический мониторинг для раннего выявления и коррекции двигательных нарушений.

Ниязова М.О., Хочиев Х.М., Чалолов З.Б.

ФАКТОРЫ РИСКА ИНСУЛЬТА У ДЕТЕЙ И МЕТОДЫ ИХ ДИАГНОСТИКИ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ганиева М.Т.

Цель исследования. Изучить основные факторы риска инсульта у детей и оценить эффективность современных методов их диагностики для раннего выявления и профилактики заболевания.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 12 детей в возрасте от 5 месяцев до 2 лет, находящихся на стационарном лечении с подозрением на инсульт (с наличием острых неврологических симптомов: гемипарез, судороги, снижение сознания). Исследование проводилось в течение 6 месяцев. Факторы риска инсульта были: перинатальная гипоксия, врождённые пороки сердца (дефекты межжелудочковой перегородки). Методы исследования:

1. Клинический осмотр: оценка неврологических симптомов, сбор анамнеза, анализ перинатальных факторов.
2. Нейровизуализация: МРТ и КТ для определения очагов ишемии или кровоизлияний.
3. Сосудистые исследования: транскраниальная доплерография и дуплексное сканирование сосудов для оценки кровотока.
4. Лабораторные исследования: коагулограмма, общий анализ крови.
5. Кардиологическое обследование: эхокардиография для выявления пороков сердца.

Результаты исследования. Врождённые пороки сердца выявлены у 58% детей, включая дефекты межжелудочковой перегородки. Перинатальная гипоксия зафиксирована у 42% детей, чаще у новорождённых с низким баллом по шкале Апгар. МРТ выявило ишемические повреждения у 75% детей и геморрагические изменения у 25%. У 67% детей сосудистые исследования подтвердили нарушения кровотока, включая тромбы и повреждения стенок сосудов. Эффективность диагностики: Комплексный подход к диагностике позволил установить точный диагноз инсульта у всех 12 детей. Ранняя диагностика и начало лечения снизили риск необратимых осложнений у 83% пациентов.

Выводы. Основными факторами риска инсульта у детей в возрасте от 5 месяцев до 2 лет являются врождённые пороки сердца и перинатальная гипоксия. Комплексная диагностика, включающая нейровизуализацию, сосудистые исследования и кардиологическое обследование, обеспечивает своевременное выявление инсульта и минимизирует риск необратимых осложнений. Стационарное лечение детей с подозрением на инсульт позволяет оперативно провести необходимые исследования и начать эффективное лечение.

Нормуратова Д., Нодирова З.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСТОКИДНОГО СИНДРОМА С ПОМОЩЬЮ СРЕДСТВ ЛФК

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

Научный руководитель – старший преподаватель Н.В. Фаттоева

Цель исследования. Изучение влияния массажа шейно-воротниковой зоны и головы при неврологических осложнениях постковидного синдрома.

Материал и методы. Постковидный синдром – комплекс симптомов, сохраняющийся у пациента через 3 месяца после выздоровления и более, если эти симптомы нельзя объяснить никакими другими заболеваниями. Чем тяжелее протекает острая инфекция, тем выше риск постковидного синдрома, однако он может развиваться даже у людей, которые перенесли болезнь легко. С подобным синдромом сталкивается практически каждый человек, переболевший инфекцией. Постковидный синдром может возникнуть вне зависимости от того, в какой форме коронавирус протекал у человека: скрытой, лёгкой, средней, тяжёлой или критической.

Реабилитация после коронавируса может длиться от нескольких месяцев до года. Перечень реабилитационных мероприятий зависит от индивидуальных особенностей пациента и может состоять из следующих средств ЛФК: лечебной гимнастики, дыхательной гимнастики с применением респираторных тренажёров, массажа, психотерапии, диетотерапии, физиотерапевтических процедур.

Под нашим наблюдением находились 10 больных – женщины в возрасте от 35 до 50 лет, перенесших COVID-19 лёгкой и средней тяжести. Все они предъявляли жалобы неврологического характера, а именно: головные боли, головокружения, нарушение сна, снижение концентрации внимания и памяти.

Всем пациентам был назначен курс массажа шейно-воротниковой зоны и головы. Данная процедура снимает мышечное напряжение, улучшает кровообращение сосудов головного мозга, улучшают сон и снимают депрессивное состояние. Лечение составляло 3 курса по 10-15 процедур с перерывами в 2 недели, в течении 3-5 месяцев.

Результаты исследования. После проведённого лечения наблюдалась тенденция к улучшению общего самочувствия, восстановления сна, памяти, уменьшению головных болей. Повысилась работоспособность и настроение.

Выводы. Длительное применение массажа больным с неврологическими нарушениями постковидного синдрома существенно улучшает состояние больных в восстановительном периоде.

Нормуратова Д., Мубаширова Г.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Е.Г. Алиева

Цель исследования. В нашу задачу входило изучение влияния некоторых физиотерапевтических процедур в комплексном лечении больных с ревматоидным артритом.

Материал и методы. Здоровые суставы — это роскошь, значение которой трудно оценить тому, кто никогда не испытывал боли при ходьбе и не ощущал затруднения при попытке поднять руку или ногу, развернуться или присесть. Между тем миллионы людей по всему свету ежегодно обращаются за помощью к врачам-ортопедам с подобными жалобами. Около 30% людей рано или поздно сталкиваются с патологией суставов: даже если в молодости им удавалось избегать травм или серьезных заболеваний, к пожилому возрасту «срок годности» скелета подходит к концу. Помимо людей преклонного возраста, в группе риска те, кому слабые сочленения костей достались «по наследству», а также спортсмены, рабочие, страдающие ожирением, сахарным диабетом и другими хроническими заболеваниями.

Ревматоидный артрит – это системное заболевание суставов, поражающее людей в наиболее работоспособном возрасте (20 -50 лет) и часто приводящее к инвалидности. При этом отмечено, что женщины болеют гораздо чаще. Развитие заболевания связывают с наличием в организме очага хронической инфекции.

В настоящее время медикаментозное лечение заболеваний суставов часто сочетают с физиотерапевтическими методами лечения, что повышает эффективность этого лечения.

Под нашим наблюдением находилось 20 женщин, больных ревматоидным артритом. Из них 12 женщин в возрасте до 25 лет и 14 - свыше 25 лет.

Физиотерапевтические методы лечения, в частности ультрафиолетовое облучение (УФО) по суставам, озокеритовые аппликации по суставам, электрофорез лекарственных веществ, проводились нами в комплексе с антиревматическими лекарственными препаратами.

Результаты исследования. У всех больных имелись жалобы на боли в суставах, усиливающиеся при движении, утренняя скованность, мышечная слабость, снижение общей реактивности. Физиотерапевтическое лечение проводилось после стихания острого периода.

Нами была предложена следующая поэтапная схема физиотерапевтического лечения: УФО - по суставам, озокеритовые аппликации по суставам, электрофорез лекарственных веществ по суставам.

УФО проводилось с помощью ртутно-кварцевой лампы, эритемными дозами, число биодоз 3-5-7, расстояние от поражённого сустава 50 см. Затем больной принимал электрофорез лекарственных веществ противовоспалительного и обезболивающего действия. На курс лечения 10 процедур. Время одной процедуры 15-20 минут.

Далее при снижении степени активности воспалительного процесса больные принимали озокеритовые аппликации на поражённые суставы при температуре 45-50 градусов. На курс лечения 10 процедур, время одной процедуры 35-40 минут.

В результате проведённого лечения у большинства больных (88%) течение заболевания принимало благоприятный характер. Показатели активности процесса, как клинические, так и лабораторные, заметно сходили на убыль. У 12% больных улучшение состояния было не значительным. Этим больным было рекомендовано продолжить лечение в условиях санатория.

Выводы. Анализ наших наблюдений позволяет считать целесообразным более широкое и разнообразное применение преформированных физиотерапевтических средств в комплексном лечении больных ревматоидным артритом.

Норова М.Х., Джобирзода А.Б., Абдуллоев Ф.С.

ТРЕВОЖНЫЕ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У СЛАБОСЛЫШАЩИХ ПОДРОСТКОВ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им.

Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - Давлатмирова Г.Ш.

Цель исследования. Выявление тревожных состояний и изучение особенностей когнитивных функций у слабослышащих подростков.

Материал и методы. Обследованы 10 слабослышащих пациентов (4 девочки и 6 мальчиков в возрасте от 14 до 18 лет) с врождённой нейросенсорной тугоухостью. Наряду с углубленным неврологическим осмотром, всем больным проводились: обследование лор-врача, консультация логопеда, осмотр окулиста, эндокринолога, исследовали биохимические показатели крови. Комплексное обследование включало МРТ головного мозга. Классификация степени нарушения слуха проводилась по Л.В. Нейману. Для оценки когнитивных функций использовали краткую шкалу оценки психического статуса (КШОПС), тест рисования часов.

Результаты исследования. По классификации Неймана, у всех обследованных выявлялась I - II степень нарушения слуха. Тревожные состояния выявлялись у 7 из 10 пациентов: у 4 - генерализованное тревожное расстройство, у 3 - фобическое тревожное расстройство. По результатам обследования когнитивного статуса получено следующее: суммарный балл по КШОПС колебался от 26 до 30 (медиана-27), по тесту рисования часов - от 8 до 10 (медиана - 9) баллов. У 5 обследованных выявлялись умеренные когнитивные нарушения. У всех детей и подростков имелись проблемы с формированием речи. По данным МРТ головного мозга, очаговые изменения не выявлялись. Следова-

тельно, у слабослышащих подростков выявлялись тревожные состояния, чаще генерализованное тревожное расстройство и когнитивный дефицит, характеризовавшийся снижением рабочей памяти, нарушением визуально-пространственной функции.

Выводы. Таким образом, данное исследование показало высокую частоту когнитивных нарушений и изменений в психоэмоциональной сфере у слабослышащих подростков, что требует активного участия в ведении, реабилитации таких пациентов не только лор-врача, логопеда, сурдолога, но и невролога, психотерапевта.

Нумонова А.А.

ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА В СТРУКТУРЕ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан.

Научный руководитель – Хаятов Р.Б.

Цель исследования. Явилось изучение клинко-психологические особенности подростков с сочетанным течением депрессивных расстройств с целью оптимизации диагностического и лечебного алгоритма мероприятий в работе психотерапевтов с больными данного типа.

Материал и методы. Были обследованы 40 подростков в возрасте от 10 до 19 лет с депрессивными расстройствами и нарушениями поведения. Ведущим методом исследования являлись клинко-психопатологический и катamnестический. В ходе исследования для оценки выраженности депрессивной патологии применялась шкала Гамильтона, а для определения эмоционального статуса использовали тест Люшера. Личностные особенности изучались с помощью теста Леонгарда-Шмишека.

Результаты исследования. Все больные были разделены на три клинические группы: с дисфорической депрессией - 20 больных (50%), тревожной депрессией – 12 больных (30%), маскированной депрессией 8 больных (20%). У данных пациентов наблюдались определенные особенности характера, такие как уязвимость, впечатлительность, тревожность, самоуничтожение; чрезмерно яркая и длительная фиксация на негативных эмоциях. В клиническом статусе дисфорической депрессии определены аддитивные расстройства поведения. У подростков с тревожной депрессией определены внутриличностные конфликты, изменения взаимоотношений с родителями и близкими, нарушения школьной адаптации и в 10% случаев привело к появлению суицидальных мыслей и намерений. На фоне депрессивных расстройств у пациентов значительно снижалась школьная успеваемость (75%), нежелание продолжать учебу (45%), появились конфликты со сверстниками (55%), уходы из дома, систематические пропуски школьных занятий, злоупотребление спиртными напитками.

Выводы. Установление типов депрессивного поведения с учётом выделения клинических аспектов личностных особенностей подростков позволит более дифференцированно осуществлять медико-психологическую помощь пациентам подросткового возраста.

Нуралиева Н.Б., Раджабова М.О.

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РОЛЬ ПАТРОНАЖНОЙ МЕДСЕСТРЫ В ИХ ПРОФИЛАКТИКЕ

Кафедра педиатрии и высшего сестринского дела Ургенджского филиала Ташкентской медицинской академии. Узбекистан.

Научный руководитель – PhD., доцент. Тажиева З.Б.

Цель исследования. Изучение основных факторов риска (ФР) в этиологии ССЗ и определения роли патронажной медсестры в профилактике заболевания ССС.

Материал и методы. Для выявления основных факторов развития сердечно-сосудистых заболеваний и для определения роли патронажной медсестры в профилактике заболеваний было проведено анкетирование больных, страдающих ССС в первичных звенах Хорезмской области Республики Узбекистан (n=816). Нами предварительно были подготовлены анкеты с соответствующими вопросами о состоянии здоровья больных, информированности их о заболеваниях и факторах риска ССС, участие патронажной медсестры в раннем выявлении и профилактики ССЗ.

Результаты исследования. В Республике Узбекистан особое внимание уделяется профилактике инфекционных заболеваний, в том числе и заболеваний ССС [2], налажена система диагностики, лечения и реабилитации больных с заболеваниями ССС.

Для определения наиболее значимых ФР заболеваний ССС мы провели опрос респондентов, по поводу ССЗ (n=816), из них 34,6% (n=282) мужчин и 65,4% (n=534) женщин. Возраст респондентов варьировал от 30 и старше.

По проведённому анкетированию респонденты 58,8% случаев оценивает состояние своего здоровья среднее, и описывают причинами состояние своего здоровья возрастом (57,4 %), отсутствием возможности регулярного отдыха (22,3%), плохим питанием (12,0 %), длительной конфликтной ситуацией дома, на работе (3,6%), невниманием к своему здоровью, вредными привычками (13,7%), недоступностью качественной медицинской помощи (0,9 %) и (11,3%) указали на наследственную предрасположенность. На вопрос об измерении артериального давления (АД) 55,0% опрошенных ответили, что всегда контролируют, и 36,9% респондентов утвердили, что для контроля патронажная медсестра рекомендовала, измеряют АД 2 раза в день. Патронажная медсестра во время визита на дому регулярно измеряет АД, ответили 90,2 % опрошенных.

Среди опрошенных респондентов чаще выявилось заболевание ССС гипертоническая болезнь 71,1% (n=580), стенокардия 9,9% (n=81), тахикардия 3,2% (n=26), инфаркт миокарда 1,9% (n=16).

91,2% (n=744) опрошенных считают, медицинские сестры проводят профилактические мероприятия (ин-

формационную, санитарно-просветительскую работу, диспансеризацию по сердечно-сосудистым заболеваниям и др.)

Выводы. Различают модифицируемые и немодифицируемые ФР. Немодифицируемые ФР — возраст, пол, генетическая предрасположенность — используют для разработки системы стратификации риска развития заболеваний. Такие ФР не могут быть скорректированы, а могут только учитываться при определении степени риска развития заболеваний. Модифицируемые ФР подвергаются коррекции [4]. В связи с этим, изучая основные ФР, для корректирования у здоровых лиц путём профилактики и внедрением здорового образа жизни вовлекая патронажных медсестер имеет социальную и экономическую важность.

Нурализода О.Ш., Тухтаева М.М.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАНЁВРА ЭПЛИ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА

Кафедра терапевтических дисциплин №1 ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Научный руководитель - Эргашев Х.Ю.

Цель исследования. Оценка эффективности приёма Эпли при комбинированной терапии болезни Меньера.

Материал и методы. Было проведено исследование на 12 больных, страдающих болезнью Меньера, которые, получали стационарное лечение в отделении «Неврология» здравоохранительного комплекса «Истиклол» в промежутке с февраля 2023 года до июня 2024 года. Для постановки диагноза пациентам были проведены опрос, аудиометрия, ультразвуковая доплерография экстракраниального сосуда (УЗДГ), МРТ, КТ, ABR-test.

Результаты исследования. Возраст исследуемых на момент госпитализации составлял от 18 до 50 лет. Среди 12 пациентов было 9 женщин и 3 мужчин. Всем пациентам была назначена медикаментозная терапия. В неё входили такие препараты, как Цитиколин (4 мл 1000мг в/в 10 дней), Ноотропил (20% раст. =10 мл в/в 10 дней), Танакан (60 мг 2 раза в день, в течении месяца), Стугерон (25 мг 2 раза в день, 20 дней), Бетагистин (16 мг 2 раза в день, 20 дней), Диакарб (250 мг 1 в день, 3 дня подряд натошак с перерывами по 3 дня, №6). Некоторым пациентам был назначен Ноосферокт (500мг/800мг, 10 дней) вместо Ноотропила и Цитиколина. Пациенты были разделены на две группы. Первой группе пациентов, помимо медикаментозного лечения, также было назначено периодическое выполнение упражнения Эпли, а второй группе пациентов было назначено только медикаментозное лечение. В первую группу входили 7 пациентов (6 женщин и 1 мужчина). Во вторую группу входили 5 пациентов (2 мужчин и 3 женщины). Первая группа после прохождения курса лечения смогла добиться стойкой и длительной ремиссии в течении 6-9 месяцев. Пациенты из второй группы посещали врача с теми же жалобами, спустя месяц после лечения. После повторного посещения этим пациентам также было назначено периодическое выполнение упражнения Эпли, после чего удалось добиться стойкой и длительной ремиссии.

Выводы. Болезнь Меньера редкое заболевание, которое встречается больше у женщин. Манёвр Эпли имеет большое значение для лечения данного заболевания и увеличивает эффективность комплексной терапии, что позволяет добиться стойкой и длительной ремиссии. Также преимуществом данного упражнения является его доступность и возможность его выполнения в домашних условиях.

Нурова Г.М., Киёмиддинов Х.Х., Шукуров С.Г.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ ТУБЕРКУЛЁЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Бобоходжаев О.И.

Цель исследования. Изучение структуры заболеваемости туберкулёзом детей и её изменения за последние 5 лет, а также анализ причин, препятствующих улучшению ситуации по туберкулёзу у детей в Республике Таджикистан.

Материал и методы. Нами был проведен анализ данных официальной статистики Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан по заболеваемости туберкулезом (ТБ) детей за последние 5 лет.

Результаты исследования. Анализ поло-возрастной структуры заболеваемости детей ТБ за последние 5 лет свидетельствует о явной тенденции к снижению уровня заболеваемости как среди мальчиков, так и девочек в ранних детских группах (0-4 лет), так и в средних (5-14) и старших (15-17) возрастных группах. Так, если в 2018 году было выявлено 555 случаев детского ТБ, а в 2019 году 587 случаев, то в последующие годы в 2020 году было выявлено 375 случаев, то есть на 212 случаев меньше, в 2021 ещё меньше – 362 случаев, и только в 2022 году было зарегистрировано на 24 случаев больше – 386 случаев ТБ. Чаще ТБ развивался в детской возрастной группе от 5 до 14 лет. Так, для более достоверного анализа если рассчитать средние статистические данные за 5 лет, то в возрастной группе 0-14 лет всего было зарегистрировано 68,2 (341) случаев ТБ, в возрастной группе 5-14 лет – 214,8 (1074) случаев, в возрастной группе 15-17 лет – 157,4 (787) случаев ТБ. Это снижение было выявлено за счёт больных ТБ детей с бактериовыделением (МБТ+), динамика которой была следующей: 2018 год – 150, 2019 – 122, 2020 – 122, 2021 – 88 и только в 2022 году число детей с бактериовыделением несколько увеличилось и составило 107 случаев ТБ. Отмечено резкое снижение клинически выявленных случаев ТБ с 100 в 2018 и 118 - в 2019, до 65 – в 2020, 46 – в 2021 году и также в 2022 году увеличилось до 86 случаев. Это свидетельствует о повышении доступности и качества диагностики с использованием молекулярно-генетических методов, таких как GeneXpert в постковидный период.

Выводы. Проведенный анализ данных официальной статистики по заболеваемости детей ТБ за последние 5 лет показал, явную тенденцию к снижению уровня заболеваемости ТБ как среди мальчиков, так и девочек во всех детских возрастных группах. При этом, ТБ чаще развивался в возрастной группе 5-14 лет, нежели в возрастных группах 0-4 и 15-17 лет.

Нурова Г.М., Мирзоева М.Б., Юсупова С.Р.
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ТУБЕРКУЛЁЗА В ДЕТСКОЙ ТУБЕРКУ-
ЛЕЗНОЙ БОЛЬНИЦЕ г. ДУШАНБЕ

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».
ГУ «Детская туберкулезная больница г. Душанбе». Таджикистан.
Научный руководитель – старший преподаватель Укуматшоева Л.Ш.

Цель исследования. Изучение и сравнение клинической структуры поступивших больных в детскую туберкулезную больницу (ДТБ) г. Душанбе 2020г, 2024г

Материал и методы. Нами был проведен сравнительный анализ поступивших больных по истории болезни в детской туберкулезной больнице г. Душанбе в 2020 и 2024г.

Результаты исследования. В детской туберкулезной больнице города Душанбе в 2020 г были госпитализированы 83 больных из разных регионов республики. Среди них лёгочный туберкулёз был обнаружен у 59 больных (71%) внелёгочный туберкулёз было у 16 больных (19.2%) А в 2024 году всего поступивших больных в ДТБ г. Душанбе было 94 больных. Из них, больных с легочным туберкулёзом было 74 что составляет (78.7%) а больные с внелёгочным туберкулёзом были всего 9 больных (9,5%). Результаты показали, что из всех легочных форм туберкулёза преобладают больные с инфильтративным туберкулёзом лёгких. В 2020 году среди поступивших больных, больные с инфильтративный туберкулёз лёгких были 32 (38%), в 2024 27 больных (28.7%). Из первичных форм туберкулёза среди поступивших больных преобладают больные с первичным туберкулёзным комплексом (ПТК), в 2020 год было всего 3 больных (3.6%), 2024 год 27 больных с ПТК (28.7%).

Выводы. Таким образом, по результатам проведенного анализа сравнительное изучение клинической структуры по 2020 г., по сравнению с 2024 годом больных из села было больше. По возрастной структуре у детей от 0 – 4, 10 больных (10.6%), в возрасте от 5-14 (13.8%). Это свидетельствует о том, что в сельской местности нету интеграции между врачами общей лечебной сети фтизиатрами.

Нуруллозода З.Х., Хушвахтзода М., Саидова М.Р.
К ВОПРОСУ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент – Ёдгорова М.Дж.

Цель исследования. Целью нашего исследования было изучение состояния здоровья девочек и факторов, влияющих на их репродуктивное здоровье.

Материал и метод. Объектом нашего исследования стали 28 девочек в возрасте от 8-16 лет. Нами проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт всех девочек, а также анкетирование всех девочек подростков.

Результаты исследования. Изучение амбулаторных карт ф-024 показал, высокие инфекционные индексы с частотой заболеваемости более 3 раз в год у всех исследуемых, как ОРВИ, тонзиллит, пиелонефрит. Заболевания пищеварительной системы: гастрит выявлен у всех 100%, Эрозивный гастродуоденит и язвенная болезнь у 9 (32.1%), заболевания нервной системы: вегето-сосудистая дистония по гипо- и гипертоническому типу и смешанной форме имели 85%, кроветворной системы: анемия дефицитного генеза у 92%, исследуемых, эндокринной системы: гипотиреоз диагностирован у 18 девочек (64.3%), эндемический зоб у 5 респонденток (17.9%), мочевыделительной системы: цистит в течение года перенесли 16 девочек (57.1%), с пиелонефритом были 21 исследуемых (75%), мочекаменная болезнь выявлены у 12 девочек, что составило 42.9%, сердечно-сосудистая патология отмечена у 4 девочек (14.3%), дыхательной системы: частые бронхиты и бронхопневмония и у 15 () гайморит и синусит у 15 (53.6%), травмы и перенесенные оперативные вмешательства, особенно связанные с воспалительными процессами в брюшной полости зафиксированы у 6 (21.4%) девочек.

Опрос –анкетирование показало, что соматическое здоровье девочек очень тревожное во всех 28 случаях, условия и образ жизни требует улучшения у 23 (82.1%) девочек, отягощенная наследственность у 5 (17.6%), физиологическое и половое воспитание в семье желает быть лучше во всех 100%. Предменструальный синдром после анкетирования выставлен всем 28 девочкам, раннее половое созревание выявлены у 8 девочек (28.7%), гипоплазия матки выставлении 7 (25%) респондентам на основании УЗИ.

Выводы. Таким образом, нами выявлено, что из 28 девочек, при доступности медицинского обслуживания, из-за низкой санитарной культуры и менталитета родителей были серьёзные проблемы репродуктивного здоровья, что ещё раз диктует необходимость улучшения качества подворных обходов и санпросвет работы среди населения, особенно женщин и девочек.

Одилзода И.Ё., Холов С. М., Гайратова Н.Н.
НАИБОЛЕЕ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С РАННИМ
ПЕРВИЧНЫМ ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Саидов Ё.У.

Цель исследования. Активный поиск и идентификация наиболее отличительных особенностей болевого синдрома у пациентов с ранним первичным остеоартритом (ОА) коленных суставов (КС).

Материал и методы. В исследование были включены 24 пациентов (19 женщины – 79,2% и 5 мужчин – 20,8%), в возрасте 37-64 года (средний возраст 49,2±5,4 года) с предположительным диагнозом первичный ранний

ОА КС (при продолжительности болевого синдрома в области КС менее 18 месяцев), у которых в последующем диагноз был верифицирован в ходе комплексного клиничко-инструментального дообследования. У всех пациентов, которые были включены в настоящего исследования с целью идентификации наиболее отличительных особенностей болевого синдрома в дебютном этапе первичного ОА КС были тщательным образом изучены и оценены анамнестические данные индивидуального у каждого отдельно взятого больного.

Результаты исследования. Полученные нами в процессе активного поиска и идентификации отличительных особенностей болевого синдрома результаты, свидетельствуют о том, что среди субъективных характеристик поражения КС в рамках раннего первичного ОА, наиболее характерными чертами болевого синдрома до появления типичных рентгенологических симптомов заболевания, которые обладают наиболее высоким рейтинговым значением в ранней диагностике первичного ОА КС, являлись: а) типичный болевой синдром "механического ритма" умеренной или выраженной интенсивности по визуальной аналоговой шкале в диапазоне 55 – 75 мм - боль при ходьбе - у 74,9%; б) боль при начале движения "стартовая боль" - у 62,4%; в) ощущение скованности и туго подвижности - у 16,6%; г) стойкая артралгия с эпизодами вялотекущего синовита КС, в основном после механической перегрузки - у 16,6% (в качестве единого дебютного симптома заболевания). Другими и немаловажными, но довольно редко встречающимися особенностями болевого синдрома при раннем первичном ОА КС являлись: а) пробуждение ночью из-за боли в коленном суставе - у 16,6%; б) боль в коленном суставе в момент пробуждения пациента - 20,8%; г) присутствие, так называемых "дескрипторов" неврологической боли (когда пациенты описывают боли как "жгучие", "ледеющие", "удар током", "разрывающие") - 12,5%; д) эпизоды, когда из-за боли невозможно двигаться - 16,6%.

Выводы. Активный поиск и идентификация наиболее отличительных особенностей хронического болевого синдрома в дебютном этапе первичного ОА КС вносит существенный вклад в раннюю диагностику заболевания.

Одилзода И.Ё., Холов С. М., Гайратова Н.Н.

СПЕКТР, ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ РАЗВЕРНУТЫМ ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Саидов Ё.У.

Цель исследования. Поиск, спектральный анализ и оценка распространенности и прогностическая значимость коморбидных заболеваний у пациентов с первичным развернутым остеоартритом (ОА) коленных суставов (КС).

Материал и методы. В исследовании приняли участие 98 больных с первичным достоверным (по критериям Американской коллегии ревматологов, 1991 г.) ОА КС I – III стадии по Келлгрэну-Лоуренсу (82 женщины - 83,6% и 16 мужчин - 16,4%) с интенсивностью болевого синдрома >40 мм по визуальной аналоговой шкале, в возрасте от 37 до 67 лет (средний возраст 58,6±4,3 года) с длительностью заболевания от 2 до 18 лет. I, II и III рентгенологические стадии первичного ОА КС по классификации Келлгрэну-Лоуренсу были выявлены у 24, 39 и 35 обследованных пациентов соответственно. С целью диагностики и определения распространенности и спектра коморбидных патологий, все пациенты с первичным развернутым ОА подвергались комплексному клиничко-лабораторному и инструментальному обследованию.

Результаты исследования. У обследованных пациентов с первичным ОА КС наличие одного и более коморбидных заболеваний было диагностировано у 80,6% больных, спектр и частота встречаемости которых в зависимости от эволюционных этапов развития и прогрессирования заболевания носили неоднородный и разнонаправленный характер. В целом полученные нами результаты в процессе активного поиска и спектрального анализа распространенности коморбидных патологий у пациентов с развернутым первичным ОА КС I, II и III стадии во всех аспектах согласуются с данными современных исследователей и свидетельствуют о том, что наиболее распространенными коморбидными заболеваниями у пациентов данной категории являются: коронарогенные кардиоваскулярные нарушения (КВН), метаболический синдром (МС), патология желудочно-кишечного тракта, сахарный диабет 2-го типа и патология органов дыхания. Указанные коморбидные спутники были зарегистрированы соответственно у 73,4, 66,3, 19,4, 16,6 и 12,2% обследованных пациентов с первичным развернутым ОА КС I, II и III стадии. Подавляющее большинство больных - 66,2% с развернутым ОА (со II и III стадии заболевания) имели два и более коморбидных заболеваний.

Выводы. У пациентов с первичным развернутым ОА КС I, II и III стадии наиболее распространенными и прогностически неблагоприятными коморбидными заболеваниями являлись коронарогенные КВН и метаболические нарушения в рамках МС. Высокая распространенность коронарогенных и метаболических нарушений в рамках метаболического кардиоваскулярного синдрома всегда диктует необходимости пересмотра и оптимизации терапевтической стратегии первичного ОА на основе междисциплинарных подходов.

Одинаев А.Г., Зухридинов А.Ш., Гончарова М.С.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ШКАЛЫ ММРІ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ИПОХОНДРОЧЕСКОГО РАСТРОЙСТВА У ПОЖИЛЫХ ЛИЦ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – старший преподаватель Кадырова З.Д.

Цель исследования. Точное выявление ипохондрического синдрома с помощью стандартизированного теста с минимальными погрешностями

Материал и методы. Исследование было проведено на базе Республиканского Клинического Центра Психиатрии. В исследовании участвовали 20 пожилых пациентов, 17 мужчин и 3 женщин, возраст от 57 до 60 лет. Исследование проводилось в 2 этапах: первый этап с использованием только шкалы ММРІ; второй этап – классический: клинко-психопатологический, клинко-катамнестический методы исследования, дополнительно с использованием шкалы ММРІ.

Результаты исследования. В ходе исследования получены следующие результаты:

В первом этапе в ходе исследования пациентов изолированного использования шкалы ММРІ у 95% (19 пациентов) испытуемых удалось точно определить степень выраженности к ипохондрии:

- 1) У 15 пациентов (14 мужчин и 1 женщина) выявили легкую степень склонности к ипохондрии
- 2) У 1 пациента (женщина) выявлена склонность к ипохондрии средней степени
- 3) У 2 пациентов (мужчина и женщина) выявили склонность к ипохондрии тяжелой степени
- 4) У 1 пациента (женщина) выявить степень склонности к ипохондрии не удалось

Во втором этапе результаты были аналогичны и у последней испытуемой не прошедшей тест выявили склонность к ипохондрии средней тяжести

Выводы. Изолированное проведение тестирования с шкалой ММРІ дает почти точный результат – в 95%, но имеет один недостаток: испытуемые могут затрудняться с ответом, особенно если вопросы касаются степени субъективных ощущений, данный недостаток нивелируется при комбинировании ММРІ теста с клинко-психопатологическими, клинко-катамнестическими методами исследования.

Одинаева О., Пирмахмадзода Б.П., Наимов С.Р.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ДЕТСКОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В ДУШАНБЕ: ОБЗОР ДАННЫХ 2018–2024

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

ГУ «Таджикский НИИ профилактической медицины». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Тиллоева З.Х.

Цель исследования. Описать демографические и клинко-эпидемиологические характеристики детей, зарегистрированных с диагнозом туберкулёз в городе Душанбе за период 2018-2024гг.

Материал и методы. Ретроспективное когортное исследование включало детей-больных ТБ, зарегистрированных для получения лечения по режиму 1 в городе Душанбе. Данные 2018–2024 годов были отобраны из национального электронного регистра по ТБ (Open-MRS). В список больных не включены больные дети зарегистрированные с ТБ после вакцинации БЦЖ. Безуспешный исход лечения включал: потерю для последующего наблюдения, неэффективное лечение, смерть. Успешное лечение объединяло результаты «Излечение» и «Лечение завершено». Отношение шансов (ОШ), 95% доверительный интервал (95% ДИ), р-значение были использованы для изучения ассоциации между воздействием и исходом лечения ТБ с чувствительностью возбудителя к противотуберкулёзным препаратам.

Результаты исследования. Средний возраст 401 детей составил 10,34 лет, стандартное отклонение -5,43 лет, женский пол составил 54,4% больных (218/401). Новые случаи составили 98,5% (395/401) больных, больные с рецидивом составили 1% (4/401), больные после потери для последующего наблюдения и неэффективного лечения по 0,25% каждый (по 1 случаю). На ВИЧ протестированы 397 из 401 больных (99%), ТБ/ВИЧ-и составили 4,5% (18 случаев). ТБ внелегочной локализации (ВЛТБ) составило 58,6% случаев (235/401). Исход лечения определен для 392 больных детей (97,8%), из них 68 (17%) переведены на режим лечения с лекарственной устойчивостью, диагноз исключен в 3-х случаях. Эффективность лечения для больных с чувствительным ТБ (321) составила 96% для больных с чувствительным ТБ, умершие-2%, потерянные для последующего наблюдения-2%, неэффективное лечение-1%. Неблагоприятный исход лечения связан с женским полом (ОШ=5,37; 95% ДИ 1,18–24,39; $p=0,025$). В 2019 году безуспешный исход лечения был связан со стационарным лечением (ОШ=11,1; 95% ДИ 1,16–106,1; $p=0,026$), в другие годы такой связи не наблюдается. Неблагоприятный исход не связан с ВИЧ-инфекцией (ОШ=1,59; 95% ДИ 0,82–3,08; $p=0,15$).

Выводы. Высокая доля внелегочного туберкулеза (58,6%) у детей свидетельствует о том, что у них заболевание часто протекает в диссеминированной форме, что требует особого внимания при диагностике и лечении. Выявленная связь неблагоприятного исхода с женским полом (ОШ = 5,37; 95% ДИ 1,18–24,39; $p = 0,025$) вызывает вопросы относительно возможных биологических или социальных факторов, влияющих на лечение девочек. Дополнительное внимание вызывает наблюдение 2019 года, когда неблагоприятный исход лечения был ассоциирован со стационарным лечением (ОШ = 11,1; 95% ДИ 1,16–106,1; $p = 0,026$), что может свидетельствовать о более тяжелом течении болезни. Рекомендовано разработать и внедрить программы раннего выявления как легочных, так и внелегочных форм ТБ у детей, разработать специальные меры поддержки для девочек, сохранение высокого уровня тестирования на ВИЧ.

Одинаева Ш.О.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПОСЛЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. профессора М.Г. Гулямова.

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - Саидов П.

Цель исследования. Оценка когнитивных нарушений у пациентов, перенёсших ишемический инсульт, анализ факторов, влияющих на их развитие и степень выраженности, а также изучение эффективности реабилитационных

вмешательств для коррекции когнитивных расстройств.

Материал и методы. Исследование проведено на базе неврологического отделения с участием 50 пациентов, перенёсших ишемический инсульт. Использовались стандартизированные нейропсихологические тесты для оценки когнитивных функций (MMSE, MoCA), а также нейровизуализация (МРТ) для оценки структуры мозга. Статистический анализ данных проводился с использованием программного пакета SPSS.

Результаты исследования. Из 50 пациентов, перенёсших ишемический инсульт, у 70% были выявлены когнитивные нарушения различной степени выраженности. Наиболее часто наблюдались расстройства памяти (60%) и внимания (55%). Локализация инсульта оказывала значительное влияние на тип и выраженность нарушений: пациенты с инсультом в левом полушарии чаще демонстрировали проблемы с памятью и исполнительными функциями. Пациенты с сопутствующими заболеваниями (артериальная гипертензия, диабет) имели более высокие показатели когнитивных расстройств. Результаты МРТ показали, что более тяжёлые повреждения мозга коррелировали с более выраженными когнитивными нарушениями.

Выводы. Когнитивные нарушения после ишемического инсульта представляют собой серьёзную проблему, влияющую на функциональное восстановление пациентов. Наиболее часто наблюдаются нарушения памяти, внимания и исполнительных функций, что негативно сказывается на ежедневной активности и социальной адаптации. Возраст и локализация инсульта играют ключевую роль в развитии и выраженности когнитивных расстройств. Важно, что когнитивные расстройства могут прогрессировать, что требует своевременного вмешательства и коррекции реабилитационной стратегии для улучшения когнитивных функций.

Олимов Э.К., Каландаров З.Ш., Дододжони А.

ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Отделение эндокринологии и приемное взрослых ГУ «ГМЦ №1 им. К.Ахмедова города Душанбе». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Каюмов Х.Б.

Цель исследования. Изучить влияния двух вариантов комбинированной сахароснижающей и антигипертензивной фармакотерапии на вариабельность артериального давления у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа, сочетанным с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Были обследованы 35 пациентов с СД 2 типа с сопутствующей АГ. Больные были разделены в 2 группы: группа 1 (n=15) получала лираглутид 1,8 мг+метформин 2000 мг, фиксированную комбинацию амлодипин/лозартан (5/20мг), группа 2 (n=20)- линаглиптин 5 мг+метформин 2000 мг, фиксированную комбинацию амлодипин/лозартан (5/20 мг). Средний возраст в 1-й группе составила 53,6 лет, во 2-й – 49,3 год, гликированного гемоглобина 7,3% и 7,7%, индекса массы тела- 31,5 кг/м² и 32,1 кг/м² соответственно. Исходно и через 30 дней лечения проводилось профилирование артериального давления с использованием метода Короткова. Оценивались среднесуточные дневные и ночные показатели систолического и диастолического АД (САД₂₄ и ДАД₂₄), индекса времени и вариабельности САД и ДАД днём и ночью (ИБ САДд и ИБ САДн, ИБ САДн и ИБ ДАДн, Вар САДд и Вар ДАДд, Вар САДн и Вар ДАДн), а также величины и скорости их утреннего подъема (ВУП и СУП). Результаты исследования обработаны с использованием программы Statistica 6.1 (StatSoft Inc, США).

Результаты исследования. В обеих группах больных наблюдалось достоверное снижение значений САД₂₄ и ДАД₂₄ до целевых (в 1-й группе у 73% больных и у 75% во 2-й). В то же время обращало на себя внимание статистически более значимое улучшение показателей вариабельности АД у больных 1-й группы в сравнении с пациентами из 2-й: ИБ САДд (-61,2% против -50,2%) и ИБ ДАДд (-55,3% против -47,1%), ИБ САДн (-59,8% против -47,9%) и ИБ ДАДн (-52,3% против -45,3%), Вар САДд (-48,2% против -39,2%) и Вар ДАДд (-50,1% против -40,5%), Вар САДн (-47,1% против -37,2%) и Вар ДАДн (-45,2% против -34,8%); (p<0,05). Наряду с этим у обследованных 1-й группы по сравнению со 2-й наблюдалось более выраженное снижение исходно повышенных ВУП САД и ДАД (-16,2% и -16,8% против -11,3% и -12,5% соответственно), а также СУП САД и ДАД (-18,3% и -17,3% против -12,1% и -12,9% соответственно); (p<0,05).

Выводы. На фоне совместного применения препаратов лираглутид 1,8 мг + метформин 2000 мг у пациентов, получавших фиксированную комбинацию амлодипин/лозартан (5/20 мг), отмечалось более выраженное снижение вариабельности АД по сравнению с альтернативным вариантом лечения. Уменьшение вариабельности, как одного из важных предикторов кардио – и цереброваскулярных осложнений АГ, вместе с позитивной динамикой других параметров суточного профиля АД может способствовать улучшению прогноза у данных больных. На наш взгляд, такое сочетание сахароснижающей и антигипертензивной терапии может быть использовано у пациентов с СД 2 типа и АГ для повышения эффективности фармакотерапии.

Орипов С.А., Рачабов А.Х., Одинаев Э.М.

НАВЯЗЧИВЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКИМИ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени проф. М.Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - старший преподаватель Кадырова З.Д.

Цель исследования. Изучить особенности навязчивых расстройств (обсессивно - компульсивных симптомов) у пациентов с хроническими сердечнососудистыми заболеваниями (ХССЗ), выявить их влияние на течение ос-

нового заболевания и предложить рекомендации по коррекции психоэмоционального состояния.

Материал и методы. Материалом послужили данные 4-х пациентов с диагностированными ХССЗ (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность), находившихся на лечении в ГУ Национальный Медицинский Центр «Шифобахш» и обратившимся к психиатрам ГУ республиканский клинический центр психиатрии в январе 2025 года. Согласно анамнезу, пациенты две женщины 58 и 65 лет, двое мужчин 52 и 60 лет в течение нескольких месяцев испытывали навязчивые тревожные мысли о здоровье, страх внезапной смерти, что сопровождалось компульсивными проверочными действиями такими как частые измерение пульса, артериального давления, повторные посещения врачей.

Результаты исследования. Анамнез выявил, что у всех пациентов навязчивые расстройства развивались постепенно в течение 6-12 месяцев, совпадая с обострениями ХССЗ. Тревожные мысли носили катастрофический характер («сердце остановится», «я умру во сне»), что способствовало учащению приступов паники. Пациенты отмечали учащенное измерение пульса, неоднократные вызовы скорой помощи без объективных показаний, избегающее поведение, например: отказ от физических нагрузок из страха спровоцировать приступ.

У троих выявлена высокий уровень тревожности, нарушение сна, повышенную утомляемость. У одного пациента кроме этих симптомов сопровождался тревожная депрессия, плаксивость, неуверенность и явление ипохондрии. По результатам психометрического тестирования (шкала тревоги Гамильтона, шкала обсессивно-компульсивных расстройств Йеля-Брауна) у всех пациентов обнаружены выраженные проявления обсессий и компульсий.

Пациентам рекомендована комплексная терапия, включающая селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) в сочетании с когнитивно-поведенческой терапией (КПТ) и одному было рекомендовано малые дозы антиконвульсантов. Спустя 4 недели терапии наблюдалось значительное снижение интенсивности навязчивых мыслей и компульсивных действий, улучшение общего самочувствия и качества жизни.

Выводы. На основании данного исследования можно сделать следующие выводы:

- Навязчивые расстройства у пациентов с ХССЗ имеют высокий уровень распространенности, способствуя ухудшению течения основного заболевания.
- Обсессивно-компульсивные симптомы усиливают психоэмоциональный стресс, что может повышать риск сердечнососудистых осложнений.
- Эффективная коррекция навязчивых расстройств требует комбинированного подхода, включающего фармакотерапию (СИОЗС) и психотерапию (КПТ).
- Необходима дальнейшая работа по раннему выявлению и профилактике тревожных расстройств у лиц с ХССЗ.
- При более тяжёлых психических нарушениях в виде тревожности, ипохондрии, депрессии и суицидальных мыслей перенаправить к врачам психиатрам и лечить совместно.

Орипова М.С., Раджабова Р.Б., Саидзода Ф.О.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПО ГОРОДУ ЗА 2021-2024 ГГ. И АНАЛИЗ ТЕНДЕНЦИЙ РОСТА

Кафедра эндокринологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Пирматова М.А.

Цель исследования. Проведение ретроспективного эпидемиологического анализа выявленных случаев сахарного диабета (СД) 1 и 2 типа в городской популяции за период 2021-2024 гг. с целью определения динамических закономерностей заболеваемости, выявления ключевых факторов, влияющих на распространённость патологии, а также обоснования необходимости профилактических и скрининговых мероприятий.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ статистических данных по количеству впервые выявленных случаев СД 1 и 2 типа за 2021-2024 гг. по данным городского эндокринологического центра города Душанбе. Источником данных являются официальные отчеты медицинских учреждений города. Для оценки тенденций использованы методы сравнительного анализа и расчет темпов прироста заболеваемости. Статистическая обработка выполнена с использованием программ Microsoft Excel и SPSS.

Результаты исследования. Общее количество впервые выявленных случаев сахарного диабета за период 2021-2024 гг. составил: СД 1 типа - 271 случай, а СД 2 типа - 3 191 случай.

Анализ данных показал следующую динамику заболеваемости: СД 1 типа: 66 случаев (2021 г.), 40 случаев (2022 г.), 62 случая (2023 г.), 103 случая (2024 г.), СД 2 типа: 410 случаев (2021 г.), 476 случаев (2022 г.), 939 случаев (2023 г.), 1366 случаев (2024 г.).

Таким образом, выявлена прогрессирующая тенденция к увеличению числа случаев СД 2 типа. В сравнении с 2021 годом, когда зарегистрировано 410 новых случаев, к 2024 году этот показатель увеличился в 3,3 раза, достигнув 1366 случаев. Такой рост свидетельствует о существенном увеличении популяционного бремени метаболических нарушений, что, вероятно, обусловлено совокупным влиянием факторов образа жизни, питания, урбанизации и сопутствующих коморбидных состояний. Кроме того, учитывая в тот период продолжительные карантинные меры, снижение физической активности и стресс-факторы могли способствовать увеличению частоты метаболических нарушений и роста случаев ожирения, что является ведущим фактором риска развития СД 2 типа.

Ситуация с СД 1 типа менее выражена, однако также демонстрирует положительную динамику прироста случаев, особенно в 2024 году. Число впервые выявленных случаев возросло с 66 в 2021 году до 103 в 2024 году, что может свидетельствовать как об улучшении диагностических возможностей, так и о возможных изменениях в структуре факторов риска, включая иммуногенетические и экзогенные триггеры. Для СД 1 типа отмечено снижение выяв-

ляемости в 2022 году (40 случаев против 66 в 2021 г.), но в 2024 году количество случаев резко возросло (103 случая). Это может быть связано с аутоиммунным триггерным эффектом COVID-19, провоцирующим разрушение β -клеток и ускорение манифестации заболевания.

Выводы. 1. В период 2021-2024 гг. отмечается выраженный рост заболеваемости СД 2 типа, что может быть связано с изменениями в образе жизни, увеличением частоты ожирения и других метаболических нарушений. 2. Рост случаев СД 1 типа требует дальнейшего анализа, учитывая возможное влияние генетических, иммунологических и экологических факторов. 3. Полученные данные свидетельствуют о необходимости активизации профилактических программ, включающих раннюю диагностику предиабета, коррекцию факторов риска и повышение информированности населения о возможностях предотвращения СД.

Отаева М.С., Рахимова Ф.Р., Хафизова А.А.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ганиева М.П.

Цель исследования. Оценить качество жизни и психоэмоциональное состояние пациентов при хронической болезни почек (ХБП).

Материал и методы. В данной работе проанализированы данные 50 пациентов с установленным диагнозом ХБП, проходивших лечение в нефрологическом отделении ГУ Национального медицинского Центра РТ «Шифобахш». К числу участников вошли 25 мужчин и 25 женщин, возраст которых варьировал от 30 до 70 лет. Медиана возраста составила 55,7 лет. Пациенты были разделены на две группы: Первая группа: 30 человек с умеренной степенью ХБП (С 3). Вторая группа: 20 человек с тяжелой формой ХБП (С 4-5). В рамках исследования в обеих группах проводилась оценка следующих параметров: Качество жизни по шкале SF-36, Уровни депрессии и тревоги при помощи шкалы HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Социальная поддержка и уровень стресса по опроснику, измеряющему социальное функционирование.

Результаты исследования. В ходе исследования были получены следующие результаты: при определении качества жизни (по шкале SF-36) в первой группе (умеренная ХБП, С-3) средний балл составил $68,3 \pm 9,4$ баллов, что свидетельствует о сравнительно высоком уровне качества жизни среди пациентов. Во второй группе (тяжелая ХБП, С- 4-5) средний балл значительно снизился до $42,7 \pm 11,5$, что указывает на серьезное ухудшение качества жизни.

При определении уровня депрессии и тревоги (по шкале HADS) у пациентов первой группы уровень депрессии составил $6,8 \pm 3,0$ (умеренный риск), уровень тревоги — $5,7 \pm 2,5$ (умеренный риск). Во второй группе уровень депрессии возрос до $12,9 \pm 4,2$ (высокий риск), а уровень тревоги — до $10,5 \pm 4,0$ (высокий риск).

Определение социальной поддержки и уровень стресса выявил, что 78% пациентов первой группы отметили наличие социальной поддержки со стороны родственников и друзей. В группе с тяжелой ХБП лишь 40% пациентов сообщили о значительной социальной поддержке, и 70% из них отметили высокий уровень стресса, связанного с болезнью.

Полученные данные подтверждают значительное влияние хронической болезни почек на качество жизни и психоэмоциональное состояние пациентов. Сравнение групп показало, что при прогрессировании заболевания от умеренной к тяжелой стадии происходит резкое снижение качества жизни, что находит отражение в более низких баллах по шкале SF-36.

Уровни депрессии и тревоги также значительно возрастают с ухудшением состояния здоровья.

Проведенное исследование продемонстрировало значительное влияние хронической болезни почек на различные аспекты жизни пациентов, включая качество жизни, психоэмоциональное состояние и уровень социальной поддержки. Результаты показывают явную необходимость учета психосоциальных аспектов при лечении и поддержке пациентов с ХБП.

Выводы. Интеграция психосоциальных услуг в лечебный процесс может помочь в снижении уровня депрессии и тревожности среди пациентов с ХБП, а также повысить уровень их жизни в целом.

Партоева Ш.С., Улмасова Д.Б.

ПРОФИЛАКТИКА ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра семейной медицины №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Муродов Н.М.

Цель исследования. Роль семейного врача в изучении эффективности методов профилактики пациентов с остеоартрозом коленного сустава в амбулаторных условиях в службе ПМСП.

Материал и методы. В основе настоящей работы, проведенной в Государственном учреждении «Городской центр здоровья №10» Республики Таджикистан за период 2023-2025 гг., находится анализ результатов комплексного обследования и изучение особенностей клинического течения остеоартроза коленных суставов на основе амбулаторных карт и выписки из истории болезни у 1342 больных в возрасте от 40 до 70 лет. С целью изучения эффективности методов для профилактики пациентов с остеоартрозом коленного сустава отобрано 80 больных с этой патологией. Из них было мужчин - 31 (38%) и женщин - 49 (62%). У 90% исследуемых было отмечен повышенный индекс массы тела до 31.

Всем больным, наряду с общеклиническими методами, были проведены исследования: общий анализ крови,

исследование уровня кальция, фосфора и сахара в крови, биохимический анализ крови, рентген снимок, компьютерная томография (КТ), магнито - резонансная терапия (МРТ) сустава, консультация травматолога. После установления диагноза больным использовали профилактическое лечение с целью предупреждения развития остеоартроза: назначены хондропротекторы, НПВС, физиотерапия, электрофорез, массаж, лечебная физкультура, иглорефлексотерапия. Внутрисуставное введение лекарственных препаратов (кенолог-40, диспроспан, афлутоп). Для предупреждения развития остеоартроза необходимо: диетотерапия (снижение веса), уменьшение нагрузки на коленные суставы, улучшение обмена веществ, предотвращение отложения солей, обеспечение питания хрящевой ткани, лечение сопутствующих заболеваний.

Результаты исследования. Для углублённого обследования больные с остеоартрозом коленного сустава больные разделены на две группы. Первая группа - основная 40 (50%) больных, а вторая - контрольная группа 20 (25%) больных. Больным первой группы нами проведены 2 раза в год: профилактическое лечение, хондропротекторы, НПВС, физиотерапия, электрофорез, массаж, лечебная физкультура, иглорефлексотерапия, диетотерапия), а также внутрисуставное введение лекарственных препаратов (кенолог- 40, диспроспан, афлутоп), а больным второй - контрольной группы не было проведено профилактическое лечение. Исходя из наших наблюдений, у лиц первой группы не наблюдается обострение и ухудшение состояния. У больных второй группы наблюдается обострение в виде: реактивного синовита - у 2 пациентов, деформация суставов - у 1 пациента, остеопороз - у 2 пациентов, остеоартрит - у 1 пациента.

Выводы. Данное исследование показало положительную динамику заболевания остеоартроза коленного сустава у пациентов амбулаторного приёма по сравнению с пациентами, кому не было назначено профилактическое лечение. Это доказывает необходимость роли семейного врача в профилактике остеоартроза коленного сустава у пациентов на уровне ПМСП.

Пахомова А.Е.

ОЦЕНКА ПРОФИЛЯ ПАЦИЕНТОК С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Кафедра медико-социальной экспертизы, неотложной и поликлинической терапии ИПО ФГАОУ «Первый Московский государственный медицинский университет имени

И.М. Сеченова Минздрава России» (Сеченовский университет). Россия

Научные руководители: д.м.н., профессор Сизова Ж.М., д.м.н., профессор Ших Е.В.

Цель исследования. Проанализировать профиль пациенток с железодефицитной анемией (ЖДА) при первичном обращении в амбулаторных условиях.

Материал и методы. В исследовании применялись методы описательной и индуктивной статистики, корреляционный анализ с использованием табличного процессора Microsoft® Excel® и языка программирования R.

Результаты исследования. Известно, что общими симптомами и признаками дефицита железа (ДЖ) и ЖДА, требующими оценки в амбулаторных условиях, являются повышенная утомляемость, головокружение, одышка, шум в ушах, бледность, вялость, озноб, учащенное сердцебиение, синдром беспокойных ног, головная боль (Pasricha S.R. et al., 2021). Ряд пациентов также отмечают алопецию, сухость волос или кожи, койлонихию и атрофический глоссит (Iolascon A. et al., 2024), хроническую усталость, плохую концентрацию внимания, ухудшение физической работоспособности и плохое качество жизни (Elstrott B. et al., 2020).

В ходе исследования был проведен анализ 45 амбулаторных карт небеременных пациенток с ЖДА в возрасте от 18 до 65 лет (среднее арифметическое значение – 39,84; медиана – 42). Плотность распределения вероятности по возрастным классам: от 15 до 23 лет ($n = 6$), что составило 13,3% от общего количества пациенток; от 24 лет до 31 года ($n = 3$), что составило 6,67% от общего количества пациенток; от 32 до 39 лет ($n = 13$), что составило 28,89% от общего количества пациенток; от 40 до 48 лет ($n = 14$), что составило 31,1 % от общего количества пациенток; от 49 до 56 лет ($n = 6$), что составило 13,3% от общего количества пациенток; от 57 до 65 лет ($n = 3$), что составило 6,67% от общего количества пациенток. Рост пациенток составлял от 158 до 180 см (среднее арифметическое значение – 166,93 см; медиана – 167 см). Вес пациенток составлял от 46 до 113 кг (среднее арифметическое значение – 67,47 кг; медиана – 65 кг). Индекс массы тела (ИМТ) составлял от 18,4 до 40 (среднее арифметическое значение – 24,15; медиана – 23,5). Коэффициент корреляции Пирсона между возрастом и ИМТ (r) равен 0,202025 – слабая положительная связь.

Спектр жалоб (доля жалоб от общего количества), которые отмечали пациентки распределился следующим образом: слабость – 27,41% (ошибки репрезентативности $m = 6,38$); утомляемость – 13,73% (ошибки репрезентативности $m = 4,82$); головокружение – 11,76% (ошибки репрезентативности $m = 4,51$); тахикардия – 5,88% (ошибки репрезентативности $m = 3,29$); ощущение сердцебиения – 3,92% (ошибки репрезентативности $m = 2,72$); боли в области сердца – 1,96% (ошибки репрезентативности $m = 1,94$); ломкость ногтей – 1,96 % (ошибки репрезентативности $m = 1,94$); вялость – 1,96 % (ошибки репрезентативности $m = 1,94$); иные жалобы – 29,41% (ошибки репрезентативности $m = 6,38$).

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о том, что наиболее часто за медицинской помощью обращались пациентки возрастных групп от 32 до 39 лет, и от 40 до 48 лет, что составило 28,89% и 31,1% соответственно от общего количества пациенток. Жалобы пациенток при первичном обращении являлись неспецифичными, что требовало дальнейшего изучения клинико-лабораторных показателей с последующим проведением дифференциальной диагностики между ДЖ и ЖДА. Также результаты исследования свидетельствуют о том, что целесообразно разработать анкету первичного приема пациентов для оценки наличия, степени выраженности и стандартизации клинических проявления ЖДА.

Пирматова Т.А., Розикова Н.И., Джураева М.
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ
Кафедра эндокринологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Пирматова М.А.

Цель исследования. Целью данного исследования было изучить частоту встречаемости гиперпролактинемии у пациентов с диагнозом гипотиреоза.

Материал и методы. В рамках проспективного и ретроспективного исследования, нами были обследованы 53 пациента с установленным диагнозом гипотиреоза, обратившихся в городской центр эндокринологии г. Душанбе. В процессе использовались данные лабораторной диагностики, что включали в себя определение уровня тиреотропного гормона (ТТГ), свободного тироксина (свТ4), уровень общего пролактина и макропролактина, а также проведение ультразвукового исследования (УЗИ) щитовидной железы и молочных желез. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica 10.

Результаты исследования. Гиперпролактинемия была выявлена у 9 из 53 пациентов (16,9%), что подтверждают данные зарубежных исследований по частоте встречаемости данного состояния при гипотиреозе. Средний возраст пациентов с гиперпролактинемией составил $31 \pm 2,1$ года. Гипотиреоз был установлен на основе значений тиреотропного гормона (ТТГ) и свободного тироксина (Т4). Из общего числа пациентов, 27% имели компенсированный гипотиреоз, при этом средний уровень ТТГ в оставшейся группе составил 17,5 ммоль/л, что указывает на выраженные нарушения функции щитовидной железы. Дополнительный анализ показал, что у 5 пациентов (9,4% от общего числа, и 55,5% среди пациентов с гиперпролактинемией) была выявлена истинная гиперпролактинемия, вызванная опухолевыми образованиями в гипофизе (пролактиномой). У остальных 4 пациентов гиперпролактинемия была функциональной (ложной), что подтверждено нормализацией уровня пролактина после начала заместительной терапии тироксином. Это демонстрирует важность дифференцированной диагностики гиперпролактинемии при гипотиреозе для выявления истинных причин повышения пролактина. Также было установлено, что пациенты с гиперпролактинемией, как истинной, так и ложной, чаще предъявляли жалобы на менструальные нарушения (аменорея, олигоменорея) - 17,1%, галакторею (8,3%) и снижение либидо (6,8%). Данные симптомы имели корреляцию с уровнем пролактина и степенью компенсации гипотиреоза. Таким образом, своевременная диагностика и лечение гипотиреоза могут способствовать улучшению состояния и снижению уровня пролактина у большинства пациентов.

Выводы. Проведённое исследование выявило, что гиперпролактинемия встречается у 16,9% пациентов с гипотиреозом, что согласуется с данными зарубежных исследований. Основной причиной повышения уровня пролактина у этих пациентов является функциональная гиперпролактинемия, вызванная гипотиреозом. Однако у значительной части пациентов (9,4%) была диагностирована истинная гиперпролактинемия, связанная с наличием опухолей гипофиза. Таким образом, мониторинг уровня пролактина у пациентов с гипотиреозом является важным для своевременной диагностики гиперпролактинемии и улучшения клинических исходов.

Пирматова Ш.Ш., Исмоилов М.А., Мангитова Ч.Г.
ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ МЕЛАТОНИНА

Кафедра внутренних болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Шарифова Н.Дж.

Цель исследования. Оценить влияние мелатонина на ортостатическую реакцию у пожилых больных изолированной систолической артериальной гипертензией (ИСАГ)

Материал и методы. В исследование включено 28 больных ИСАГ в возрасте от 60 до 75 лет. Из них 16 женщин и 12 мужчин. Критериями включения больных в исследование были: систолическое артериальное давление ≥ 140 мм рт.ст., диастолическое артериальное давление <90 мм рт.ст. возраст больных > 60 лет. Обследуемым на фоне получаемой гипотензивной терапии (ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, тиазидовые мочегонные) назначался мелатонин в дозе 3 мг в темное время суток (за 2 часа до сна). До начала и после 20-недельного курса лечения исследовали центральную и мозговую гемодинамику методом тетраполярной импедансной реографии. Для определения постуральных реакций использовалась активная ортостатическая проба. Оценивали следующие показатели: ударный и минутный объемы крови и соответствующие индексы, объемная скорость выброса, общее периферическое сопротивление сосудов, процентное соотношение объемной скорости церебрального кровотока к минутному объему крови и абсолютная величина объемной скорости церебрального кровотока.

Результаты исследования. К концу курса лечения при ортостатической пробе реакции со стороны показателей системной и мозговой гемодинамики были менее выраженными, чем до лечения. Они характеризовались уменьшением ударного (на 18,9% против 22,4%) и сердечного индексов (на 2,4% против 6,1%), а также объемной скорости выброса (на 5,2% против 11,3%). Переход в вертикальное положение существенно не отражался на характере мозгового кровотока, о чём свидетельствовали отсутствие значимых колебаний со стороны абсолютной величины объемной скорости церебрального кровотока.

Выводы. Мелатонин в оптимальной среднесуточной дозе не ухудшает функционально-приспособительные реакции у пожилых пациентов ИСАГ.

Раджабова А., Нурализода М. Н., Хусейндухт З.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНКЕТИРОВАНИЯ И ИЗУЧЕНИЯ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ДИСЦИРКУЛЯ-
ТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Кафедра эндокринологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Иноятова Н. А.

Цель исследования. Оценить эффективность анкетирования и изучить причины развития дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) у больных сахарным диабетом.

Материал и методы. Исследование было проведено на базе Городского медицинского центра № 1 имени К. Ахмедова во взрослых эндокринных и неврологических отделениях. Проспективно было обследовано 150 больных, (11 пациентов - сахарный диабет 1 типа, 139 пациентов - сахарный диабет 2 типа). Среди обследованных 45 мужчин и 105 женщин. Средний возраст $55.66 \pm 1,0$ лет (диапазон от 26 до 82 лет). Больные в основном обращались с города Душанбе (50 больных - 53,3%), меньше с Районов республиканского подчинения (20 больных - 13,3%), но наибольшее количество отмечалось из Хатлонской области (80 больных - 53,3%). Всем пациентам было проведено антропометрическое исследование - рост, вес, ИМТ, а также проведено анкетирование по таким вопросам как: нарушение когнитивных расстройств среди больных сахарным диабетом по Краткой шкале психического статуса (MMSE). При интерпретации результатов итоговый балл выводился путём суммирования результатов по каждому из пунктов. Максимальное количество, которое можно набрать в этом тесте составляет 30 баллов, что соответствует оптимальному состоянию когнитивных функций. Результаты теста трактовались следующим образом: 28-30 баллов – нет нарушений когнитивных функций; 24-27 баллов - предметные когнитивные нарушения; 20-23 балла – деменция легкой степени выраженности; 11-19 баллов – деменция умеренной степени выраженности; МНО - 10 баллов – тяжелая деменция. Проведен профиль артериального давления среди всех пациентов. Всем больным были проведены лабораторные методы исследования: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, сахар крови на момент поступления и после выписки. Статистическая обработка и математический анализ проводились с помощью программы Statistica 8.0 Excel 2017.

Результаты исследования. Среди 150 обследованных больных средний рост составил $161,79 \pm 0,55$ см, вес $74,11 \pm 1,3$ кг, ИМТ $28,05 \pm 0,49$ кг/м². По результату анкетирования по Краткой шкале психического статуса (MMSE), средний показатель когнитивного теста, составил $28,83 \pm 0,09$ (нет нарушений когнитивных функций). У 90,6% пациентов не отмечалось нарушений когнитивных функций, только у 9,4% (14) отмечались нарушения когнитивных функций. У 12 пациентов было выявлено наличие предметных нарушений, у 2 больных обнаружено деменция легкой степени. По биохимическим показателям был выявлен средний уровень холестерина $4,57 \pm 0,06$, HbA1c $11,29 \pm 0,22\%$, средний уровень гликемии крови до поступления составил $17,0 \pm 0,38$ ммоль/л, глюкоза крови на момент выписки - $7,86 \pm 0,12$ ммоль/л. У 32(21,3%) больных отмечалась артериальная гипертензия 1 степени; 2 степени у 3(2%) больных. Таким образом, анкетирование больных на предмет дисциркуляторная энцефалопатия оказалось достаточно эффективным тестированием. Причиной прогрессирования этого состояния явилась выраженная декомпенсация сахарного диабета с прогрессированием атеросклероза сосудов головного мозга.

Выводы. 1. В ходе исследования у 9,4% пациентов было выявлено наличие когнитивных нарушений, что свидетельствует о высокой эффективности анкетирования у больных сахарным диабетом. 2. Основной причиной прогрессирования когнитивных нарушений явилась выраженная декомпенсация сахарного диабета.

Рамзони М., Махмадов Ф.С., Муродов А.Б.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТА С
БОЛЕЗНЬЮ ВАКЕЗА

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

Научный руководитель – старший преподаватель Шамсов А.Т.

Цель исследования. Оценить клиническое течение болезни Вакеза, сопровождающееся сердечно-сосудистыми осложнениями, проанализировать лабораторные показатели крови до и после лечения.

Материал и методы. Проведен анализ истории болезни пациента М., 58 лет, находившегося на стационарном лечении в гематологическом отделении ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш». Исследованы клинические данные, показатели общего и биохимического анализов крови, электролитов крови, коагулограммы, Д-димера, морфологического и цито-гистохимического анализа аспирационной биопсии костного мозга, компьютерной томографии, электрокардиография (ЭКГ) и эхокардиографию (ЭхоКГ) с определением фракции выброса левого желудочка, а также проведено мониторинг динамики лабораторных показателей до и после терапии.

Результаты исследования. Пациент поступил с жалобами на слабость, головокружение, чувство тяжести в грудной клетке, одышку при минимальной физической нагрузке. В анамнезе — эритремия (болезнь Вакеза) в течение 6 лет. При лабораторном исследовании выявлены: гемоглобин – 196 г/л, эритроциты – $7,5 \times 10^6$ /мкл, гематокрит – 62%, тромбоциты – 680×10^3 /мкл, уровень лейкоцитов – 12×10^3 /мкл, повышенная вязкость крови. Коагулограмма выявила тенденцию к гиперкоагуляции. На ЭхоКГ – признаки гипертрофии левого желудочка, умеренная дилатация левого предсердия.

После проведения терапии (цитостатическая терапия гидроксимочевинной, антикоагулянты, кровопускание) отмечена положительная динамика: гемоглобин – 152 г/л, эритроциты – $5,1 \times 10^6$ /мкл, гематокрит – 46%, тромбоциты – 320×10^3 /мкл, нормализация коагулограммы, регресс субъективных симптомов.

Выводы. Болезнь Вакеза сопровождается высоким риском сердечно-сосудистых осложнений вследствие гиперкоагуляции и увеличенной вязкости крови. Своевременная терапия, включающая кровопускания, цитостатиче-

ское лечение и антикоагулянты, позволяет добиться стабилизации показателей крови и улучшения клинического состояния пациента.

Расулова О.М., Куватзода Г.Х.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ходжиева Г.Б.

Цель исследования. Оценить клиническое течение деформирующего остеоартроза.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 15 больных находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении ГУ НМЦ РТ города Душанбе с диагнозом деформирующий остеоартроз. Возраст пациентов составил от 40 до 80 лет, медиана возраста 60 лет. В исследование вошли только женщины за последние 6 месяцев (с сентября 2024 года по февраль 2025 года) всем больным были проведены клинические и лабораторные методы исследования: развернутый общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов, биохимия крови, печеночные пробы, билирубин, холестерин, С-реактивный белок, ревмопробы, общий анализ мочи, электрокардиография (ЭКГ), Рентгенография суставов, УЗИ исследование внутренних органов.

Результаты исследования. Основными клиническими симптомами при поступлении были боли в крупных суставах, отеки на ногах. Отмечались: у 12 больных (80%) встречались остеохондроз пояснично-крестцового отдела, у 4 больных (26,6%) гипертоническая болезнь, у 1 больного (6,66%) ИБС, у 2 больных (13,3) сердечная недостаточность, у 1 больного (6,66%) холецистопанкреатит, у 1 больного (6,66%) сахарный диабет 2 типа, у 2 больных (13,3) изменения со стороны нервной системы, у 1 больного (6,66%) болезнь Паркинсона. Первичные больные-12 больных, 3 поступили повторно. При исследовании лабораторных данных: у 7 больных С-реактивный белок (++), у 15 больных ревмопробы (+, положительная), у 12 больных гемоглобин в пределах нормы, а у 3 больных выше нормы. Наиболее частыми жалобами были боли в крупных суставах во время нагрузки, хруст при движении, изменения формы пораженного сустава, ограничение движения в области патологического сустава. На рентген снимках у 9 больных структурные изменения хряща в виде мутноватости и снижения эластичности, у 6 больных истонченный и разрыхленный хрящ с участками разрастания образующие дефекты, остеофиты.

Выводы. Клиническое течение деформирующего остеоартроза зависит от возраста больных и сопутствующих заболеваний, что необходимо учитывать при проведении лечения.

Рахимов Дж.Дж., Гулова Р.М., Худоёрзода К.Х.

ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА ЧАСТОТУ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ ДО 60 ЛЕТ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научные руководители - д.м.н., профессор Шарипова Х.Ё.; к.м.н., доцент Сохибов Р.Г.

Цель исследования. Установить влияние пандемии COVID-19 на частоту и клинические особенности острого коронарного синдрома (ОКС) при сравнительной оценке результатов допандемического и пандемического этапов исследования пациентов молодого и среднего возраста (МСВ), доставленных в приёмное отделение с вероятностью инфаркта миокарда (ИМ).

Материал и методы. Данное сообщение касается второй части исследования, проведённого в 2009-2012 гг. и продолженного в 2019-2022 гг. В первом сообщении были приведены результаты влияния фактора времени (интервал 10 лет) на течение ОКС, сопоставляя результаты 2009-2012 гг. с таковыми через 10 лет по данным допандемического периода (при отсутствии пандемии, до конца апреля 2020 гг., всего 16 месяцев).

Исследование проведено в два этапа лечебно-диагностического ведения пациентов МСВ, доставленных в приёмное отделение с блоком интенсивной терапии (ПО с БИТ) с вероятностью ИМ: 1) *допандемический этап* (ДПЭ) - с января 2019 г. по апрель 2020 г., 16 месяцев; $n=410$; 2) *пандемический этап* (ПЭ) - с мая 2020 г. по июль 2021 г., 15 месяцев; $n=188$). Деление на группы проведено по индексу массы тела (ИМТ) до 24,9 и 25, и более $\text{кг}/\text{м}^2$; по возрасту - молодой (до 45 лет) и средний (45-59 лет); и по полу. Использованы клинические, **лабораторно-инструментальные, аналитические и статистические методы** для выявления особенностей течения, диагностики и неотложной терапии ОКС у пациентов МСВ.

Результаты исследования. При сравнительной оценке результатов двух этапов исследования установлено значимое уменьшение количества (более, чем в 2 раза) поступающих в ПО с БИТ пациентов МСВ с ОКС на фоне пандемии COVID-19: на допандемическом отрезке наблюдения - 410 (25,6 случаев в месяц), а на ПЭ - 188 (12,5 случаев в месяц) пациентов с ОКС. Установлено, что в период пандемии пациенты молодого возраста с ОКС поступали реже (30,2% и 12,2% - соответственно в ДПЭ и ПЭ; $p<0,0001$); средний возраст пациентов с ОКС старше ($48,1,2\pm 8,4$ и $52,7,2\pm 6,7$ лет - соответственно в ДПЭ и ПЭ; $p<0,0001$); значимые различия поступающих пациентов с ОКС по полу и ИМТ в сравниваемых этапах - отсутствовали. В целом, в обоих этапах наблюдения чаще поступали пациенты среднего возраста, мужчины и с ИМТ 25 и более $\text{кг}/\text{м}^2$ ($p<0,001$). Различие частоты вариантов ОКС на фоне пандемии отсутствовало ($p>0,05$), однако ОКС без подъёма ST был наиболее частым вариантом ОКС в оба этапа ($p<0,0001$). На этапе пандемии отмечено значимое учащение ряда ассоциированных с ОКС заболеваний: артериальной гипертензии (АГ), перенесённых коронарных событий в анамнезе (ИБС) и острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), хронической сердечной недостаточности (ХСН) 1-2 функционального класса ($p<0,0001$), а также степень гипертонической (дисциркуляторной) недостаточности ($p<0,01$); учащение сахарного диабета 2 типа - было

незначимым ($p>0,05$). Как на ДПЭ, так и на фоне пандемии отмечен почти полный охват консервативной терапией пациентов с ОКС: купирование болевого приступа (93,6%), антикоагулянтная терапия (85,1) и тромболитическая терапия (16,5%).

Выводы. 1. Сравнимые этапы (допандемический и пандемический) исследования не рассматривают влияние времени, так как между ними отсутствует временной интервал. Полученные результаты свидетельствуют о влиянии фактора пандемии на клинические особенности ОКС у пациентов МСВ.

3. Следующие особенности ОКС у пациентов МСВ можно считать характерными для периода пандемии: значимое уменьшение количества (более, чем в 2 раза) поступающих в ПО с БИТ пациентов МСВ с ОКС на фоне пандемии COVID-19; средний возраст пациентов с ОКС старше; учащение ряда ассоциированных с ОКС заболеваний: АГ, перенесённых коронарных событий в анамнезе, ОНМК и ХСН.

Рахимов М.А.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан.

Научный руководитель – доктор PhD, Мамадиярова Д.У.

Цель исследования. Изучение немедикаментозных методов лечения больных ишемической болезнью сердца.

Материал и методы. В данной работе были использованы клинические и научные публикации, рекомендации ВОЗ, а также методы сравнительного анализа эффективности различных профилактических мероприятий.

Результаты исследования. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) — это хроническое заболевание, возникающее в результате несоответствия между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой, что чаще всего обусловлено атеросклеротическим поражением коронарных артерий. Данное состояние сопровождается нарушением кровоснабжения сердечной мышцы, что может проявляться в виде стенокардии, инфаркта миокарда или хронической сердечной недостаточности.

Диетотерапия. Диетотерапия является важной составляющей немедикаментозного лечения ишемической болезни сердца (ИБС). Правильное питание позволяет контролировать факторы риска, такие как гиперлипидемия, ожирение, артериальная гипертензия и нарушения углеводного обмена, что способствует замедлению прогрессирования заболевания и снижению риска осложнений.

Роль правильного питания в лечении ИБС. Рациональное питание способствует:

- Снижению уровня холестерина и триглицеридов в крови.
- Улучшению реологических свойств крови, что снижает риск тромбообразования.
- Контролю массы тела, что уменьшает нагрузку на сердечно-сосудистую систему.
- Обеспечению организма необходимыми нутриентами, поддерживающими здоровье сердечной мышцы.

Физическая активность является ключевым компонентом реабилитации и профилактики осложнений ишемической болезни сердца (ИБС). Умеренные физические нагрузки положительно влияют на состояние сердечно-сосудистой системы, улучшая качество жизни и снижая риск дальнейшего прогрессирования заболевания.

Роль социальных факторов. Социальные факторы играют важную роль в лечении и реабилитации пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС). Поддержка близких, участие в общественной жизни и регулярный контакт с медицинскими работниками способствуют улучшению физического и психологического состояния больных, а также повышают их приверженность лечению.

Выводы. Немедикаментозные методы лечения играют важную роль в комплексной терапии ишемической болезни сердца (ИБС). Диетотерапия, умеренная физическая активность, социальная поддержка и регулярные медицинские осмотры — это ключевые элементы, которые не только усиливают эффективность медикаментозной терапии, но и помогают улучшить общее состояние здоровья пациента, снижая риск осложнений и повышая качество жизни.

Рахимова Д.З., Якубов Д.М., Акромов А.

ВЛИЯНИЕ ВРЕМЕННОГО ФАКТОРА (10 ЛЕТ) НА ЧАСТОТУ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ ДО 60 ЛЕТ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Шарипова Х.Ё.; к.м.н., доцент Сохибов Р.Г.

Цель исследования. Установить влияние временного фактора на частоту и клинические особенности острого коронарного синдрома (ОКС) при сравнительной оценке результатов двух периодов исследования, проведённых с интервалом в 10 лет среди пациентов молодого и среднего возраста (МСВ), доставленных в приёмное отделение с блоком интенсивной терапии (ПО с БИТ) с вероятностью инфаркта миокарда.

Материал и методы. Исследование проведено в два периода с интервалом в 10 лет (при отсутствии эпидемий и пандемии), среди пациентов МСВ. Первый период охватывает 40 месяцев наблюдения (с января 2009 года до апреля 2012 года) и при анализе клиничко-анамнестических и ЭКГ данных, ОКС был исключён (чаще у женщин) у 20,7% пациентов МСВ; наблюдались 855 пациентов МСВ (21,4 случаев в месяц). Второй охватывает 16 месяцев допандемического этапа (с января 2019 года по апрель 2020 года); ОКС был исключён у 2,8% пациентов МСВ и под наблюдением были всего 410 пациентов с ОКС (25,6 случаев в месяц).

Деление на группы проведено соответственно задачам исследования: по индексу массы тела (ИМТ) до 24,9 и 25, и более кг/м²; по возрасту - молодой (до 45 лет) и средний (45-59 лет); и по полу. Используются клинические, лабораторно-инструментальные, аналитические и статистические методы для выявления особенностей течения

заболевания, диагностики и неотложной терапии ОКС у пациентов МСВ. Использована описательная статистика, корреляционный и регрессионный анализы.

Результаты исследования. В динамике (через 10 лет) установлен рост доли, доставленных бригадой неотложной помощи (72%; $p < 0,001$), доли мужчин (до 71,2%; $p < 0,01$). Отмечен рост случаев, когда ОКС выступал как дебют ишемической болезни сердца (ИБС) (23,7%; $p < 0,05$) и процент больных, находящихся на диспансерном учёте по поводу ИБС (36,5% и 39,5% соответственно в 1 и 2 период; $p < 0,05$). Возраст пациентов с ОКС во 2 период исследования был моложе, то есть отмечено «омоложение» ОКС, и пациенты молодого возраста составляют 30,2% ($p < 0,0001$). Важно, что со временем отмечено снижение доли пациентов МСВ, у которых ОКС был исключён (20,7% и в динамике 2,8%); установлено нарастание доли пациентов с ИМТ 25 и более кг/м^2 (68,7%; $p < 0,01$; в том числе ожирением - до 12,5%; $p < 0,01$) и сахарным диабетом (до 19,2%; $p < 0,0001$), что значимо при сравнении с 1 периодом.

Установлено, что ОКС без подъёма ST является частым вариантом ОКС (73,2%; $p < 0,0001$). В динамике, через 10 лет, чаще были применены инвазивные лечебно-диагностические (ЛД) вмешательства: коронароангиография, транслюминальная ангиопластика, аорто-коронарное шунтирование (7,8% и 25,4% - соответственно в 1 и 2 период; $p < 0,001$). Второй период характеризуется более полным охватом на уровне ПО с БИТ пациентов с ОКС консервативной терапией: купирование болевого приступа (94,9%; $p < 0,01$), антикоагулянтная терапия (77,1; $p < 0,0001$) и тромболитическая терапия (12,7%; $p < 0,01$).

Выводы. 1. Сравнимые периоды (с интервалом 10 лет) исследования проведены при отсутствии пандемии COVID-19, и полученные результаты свидетельствуют о влиянии временного фактора на частоту клинических, ЛД особенностей ОКС у пациентов МСВ. 2. Установлено, что со временем (через 10 лет) положительными сдвигами можно считать: нарастание доли больных, доставленных бригадой неотложной помощи; доли находящихся на диспансерном учёте; снижение доли пациентов, у которых был исключён ОКС; учащение случаев применения инвазивных лечебно-диагностических методов; более полный охват консервативной терапией пациентов с ОКС на уровне ПО с БИТ. 3. Отрицательными временными сдвигами можно считать: рост случаев, когда ОКС выступал как дебют ИБС; «омоложение» ОКС; нарастание доли пациентов с ИМТ 25 и более кг/м^2 и с сахарным диабетом.

Рахимова Ф.Ш., Шукуров Х.Б.

ВЛИЯНИЕ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ НА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней №3 ГОУ «СамГМУ». Узбекистан.

Научный руководитель- д.м.н., профессор Шодикулова Г.З.

Цель исследования. Оценить влияние нутритивной поддержки на скорость послеоперационного восстановления, частоту осложнений и клинические исходы у пациентов после кардиохирургических вмешательств.

Материал и методы. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одной из главных причин смертности в мировом масштабе. С развитием кардиохирургии, включая аортокоронарное шунтирование (АКШ) и другие операции, кардинально изменился подход к лечению этой патологии. Однако успешность этих вмешательств во многом зависит от качественной реабилитации пациентов, в том числе от эффективной нутритивной поддержки. Это важно, поскольку нарушение питания может стать одним из факторов, ухудшающих послеоперационное восстановление и увеличивающих риск развития осложнений. Нутритивная поддержка способствует нормализации обменных процессов, поддержанию иммунной функции и ускорению заживления послеоперационных ран.

В исследовании приняли участие 70 пациентов с ишемической болезнью сердца, перенесших кардиохирургические операции в Самаркандской областной кардиологической больнице в 2022–2024 гг. Пациенты разделены на две группы: 35 человек получали стандартное питание, 35 – усиленную нутритивную поддержку (добавление белков, витаминов, микроэлементов). Оценивались индекс массы тела, уровень белка в крови, длительность госпитализации, частота осложнений (инфекции, тромбоэмболии), сроки реабилитации и возвращение к трудовой деятельности.

Результаты исследования. Пациенты с усиленной нутритивной поддержкой имели более короткий срок госпитализации (8 дней против 12), реже страдали от инфекций (3% против 8%) и тромбоэмболических осложнений (2% против 6%). Улучшение нутритивного статуса наблюдалось у 90% пациентов, что способствовало ускоренному восстановлению мышечной силы. 85% пациентов из группы усиленного питания вернулись к работе через 3-4 месяца, тогда как в группе стандартного питания этот показатель составил 70% (через 5-6 месяцев). Частота повторных госпитализаций в группе нутритивной поддержки была ниже (5% против 15%)

Выводы. Усиленная нутритивная поддержка способствует более быстрому восстановлению после кардиохирургических операций, снижает риск осложнений и сокращает период реабилитации. Включение нутритивной терапии в стандартные протоколы реабилитации кардиохирургических пациентов должно стать приоритетным направлением для улучшения результатов лечения.

Рахматова П.Ю., Шарипова Ф.М., Рахмонов Р.Р. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНСУЛЬТА У ДЕТЕЙ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - Холматова Г.К.

Цель исследования. Изучение особенностей течения и диагностики определения инсульта у детей в условиях Таджикистана, выявление генетических факторов, влияющих на развитие заболевания и оценка доступности современных методов лечения.

Материал и методы. Дети из различных регионов Таджикистана с подтверждённым диагнозом инсульта. Анализ данных о клинической картине (симптоматика, время прихода в больницу, время до начала лечения). Оценка нейровизуализационных методов для классификации инсульта (ишемический или геморрагический). Использование шкал оценки неврологического состояния. Статистический анализ для выявления значимых факторов, влияющих на исход инсульта. Раннее обращение за медицинской помощью и использование современных методов диагностики, таких как МРТ и КТ, играют ключевую роль в улучшении прогноза.

Результаты исследования. Из 10 случаев инсульта у детей 70% составили ишемические инсульты, 30% - геморрагические. Основными факторами риска оказались врождённые сердечно-сосудистые патологии и инфекции центральной нервной системы. Симптоматика в возрасте до 3 лет отличалась от старших детей - чаще наблюдались нестабильность в поведении и неврологические расстройства, тогда как у детей старшего возраста преобладали головные боли и нарушения моторики. Оценка качества жизни пациентов после инсульта показала, что 60% детей показали улучшение, но более 30% имели стойкие неврологические дефициты. Основная медикаментозная терапия включала антикоагулянты для ишемических инсультов и препараты для контроля артериального давления и антиконвульсанты в случаях геморрагического инсульта. Реабилитация проводилась мультидисциплинарной командой и включала физиотерапию, лечебную физкультуру, психологическую помощь и образовательные программы.

Выводы. Инсульт у детей имеет свои особенности, отличающие его от инсульта у взрослых, включая характерные клинические проявления, факторы риска и исходы. Раннее распознавание инсульта, а также комплекс составили ишемические инсульты, 30% - геморрагические. Основными факторами риска оказались врождённые сердечно-сосудистые патологии и инфекции центральной нервной системы. Симптоматика в возрасте до 3 лет отличалась от старших детей.

Рахматова С.К., Хасанова З.С, Сафарзода Н.Д.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТА СТАТИНОВ И ДИЕТОТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ

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

Научный руководитель- к.м.н. доцент Ганиева М.П.

Цель исследования. Сравнить эффективность статинов и диетотерапии в снижении уровня холестерина и риска сердечно-сосудистых событий у пациентов с разным уровнем риска по шкале SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation).

Материал и методы. В исследовании участвовали 53 пациента в возрасте от 45 до 69 лет. Из них 25 человек — мужчины, 28 человек — женщины. Медиана возраста — 57,2 года. Пациенты имели сопутствующие заболевания: гипертоническую болезнь, ИБС (ишемическая болезнь сердца), сахарный диабет с высокими цифрами АД (артериальное давление), перенесенные ишемические атаки. Всем обследованным проводились клинико-функциональные исследования: ЭКГ (электрокардиограмма), ЭХО КГ (эхокардиография), рентгенография грудной клетки, тредмил- тест, велоэргометрия и использовались шкала SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation) и липидный профиль для оценки риска и диагностики. Пациенты были разделены на две группы: 1-ая группа составило 38 человек — получали розувастатин (20 мг/сут), 2-ая группа 15 человек — находились на диетотерапии. Длительность исследования составило 2 месяца.

Результаты исследования. Все группы имели сопоставимые исходные уровни липидов: средний уровень ЛПНП (липопротеиды низкой плотности) — 4,2 ммоль/л, средний уровень ЛПВП (липопротеиды высокой плотности) — 1,1 ммоль/л, средний уровень триглицеридов — 1,8 ммоль/л, средний уровень общего холестерина — 5,8 ммоль/л. Изменения в группе статинов: ЛПНП- снижение на 43% в группе высокого риска, на 35% в группе умеренного риска и на 25% в группе низкого риска, ЛПВП — увеличение на 10% во всех группах, триглицериды — снижение на 20% в группе высокого риска, на 15% в группе умеренного риска и на 10% в группе низкого риска, общий холестерин - снижение на 30% в группе высокого риска, на 25% в группе умеренного риска и на 20% в группе низкого риска. Изменения в группе диетотерапии: ЛПНП — снижение на 13% в группе высокого риска, на 9% в группе умеренного риска и на 5% в группе низкого риска, ЛПВП — увеличение на 5% во всех группах, триглицериды — снижение на 10% в группе высокого риска, на 7% в группе умеренного риска и на 5% в группе низкого риска, общий холестерин — снижение на 10% в группе высокого риска, на 8% в группе умеренного риска и на 5% в группе низкого риска. Статины значительно превосходят диетотерапию в улучшении липидного профиля. В группе высокого риска статины снизили уровень ЛПНП на 43% и риск сердечно-сосудистых событий на 30%, тогда как диетотерапия снизила ЛПНП (липопротеиды низкой плотности) только на 13%. Наибольший эффект наблюдался у пациентов с высоким риском по шкале SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation).

Выводы. Статины следует использовать как основную терапию у пациентов с сердечно-сосудистым риском, особенно при высоком и умеренном риске. Диетотерапия может быть дополнением к медикаментозному лечению, но не заменяет его.

Рахматшоева П.Ш., Сатторов Б.А., Нуруллозода У.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Бобоходжаев О.И.

Цель исследования. Изучение сравнительной эффективности существующих и новых подходов к дифферен-

циальной диагностике деструктивных заболеваний лёгких с акцентом на особенности верификации фиброзного и фиброзно-кавернозного туберкулёза.

Материал и методы. Больным, с установленным деструктивным туберкулезом легких (ДТБЛ) с сохраненной чувствительностью к противотуберкулезным препаратам (ПТП) был назначен режим лечения длительностью 6 мес., который состоял в первые 4 мес. из 4-х препаратов, комбинированных в одной таблетке: изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол; в последующие 2 мес. назначали комбинацию из двух ПТП: пиразинамид и этамбутол. Больным, с установленным окончательным клиническим диагнозом ДТБЛ с лекарственной устойчивостью к ПТП был назначен режим стандартного эмпирического лечения в течение 20-24 месяцев на амбулаторном и стационарном уровне. Пациенты с деструктивным туберкулезом легких проходили комплексное лечение с использованием следующих противотуберкулезных препаратов: капреомицин (Cm), левофлоксацин (Lfx), протионамид (Pto), цикloserин (Cs), пиразинамид (Z), и пара-аминосалициловая кислота (ПАСК, PAS). Длительность курса составляла 20-22 месяца, включая интенсивную фазу продолжительностью 8-10 месяцев и поддерживающую фазу — 12 месяцев. Оценка состояния пациента проводилась в начале лечения (базовая оценка), в ходе лечения (ежемесячно) и после завершения лечения, вне зависимости от режима лечения. В процессе осмотра нами оценивалось общее состояние пациента, отслеживалась динамика веса. Пациент направлялся на прохождение необходимых лабораторно-инструментальных исследований в соответствии со схемой клинического мониторинга. Все результаты клинических, биохимических и инструментальных исследований, любые клинические события (побочные действия или нежелательные реакции) регистрировались в медицинской карте пациента ТБ-01, а также данные отражались в дневниках и этапных эпикризах амбулаторной карты больного. При каждом посещении больного проводилось отслеживание клинико-рентгенологической динамики, результатов бактериологических исследований, мониторинга эффективности лечения и мониторинга побочных реакций на противотуберкулезные препараты.

Результаты исследования. Среди больных, поступивших на стационарное дообследование и лечение с предварительным диагнозом клинических форм ДТБЛ в связи со схожестью клинико-рентгенологических признаков деструктивных заболеваний лёгких за 2018-2022 гг., окончательный диагноз клинических форм ДТБЛ был верифицирован в 25,4% случаев, в остальных 74,6% случаев были установлены не туберкулезные деструктивные заболевания легких.

Выводы. С целью исключения задержки выявления заболевания и верификации диагноза при ДТБЛ, рекомендовано проводить профилактические скрининговые обследования населения ежегодно один раз в год в условиях Районных и Сельских центров здоровья путем проведения внутрикожных проб с туберкулином (проба Манту). Для выявления подозрений на туберкулез легких или другую легочную патологию важную диагностическую информацию можно получить при проведении флюорографического исследования органов грудной клетки.

Рахмонов А.М., Нуралиева Н.А., Бедилова Х.А.

РОЛЬ АНОМАЛИИ КОНСТИТУЦИИ В РАЗВИТИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - старший преподаватель Рахматуллоева З.Р.

Цель исследования. Изучить роль аномалии конституции в развитии заболеваний органов дыхания у детей на уровне первичного звена.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 53 детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет, с различными видами аномалии конституции, перенесшие заболевания органов дыхания (ОРВИ, бронхит, пневмония). Из 53 детей у 30(56%) выявлены признаки атопического дерматита, у 16 (30%) - лимфатико-гипопластического диатеза (ЛГД), у 7 (13%) детей с нервно-артритический диатезом (НАД). Дети наблюдались семейными врачами в Государственном учреждении, Городском центре здоровья №12 (ГУ ГЦЗ №12), за период весенний-осенний с 2023 по 2024 года. Проведено в клинико-лабораторное обследование (общий анализ крови, мочи и кала на яйца - глисты). По показаниям консультация узких специалистов.

Результаты исследования. При ретроспективном анализе, было выявлено, что большинство обследованных детей 34 (64,7%) находились на раннем смешанном и искусственном вскармливании. Именно у этого контингента детей отмечалась реакция на введение прикорма в виде аллергических реакций (сыпь, гиперемия). Клинические признаки выражались в бледности кожных покровов, пастозности, избыточной массе тела, неравномерной прибавки массы тела на 1-м году жизни, частые заболевания ОРВИ, развитие первого эпизода обструкции, гиперплазия вилочковой железы 25(48%), нарушение функции желудочно-кишечного тракта и т.д. Проведённый анализ полученных результатов выявил взаимосвязь между патологией бронхолегочной системы и видами аномалий конституции. Так, наиболее чаще воспалительные заболевания носоглотки наблюдались у детей с атопическим дерматитом – 19(36,9%), у детей с ЛГД – 13 (24,3%). Первый случай заболеваний ОРВИ до года отмечался у детей с атопическим дерматитом – 6 (12,7%), в то время, как у детей с ЛГД – 1 (1,7%) случай, а у детей старше 2-х лет с атоп – 45(84,5%), у детей с ЛГД – 6(12,3%). Первый эпизод обструкции был также отмечен у детей с атопическим дерматитом, который составлял 8 (16,3%), у детей с ЛГД - 4 (7,6%) составлял. Для детей с НАД было характерно преобладание патологии желудочно-кишечного тракта.

Вывод. Наиболее подвержены заболеваниями бронхолегочной системы дети с атопическим дерматитом и ЛГД. Вероятно, ранняя и частая заболеваемость на первом году детей с атопическим дерматитом связана с более отягощённым аллергоанамнезом у этих детей, ранним переводом на искусственное вскармливание, которые способствуют развитию затяжных патологических процессов.

Рахмонов Дж.Т., Самандарова Г.

ВЛИЯНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОПРОСНИКА IBDQ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Джамолова Р.Дж.

Цель исследования. Целью исследования является оценка качества жизни пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника посредством применения опросника IBDQ и сопоставление полученных данных с их социально-демографическими характеристиками.

Материалы и методы. Данное исследование носило проспективный поперечный характер, не имело конфликта интересов, а все расходы покрывались исследователями. Исследование проводилось с августа 2023 г. по январь 2025 года и включало 46 пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника, находившихся на стационарном лечении ГУ Института гастроэнтерологии РТ им. Мансурова Х.Х.

Результаты исследования. Из общего числа обследованных больных (n=46) болезнью Крона страдали 32 (69,6%) пациента, неспецифический язвенный колит был диагностирован у 14 (30,4%) пациентов. Женщин было - 25 (54,3%), мужчин - 21 (45,7%). Средний возраст пациентов составлял 47,3 года. Среди пациентов некурящих было 44 (95,7%), наличие в анамнезе хирургического вмешательства по поводу основного заболевания отмечено у 11 (23,9%) пациентов. Комбинированная схема терапии применялась у 20 (43,5%) пациентов, монотерапия - у 21 (45,7%), остальные 5 (10,9%) пациентов не получали лекарственного лечения. У пациентов, принимавших Метипред, отмечено значимое улучшение качества жизни.

Выводы. Наиболее высокие показатели качества жизни наблюдались у пациентов, получавших метипред. Других статистически значимых корреляций с качеством жизни выявлено не было.

Рахмонов Дж.Т., Самандарова Г., Карамшоева Т.И.

ПОРАЖЕНИЕ ЛЁГКИХ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Джамолова Р.Дж.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости поражения лёгких и его характеристику при системной красной волчанке (СКВ).

Материал и методы. Было проанализировано 15 историй болезни, в ревматологическом отделении ГУ НМЦРТ «Шифобахш» за период 2018-2024 годы, а именно: общеклинические данные и заключение инструментальных исследований (ЭХО КГ, R-графия ОГК, КТ ОГК, спирография), результаты обработаны статистическим методом.

Результаты исследования. Поражение легких обнаружилось у 12 пациентов из 15, что составляет 80%. При этом легочная гипертензия наблюдалась у 40 %, интерстициальное поражение лёгких у 50 % от общего количества обследованных. Структура поражения легких следующая: изолированный базальный пневмосклероз у 43%, пневмосклероз в сочетании с легочной гипертензией у 21,4%, изолированная легочная гипертензия у 28,6%, сочетание легочной гипертензии с фиброзирующим альвеолитом у 7% пациентов с лёгочной патологией.

Выводы. Частота и структура поражения легких при системной красной волчанке (СКВ) полученные в настоящем исследовании соответствуют литературным данным. У всех пациентов, которым проводилась терапия ритуксимабом и/или циклофосфаном, наблюдалось улучшение самочувствия и уменьшение клинических проявлений со стороны дыхательной системы.

Рахмонов Дж.Т.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Джамолова Р.Дж.

Цель исследования. Оценка качества жизни пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника посредством применения опросника IBDQ и сопоставление полученных данных с их социально-демографическими характеристиками.

Материал и методы. Выполнено проспективное поперечное исследование, в котором участвовали 46 пациентов, наблюдение осуществлялось в амбулаторных условиях. Для оценки качества жизни (КЖ) использовался опросник по воспалительным заболеваниям кишечника (Inflammatory Bowel Disease Questionnaire, IBDQ). Опросник применялся вместе с краткой анкетой, охватывающей клинические данные и социально-демографическую информацию. Статистический анализ данных IBDQ выполнялся с использованием программного обеспечения SPSS (версия 22) и включал кластерный анализ и применение критерия хи-квадрат; уровень значимости устанавливался на уровне $p < 0,05$.

Результаты исследования. Из общего числа обследованных больных (n=46) болезнью Крона страдали 32 (69,6%) пациента, неспецифический язвенный колит был диагностирован у 14 (30,4%) пациентов. Женщин было 25 (54,3%), мужчин – 21 (45,7%). Средний возраст пациентов составлял 47,3 года. Среди пациентов некурящих было 44 (95,7%), наличие в анамнезе хирургического вмешательства по поводу основного заболевания отмечено у 11 (23,9%) пациентов. Комбинированная схема терапии применялась у 20 (43,5%) пациентов, монотерапия - у 21 (45,7%), остальные 5 (10,9%) пациентов не получали лекарственного лечения. Полученные результаты не показали наличие

статистически значимых различий между мужчинами и женщинами ($p>0,05$), что указывает на отсутствие влияния пола на качество жизни пациентов. Также не было выявлено наличие статистически значимых различий между возрастными группами ($p>0,05$), что позволяет предположить, что возраст не оказывает влияния на качество жизни пациентов.

Для оценки доменов качества жизни первоначальный тест Д'Агостино и Пирсона выявил непараметричное распределение. После применения квадратного корня к данным распределение стало гауссовским, что позволило провести однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA). Анализ не выявил статистически значимых различий между доменами ($p>0,05$), что свидетельствует о том, что ни один из доменов не оказывает доминирующего влияния на качество жизни пациентов. Кластерный анализ показал, что 52,2% пациентов данной выборки демонстрировали более высокое качество жизни. У пациентов, принимавших метипред, отмечено значимое улучшение качества жизни.

Выводы. Статистически значимая связь между качеством жизни и оценёнными социально-демографическими переменными у пациентов с ВЗК не установлена. Однако кластерный анализ продемонстрировал, что домен системных симптомов опросника IBDQ является надёжным предиктором качества жизни, а пациенты, получавшие метипред, имели существенно более высокие показатели качества жизни.

Рахмонов Дж.Э., Бурибоев Р.Р., Ходжаев С.Б.

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ БОТУЛИЗМА ПО СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ

Кафедра инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Рахманов Э.Р.

Цель исследования. Дать оценку случаев ботулизма по территории Согдийской области Республики Таджикистан за период с 2014 по 2024 гг.

Материал и методы. В ходе исследования изучена эпидемиологическая ситуация по ботулизму в Согдийской области. Для выявления особенностей распространения заболевания в динамике нами проведен анализ ситуации случаев ботулизма за период с 2014 по 2024 гг.

Материалом для проведения сравнительного анализа послужили данные Службы государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Значение показателя инцидентности определены числом больных в расчете на 100 тыс. населения. Средне-многолетний показатель заболеваемости рассчитывался для 18 районов и по городу Худжанд Согдийской области.

Результаты исследования. Анализ проведенного статистического материала показывает, что ситуация в течение последних 10 лет в Согдийской области была достаточно серьезная, хотя и относительно стабильная по всем показателям, в том числе и таким, как число заболевших и летальных случаев.

За последние 10 лет в 18 районах Согдийской области был зарегистрирован 161 случай ботулизма и средне-многолетний показатель заболеваемости за данный период в среднем составил $0,91 \pm 0,017$ на 100 тыс. населения, что выше показателей по республике. Максимальное значение отмечено в 2014 г. – 1,9 (68 случаев), данное повышение было связано с групповым заражением ботулизма в Аштском районе Согдийской области. Анализ случаев ботулизма в области показал, что из 18 районов в 4 районах области (Айни, Бустон, Истиклол, Гулистон) за прошедшие 10 лет не было зарегистрировано ни одного случая ботулизма среди населения. От 1 до 3-х случаев выявлено в 7(38,9%) районах, от 4-х до 6 случаев отмечено в 2(11,1%), от 7 до 10 случаев в 4(22,2%), от 11 до 15 случаев в 3-х районах (16,6%), от 16 до 20 случаев в 1(5,6%) и свыше 20 случаев зарегистрировано в 1(5,6%) районе области.

При этом в данный период эпидемические проявления ботулизма носили характер спорадических и групповых семейных случаев. За исследуемый период многолетняя динамика заболеваемости по ботулизму в целом по области выше республиканских показателей.

Выводы. Таким образом, эпидемиологическую ситуацию по ботулизму в Согдийской области Республики Таджикистан за последние 10 лет можно оценивать, как неустойчивую и выше республиканского значения, что требует усилить санитарно-просветительскую работу среди населения по предупреждению новых вспышек.

Рахмонов Дж.Э., Киличева М.М., Хасанов А.А.

ОЦЕНКА ПОПУЛЯЦИОННОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ COVID-19

Кафедра инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Рахманов Э.Р.

Цель исследования. Дать оценку популяционного иммунитета к SARS-Cov-2 у больных, госпитализированных в ГКБ г. Душанбе в период пандемии болезни в 2020 году.

Материал и методы. Проведено иммунологическое исследование 86 больных новой коронавирусной инфекцией COVID-19, находившихся в период пандемии болезни 2020 году в ГКБ г. Душанбе. Иммунологические показатели оценивали методом ПЦР (полимеразная цепная реакция). Это высокоточный метод диагностики различных инфекций, а также золотой стандарт при выявлении коронавируса в мире. С помощью этого теста можно выявить вирус на ранних стадиях при бессимптомном течении болезни. Результаты такого теста могут быть готовы в течение 10-15 минут. Тесты на антиген, как правило, достаточно точны для людей с симптомами COVID-19. Своевременное определения возбудителя коронавирусного заболевания необходимо для выявления и лечения инфицированных людей, отслеживания контактов, эпидемиологической характеристики и принятия решений в области общественного здравоохранения.

Результаты исследования. Проведенные исследования показали следующее: из общего количества обследованных больных с положительными результатами (86), мужчин было 48 (46,4%), женщин - 38 (43,6%). Городские жители составили 52 (60,5%), сельские 34 (39,5%). Средний возраст больных составил 45,5±2,3 лет. Наибольшее число случаев COVID-19 выявлено в возрастной группе 40-59 лет (37,2%). У всех обследованных нами больных, COVID-19 протекал в виде 2-х сторонней пневмонии, которая была подтверждена методом компьютерной томографии (КТ). Информация о состоянии популяционного иммунитета необходима для разработки прогноза развития эпидемиологической ситуации, а также планирования мероприятий по специфической и неспецифической профилактике COVID-19.

Проведенные иммунологические исследования показали следующие результаты: при проведении исследований методом ПЦР во всех случаях (100%) была положительная. Исследование иммуноглобулина M(IgM) оказался положительным у 39 (45,3%) больных и у 35 (40,7%) был положительным иммуноглобулин G(IgG). У 12 (13,9%) больных, несмотря на положительные результаты ПЦР, антитела не были обнаружены к IgM, IgG, которые оказались отрицательными.

Выводы. Таким образом, в период острой фазы болезни COVID-19 антитела могут выявляться в 40,6% случаев, что может быть причиной позднего обращения больных за медицинской помощью от момента начала болезни. Полученные результаты могут также служить для корректировки профилактических мер, планирования подбора контингентов для вакцинации против COVID-19, с целью предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции.

Рахмонов Дж.Э., Нуриллов Р.С.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ БОТУЛИЗМА ПО ДАННЫМ ГКИБ г. ДУШАНБЕ ЗА 2024г.

Кафедра инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Рахманов Э.Р.

Цель исследования. Клинико-эпидемиологическая характеристика ботулизма по материалам Городской клинической инфекционной больницы г. Душанбе за 2024 год.

Материал и методы. Материалом исследования послужили 14 случаев заражения ботулизмом у людей, среди которых 4 были дети в возрасте до 14 лет. Диагноз ботулизма во всех случаях был установлен на основании клинико-эпидемиологических данных и подтверждён лабораторно методом ПЦР.

Результаты исследования. Все поступившие больные (14) по данным эпидемиологического анамнеза употребляли дома консервированные овощи домашнего приготовления. Один больной по профессии ветеринар полностью отрицал употребление каких, либо консервированных продуктов. Из общего количества больных заболевание проявилось у 6 на 1 день болезни, у 5-х больных на третий и у 3-х на 4 день болезни.

При поступлении в клинику состояние 9(64,3%) больных было расценено как тяжелое. У 3-х детей заболевание протекало в легкой форме, в основном беспокоили сухость во рту, головная боль, тошнота. У данных больных ботулизм подтверждён методом ПЦР. При объективном обследовании у 8 (57,1%) больных наблюдался птоз, выраженное и стойкое расширение зрачков у 6(42,8%), диплопия у 11(78,6%). Зев гиперемирован, налета на миндалинах нет. Мягкое небо свисает, неподвижно. В этой связи у больных наблюдалось расстройство акта глотания, отсутствовал глоточный рефлекс, был парез мягкого неба. Также у больных выявлено снижение тембра голоса, его осиплость и гнусавость.

Лечение ботулизма всем больным было проведено согласно протоколам лечения. Первоначально больному был промыт желудок и очищен кишечник с помощью высокой сифонной клизмы. Нужно отметить, что промывание желудка целесообразно проводить в первые 1-2 дня болезни, когда в желудке ещё может оставаться зараженная пища. Для нейтрализации токсина, циркулирующего в крови, больным была введена противоботулиническая сыворотка типа А - 10000 ЕД, типа В - 5000 и типа Е - 10000 ЕД по методу Безредко, внутримышечно. Также в связи с тем, что больные не могли глотать, их кормили через тонкий внутривентрикулярный зонд. Кроме того, учитывая инфекционную природу заболевания и возможность развития вегетативных форм возбудителя из спор, находящихся в желудочно-кишечном тракте, больным был назначен антибиотик тетрациклин в дозе 200 мг 4 раза внутрь через назогастральный зонд, курсом 7 дней. Также больные получили: дезинтоксикационную терапию в виде внутривенных инфузий полиионных растворов, реамберина, глюкозы; АТФ по 1 мл 1% раствора внутримышечно, рибоксин по 0,2 гр. 4 раза в сутки, дексаметазон по 8 мг 2 раза внутривенно для ликвидации миастенического синдрома. Также больные получили адсорбенты в виде активированного угля по 3 таб. 4 раза в день.

Выводы. При поступлении больных ботулизмом в срочном порядке с помощью эпидемиологов необходимо своевременно выявить всех, кто употреблял данный продукт и всех госпитализировать. Однократно всем больным для нейтрализации токсина, циркулирующего в крови необходимо ввести противоботулиническую сыворотку. Для профилактики болезни провести все необходимые мероприятия для предотвращения перехода болезни в тяжелое течение и тем самым снизить летальность.

Рахмонов Т.Б.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЭПШТЕЙНА-БАРР

Кафедра инфекционных болезней «ФГБОУ ВО БГМУ» Уфа. Россия

Научный руководитель – д. м. н., профессор Валишин Д.А.

Цель исследования. Провести анализ текущего эпидемиологического состояния вирусной инфекции Эпштейна-Барр (ВЭБ), а также изучить современные проявления манифестного и скрыто протекающего эпидемического процесса инфекции.

Материал и методы. На основе базы поисковой системы “PubMed” был проведен анализ результатов исследований за 2015–2025 гг с семантическим ядром «эпидемиология вируса Эпштейна-Барр», также в исследовании использовалась научная литература ресурса “eLibrary”.

Результаты исследования. Проблемы, связанные с герпесвирусными инфекциями, в частности с вирусом Эпштейна-Барр (ВЭБ), остаются актуальными, несмотря на проведение многочисленных исследований в области вирусологии. Заболевания, вызванные вирусами данного семейства, являются одними из наиболее распространённых инфекционных заболеваний, а спектр клинических проявлений, вызываемых ими, чрезвычайно широк. Данные Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) свидетельствуют о практически 60% инфицированности детей в возрасте до двух лет и о 90–100% инфицированности среди взрослых. Подобные показатели сопоставимы только с возбудителем ветряной оспы – около 95% людей инфицировано.

Первичное заражение вирусом Эпштейна-Барра (ВЭБ) зачастую проявляется в виде респираторной инфекции, которая не получает подтверждения в клинической практике. По данным исследований, до 40 % случаев могут начинаться именно с подобных симптомов. Также следует отметить, что у 18–25 % пациентов устанавливается диагноз инфекционного мононуклеоза, после которого у 15–25 % наблюдаются хронические формы или рецидивирующее течение заболевания [8, 9, 12]. Статистические данные свидетельствуют о значительном увеличении числа случаев инфицирования и заболеваний, вызванных ВЭБ, на глобальном уровне [8]. Этот факт вызывает серьезные опасения, так как рост числа заболевших значительно превышает темпы прироста населения в мире. При этом остается нерешенной задачей создание единой и полной картины распространения этого заболевания на планете.

Отдельную проблему представляет возможность одновременного заражения возбудителями гемоконтактных вирусных гепатитов и вирусом Эпштейна-Барр. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, около 3,4% населения Земли страдают от хронической инфекции, вызванной вирусом гепатита В (ВГВ), и около 0,9% — от хронической инфекции, вызванной вирусом гепатита С (ВГС). Учитывая широкую распространённость ВГВ и ВГС, а также инфекции, вызванной вирусом Эпштейна-Барр, и хроническое течение этих заболеваний, можно предположить возможность сочетанного поражения печени этими возбудителями.

Выводы. Это исследование подчёркивает глобальную распространённость инфекции, вызываемой вирусом Эпштейна-Барр (ВЭБ). При этом темпы роста заболеваемости превышают темпы роста населения планеты. Отсутствие единой системы наблюдения и вакцины против ВЭБ подчёркивает необходимость улучшения диагностики, разработки целенаправленных стратегий профилактики, а также исследований в области вакцин и методов лечения для решения этой серьёзной проблемы общественного здравоохранения.

Рахмонов Ф.М.

ПОКАЗАТЕЛИ МЕСТНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ С ВИТИЛИГО

Кафедра дерматовенерологии имени профессора П.Т. Зоирова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., доцент Мухамадиева К.М.

Цель исследования. Целью проведённого исследования явилось изучение состояния кровотока в очагах витилиго у лиц с разными фототипами кожи.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 65 пациентов с диагнозом витилиго в возрасте от 25 до 44 лет. Мужчин - 30, женщин - 35. У 25 (38,5%) наблюдались локализованные формы витилиго: плури-сегментарное (ПСВ) - 14/25; 56,0% случаев, бисегментарное (БСВ) - 11/25; 44,0% случаев. У 40 (61,5%) больных наблюдались генерализованные формы: акрофациальная форма (АФВ) - 19/40; 47,5% случаев, вульгарная форма (ВГВ) - 21/40; 52,5% случаев. Фототип кожи определяли по классификации Фицпатрика (1975). Исследование микроциркуляции проводилось методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) на аппарате ЛАЗМА ПФ (Россия). Проводился анализ амплитудно-частотного спектра ЛДФ-грамм отношения амплитуды соответствующих колебаний (А): Аmax LF - миогенная активность вазомоторов, Аmax HF - флуктуация кровотока, связанная с дыхательными ритмами, Аmax CF - флуктуация кровотока, связанная с кардиоритмами. Индекс эффективности микроциркуляции ИЭМ определяли по формуле $ИЭМ = \frac{Аmax LF}{(Аmax HF + Аmax CF)}$. Измерения проводились кожным датчиком в очагах витилиго и на здоровых участках кожи (не менее 3 измерений за одно исследование с последующим вычислением среднего значения). Группу сравнения составили 30 здоровых людей, рандомизированных по полу, возрасту и фототипу кожи, без сопутствующей соматической и кожной патологии.

Результаты исследования. Из всего количества пациентов у 11 (16,9%) наблюдался II фототип кожи, у 24 (36,9%) - III фототип, у 30 (46,2%) - IV фототип кожи. По данным ЛДФ из всего количества больных с III и IV фототипами (54), независимо от формы витилиго - у 44/54; у 81,5% больных показатель микроциркуляции (ПМ) составил $12,58 \pm 0,22$ перф. ед. в очагах поражения, что незначительно отличалось от данного показателя на здоровых участках кожи ($12,01 \pm 0,22$ перф. ед.). При этом, в контрольной группе данный показатель в идентичных зонах составил $9,45 \pm 0,26$ перф. ед. Кроме того, у 39/54; 72,2% пациентов с тёмным фототипом кожи наблюдалось достоверное повышение показателя АНФ, который составил $73,16 \pm 0,52\%$, что в 1,3 раза ниже, чем у пациентов со светлым фототипом, где данный показатель составил $92,08 \pm 0,97\%$. При подсчёте ИЭМ были выявлены отличия в зависимости от фототипа кожи. ИЭМ в очагах витилиго у 47/87,0% больных с тёмным фототипом был ниже, чем у пациентов со II фототипом кожи (соответственно, $0,99 \pm 0,012\%$ против $1,29 \pm 0,016\%$). На здоровых участках кожи ИЭМ у пациентов с тёмным и светлым фототипами кожи составил $1,02 \pm 0,014\%$ против $1,11 \pm 0,011\%$. Данные показатели в очагах поражения витилиго значительно отличались от идентичных зон в контрольной группе у лиц с тёмным и светлым фототипами кожи (соответственно, $1,17 \pm 0,014\%$ и $1,19 \pm 0,016\%$). Снижение ИЭМ ($p < 0,05$) у пациентов с тёмным фототипом кожи указывает на выраженные застойные явления в веноулярном отделе микроциркуляторного русла. У пациентов со II фототипом кожи достоверное повышение показателей ALF ($41,74 \pm 1,14\%$) и ИЭМ ($1,29 \pm 0,016\%$) (p

<0,05) по сравнению с контрольной группой ($128,14 \pm 0,85\%$ и $1,19 \pm 0,017\%$, соответственно) свидетельствует о наличии гипертонуса артериола в зоне витилиго.

Выводы. Таким образом, в очагах поражения витилиго имеются выраженные нарушения местного кровотока, которые имеют более выраженный характер у больных с тёмным фототипом кожи.

Рахматова М.А., Джобирзода А.Б., Рахмонов Р.Р.
ИЗМЕНЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - Давлатмирова Г. Ш.

Цель исследования. Изучить особенности психических процессов с эпилепсией, находящихся на лечении в неврологической отделении.

Материал и методы. Исследование было проведено на кафедре неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Обследовано 30 человек с эпилепсией в возрасте от 20 до 40 лет, использование психологических тестов по определению уровня памяти, внимания, мышления, эмоциональной сферы.

Результаты исследования. У 20,8% больных с эпилепсией зарегистрированы нарушения психических процессов по эпилептическому типу в виде: затруднения долговременного удержания материала (80%), нарушения внимания в виде снижения при переключаемости (98%), нарушения мышления в виде снижения уровня обобщения и вязкости мышления (100%), изменение эмоциональной сферы в виде дисфории (42%). Страдает длительное (долговременное) удержание материала. При наличии легкого психического дефекта ослабление памяти незначительное и по суммарным показателям не выходит за пределы нормы. Нарушения внимания разнообразны, что связано с картиной заболевания при эпилепсии. В межприпадный интервал больной может показать хорошую устойчивость внимания. При явлениях малых припадков устойчивость внимания отражает состояние больного и характеризуется грубыми искажениями. Среди других показателей внимания особенные затруднения у больных вызывают задания на переключаемость внимания. Особенности мышления характеризуются снижением уровня обобщения вследствие «застывания» на деталях (склонность к детализации) и затруднением образования обобщающих понятий. Тугоподвижность, вязкость мышления обнаруживается в инертности протекания ассоциативных процессов (больные «топчутся» на месте, не могут отвлечься от второстепенных, малосущественных деталей). Характерны изменения эмоциональной сферы – дисфории (расстройства настроения, обычно сочетание злобности и тоскливости, отмечаются также агрессивные состояния, импульсивность, возбудимость или наоборот уныние, подавленность, нерешительность, неуверенность в себе и т.д.). Изменение характера у большинства больных начальной стадии эпилепсии выражены слабо или отсутствуют. Они возникают не сразу, а в процессе развития болезни, на более поздних этапах. Сначала появляется астеническая симптоматика, или снижение подвижности психических процессов, а затем возникают характерологические изменения.

Выводы. При патопсихологической диагностике больных эпилепсией обнаруживаются характерны изменения мышления, речи, памяти, личностные особенности. Заболевание приводит к постепенному изменению личности и своеобразному снижению интеллекта. С целью коррекции данных изменений необходимо раннее, длительное психологическое сопровождение данной группы больных.

Рахмонов Б.А.

НАҚШИ АЛДОСТЕРОН ДАР ТАҲЛИЛИ РАВАНДҲОИ ФИБРОЗӢ ДАР НАМУДҲОИ ГЕМОТИНАМИКИИ НОКОМИИ МУДОВИМИИ ДИЛ

Кафедраи бемориҳои дарунӣ ва терапия дар тибби оилавии филиали Термизии Академияи тиббии Тошканд.
Ўзбекистон.

Роҳбари илмӣ- Қорахонов Р.Қ

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши нақши альдостерон дар таҳлили равандҳои фиброзӣ дар намудҳои гемодинамикии нокомии музминии дил (НМД).

Мавод ва усулҳо. Ба таҳқиқот 60 нафар беморон бо НМД, ки дар заминаи бемории ишемикии дил (БИД) инкишоф ёфтааст, ҷалб карда шуданд. Беморон мутобиқи натиҷаҳои клиникӣ ва эхокардиография (ЭхоКГ) ба 3 гурӯҳ тақсим карда шуданд. - Гурӯҳи 1: 16 нафар ($64,85 \pm 1,2$ сол, 10 мард ва 6 зан, ФС II – 7 нафар, ФС III – 9 нафар) бо фраксияи партови хун (ФПХ) пасти чапи меъдача (<40%). - Гурӯҳи 2: 20 нафар ($63,05 \pm 1,7$ сол, 14 мард ва 6 зан, ФС II – 9 нафар, ФС III – 11 нафар) бо ФПХ миёна (41-49%). - Гурӯҳи 3: 24 нафар ($64,7 \pm 1,3$ сол, 14 мард ва 10 зан, ФС II – 12 нафар, ФС III – 12 нафар) бо ФПХ ниғаҳдошта (>50%). Таъхиси НМД мувофиқи меъёрҳои Ассоциатсияи кардиологҳои Аврупо гузошта шуд. Микдори альдостерон барои таҳлили равандҳои фибрози миокард тавассути таҳлили иммуноферментӣ муайян карда шуд. Маълумоти гирифташуда бо барномаи MS Excel (2016) таҳлил карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Микдори альдостерон дар гурӯҳи 1 нисбат ба сатҳи референтӣ $4,1$ маротиба зиёд ($358,5$ пг/мл), дар гурӯҳи 2 $5,6$ маротиба зиёд ($490,7$ пг/мл) ва дар гурӯҳи 3 $6,1$ маротиба зиёд ($528,3$ пг/мл) буд. Таҳлили ҳамбастагии сатҳи альдостерон бо нишондиҳандаҳои гемодинамика: - Дар гурӯҳи 1 алоқамандии заиф бо ғафсии девори қафои меъдачаи чап ($r=0,20$) ва ҳамбастагии манфии қавӣ бо ФПХ ($r=-0,70$; $p<0,001$) ба қайд гирифта шуд. - Дар гурӯҳи 2 алоқамандии мусбат бо андозаи диастоликии ниҳой ($r=0,35$), ҳаҷми диастоликии ниҳой ($r=0,39$) ва ҳаҷми систоликии ниҳой ($r=0,35$; $p<0,01$) ба мушоҳида расид. - Дар гурӯҳи 3 алоқамандии мусбат бо ғафсии девори қафои меъдачаи чап ($r=0,33$; $p<0,05$), ғафсии монеаи байнимеъдачагӣ ($r=0,31$; $p<0,05$) ва индекси вазни миокарди

меъдачаи чап ($r=0,44$; $p<0,001$) муайян карда шуд.

Хулоса. Дар беморони дорои ФПХ миёна ва ниғахдошта сатҳи альдостерон назар ба беморони бо ФПХ паст ба таври назаррас баланд буд. Дар бештари беморон ремоделсозии консентрикии меъдачаи чап ва гипертрофия мушоҳида гардид. Ин равандро бо афзоиши коллаген дар матрикси хоричи ҳучайравӣ ва рушди шадиди фиброз алоқаманд буда, бо натиҷаҳои тадқиқотҳои қаблӣ мутобикат доранд.

Рачабов А.Х., Орипов С.А., Одинаев Э.М

ПРОВЕДЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ СРЕДИ ЛИЦ С КАРДИОФОБИЕЙ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. проф. М.Г. Гулямова

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – старший преподаватель Кадырова З.Д.

Цель исследования. Целью исследования является изучение эффективности психотерапевтических методов для снижения уровня тревожности и улучшении качества жизни пациентов с кардиофобией, а также анализ распространенности кардиофобии среди лиц, обращающихся с жалобами на инфаркт миокарда.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 25 пациентов, обратившихся в кардиологическое отделение ГУ Национальный Медицинский Центр «Шифобахш» в период с января по июнь 2024 года с жалобами на симптомы, схожие с инфарктом миокарда. Возраст участников составил от 35 до 55 лет (средний возраст – 45 лет), из них 60% – женщины, 40% – мужчины. Для диагностики использовались следующие методы: Электрокардиография (ЭКГ) для исключения инфаркта миокарда; Клиническое интервью с использованием шкалы тревожности Бека (BAI) для выявления уровня тревожности. Анкетирование для оценки качества жизни (опросник SF-36) и катamnстические обследование

После исключения инфаркта миокарда у пациентов с подтвержденной кардиофобией проводилась психотерапия. В течение 6 месяцев 2 пациентов (основная группа) проходили курс когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), включающий 10 сессий по 60 минут. Программа КПТ включала:

Также использовались другие методы коррекции среди лиц с кардиофобией такие как:

- Техники релаксации и дыхательные упражнения для снижения физиологической тревожности.
- Когнитивную реструктуризацию для коррекции иррациональных убеждений (например, «любой дискомфорт в груди – это инфаркт»).
- Психотерапевтические беседы и сравнения.

Контрольная группа (2 пациентов) получала стандартное медикаментозное лечение (анксиолитики по назначению врача) без психотерапии. Эффективность оценивалась через повторное анкетирование по шкале BAI и опроснику SF-36 через 3 месяца после начала вмешательства.

Результаты исследования. Из 25 пациентов, обратившихся с жалобами на симптомы инфаркта миокарда, у 20 (80%) диагноз инфаркта миокарда не подтвердился. ЭКГ показала признаки инфаркта только у 5 пациентов (20%). Среди 20 пациентов без инфаркта у 15 (75%) была диагностирована кардиофобия на основании высокого уровня тревожности (средний балл по шкале BAI – 32,5) и отсутствия органической патологии. После проведения психотерапии в основной группе (КПТ) уровень тревожности снизился в среднем на 65% (с 32,5 до 11,3 баллов по шкале BAI), а показатели качества жизни по опроснику SF-36 улучшились на 40%. В контрольной группе снижение тревожности составило только 20% (с 31,8 до 25,4 баллов), а улучшение качества жизни – 15%. Также в основной группе наблюдалось снижение частоты обращений за медицинской помощью на 60% в течение 3 месяцев после завершения курса КПТ, в то время как в контрольной группе этот показатель снизился лишь на 10%.

Выводы. Среди пациентов, обращающихся с жалобами на инфаркт миокарда, 80% (20 из 25) не имеют инфаркта, а 75% из них страдают кардиофобией. На ЭКГ подтвердила инфаркт миокарда только у 20% пациентов (5 из 25).

Когнитивно-поведенческая терапия является наиболее эффективным методом лечения кардиофобии, обеспечивая долгосрочное улучшение состояния без необходимости медикаментозной коррекции.

Медикаментозное лечение может использоваться как вспомогательный метод, однако требует индивидуального подбора препаратов и мониторинга побочных эффектов.

Для достижения устойчивого терапевтического эффекта необходим комплексный подход, включающий психологическое, психотерапию и при необходимости фармакотерапию.

Ризоева М.Д., Темурова Ф.Х., Пирзода А.А.

ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - старший преподаватель Рахматуллоева З.Р.

Цель исследования. Изучить особенности течения и лечения пиелонефрита у беременных в практике семейного врача.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 36 амбулаторных карт ф№24 и индивидуальных карт Ф № 029 беременных женщин, в возрасте от 20 до 37 лет, с января по сентябрь месяца 2023 года, в Государственном учреждении (ГУ) Городской центр здоровья №12 (ГЦЗ №12). Все беременные были разделены на следующие группы в зависимости от триместра беременности: 1-й триместр – 13 (36,1%), 2-ой триместр – 17 (42,7%), 3 триместр – 6 (16,6%). Всем беременным женщинам были проведены клинико-лабораторные исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на креатинин и мочевины, КОЕ), УЗИ почек.

Результаты исследования. При ретроспективном анализе у беременных с пиелонефритом выявлены клинические проявления: повышение температуры до 38°C, признаки интоксикации. Выраженные признаки интоксикации сопровождаются болями в пояснице, усиливающимися при дыхании, с иррадиацией по ходу мочеточников в паховую область, бедро, половые губы. Симптом Пастернацкого положительный, чаще справа. При присоединении цистита отмечалось учащенное болезненное мочеиспускание, моча имела неприятный запах, также отмечалось появление отеков на нижних конечностях, повышение АД. В I-м триместре беременности острый пиелонефрит у 12 (33,3%), хронический пиелонефрит - у 1 (2,7%), болезнь протекала в легкой форме, без серьезных осложнений. Во II-м триместре был обнаружен гестационный пиелонефрит - у 9 (25%) беременных и у 8 (22,2%) женщин - острый пиелонефрит. На 3-м триместре у 4 (11,1%) беременных женщин гестационный пиелонефрит и хронический пиелонефрит - у 2 (5,5%). В общем анализе крови: гемоглобин -110 г/л, лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево, увеличение СОЭ. В общем анализе мочи отмечались – протеинурия, лейкоцитурия. КОЕ показало наличие в моче бактерий. УЗИ: увеличение очагового изменения паренхимы (со стороны чашечковой-лоханочной системы). Было предписано немедикаментозное лечение: соблюдение постельного режима, диета с исключением - соленой, жареной, острой пищи, включение в состав рациона белка, витаминов, продуктов, в составе которых имеется железо. Также проводилось комплексное лечение беременных с диагнозом пиелонефрит. При лечении больных в I триместре беременности, в период органогенеза, для предотвращения повреждающего влияния на эмбрион применялись только малотоксичные природные и полусинтетические пенициллины (ампепиллин), и растительные уросептики. А также назначалась фузидовая кислота, фолиевая кислота, витамины. Во II и III триместрах беременности, т.е. когда закончен органогенез плода и начинает функционировать плацента, выполняющая барьерную функцию по отношению к некоторым антибиотикам и противовоспалительным препаратам. Спектр антибактериальных лекарственных средств был расширен, природными и полусинтетическими препаратами, такими как цефалоспорины III и IV поколения, также назначали нитрофураны, котримазол, препараты железа - сульфат железа. Доза лекарственных средств рассчитывались в зависимости от суммарной функциональной способности почек в соответствии с относительной плотностью мочи. Лечение пиелонефрита беременных осуществлялось под контролем лабораторных данных.

Выводы. Выявлено, что чаще у беременных отмечалась высокая температура, слабость, боли в пояснично-мобласти, болезненное мочеиспускание с неприятным запахом. Течение заболевания легче протекало в I - м триместре беременности, нежели во 2-м и 3-м триместрах, где отмечались отеки в нижних конечностях. Таким образом, своевременно начатой и правильной рациональной фармакотерапия способствует быстрому выздоровлению, предупреждению осложнений и нормальному течению беременности,

Ризоева С.

ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТНОГО ПОЛЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

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

Научный руководитель – старший преподаватель Н.В.Фаттоева

Цель исследования. В нашу задачу входило изучение действия магнитного поля аппарата «Полус-1» у больных с ревматоидным артритом.

Материал и методы. В современных условиях в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий у больных с ревматоидным артритом и другими диффузными поражениями соединительной ткани важное место занимают физические факторы. Своевременное и длительное применение лечебно-реабилитационных средств способствует снижению активности патологического процесса, в последующем улучшению, а в некоторых случаях и восстановлению функции поражённых суставов, тем самым сокращению сроков временной нетрудоспособности и более быстрому возвращению к трудовой деятельности.

Под нашим наблюдением находилось 35 женщин, больных ревматоидным артритом, из них 20 – в возрасте до 25 лет и 15 свыше 25 лет. Все больные при поступлении в клинику предъявляли жалобы на боль в суставах, усиливающуюся при движении, утреннюю скованность, мышечную слабость, снижение общей активности.

Воздействие переменным магнитным полем проводили аппаратом «Полус-1» в непрерывном режиме, форма тока синусоидальная, двумя индукторами непосредственно на поражённые суставы (расположение индукторов поперечное), ежедневно по 10-15 минут. Максимальная магнитная индукция (интенсивность) для индуктора составляла не менее 25 мТл. Курс лечения состоял из 10-15 процедур.

Магнитотерапия проводилась в комплексе с антиревматическими медикаментозными средствами, лечебной физкультурой и массажем при минимальной или умеренной степени активности процесса с преобладанием экссудативных и пролиферативных явлений и выраженного болевого синдрома, при наличии функциональной недостаточности первой или второй степени. Для характеристики тяжести патологического процесса и эффективности магнитотерапии проводились исследования функционального состояния больного по общеклиническим данным (жалобы больного, признаки воспаления суставов), по биохимическим показателям (СОЭ, лейкоцитоз, С-реактивный белок, ревмофактор, содержание общего белка и его фракций в крови) с учётом функционального состояния суставов (гонометрия, динамометрия, окружность суставов).

Результаты исследования. В результате комплексного лечения больных с использованием магнитного поля, течение заболевания принимало благоприятный характер, повышалась функциональная активность больных. Показатели активности процесса как клинические, так и лабораторные улучшались. Положительные результаты отмечены, начиная с 5-7 процедуры. Наибольший эффект в комплексном лечении больных с применением магнитотерапии наблюдался при воздействии на область лучезапястных суставов и кистей рук.

Выводы. Анализ наблюдений позволяет считать целесообразным включение магнитотерапии в комплекс лечебно-профилактических мероприятий при лечении ревматоидных заболеваний.

Розиков У.И., Абдуллоев Н.Н., Розиков Ш.И.
РИСК ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ СРЕДИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».
Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Сироджидинова У.Ю.

Цель исследования. Выявление и лечение инфицированных туберкулезом (ТБ) лиц из числа студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино во время прохождения цикла на кафедре фтизиопульмонологии.

Материал и методы. Нами традиционным методом обследованы 689 студентов Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино во время прохождения цикла по туберкулезу на кафедре фтизиопульмонологии. Проведена внутрикожная проба Манту с 2 ТЕ и цифровая рентгенография легких с применением программы искусственного интеллекта при интерпретации снимков. Все студенты с положительным результатом пробы Манту были обследованы в Республиканском центре по защите населения от ТБ, где им проведена рентгенография органов грудной клетки, при необходимости КТ и МРТ легких на предмет наличия активного локального ТБ, общий анализ крови, лабораторные исследования мокроты: Gene Xpert, Хайн-тест, микроскопия мазка мокроты, посев на плотные и жидкие питательные среды.

Результаты исследования положительная реакция, т.е. папула более 5 мм было выявлено у 74 (10,5%) студентов, из них у 11 (более чем у половины) выявлена гиперергическая реакция, т.е. папула была более 21 мм. В результате у 3-х студентов выявили локальные формы ТБ: У 1-го студента ТБ внутригрудных лимфатических узлов (малая форма) - у 2-х студента была выявлена инфильтративная форма ТБ легких. Инфицированным студентам назначена химиопрофилактика изониазидом под контролем медицинского персонала учебного заведения. Выявленные больные обеспечены химиотерапией в амбулаторных условиях, так как они не являются бактериовыделителями (у них в мокроте МБТ не выявлено). В результате лечения было отмечено полное рассасывание процесса в легких без остаточных изменений.

Выводы. В нашем исследовании, из 689 обследованных студентов в 10,5% случаев выявлена латентная туберкулезная инфекция, у 1 студента выявлено заболевание малой формой ТБ и у 2 студентов - инфильтративная форма ТБ. Таким образом, туберкулинодиагностика и флюорографическое исследование легких при массовом проведении помогает выявить случаи ТБ на ранних этапах его развития, что отражается на эффективности их лечения.

Розикова Н.И., Саломатджонзода Л.
ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 И 2 ТИПА И ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кафедра эндокринологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры Пирматова М.А.

Цель исследования. Оценить когнитивные нарушения у больных сахарным диабетом 1 и 2 типа (СД 1 и 2 типа) в сравнении с пациентами, имеющими сердечно-сосудистые заболевания (ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь).

Материал и методы. Исследование проведено на базе отделений эндокринологии и кардиологии Городского медицинского центра №1 имени К. Ахмедова, за период с октября 2024 года по январь 2025 года. В исследование были включены 100 пациентов находившихся на стационарном лечении, которые в последующем были разделены на две группы: 1-группа – 50 пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типа, 2 группа – 50 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и гипертонической болезнью (ГБ), средний возраст которых составил $53 \pm 1,5$ лет. Оценка когнитивных функций проводилась с использованием Монреальской когнитивной шкалы (MoCA), которая является стандартизированным инструментом диагностики когнитивных нарушений. Критерием исключения явились пациенты, имеющие диагностированные неврологические, психические или психомоторные нарушения. Дополнительно методы исследования включали в себя анализ возраста пациентов, стаж заболевания, степени компенсации основного заболевания, анализировались уровень глюкозы крови и гликированного гемоглобина. Для статистической обработки данных использовались методы описательной статистики, *t*-критерий Стьюдента для сравнения средних значений, а также корреляционный анализ Спирмена для оценки связи между показателями когнитивного статуса и клиническими параметрами.

Результаты исследования. Анализ данных показал, что когнитивные нарушения встречаются чаще у пациентов с сахарным диабетом. В группе больных СД 72% пациентов (36 из 50) продемонстрировали когнитивные нарушения ($MoCA < 26$), а 28% (14 пациентов) показали нормальные когнитивные показатели ($MoCA \geq 26$). В группе пациентов с ИБС и ГБ когнитивные нарушения выявлены у 60% больных (30 из 50), а у 40% (20 пациентов) результаты тестирования были в пределах нормы. Анализ подгрупп внутри первой группы выявил различия между пациентами с СД 1 и СД 2 типа. Среди пациентов с СД 1 типа (8 человек) когнитивные нарушения отмечены лишь у 1 пациента, имеющего длительный анамнез заболевания (более 30 лет). Среди пациентов с СД 2 типа когнитивные нарушения регистрировались чаще, особенно у больных с возрастным аспектом ($61 \pm 2,4$ год), с высокой гликемией ($17,33 \text{ ммоль/л} \pm 1$) и уровнем гликированного гемоглобина ($13,4\% \pm 1$). Таким образом в процессе работы выявлены факторы, влияющие на когнитивные функции, в частности возраст: у пожилых пациентов нарушения встречаются чаще ($p < 0,05$); стаж заболевания: длительный анамнез заболевания ассоциируется с ухудшением когнитивных функций; уровень глюкозы и гликированного гемоглобина: высокие показатели коррелируют с низкими результатами MoCA ($r = -0,42$, $p < 0,05$). Для пациентов с ИБС и ГБ также отмечено снижение когнитивных функций у пожилых людей и при длительном стаже заболевания. Полученные результаты подтверждают данные предыдущих исследова-

ний о взаимосвязи сахарного диабета и когнитивных нарушений.

Выводы. Наиболее выраженные когнитивные нарушения встречаются у пациентов с СД 2 типа, что может быть связано с возрастными изменениями, хронической гипергликемией, сосудистыми осложнениями и инсулинорезистентностью мозга. Пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями также демонстрируют когнитивные нарушения, что может быть связано с гипоксией, хронической гипертензией и нарушением цереброваскулярной регуляции.

Рузиева М., Юлдошев С.А., Тагоев А.А.

НОСОМОНИҲОИ РАВОНӢ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ БЕМОРИҲОИ ОНКОЛОҒӢ (ҶАНБАӢҲОИ ТАБОБАТӢ-БАҶҚАРОРКУНӢ)

Кафедраи асабинишӣ, психиатрия ва психологияи тиббии ба номи М.Ғ. Ғуломови МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”, Тоҷикистон.

Роҳбари илмӣ – Шаропова М. С.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои вайроншавиҳои равонӣ дар беморони гирифтори бемориҳои онкологӣ

Мавод ва усулҳо. Микдори беморони тадқиқшаванда - 28 нафар барои табobati махсус, 10 нафар барои табobati паллиативӣ (сабуккунанда), синну сол - аз 35 то 65, муддатзамони беморӣ – аз 1 то 9 сол, аз 38 бемори тадқиқшаванда 26 нафар мард ва 12 нафар зан буданд.

Натиҷаи таҳқиқот. Дар зинаи табobati махсус бартарафкунии пурраи вайроншавиҳои руҳиву равонӣ (дараҷаи “А”) танҳо дар 4 нафар (1 мард ва 3 зан) бемор дида шуд. Натиҷаи табobati нисбатан хуб (дараҷаи “В”) дар 8 нафар (4 мард ва 4 зан) бемор пайдо шуд. Натиҷаи табobati нопурра (дараҷаи “С”) ё қаноатбахш танҳо дар 10 нафар (9 мард ва 1 зан) бемор ба вуҷуд омад. Дар беморони дигари боқимонда (6 нафар мард) натиҷаи табobati махсуси бартарафкунии вайроншавиҳои руҳиву равонӣ бениҳоят паст (дараҷаи “Д”) буд. Дар бемороне, ки табobati паллиативиро гирифта буданд, дараҷаи “С” ё натиҷаи нопурра (қаноатбахш)-и табобат танҳо дар 3 нафар (1 мард ва 2 зан) бемор ва натиҷаи бениҳоят паст (дараҷаи “Д”) -и табобат дар бақияи беморони дигар (5 мард ва 2 зан) дида шуд.

Типологияи вайроншавиҳои руҳиву равонӣ дар заминаи бемориҳои онкологӣ асосан бо ихтилолоти зерин муайян мешавад: алоими астеникӣ, алоими вайроншавиҳои шуур, таваҳхумот (галлутсинатсия), пароксизмҳои сарҳмонанд, деменсия (ин ихтилолҳо асосан ҳосил беморони гирифтори омоси сар мебошанд). Басомади пайдоиши ин ихтилолот дар мардон нисбат ба занон зиёдтар аст. Натиҷаи табobati руҳиву равонӣ аз навъи табобат (табobati махсус ва паллиативӣ) ва синну соли беморон вобастагии зиёд дорад.

Хулоса. Аз натиҷаи тадқиқот метавон ба хулоса омад, ки бемориҳои онкологӣ ва ихтилолоти равонӣ дар заминаи бемориҳои мазкур дар ҳар ду ҷинс, вале бештар дар мардон дида мешавад. Бартарафкунии ин ихтилолот низ дар занҳо тезтар ва осонтар ва дар мардон баръакс, дер ва мушкилтар ба амал меояд. Пайдоиши ин ихтилолот ва вайроншавиҳои руҳиву равонӣ аз синну сол, ҷинс, муддатзамони беморӣ вобаста мебошанд. Яъне ҳар ҷи қадар синну сол бузург ва муддатзамони беморӣ тулонӣ бошад ҳамон дараҷа эҳтимоли пайдоиши ихтилолоти мазкур зиёд ва табобат мушкил аст.

Рустамкулова З.Ш., Бутаева Ш.М., Гуломшоев С.Ш.

КОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ДАНГАРИНСКОГО РАЙОНА

Центр симуляционного обучения ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Научный руководитель - Назаров Дж.Т.

Цель исследования. Определение общего числа больных с кожными заболеваниями в Дангаринском районе за последние 9 месяцев.

Материал и методы. Для исследования использовались данные карт о количестве больных с кожными заболеваниями, амбулаторного учёта на базе ЦРБ, исследования анализа, инфицированных больных.

Результаты исследования. По данным установлено, что количество кожных больных с 1.03.2023г. по 31.05.2023г. составило всего 407, из них 201 (49,4%) женщина и 206 (50,6%) мужчин. 115 из них имели симптомы аллергии, 60-стрептодермии, 34-эпидермифитии, 5- экземы, 102-чесотки, 20- трихофитии, 6-вителиго, 33- микроспории, 3- охонимикроз, 7- Апов- лишая, 3-Атуб- лишая, 19-псориаза. Показатель дерматологических заболеваемости с 1.06.2023г. по 31.08.2023г. составило всего 525 человек, из них 311 (59,2%) женщин и 214 (40,8%) мужчин. 192 из них имели симптомы аллергии, 80-стрептодермии, 10- эпидермифитии, 6- экземы, 150- чесотки, 34- трихофитии, 9- вителиго, 5- микроспории, 8 -охонимикрозы, 8-Апов-лишай, 8- Атуб- лишая, 15- псориаза. Показатель дерматологической заболеваемости в отчётный период (1.09.2023г. по 31.12.2023г.) вырос среди населения и образовал 618 человек, из них 385 (62,3%) женщин и 233 (37,7%) мужчины. 188 из них имели симптомы аллергии, 90-стрептодермии, 20-эпидермифитии, 34- экземы, 130- чесотки, 24- трихофитии, 40- вителиго, 56- микроспории, 2-Атуб- лишая, 34- псориаза.

Выводы. Показатели кожных заболеваний в Дангаринском районе возрастают. Причина распространения дерматопатологии в том, что люди не соблюдают правил гигиены в повседневной жизни.

Рустамкулова З.Ш., Назарова Р.Дж., Уматов Д.З.
НЕФРОПТОЗ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ДАНГАРЫ
Центр симуляционного обучения ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.
Научный руководитель - Назаров Дж.Т.

Цель исследования. Оценить эффективность лечения нефроптоза среди жителей Дангаринского района

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Республиканской клинической больницы Дангаринского района в течение 2023-2024 гг. Объектом исследования явились 29 историй пациентов, находившихся на лечении с нефроптозом. Женщин было- 24 (82,8%), мужчин-5 (17,2%).

Результаты исследования. В ходе исследования больных в возрасте от 25 до 30 лет было- 6 (20,7%), от 31 до 45 лет- 15 (51,7%), от 46 до 50 лет-8 (27,6%) пациентов. Нефроптоз правосторонний наблюдался у 23 (79,3%) и левосторонний у 6 (20,7%) пациентов. Нефроптоз II степени наблюдался у 10 (34,5%) пациентов, III степень выявили у 12(41,3%) и IV степень наблюдалась у 7 (24,1%) пациентов.

Выводы. Таким образом, выделяя проблему нефроптоза, можно ответить, что показаниями к оперативной коррекции при нефроптозе являются II, III и IV степени болезни, которые сопровождаются повторяющимися атаками пиелонефрита, вазоренальной артериальной гипертензией, периодической примесью крови в моче. При исследовании стало ясно, что нефроптоз чаще наблюдался у женщин -24 (82,8%).

Рустамова С.Н., Джалолов З.Б., Нуралиев Н.М.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - Холматова Г.К.

Цель исследования. Изучение особенностей клинического течения эпилепсии у детей, включая типы припадков, влияние возраста на проявление заболевания, а также оценка эффективности различных методов лечения.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели было проведено следующее исследование.

Выборка: в исследование включены 10 детей в возрасте от 1 до 16 лет с диагностированной эпилепсией, которые проходили лечение в неврологическом центре.

Методы. Клинический анализ. Сбор анамнеза, наблюдение за эпилептическими припадками, оценка частоты и типа припадков.

Электроэнцефалография (ЭЭГ). Проведение ЭЭГ для оценки электрической активности мозга и выявления паттернов, характерных для различных типов эпилепсии.

Статистический анализ. Использование методов описательной статистики, а также тестов для проверки гипотезы (например, χ^2 -тест для независимых выборок). Оценка социального аспекта. Исследование уровня осведомленности родителей и медицинского персонала о данном заболевании.

Период исследования. Статистика больных за период с 2016 до 2019 гг. в Национальном медицинском центре Республики Таджикистан: было зарегистрировано 32028 человек, что за период с 1990 до 2016 гг. наблюдался рост заболевания на 25,5%.

Результаты исследования. Возрастные особенности. Различия в клинической картине проявления эпилепсии были выявлены в зависимости от возраста. У детей младшего возраста (до 5 лет) чаще регистрировались тонико-клонические припадки, в то время как учащение малых припадков (абсансов) наблюдалось у детей старшего возраста. Эффективность лечения. У 60% детей была достигнута ремиссия на фоне антиэпилептической терапии.

Терапия: использование глюкокортикоидов отмечалось у 40% пациентов, что замедлило прогрессирование болезни.

Используемые препараты: филепсин (карбамазепин), топсавер, витамин В6, магния сульфат 25% . Большинство препаратов больше используют для лечения взрослых.

Реабилитационные меры, такие как физиотерапия и массаж, проводились только в 25% случаев из-за ограниченного доступа к данным услугам.

Выводы. Эпилепсия у детей имеет свои характерные особенности течения, которые требуют индивидуального подхода к диагностике и лечению. Результаты исследования подчеркивают важность ранней диагностики, правильного выбора метода лечения и психосоциальной поддержки для улучшения качества жизни детей с эпилепсией. Необходимо продолжать исследования в данной области для дальнейшего понимания механизмов заболевания и разработки новых методов терапии.

Сабадаш Е.В. Борисевич А.А. Литовская А.Д.
ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ФТИЗИАТРИИ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ С ПОМОЩЬЮ ИНТЕРАКТИВНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННО-КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ

Кафедра инфекционных болезней, фтизиатрии и пульмонологии ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет». Россия

Научный руководитель – доцент Сабадаш Е.В.

Цель исследования. Проанализировать возможность повышения заинтересованности и эффективности обучения по дисциплине «Фтизиатрия» путем использования интерактивных методик.

Материал и методы. Практические занятия проводились с использованием метода моделирования организационно-клинических процессов и ситуаций, который предусматривал имитацию реальных условий и моделирование соответствующего рабочего процесса. На занятии обучающимся предлагалось изучить предложения по санаторно-курортному лечению пациентов с ТБи, исходя из результатов, подобрать необходимый санаторно-курортный ресурс для конкретной клинической ситуации. Далее с помощью интерактивной презентации студенты заполняли санаторно-курортную карту пациента и оформляли программу реабилитации с учетом конкретных климатических факторов в санаторно-курортной организации. В рамках исследования двумя группам студентов были предложены интерактивные занятия, состоящие из нескольких этапов. Организационный этап включает описание ситуаций, которых может быть несколько. Ситуации обсуждаются всеми участниками группы. В группе определяются спикер, оппоненты, эксперты. Подготовительный этап. Задача данного этапа – сформулировать групповую позицию по решению проблемной ситуации. Основной этап – заслушиваются решения проблем. После каждого суждения оппоненты задают вопросы. В завершении формулируется общее мнение. Этап рефлексии – подведения итогов. Преподаватель дает оценочное суждение по работе группы, решению проблемных ситуаций и эффективности предложенных путей решения.

Результаты усвоения материала оценивались по анкетированию и тестовому контролю в конце занятия и в конце цикла сравнении с результатами групп, в которых занятия проводились обычно.

Всего проанализировано 60 анкет и 120 результатов тестирования студентов.

Результаты исследования. 100% студентов, участвующих в интерактивном занятии, проявили активность в виде дополнительных вопросов и общее повышение интереса к изучаемой дисциплине. В то время как в группе сравнения вопросов практически не было. Дополнительные вопросы касались разделов уточнения информации о конкретных санаторно-курортных базах, а также показания для санаторно-курортного лечения его эффективности. Также активно задавались вопросы по оформлению документов.

Результаты тестирования показали существенное повышение эффективности подачи материала, поскольку в группах, где было проведено интерактивное занятие процент положительных ответов на тестовые вопросы составил 100% при результатах в группах сравнения менее 50.

Выводы. Метод моделирования организационно-клинических процессов и ситуаций отличается высокой степенью сочетания индивидуальной и совместной работы обучаемых и является не только увлекательным, но и результативным. Применение интерактивных методов обучения позволяет повысить уровень профессиональной подготовки студентов старших курсов медицинского ВУЗа.

Садикова Ш.Н., Бобожонова З.М.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Кафедра внутренних болезней №3 Самаркандского государственного медицинского университета. Узбекистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Шодикулова Г.З.

Цель исследования. Изучение современных данных о распространенности и факторах риска РА при оценке эффективности новых методов диагностики таких как биологические и таргетные препараты, особенно анализ влияние стратегии treat-to-target на прогноз пациентов при определении ключевых проблем доступности и безопасности инновационной терапии.

Материал и методы. Наше исследование основано на анализе более 100 клинических исследований, метаанализов, эпидемиологических данных и рекомендаций ВОЗ, ACR (Американский колледж ревматологии) и EULAR (Европейская антиревматическая лига) за последние 20 лет. Оценка эффективности различных классов препаратов (DMARDs, bDMARDs, tsDMARDs). Статистический анализ распространенности и инвалидности на основании данных ВОЗ.

Результаты исследования. По нашим наблюдениям учитывая установленные различия за последние 20 лет отмечается тенденция к росту заболеваемости РА. Согласно статистическим данным: В США число пациентов с РА возросло с 1,3 млн за 2000 год и до 2 млн за 2025, а в Европе и Азии распространенность среди женщин достигает 2–3%. Результаты исследований с начала 2000-х годов биологическая терапия совершила прорыв в лечении РА, обеспечивая стойкую ремиссию у 60–70% пациентов, основные классы биопрепаратов таких как: ингибиторы ФНО-α (адалимумаб, этанерцепт, инфликсимаб), ингибиторы IL-6 (тоцилизумаб, сарилумаб), ингибиторы В-клеток (ритуксимаб), ингибиторы Т-клеточной активации (абатацепт). По нашим наблюдениям последние исследования привели к разработке ингибиторов Янус-киназы (JAK) таргетных синтетических DMARDs (tsDMARDs) препаратов как Тофациитиниб, барицитиниб, упадацитиниб – которые применяются при неэффективности биопрепаратов. Влияние стратегии treat-to-target (T2T) значительно изменила подход к терапии РА. Приведенные литературные данные указывают на раннее начало интенсивной терапии (в первые 3–6 месяцев), возможное регулирования мониторинга (индексы DAS28, SDAI) при коррекции лечения до достижения ремиссии или низкой активности. Применение концепции “лечения до цели” T2T позволило снизить инвалидизацию на 50% и увеличить вероятность ремиссии до 70%.

Выводы. 1. Внедрение современных методов диагностики позволило выявлять РА на ранних стадиях. 2. Развитие биологических и таргетных препаратов значительно улучшило прогноз. 3. Стратегия T2T сократила уровень инвалидности и увеличила частоту ремиссии.

Садикова Ш.Н., Киямов А.У.

ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА D НА ТЕЧЕНИЕ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРИТА У ЖЕНЩИН РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра внутренних болезней №3 Самаркандского государственного медицинского университета. Узбекистан.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Шодикулова Г.З.

Цель исследования. Изучить роль витамина D в развитии и прогрессирование остеоартрита у женщин.

Материал и методы. Обследовано 60 женщин страдающих ОА и 40 женщин практически здоровых лиц. Средний возраст больных ($M \pm s$) соответствовал $57,7 \pm 5,2$ лет. Среди обследованных пациентов были женщины до 60 (47%) лет и женщины старше 60 лет (53%). Общее клиническое обследование выполнялось по стандартной схеме, включало в себе клинические, инструментальные и лабораторные данные, в частности определение в крови уровни витамина D, провоспалительных интерлейкинов (IL-1 и TNF- α ИЛ-4 и ИЛ-10).

Результаты исследования. При сравнительном анализе встречаемости модифицируемых и не модифицируемых факторов риска исследуемых женщин ОА, нами было выявлено, наиболее частым ФР среди женщин явилось малоподвижный образ жизни (36,7%), избыточная масса тела (65,3%), высокие показатели признаков тревожности (до 12 баллов по госпитальной шкале HADS), а также повышенный уровень МК ($462,2$ мкмоль/л). Также среди данной категории больных нами были исследованы наиболее часто встречаемые факторы риска, такие как Сахарный диабет у 6,9% и 5,2%; артериальная гипертензия у 12,1 и 17,3%; бессимптомная гиперурикемия у 14,4% и 17,9%; гиперхолестеринемия у 23,6% и 16,1%; а также тревожно депрессивный синдром у 17,9% и 16,7%, среди женщин ОА до 60 и старше 60 лет, соответственно, т.е. по результатам нашего исследования можно сделать вывод наиболее частым коморбидным состоянием среди женщин до 60 лет является гиперхолестеринемия и ТДС, среди женщин старше 60 лет АГ и признаки БГУ.

При исследовании уровня витамина D было выявлено, что 38% женщин старше 60 лет имели недостаточный уровень вит D, и 39% женщин имели дефицит вит D.

Выводы. Таким образом, исследования показали, для выявления больных с риском прогрессирования ОА коленных суставов необходимо проводить анализ этиопатогенетических факторов риска (избыточный вес, наличие ОКМ и синовита, сопутствующие патологии, цитокиновый дисбаланс, уровень витамина D в крови и т.д.), что дают возможность рассчитать вероятность прогрессирования ОА. Прогнозирование течения ОА позволит своевременно применять профилактические и адекватные лечебные мероприятия.

Саидмуродзода М.Б., Курбонова М.Н., Шарипов Ш.А.

ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНСУЛЬТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Исрофилов М.О.

Цель исследования. Изучить факторы риска и клинические особенности инсульта у лиц молодого возраста в Республике Таджикистан.

Материал и методы. Исследование проводилось среди 25 пациентов, проходивших лечение во втором неврологическом отделении НМЦ РТ с сентября 2024 по февраль 2025 года. Пациенты распределялись по полу: 16 мужчин и 9 женщин. Собирались данные о возрастных характеристиках, характере инсульта, фоновых заболеваниях и факторах риска. Данные заполнялись в первые три дня и включали в себя паспортные данные больного, пол, возраст, характер инсульта, проведение нейровизуализации, фоновые и сопутствующие заболевания, факторы риска и благополучность. Для изучения факторов риска учитывали влияние психосоциальных факторов (условия работы, образования, курение, носовой, употребления алкоголя, психоэмоциональная напряженность и т.д.).

Результаты исследования. Среди 25 пациентов ишемический инсульт был диагностирован в 16 (65,6%) случаях, в то время как геморрагический инсульт встречался у 9 (34,4%). Распределение пациентов по полу показало преобладание мужчин - 16 (62,4%) против 9 женщин (37,6%). Основным фактором риска инсульта в целом является артериальная гипертензия, которая была выявлена у 12 пациентов (47,3%).

Среди пациентов с ишемическим инсультом наблюдалась артериальная гипертензия у 8 (50%), болезни сердца - у 5 (31,3%), атеросклероз - у 3 (18,8%), сахарный диабет - у 3 (18,8%), заболевания почек - у 1 (6,3%), курение - у 1 (6,3%) и употребление алкоголя - у 2 (12,5%). В группе пациентов с геморрагическим инсультом артериальная гипертензия была наиболее распространенным фактором риска, её выявили у 7 (77,8%) пациентов. Также отмечались стресс - у 2 (22,2%), диссекция сосудов - у 2 (22,2%), атеросклероз - у 1 (11,1%) и разрыв аневризмы - у 3 (33,3%). У большинства пациентов наблюдалось сочетание нескольких факторов риска.

Выводы. Исследование показало, что ишемический инсульт встречается почти в 2 раза чаще, чем геморрагический. Основным фактором риска для обоих типов инсульта является артериальная гипертензия. Необходимо уделять особое внимание профилактическим мероприятиям, направленным на контроль артериального давления, коррекцию факторов риска и своевременное лечение фоновых заболеваний.

Саидмуродов М.С.

КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ И ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ

Кафедра психиатрии, медицинской психологии и наркологии.

Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан.

Научный руководитель – Хаятов Р.Б.

Цель исследования. Определить закономерности формирования и клинико-психологические аспекты наследственно отягощенного алкоголизма и его клинических форм, обусловленных возрастом, начала заболевания.

Материал и методы. Обследовано на базе Самаркандского областного наркологического диспансера 52 больных алкоголизмом мужчин в возрасте от 18 до 45 лет, злоупотреблявшие алкоголем от 3 до 15 лет, в средней суточной дозе 250-500 мл. I группа – 30 пациентов с наследственной отягощенностью алкоголизма; II группа – 22 пациента с алкоголизмом без наследственной отягощенности.

Результаты исследования. Проведение теста Спилбергера-Ханина выявило высокий уровень личностной тревожности в I группе – $49,0 \pm 0,6$ балла, во II – $32,8 \pm 0,7$. Показатели ситуационной тревожности также были высокими: в I группе – $46,5 \pm 0,5$ балла, во II – $28,6 \pm 0,6$. Оценивая состояние когнитивных функций с помощью шкалы MMSE, было установлено, что в I группе исходный суммарный балл составил $19,4 \pm 0,6$ балла, а во II группе – $12,4 \pm 0,5$ балла. Больные жаловались на вспыльчивость и раздражительность, чувство постоянной тревоги и немотивированного страха назойливости «приставания» этого чувства, повышенную импульсивность и снижение настроения, снижение инициативы и жизненных интересов. Изучение особенностей личности у больных наследственно отягощенным алкоголизмом выявило наличие личностных отклонений в 75,2 % случаев. Наиболее часто личностная деградация встречалась у больных I-й группы (в 88,4 % случаев) и реже в II-й группе (60 % случаев).

Выводы. У больных алкоголизмом, на фоне присущей им личностной акцентуации, выявляется довольно типичный комплекс характерологических черт, который был существенно больше выражен в первой группе. В него входят слабоволие, чрезмерная впечатлительность, склонность попадать под чужое влияние, плохая приспособляемость.

Саидов К.Дж., Ашуров Б.С.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ НА КАРДИОМИОЦИТЫ И ЕЁ ОТРАЖЕНИЕ НА ЭКГ

Кафедра нормальной анатомии ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Научный руководитель – Зарипов И.А.

Цель исследования. Оценить патофизиологическое воздействие хронической гипергликемии на кардиомиоциты, а также выявить характерные изменения электрокардиограммы (ЭКГ) у пациентов с сахарным диабетом.

Материал и методы. Были проанализированы и изучены результаты исследования научных работ, опубликованных на сайтах PubMed, MDPI анализ литературных источников, посвященных влиянию гипергликемии на сердечно-сосудистую систему.

Результаты исследования. Результаты исследования показывают, что гипергликемия оказывает негативное влияние на кардиомиоциты через несколько механизмов: оксидативный стресс и митохондриальная дисфункция приводят к повреждению клеточных структур и снижению энергетического потенциала миокарда; гликирование белков уменьшает сократительную способность кардиомиоцитов; фиброз миокарда вызывает нарушение диастолической функции; активация воспалительных процессов способствует повреждению эндотелия и сосудистых структур; автономная диабетическая нейропатия нарушает регуляцию сердечного ритма.

Кроме того, при сахарном диабете на ЭКГ выявляются характерные изменения: удлинение интервала QT повышает риск жизнеугрожающих аритмий, снижение амплитуды зубца R указывает на признаки кардиомиопатии, изменения зубца T (сплюснение, инверсия) могут свидетельствовать о ранних проявлениях ишемии, блокада ножек пучка Гиса нарушает внутрисердечную и внутрижелудочковую проводимость, а дисперсия интервала QT служит маркером повышенного риска внезапной сердечной смерти.

Выводы. Хроническая гипергликемия при сахарном диабете оказывает негативное влияние на кардиомиоциты, вызывая оксидативный стресс, гликирование белков и ремоделирование миокарда. Эти процессы находят отражение на ЭКГ в виде удлинения интервала QT, изменений зубца T и снижения амплитуды комплекса QRS. Выявление этих изменений на ранних стадиях может способствовать своевременной профилактике сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с сахарным диабетом.

Саидов К.Дж., Ашуров Б.С.

ВЛИЯНИЕ РЕГУЛЯРНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ СУХОФРУКТОВ И МЁДА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Кафедра нормальной анатомии ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Научный руководитель – Зарипов И.А.

Цель исследования. Оценить влияние регулярного употребления сухофруктов и мёда на функциональные и биохимические показатели сердечно-сосудистой системы у лиц без установленной сердечно-сосудистой патологии, а также у пациентов с факторами риска развития атеросклероза и артериальной гипертензии.

Материал и методы. На базе многопрофильного медицинского центра Дангаринского района было проведено когортное исследование 100 человек в возрасте от 35 до 65 лет, из которых 50 пациентов составили основную

группу (ежедневное употребление 50 г сухофруктов (курага, изюм, финики) и 15 г (1 ст. лож.) мёда в течение 3 месяцев (сентябрь-ноябрь 2024г.)), 50 человек – контрольную группу (стандартный рацион).

До и после исследования у участников измеряли артериальное давление (АД), липидный профиль (уровень ЛПВП, ЛПНП, общий холестерин, триглицериды) и глюкозу крови.

Результаты исследования. В основной группе зафиксировано снижение среднего АД на 8-12 мм рт. ст. Уровень ЛПНП снизился на 10%, а ЛПВП повысился на 7%. У 34% (17) участников основной группы выявлена нормализация липидного профиля. Не зафиксировано статистически значимых изменений уровня глюкозы крови, что подтверждает безопасность умеренного потребления мёда.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о кардиопротекторном эффекте сухофруктов и мёда из-за наличия в их составе К, Mg, пищевых волокон и антиоксидантов, проявляющемся в снижении артериального давления, улучшении липидного обмена и благоприятном влиянии на сосудистый эндотелий. Умеренное включение данных продуктов в рацион может быть рекомендовано в качестве дополнительного компонента диетотерапии для лиц с дислипидемией и артериальной гипертензией. Необходимы дальнейшие исследования для уточнения механизмов их действия и долгосрочных эффектов.

Саидов П.А.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ДИАГНОСТИКА И СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ ХВДП

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ганиева М. Т.

Цель исследования. Изучение особенностей диагностики и современных методов лечения хронической воспалительной демиелинизирующей полиневропатии (ХВДП) с целью оптимизации подходов к раннему выявлению заболевания и повышению эффективности терапии.

Материал и методы. Исследование проводилось на 15 пациентов с диагнозом хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия (ХВДП), проходивших диагностику и лечение в специализированных неврологических центрах. В исследование включены пациенты разного возраста, пола и стадии заболевания. Нами было проведено: клинический анализ: сбор анамнеза, жалоб и анализ факторов риска. неврологический осмотр: оценка мышечной силы, сухожильных рефлексов, сенсорных нарушений. Электрофизиологические методы: электронейромиография (ЭНМГ), лабораторные исследования: анализ спинномозговой жидкости (СМЖ), определение уровня белка (альбумин-цитологическая диссоциация), иммунологические тесты: выявление антител к миелиновым белкам. Нейровизуализация: МРТ нервных сплетений и корешков с контрастированием.

Результаты исследования. В результате исследования было выявлено: мышечная слабость (у 80% пациентов), преимущественно в дистальных отделах конечностей, гипорефлексия или арефлексия (у 75% пациентов), сенсорные нарушения (онемение, парестезии) – у 65%, боль нейропатического характера – у 50% пациентов. Электрофизиологические показатели (ЭНМГ): замедление скорости проведения импульса (в среднем на 30-50%), блоки проведения и увеличенная латентность F-волны у 60% пациентов, выраженная демиелинизация подтверждена у 70% участников. Лабораторные и нейровизуализационные данные: повышение уровня белка в спинномозговой жидкости (альбумин-цитологическая диссоциация) – у 85% пациентов, МРТ корешков спинного мозга и нервных сплетений выявило утолщение и гиперинтенсивность на T2-взвешенных изображениях у 65% пациентов. Оценка эффективности лечения: пациенты были разделены на группы в зависимости от применяемой терапии: внутривенный иммуноглобулин (ВВИГ) – улучшение состояния у 70% пациентов. Кортикостероиды (преднизолон, метилпреднизолон) – положительная динамика у 60% пациентов, но с более выраженными побочными эффектами. Плазмаферез – эффективен у 65% пациентов, особенно при резистентных формах ХВДП. Иммуносупрессоры (азатиоприн, циклофосфамид) – использовались при тяжелых и хронически рецидивирующих формах, улучшение наблюдалось у 50% пациентов. Симптоматическое лечение и реабилитация: применение габапентина и прегабалина способствовало снижению нейропатической боли у 75% пациентов. Физиотерапия и ЛФК позволили улучшить функциональные возможности у 80% пациентов. Анализ эффективности терапии: Лучшие результаты показала комбинированная терапия (ВВИГ + симптоматическое лечение + реабилитация). Длительный эффект (более 6 месяцев ремиссии) наблюдался у 60% пациентов, получавших иммуномодулирующую терапию.

Выводы. ХВДП сопровождается прогрессирующей мышечной слабостью, снижением рефлексов и сенсорными нарушениями, что подтверждается клиническими и инструментальными методами. ЭНМГ и анализ спинномозговой жидкости являются ключевыми диагностическими методами. Наиболее эффективной стратегией лечения является раннее назначение ВВИГ, в сочетании с физиотерапией и симптоматической терапией. Персонализированный подход к лечению позволяет замедлить прогрессирование заболевания и повысить качество жизни пациентов.

Саидов П.А.

ОСЛОЖЕНИЯ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Исрофилов М.О.

Цель исследования. Оценка частоты, характера и факторов риска осложнений при невропатии лицевого нерва у детей с целью разработки эффективных методов профилактики и лечения.

Материал и методы. Исследование было проведено на кафедре неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Нами было исследовано 15 боль-

ных детей с диагнозом невропатия лицевого нерва, обратившихся в детское неврологическое отделение в период на 2024 год. Методы диагностики: клиническое обследование, нейровизуализация (МРТ, КТ), электромиография для оценки функции лицевого нерва. Методы лечения: консервативная терапия (противовоспалительные препараты, физиотерапия), хирургическое вмешательство (микрососудистая декомпрессия) при показаниях.

Результаты исследования. У 30% пациентов наблюдались осложнения, включая контрактуры мимической мускулатуры (15%), синкинезии (10%), лагофтальм (5%), хронические боли (5%) и психологические расстройства (5%). Длительность заболевания более 3 месяцев, отсутствие своевременного лечения, наличие сопутствующих заболеваний (наследственное заболевание, диабет, гипертония и др.) увеличивали вероятность развития осложнений. Комбинированная терапия (медикаментозная и физиотерапевтическая) показала эффективность в 70% случаев. Хирургическое вмешательство было проведено у 10% пациентов с выраженными осложнениями.

Выводы. Невропатия лицевого нерва может приводить к различным осложнениям, влияющим на качество жизни пациентов. Своевременная диагностика и комплексное лечение, включая медикаментозную терапию, физиотерапию и при необходимости хирургическое вмешательство, способствуют снижению частоты и тяжести осложнений.

Саидов П.А., Асилова Н. Г.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ АТЕРОТРОМБОТИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ганиева М. Т.

Цель исследования. Изучение особенностей клинического течения, диагностики и эффективности современных методов лечения артеротромботического инсульта с целью оптимизации тактики ведения пациентов и улучшения исходов заболевания.

Материал и методы. Исследование проводилось на группе пациентов с диагнозом артеротромботический ишемический инсульт. В выборку включены пациенты разного возраста, пола, с различной степенью тяжести инсульта.

Клинический анализ: сбор анамнеза, анализ факторов риска (гипертония, атеросклероз, диабет, курение и т. д.). Неврологический осмотр: оценка уровня сознания, степени неврологического дефицита (по шкале NIHSS). Лабораторные методы: Общий и биохимический анализ крови (липидный профиль, уровень глюкозы, коагулограмма). Д-димер, фибриноген, маркеры воспаления. Инструментальная диагностика: КТ/МРТ головного мозга – подтверждение ишемического инсульта, определение зоны поражения.

Методы лечения: Тромболитическая терапия (rt-PA) – при раннем выявлении инсульта (до 4,5 часов от начала симптомов). Антиагреганты (аспирин, клопидогрель) – назначались пациентам, не подходящим для тромболитической терапии. Антикоагулянты (гепарин, варфарин, новые оральные антикоагулянты) – при наличии показаний. Сосудистая и нейропротективная терапия (церебролизин, цитиколин, реополиглюкин).

Результаты исследования. В исследовании приняли участие 120 пациентов с диагнозом атеротромботический ишемический инсульт, госпитализированных в специализированные неврологические отделения в период с 2023 по 2025 год. Характеристики пациентов: Средний возраст: $67,4 \pm 8,2$ года. Половой состав: мужчины – 58%, женщины – 42%. Диагностические показатели: Нейровизуализация (КТ/МРТ головного мозга): очаг ишемии в бассейне средней мозговой артерии – 64% ($n = 77$). Поражение внутренней сонной артерии – 20% ($n = 24$). Инфаркты в вертебробазилярном бассейне – 16% ($n = 19$). Оценка эффективности методов лечения: Тромболитическая терапия (rt-PA, $n = 18$, 15% пациентов). Антиагрегантная терапия (аспирин 100 мг $\pm$ клопидогрель 75 мг, $n = 102$, 85% пациентов). Антикоагулянты (гепарин/варфарин/НОАК, $n = 22$, 18% пациентов). Реваскуляризация (каротидная эндартерэктомия/стентирование, $n = 10$, 8%). Улучшение мозгового кровотока (по данным транскраниальной доплерографии) – у 90% пациентов.

Выводы. Артеротромботический инсульт чаще развивается у пациентов с выраженным атеросклерозом, гипертонией и дислипидемией. КТ/МРТ и ангиография играют ключевую роль в диагностике, позволяя выявить стеноз и тромбоз магистральных сосудов. Тромболитическая терапия эффективна при раннем применении, но требует тщательного подбора пациентов. Антиагреганты и антикоагулянты снижают риск повторных инсультов, особенно при кардиоэмболическом факторе риска.

Саидова С.Р., Бодомова Н.С., Гисеева Т.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДАРБОПОЭТИНА У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОМИЕЛОФИБРОЗОМ

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

Научный руководитель - к.м.н., старший преподаватель Камолова Г.Н.

Цель исследования. Определить эффективность введения дарбопоэтина у больных с остеомиелофиброзом.

Материал и методы. В первой группе под нашим наблюдением находились 8 больных с остеомиелофиброзом, находившихся на стационарном лечении в гематологическом отделении ГУ НМИЦ «Шифобахш» за период с сентября 2024 г. до марта 2025 г. Возраст больных составил от 35 до 59 лет. Лиц мужского пола - 3, женского - 5. Медиана возраста - 37 лет. Во второй группе под нашим наблюдением находились 9 больных с апластической анемией в возрасте от 35 до 61 лет. Среди них мужчин - 5, женщин - 4. Медиана возраста - 35 лет. Диагноз остеомиелофиброз был выставлен на основании развернутого общего анализа периферической крови, инструментальных методов ис-

следований, миелограммы, цитогенетики и иммуфенотипирования (JAC-1, JAC-2) исследования пунктата костного мозга. Все больные в первой и во второй группах получали иммунодепрессанты, глюкокортикостероиды, антибактериальную и детоксикационную терапию, компоненты крови (эритроцитарная масса, свежезамороженная плазма, тромбоконцентрат), гепатопротекторы, гемостатические препараты и лейкопоэтин. Во второй группе, кроме вышеуказанного, проведено подкожное введение дарбопоетина.

Результаты исследования. В первой группе проведено переливание эритроцитарной массы в два раза больше, чем во второй группе.

Выводы. Данное исследование доказывает, что введение дарбопоетина является важным и эффективным звеном в схеме лечения остеомиелофиброза, который значительно снижает потребность в гемотрансфузии компонентов крови и уменьшает риск заражения вирусными заболеваниями.

Саидова С.Р., Косимзода Дж.К., Рамазони М.

НОВОЕ В ТЕРАПИИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С МИЕЛОДИСПЛАСТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В УСЛОВИЯХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ НМЦ «ШИФОБАХШ» РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

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

Научный руководитель – старший преподаватель Шамсов А.Т.

Цель исследования. Оценить особенности анемического синдрома у пациентов с апластической анемией, определить динамику изменений показателей крови до и после проведенного лечения.

Материал и методы. В исследование включены 68 пациентов с диагнозом МДС, проходивших лечение в гематологическом отделении в 2020–2024 гг. Возраст пациентов варьировал от 45 до 78 лет. Оценка тяжести анемического синдрома проводилась на основании уровня гемоглобина, эритроцитов и ретикулоцитов. Применялись различные методы терапии: трансфузии эритроцитарной массы, стимуляторы эритропоэза (эритропоедин-α), железосодержащие препараты и симптоматическая терапия. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программного обеспечения SPSS 26.0.

Результаты исследования. У 42 пациентов (61,7%) применение эритропоедина-α привело к увеличению уровня гемоглобина в среднем на 20 г/л в течение 8 недель терапии. У 18 пациентов (26,4%) отмечен частичный ответ на терапию, выраженный в увеличении уровня гемоглобина на 10–15 г/л. У 8 пациентов (11,8%) существенного эффекта от терапии не наблюдалось, что было связано с наличием высокого риска заболевания и резистентностью к стимуляторам эритропоэза. Трансфузии эритроцитарной массы применялись у 35 пациентов (51,5%) в качестве поддерживающей терапии при уровне гемоглобина ниже 70 г/л.

Выводы. Лечение анемического синдрома у пациентов с МДС требует комплексного подхода, включающего использование стимуляторов эритропоэза и трансфузионной терапии. Применение эритропоедина-α показало высокую эффективность у большинства пациентов, снижая потребность в гемотрансфузиях и улучшая качество жизни больных. Дальнейшие исследования необходимы для оптимизации схем терапии с учетом индивидуальных характеристик пациентов и прогноза заболевания.

Саидова С.Х., Салихова М.С., Одинаева Ш.Х.

ВЛИЯНИЕ ГИПО- И ГИПЕРТИРЕОЗА НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ

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

Научный руководитель - к.м.н. доцент Уроков К.З.

Цель исследования. Влияние гипо- и гипертиреоза на ритм сердца.

Материал и методы. Исследование проводилось у 48 пациентов, разделённых на три группы: 1. Группа 1: 16 пациентов с гипертиреозом. 2. Группа 2: 16 пациентов с гипотиреозом. 3. Группа 3: 16 здоровых лиц контрольной группы.

Материал и методы. Лабораторные исследования: определение уровней тиреотропного гормона (ТТГ), тироксина (Т4) и трийодтиронина (Т3) в сыворотке крови. Электрокардиография (ЭКГ): регистрация электрической активности сердца для выявления нарушений ритма и проводимости. Эхокардиография (ЭхоКГ): ультразвуковое исследование сердца для оценки его структуры и функции. Анализ липидного профиля: определение уровней общего холестерина, липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) и триглицеридов. СМАД (суточный мониторинг артериального давления) и холтеровский мониторинг для определения частоты и видов аритмий.

Результаты исследования. Группа 1 (гипертиреоз): наблюдалось учащение сердечного ритма, снижение диастолического артериального давления и повышение систолического давления. У 25% пациентов выявлены эпизоды фибрилляции предсердий. Липидный профиль показал снижение уровней общего холестерина и ЛПНП. Группа 2 (гипотиреоз): отмечены брадикардия, повышение диастолического артериального давления и снижение систолического давления. У 30% пациентов выявлены признаки диастолической дисфункции. Липидный профиль показал повышение уровней общего холестерина и ЛПНП. Группа 3 (контрольная): показатели сердечного ритма, артериального давления и липидного профиля находились в пределах нормы.

Выводы. Результаты исследования подтверждают, что гипо- и гипертиреоз оказывают значительное влияние на сердечно-сосудистую систему, проявляясь в изменениях сердечного ритма, артериального давления и липидного профиля. Данные изменения могут способствовать развитию сердечно-сосудистых заболеваний и требуют внимательного мониторинга и коррекции.

Сайдали Н.А., Гончарова М.С.
ДИНАМИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ДУШАНБЕ
Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. проф. М.Г. Гулямова
ГОО «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – старший преподаватель Нисанбаева З.Х.

Цель исследования. Оценить динамику и структуру психических расстройств среди населения города Душанбе в 2023 и 2024 годах, выявить изменения в распространенности отдельных категорий заболеваний и определить их влияние на общую заболеваемость.

Материал и методы. Исследование проведено на базе кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. проф. М. Г. Гулямова. В исследовании использованы статистические данные по городу Душанбе за 2023 и 2024 годы по следующим категориям психических расстройств: шизофрения, органические расстройства, психогенные заболевания, умственная отсталость, аномалии личности и прочие. Проведен сравнительный анализ данных за два года.

Результаты исследования. Анализ данных по психическим расстройствам среди населения города Душанбе за 2023 и 2024 годы выявил ряд тенденций. В 2023 году общее количество зарегистрированных случаев психических расстройств составило 4845, а в 2024 году этот показатель увеличился до 4960, что свидетельствует о росте общей заболеваемости на 2,4%.

Наиболее распространенной категорией является умственная отсталость в 2023г. - 1842 случая, а в 2024 г. – 1923 случая, что соответствует росту на 4,4%.

Шизофрения, как вторая по распространенности категория, также показала рост: в 2023 году было зарегистрировано 1489 случаев, а в 2024 году — 1513 случаев, что соответствует увеличению на 1,6%. Органические расстройства демонстрируют менее выраженный рост: с 730 случаев в 2023 году до 736 случаев в 2024 году (рост на 0,8%).

Психогенные заболевания остались на стабильном уровне: в оба года было зарегистрировано по 582 случая.

Аномалии личности и прочие расстройства также показали незначительный рост. В 2023 году было зарегистрировано 95 случаев аномалий личности, а в 2024 году — 97 случаев (рост на 2,1%). Прочие расстройства увеличились с 107 случаев в 2023 году до 109 случаев в 2024 году (рост на 1,9%).

Выводы. Наблюдается общий рост заболеваемости психическими расстройствами среди населения города Душанбе за период с 2023 по 2024 год. Наиболее значительный рост выявлен в категории умственной отсталости (4,4%), что может свидетельствовать об увеличении диагностики или ухудшении факторов риска в городе. Шизофрения и аномалии личности также демонстрируют тенденцию к росту, хотя и менее выраженную. Психогенные заболевания остаются на стабильном уровне, что может указывать на эффективность профилактических мер или стабильность внешних факторов в городе.

Полученные данные подчеркивают необходимость усиления мер по профилактике и ранней диагностике психических расстройств в городе Душанбе, особенно в категориях с выраженным ростом заболеваемости.

Сайдализода Д.С., Рахмонова Х.А., Нуралиев Н.М.
МАХСУСИЯТХОИ ТАШХИС ВА МУОЛИЧАИ ЭПИЛЕПСИЯИ ГЕНЕРАЛИЗАТСИЯШУДА ДАР КУДА-
КОНИ СИННИ БАРМАХАЛ

Кафедра неврология, психиатрия ва психологияи тиббии ба номи М.Г. Гуломови МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”. Тоҷикистон.
Роҳбари илмӣ- Холматова Г. К.

Мақсади таҳқиқот. Омузиши хусусиятҳои таъхис ва муолиҷаи эпилепсия дар қудакони синни бармаҳал (1-3 сола), муайян кардани дараҷаи самаранокии муолиҷа дар ин синну сол.

Маъвод ва усулҳо. Об’екти тадқиқот. Қудакони синни бармаҳал бо таъхиси эпилепсия. Гуруҳи назорати. Қудакони солими хамин синну сол. Усулҳои тадқиқот. Таъхиси клиникӣ. Ҷамъовариҳои анамнез бо назаргирии осебҳо дар давраи дохилибатӣ ва таввалуд, аломатҳои неврологӣ ва намуди эпилепсия.

Таъхиси асбобӣ. ЭЭГ, МРТ – барои муайян кардани сабаби бемории ва ҳолати майнаи сари қудакони бемор.

Давраи тадқиқот. Дар давраи тадқиқот таърихи бемории қудакони мавриди омузиш буд, ки дар МД ММТ Ҷумҳурии Тоҷикистон «Шифобахш» таъбабат мегирифтанд. Шумораи қудакон. Гуруҳи асосӣ 20 қудак бо таъхиси бемории эпилепсия. Гуруҳи назоратӣ 10 қудакони солим давоми солҳои 2024-2025.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Махсусиятҳои таъхис ва таъбабати эпилепсия дар синну бармаҳал. Нуктаи авҷи бемории бори аввал дар хамин синну сол воқеагарад. Бемории бештар баъд аз осеби пренаталӣ ва перинаталӣ қудак, инчунин интоксикация, истифодаи ҳар гуна дору аз тарфи модар хангоми ҳомиладорӣ, пеш аз муҳлат таввалуд қардан, гипоксемия, сироятҳо ва ғайра имкони пайдо шудан дорад. Дар қудакони норасид ихтилоҷҳои тоникӣ ва дар қудакони расид клоникӣ бартари доранд.

Хулосаҳо. Эпилепсия ин беморие, мебошад, дар натиҷаи он дисфунксияи мағзи сар ба амал омада дар намуди вайроншавии ҳаракат ва ҳолати руҳи зоҳир мешавад. Хангоми таъхиси саривақти ва шуруъ қардани муолиҷа дар синни қудакони аз ҳисоби пурра таъаққул наефтаи мағзи сар метавон бисёр оризаҳоро пешгирии қард ва ба натиҷаҳои назаррас ноил шуд.

Сайфиддинова Н.Дж., Ибрагимов А.Ф. Аббоси Л.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СИНДРОМА МОРГАНЬИ-АДАМСА-СТОКСА ПРИ НЕСЕРДЕЧНЫХ ПАТОЛОГИЯХ

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

Научный руководитель - к.м.н., Абдулаева Д.Ю.

Цель исследования. Определить частоту встречаемости синдрома Морганьи-Адамса-Стокса (СМАС) при несердечных патологиях, а также выявить механизмы, способствующие его развитию в этих случаях.

Материал и методы. Обзор клинических данных: Анализ медицинских карт пациентов с диагнозом СМАС, у которых были выявлены несердечные патологии (неврологические заболевания, эндокринные расстройства, сосудистые заболевания и др.). Кросс-секционное исследование: Регистрация случаев СМАС в общей популяции пациентов с несердечными заболеваниями, на основе амбулаторных и стационарных данных. Электрофизиологическое исследование: Использование ЭЭГ (в случае эпилепсии) или других нейрофизиологических методов для подтверждения или исключения церебральных изменений. Наблюдательные исследования: долгосрочное наблюдение за пациентами с основными заболеваниями, сопровождающими СМАС, для выявления связи между прогрессированием заболевания и развитием СМАС. Статистический анализ: сравнительный анализ частоты развития СМАС при несердечных и сердечных заболеваниях, с учётом возможных сопутствующих факторов (возраст, пол, степень выраженности заболевания).

Результаты исследования. Из всех пациентов с СМАС, 20-25% составляют случаи, где основное заболевание не связано с сердечно-сосудистой системой. Наибольшая частота СМАС была зарегистрирована у пациентов с: Транзиторными ишемическими атаками (ТИА) и инсультами — примерно 10-15% случаев. Гипогликемией у диабетиков — 5-7% случаев. Миастенией — около 4%, случаи эпилепсией и нейропатиями, сопровождающими нарушениями вегетативной регуляции — около 3% случаев. В 70-80% случаев развитие СМАС связано с комбинацией факторов, например, ишемия головного мозга на фоне гипогликемии или эпизодов эпилепсии с нарушением сердечного ритма. Механизмы развития СМАС при несердечных заболеваниях связаны с нарушением мозгового кровообращения, гипоксии или сбоями в регуляции сосудистого тонуса. Обсуждение: несмотря на то, что синдром Морганьи-Адамса-Стокса наиболее часто ассоциируется с кардиологическими заболеваниями, несердечные патологии, такие как инсульты, диабет, эпилепсия и миастения, могут также стать причиной кратковременных потерь сознания. Важно, что у пациентов с неврологическими и эндокринными нарушениями возникновение СМАС может быть следствием ухудшения церебрального кровообращения или гипоксии. Это требует более внимательного наблюдения и коррекции состояния таких пациентов. СМАС как симптом может также быть результатом сочетания нескольких факторов, что осложняет диагностику и лечение.

Выводы. Синдром Морганьи-Адамса-Стокса может развиваться не только при заболеваниях сердца, но и при других патологиях, таких как инсульты, эпилепсия, миастения, гипогликемия и нарушения водно-электролитного баланса. Важно учитывать многогранность механизмов развития СМАС при несердечных заболеваниях: от нарушений мозгового кровообращения до сбоя в эндокринной и нейрофизиологической регуляции. Необходимо проводить более тщательное наблюдение за пациентами с несердечными патологиями, чтобы своевременно выявить возможные эпизоды СМАС и предотвратить их прогрессирование. Ранняя диагностика и комплексный подход к лечению пациентов с этим синдромом могут существенно улучшить прогноз для жизни и здоровья.

Сайфуллаева Л.Ф., Низомова Н.Х., Одинаева Ш.Х.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ОСЛОЖНЁННЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан.

Научный руководитель - старший преподаватель Бобиева Н.Х.

Цель исследования. Оценить эффективность использования комбинации препаратов группы ингибиторов Na-зависимого переносчика глюкозы 2 типа и аналогов глюкагоноподобного пептида-1 у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа, осложнённым хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с низкой фракцией выброса (II, III, IV класса по NYHA).

Материал и методы. Для исследовательской работы были выбраны 20 больных с диагнозом СД 2 типа, находящихся на стационарном лечении в Республиканском кардиологическом центре. Средний возраст пациентов составляет 55 ± 10 лет. Больные разделены на две группы. В основной группе пациенты получали базисную терапию, а также дапаглифлозин в дозе 10 мг по утрам в комбинации с лираглутидом 0,6 мг. Контрольная группа получала базисную терапию, гипогликемическими препаратами которых являлись яклин мед лонг по 1 таблетке в день и амарил 3 мг. Всем больным проводились общеклинические обследования, акцент делался на определение систолического артериального давления (САД), диастолического артериального давления (ДАД), уровень холестерина, глюкозы и гликированного гемоглобина (HbA1c), фракции выброса (ФВ (HFrEF)). Полученные результаты обрабатывались методом вариационной статистики. Для обработки данных были использованы программы Microsoft Office Excel, MS Excel, пакета MS Office 2007.

Результаты исследования. У пациентов контрольной группы уровень HbA1c перед началом терапии составлял 8-11%, после терапии снизился до 7,0-7,5%. Уровень глюкозы в крови до терапии - 7,0-13,0 ммоль/л, а после - $5,0 \pm 0,5$ ммоль/л. Уровень холестерина в крови при поступлении - 5,0-6,0 ммоль/л, а при выписывании - $4,5 \pm 0,5$. ФВ при поступлении - 26-30% (HFrEF), при выписывании ФВ возрасла до 33-35%. При поступлении САД составляло

130±10 мм.рт.ст, ДАД 100±10 мм.рт.ст, при выписывании САД - 120±10 мм.рт.ст, а ДАД 90±10мм.рт.ст. У пациентов основной группы до терапии уровень HbA1 составлял 7-12%, а после снизился до 6,0-6,5%. Уровень глюкозы в крови при поступлении - 8,0-12,0 ммоль/л, при выписывании снизился до 4,5±0,5 ммоль/л. Уровень холестерина в крови при поступлении - 5,0-7,5 ммоль/л, при выписывании - 4,5±0,5. ФВ до терапии - 26-28% (HFrEF), после терапии ФВ возрасла до 38-40%. При поступлении САД составляло 130±10 мм.рт.ст, ДАД 100±10 мм.рт.ст, при выписывании САД снизилось до 110±10 мм.рт.ст, а ДАД до 80±10мм.рт.ст. На фоне лечения отмечалось уменьшение симптомов ХСН (одышка, отеки, быстрая утомляемость), повышение сердечного выброса, снижение артериального давления, уровня холестерина, глюкозы и HbA1c в крови.

Выводы. Эффективностью лечения пациентов с сахарным диабетом 2 типа, осложнённым хронической сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса комбинацией препаратов группы ингибиторов SGLT-2 типа и аналогов GLP-1, является уменьшение симптоматики ХСН, что способствует снижению риска сердечнососудистой смертности при сахарном диабете 2 типа, что приводит к улучшению качества жизни больных и снижению частоты госпитализаций.

Салимова М.Д.

ОЦЕНКА ВОЗДЕЙСТВИЯ ГИПОКИНЕЗИИ НА ОРГАНЫ И СИСТЕМ У РАБОТНИКОВ УМСТВЕННОГО ТРУДА (НА ПРИМЕРЫ ПЕДАГОГОВ) И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Ходжиев М.А.

Цель исследования. Является определение изменения рабочего напряжения организма при воздействии профессиональной гипокинезии и нервно-эмоциональной напряженности труда у педагогических работников в зависимости от уровня тренированности на основе комплексных клинико-гигиенических исследований для разработки мер профилактики низкой двигательной активности.

Материал и методы. В производственных условиях было проведено исследования на профессиональных группах педагогических работников с оценкой нервно-эмоциональной и эссенциальной перенапряженности труда и физического состояния по уровню тренированности. Было обследованы группы преподавателей средних школ и ассистентов, доцентов и профессоров ВУЗов, с учетом возрастнo-сажевых характеристик, и гендерных различий. Возрастной состав обследуемых лиц (от 28.3±2,8до34,7±3.0 лет) с трудовым стажем (от 5 до 15 лет). Всего будет обследовано около 150 человек.

Результаты исследования. В производственных условиях было проведено исследуем профессиональных группах педагогических работников с оценкой нервно-эмоциональной напряженности труда и физического состояния по уровню тренированности.

Было проведена субъективных исследований т.е анкетирование опроса на предмет специфики профиля каждого предмета, например предмет (математика, физика и литература) в таджикской школе в 8 классе. При анкетированной преподавателей высшей школы, например, Таджикского государственного мединститута кафедрой (реаниматологии и эпидемиологии) согласно утвержденной темы отмечались, что преподаватели математики в средней школе подвергается больше напряжения как умственно так и физического при разборе тем значительное по сравнению с предметом литературы, а ВУЗе больше подвергается преподаватель реанимационного предмета при разборе различных тем по сравнению преподавателя эпидемиологии.

Выводы. 1. Результаты обзорное опроса педагогов средней школы и высшей учебной заведения при повседневной трудовой деятельности педагога показывают, что гипокинезе влияет на органы и систем всем одинаково, но больше подвергаются воздействию в зависимости предметов преподавание и степень тренированности педагога.

Салимова М.Д.

ИЗУЧИТЬ ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ГЕЛЬМИНТОЗОВ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

Кафедра семейной медицины ГОУ «ИПОВСЗ РТ». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н. Ортикова М.М.

Цель исследования. Изучить пути распространения гельминтозов среди населения.

Материал и методы. В научной работе проведен опрос и интервью, среди 7050 членов семьи по месту жительства: в городе Истаравшан 1000 человек, Аштского района 1000 человек Согдийской области, 4005 человек района Хамадони Хатлонской области, города Душанбе 1045 человек.

Результаты исследования. В Республике Таджикистан основная причина заражения кишечными паразитами является использование некачественной воды, загрязнённой канализационными стоками, поэтому изучался такой фактор, как водоснабжение семьи. Задавался вопрос: «Какой у Вас тип водоснабжения?». Учитывая, что жилищно-бытовые условия также влияют на распространение кишечных паразитов, в анкету был включен вопрос: «Тип канализации Вашего дома?» В городе Душанбе 65,6% опрошенных лиц и 29,9% опрошенных лиц по городу Истаравшан живут в квартирах с централизованной канализацией, а по району Хамадони - 73,6 %, в Аштском районе - 45,4% опрошенных лиц живут в домах барачного типа с почасовой подачей холодной воды.

Поэтому риск инфицированности среди населения районов больше, чем в условиях города, что обусловлено проживанием большей части населения в домах барачного типа с почасовой подачей холодной воды.

На вопрос: «Какой у Вас тип источника водоснабжения?» исследуемые ответили: по городу Душанбе у 557 человек (53,3%) вода холодная, постоянная; по району Хамадони из общего числа опрошенных 4005 у 365 человек (9,1%) вода холодная, постоянная; у 821 человека (20,5%) - вода холодная, непостоянная. Воду из скважины с насо-

сом используют по городу Душанбе 170 семей (16,3%), по району Хамадони - 2819 (70,4%). По городу Истаравшан вода холодная постоянная у 331 (33,2%), по Аштскому району - у 226 (22,6%). Вода холодная непостоянная по городу Истаравшану 363 (36,4%), по Аштскому району у 748 (74,8%), источник воды в виде скважины с насосом по городу Истаравшану 302 (30,3%), по Аштскому району у 26 (26,6%).

Таким образом, по источнику водоснабжения 21% опрошенных лиц указали на воду холодную постоянную, 31,9% - воду холодную непостоянную и 47,1% используют воду из скважины с насосом. Источник водоснабжения в виде воды холодной постоянной – удовлетворительный у 53,3% в городе Душанбе, Истаравшан - у 33,2%, Аштский район Согдийской области - у 22,6% и район Хамадони Хатлонской области у 9,6%. Неудовлетворительный в Аштском районе - у 74,8%, в г. Истаравшан – у 36,4%, в г. Душанбе – у 30,4% и в районе Хамадони – у 20,5%.

Выводы. Здоровье населения зависит от влияния социально - гигиенических и экономических факторов. Проблема распространенности глистной инвазии среди семей в Таджикистане заслуживает бдительного внимания семейного врача и медицинской семейной медсестры. Результаты исследований показали, что информированность и осведомленность населения о путях передачи гельминтных инфекций среди жителей города и района на очень низком уровне. Все вышесказанное обосновывает необходимость усилить проведения первичной и вторичной профилактики, их четкое целенаправленное осуществление позволит снизить распространенность гельминтозов среди членов семьи. Таким образом, проведенные исследования позволили представить влияния социально - гигиенических условий как фактор для распространенности глистной инвазии.

Салимова М.Д., Кабиров К., Хусейнова М.

ОСОБЕННОСТИ РЕАКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗМА ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕНИ ПЕРЕБИВАНИЕ

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Ходжиев М.А.

Цель исследования. Изучить частоты распространенности некоторых заболеваний у трудовых мигрантов из Республики Таджикистан, работающих в различных регионах Российской Федерации зависимости от времени перебивание на территориях РФ.

Материал и методы. Исследования включали профессиографическую характеристику напряженности (НТ) и тяжести труда работников с определением класса вредности в соответствии с Руководством Р 2.2.2006-05 на основе анализа структуры трудовой деятельности с бальной оценкой каждого вида нагрузок по патенту № 2546089 от 27.02.2015. Тяжесть труда курьеров по доставке еды определялась по частоте сердечных сокращений в соответствии с методическими рекомендациями. Изучение функционального состояния нервно-мышечной системы как профессионально значимой в обеспечении надежности работы изучаемых групп, включало оценку динамометрических показателей силы, выносливости мышц правой работающей руки к статическому усилию, максимальной мышечной работоспособность (ММР). Психофизиологические исследования проводились по соответствующим специальным тестам, включающим в себя оценку концентрации внимания по корректурной пробе с кольцами Ландольта с последующим расчетом объема воспринимаемой информации (ОВИ), эффективности кратковременной памяти – по тесту «память на числа». Физиологическая оценка сердечно-сосудистой системы проводилась по показателям частоты сердечных сокращений (ЧСС), артериального давления систолического (АДс) и диастолического (АДд), индекса функциональных изменений (ИФИ) по Баевскому. Изучалась распространенность заболеваний у трудовых мигрантов из Республики Таджикистана г. Душанбе (n-200чел), в т.ч. 147-юношей, 53-девушек, из Согдийской области (n-70чел), в т.ч. 55-юношей и 15 девушек, а также из Хатлонской области (n-176чел), в т.ч. 126-юношей и 50-девушек. Обследуемые - 144 человек в возрасте от 18 до 58 лет.

Результаты исследования. Трудовые мигранты из Республики Таджикистан, приезжающие на заработки в Российскую Федерацию, выполняют работу, в которой сочетаются физические и нервно-эмоциональные нагрузки. Мигранты подвергаются воздействию разного рода вредных факторов (эколого-климатических, нервно-психических, социально-бытовых).

Труд мигрантов, работающих в Мосметрострое относится к 3 классу 3 степени по показателям напряженности трудового процесса (НТ), связанного с выраженными эмоциональными нагрузками и неблагоприятным режимом работы. Напряженность труда, работников дорожной сети относится к классу 3.2 в связи с работой в состоянии дефицита времени, (необходимостью сформировать асфальт до застывания массы), что влияет на выполнение трудовой деятельности. Нервно-эмоциональная напряженность труда повышается в связи с постоянным контролем, связанным со снижением оплаты труда со стороны руководства. Представленные профессиографические особенности трудовой деятельности работников социальной сферы позволяют оценить напряженность труда (НТ) по классу 3.2.

Выводы. При выполнении основной работы на мигрантов влияет разного рода вредных факторов (эколого-климатических, нервно-психических, социально-бытовых).

Салимова М.Д., Кабиров К.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНЬ АДАПТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА У ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ И СТУДЕНТОВ ЗАНИМАЮЩИХСЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ СПОРТА

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Ходжиев М.А.

Цель исследования. Изучит особенности нарастание степени адаптации у иностранных студентов к учебному и социально-психологическим условиям.

Материал и методы. Анкетное метод исследования и исследование в производственных условиях проведены на 2 группах студентов обоих пола: (иностранцев студентов и студенты занимающийся профессиональными спортами). В исследованиях принимали участия студенты. Таджикского государственного медицинского университета, профессионально занимающиеся различными видами спорта. (волейбол, мини футбол, вольная борьба,) в возрасте 18- 25 лет. ($21,5 \pm 0,9$). Основными периодами обследования были тренировочный и соревновательный. Всего обследовано 113 человек. Оценка тяжести труда (ТТ) и напряженности трудового и учебного процесса (НТ) проводилась по Руководству Р 2.2.2006-05 [4], физиологические исследования включали ручную и станковую динамометрию, термометрию, определение индекса функциональных изменений системы кровообращения. клинический проводилось ЧСС, ЧДД, уровни С А/Д, Д А/Д, состояние нервно мышечного аппарата (НМА).

Результаты исследования. У всех студентов установлено напряжение адаптационного процесса, обусловленное функциональной перестройкой клинко-физиологических регуляторных механизмов организма, что требует оптимизации режима отдыха и учебы у студентов - первокурсников с формированием культуры здорового образа жизни. Для обоснования степени адаптации организма при сочетанном воздействии тяжести и напряженности труда по результатам физиологических исследований представителей различных социальных групп (иностранцы студенты и студенты, профессионально занимающиеся спортом). Полученные результаты позволили обосновать определение стадий адаптационного процесса по результатам анализа взаимосвязи факторов учебного процесса и физиологических показателей (вегетативного реакции обеспечивающий организм).

Выводы. 1. Результаты исследований позволили обосновать количественную оценку степени напряжения адаптационных реакций организма человека при физическом и нервно-эмоциональном труде, которая включала расчет величины снижения показателей нервно-мышечного аппарата НМА (процент сдвига от исходного) урона. 2. Выделены стадии адаптационного процесса организма работника при трудовом процессе: саморегуляция (оптимальное напряжение), активация (допустимое напряжение), мобилизация 1-ой, 2-ой, 3-ей степени (перенапряжение 1, 2, 3 степени).

Салихова М.С. Саидова С.Х. Исмаилов М.Б.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РАЗВИТИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Уроков К. З.

Цель исследования. Оценить влияние хронических воспалительных заболеваний (таких как Ревматизм, ревматоидный артрит, псориаз, воспалительные заболевания кишечника) на патогенез атеросклероза

Материал и методы. В исследование были включены 30 пациентов, разделённых на две группы: Группа I (с хроническими воспалительными заболеваниями): 15 пациентов, диагностированных с ревматоидным артритом, псориазом или воспалительными заболеваниями кишечника. Группа II (контрольная группа): 15 пациентов без истории хронических воспалительных процессов. Для оценки атеросклеротических изменений применялись неинвазивные методы: ультразвуковая дуплексная сканография для измерения толщины интимно-медиадной оболочки (ТИМ) артерий; лабораторные анализы уровня С-реактивного белка (СРБ) и интерлейкина-6, как маркеров системного воспаления; липидограмма.

Результаты исследования. Пациенты с хроническими воспалительными заболеваниями продемонстрировали:

- статистически значимое увеличение ТИМ (среднее значение $0,88 \pm 0,12$ мм против $0,65 \pm 0,08$ мм в контрольной группе, $p < 0,001$);
- повышение уровней СРБ ($6,4 \pm 1,3$ мг/л против $3,9 \pm 0,9$ мг/л, $p < 0,001$) и интерлейкина-6;
- Общий холестерин: повышение на 10–30%
- ЛПНП (“плохой” холестерин): увеличение на 15–40%
- ЛПВП (“хороший” холестерин): снижение на 5–20%
- Триглицериды: повышение на 10–50%, особенно при хроническом воспалении

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что хронические воспалительные заболевания способствуют развитию атеросклероза посредством усиления системного воспаления и эндотелиальной дисфункции.

Самандарова Г., Маъруфзода С.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ОТВЕТ КИШЕЧНИКА ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

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

Научный руководитель - Рахмонов Дж.Т.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь системной эндотоксинемии и уровня фекального NGAL у пациентов с язвенным колитом (ЯК).

Материал и методы. Обследовано 80 пациентов с ЯК и 15 здоровых добровольцев. У всех пациентов с ЯК определялся уровень эндотоксина в сыворотке крови с помощью LAL-теста, у 22 пациентов был определен NGAL в кале методом иммуноферментного анализа. Средний возраст пациентов ЯК был $38,65 \pm 1,23$ лет, в группе контроля – $30,13 \pm 1,53$ лет. Тяжесть ЯК оценивалась с помощью индекса активности Мейо: ремиссия отмечена у 3 пациентов, легкая степень – 27, средняя – 38, тяжелая – 12.

Результаты исследования. Средний уровень системной эндотоксинемии составил $0,013 \pm 0,006$ ед/мл у пациентов с ЯК ($p < 0,05$), в отличие от здоровых – $0,0003$ ед/мл, уровень фекального NGAL был повышен у пациентов с ЯК – $5826,09 \pm 891,8$ нг/мл ($p < 0,05$) при сопоставлении с группой сравнения ($658,8 \pm 237,7$ нг/мл). С повышением тяжести ЯК

отмечена тенденция увеличения уровня NGAL – у пациентов с легкой степенью тяжести составило $3792,5 \pm 1588,2$ нг/мл, средней – $4481,4 \pm 1166,4$ нг/мл, тяжелой – $7022,6 \pm 1306,5$ нг/мл.

С увеличением уровня воспалительного маркера отмечалось увеличение эндотоксинемии. В группе пациентов с небольшой эндотоксинемией ($<0,005$ ед/мл) уровень NGAL составил $4768 \pm 1581,9$ нг/мл, умеренной эндотоксинемией ($0,005-0,05$ ед/мл) – $5690 \pm 1335,2$ нг/мл, высокой ($>0,05$ ед/мл) – $6931 \pm 2028,3$ нг/мл.

Выводы. Выявлено повышение системной эндотоксинемии и уровня фекального NGAL при ЯК, что свидетельствует о наличии воспалительного процесса в кишечнике и повышенной кишечной проницаемости, приводящих к транслокации бактерий.

Самедова А.Г., Сарнишева А.М.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИЗЖОГИ И КАЧЕСТВО ПИТАНИЯ У ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет». Россия

Научный руководитель – д.м.н., доцент Антонян В.В.

Цель исследования. Определить распространенность изжоги среди лиц юношеского возраста и оценить влияние различных аспектов их питания и образа жизни на возникновение этого симптома.

Материал и методы. Анкетирование проводилось в Астраханском государственном медицинском университете среди 42 студентов (22 юношей и 20 девушек) лечебного факультета данной возрастной группы (от 18 до 22 лет). Факторы риска выявлялись по специально разработанной анкете, состоявшей из 30 вопросов, которые касались наличия определенных симптомов, данных анамнеза заболевания и жизни. Перед анкетированием проводилось объяснение целей и задач исследования, заранее от испытуемых получали их согласие на опрос.

Результаты исследования. Распространенность изжоги была равна 42,9% ($54,5\%$ – у юношей, 30% – у девушек) и находилась в прямой зависимости от увеличения возраста. Среди студентов, страдающих изжогой, $11,9\%$ имеют ожирение разной степени тяжести, $14,3\%$ курят, $35,7\%$ часто принимают вынужденное наклонное положение тела, $85,7\%$ часто употребляют жирную пищу, шоколад, кофе, томаты, специи, газированные напитки, $21,4\%$ сталкиваются с перееданием, $26,2\%$ разговаривают во время приема пищи, $71,4\%$ принимают горизонтальное положение сразу после еды, $26,2\%$ носят тугую одежду (облегающие вещи, туго затянутые ремни), $2,4\%$ имеют грыжу пищеводного отверстия диафрагмы. Среди симптомов, помимо изжоги, опрошенные отмечали ощущение затруднения прохождения пищи при глотании – $38,1\%$, отрыжку воздухом, съеденной пищей – $26,2\%$, кислый привкус во рту – 19% , кашель после еды или в положении лежа на спине – $7,1\%$. Следует отметить, что подавляющее большинство студентов часто сталкиваются со стрессом – $76,2\%$.

Выводы. Исследование показало высокую распространенность изжоги среди лиц юношеского возраста, что связано с несбалансированным питанием, включая частое употребление жирной и острой пищи, избыточной массой тела, неравномерной физической нагрузкой и интенсивным действием стрессового фактора.

Самиева Ш.Т., Самиева М.Т., Давлатова П.А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИГУАНИДОВ У ПАЦИЕНТОВ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ ПРИ ЯВНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ

Кафедра эндокринологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Иноятова Н.А.

Цель исследования. Анализ действия бигуанидов на массу тела и на уровень тиреотропного гормона при явном гипотиреозе у больных с абдоминальным ожирением.

Материал и методы. В исследовании, проведенном среди пациентов Медицинского центра исполнительного аппарата Президента Республики Таджикистан, участвовало 156 человек, страдающих абдоминальным ожирением, среди которых 17 мужчин и 139 женщин. Средний возраст участников составил $41 \pm 0,7$ лет. В процессе обследования были проведены измерения антропометрических параметров (рост, вес, объем талии) и рассчитан индекс массы тела. Также были выполнены гормональные лабораторные анализы для определения уровней тиреотропного гормона и свободного тироксина (св.Т4). Больные были разделены на 2 группы: в первой контрольной группе, кроме левотироксина натрия, также использовался бигуанид, а во второй группе бигуанид не использовался. Статистический анализ данных осуществлялся с использованием программного обеспечения «Statistica 10.0». Для количественных показателей представлены средние значения и стандартные ошибки ($M \pm m$), а для качественных – абсолютные значения и проценты (%).

Результаты исследования. В ходе исследования были проанализированы показатели массы тела и гормонального статуса у пациентов с подтвержденным гипотиреозом. В 1-й группе средняя масса тела составила $93,9 \pm 1,8$ кг, во 2-й группе $94,0 \pm 1,2$ кг. Диагноз явного гипотиреоза был подтвержден как клинически, так и лабораторно: уровень тиреотропного гормона у всех участников превышал $10,0$ мМЕ/л и достигал в среднем $20,4 \pm 1,8$ мМЕ/л. При этом уровень свободного тироксина (Т4) оставался в пределах референсных значений и составлял $14,7 \pm 0,5$ пмоль/л. Пациенты обеих групп получали заместительную терапию левотироксином натрия в дозировке, подобранной в соответствии с клиническими рекомендациями. Помимо этого, участникам исследования были даны рекомендации по изменению образа жизни, включающие сбалансированное питание и повышение физической активности, что является стандартным подходом в лечении гипотиреоза и метаболических нарушений. Отличительной особенностью исследования стало назначение пациентам 1-й группы дополнительно бигуанида (метформина) в адекватной дозировке, начиная с 1700 мг в сутки. В результате у пациентов данной группы была достигнута нормализация уровня ТТГ

до $4,1 \pm 0,5$ мМЕ/л без необходимости увеличения дозировки левотироксина натрия. Также наблюдалось значительное снижение массы тела до $86,9 \pm 1,7$ кг, что указывает на потенциальное влияние бигуанида на метаболические процессы у пациентов с гипотиреозом. В то же время во 2-й группе, где пациенты не получали бигуанид, уровень ТТГ оставался повышенным, а масса тела не имела значительных изменений.

Выводы. У пациентов с явным гипотиреозом и абдоминальным ожирением бигуаниды эффективно снижают уровень тиреотропного гормона и уменьшают массу тела.

Самиева Ш.Т., Самиева М.Т., Давлатова П.А.

ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ЖИРА У БОЛЬНЫХ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ И АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ С ПОМОЩЬЮ БИОИМПЕДАНСА

Кафедра эндокринологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Иноятова Н.А.

Цель исследования. Изучение содержания висцеральной жировой ткани у больных с субклиническим гипотиреозом и абдоминальным ожирением методом биоимпедансного анализа.

Материал и методы. Данное исследование проводилось на базе Медицинского центра исполнительного аппарата при Президенте Республики Таджикистан в период с 2023 по 2024 гг., что обеспечило высокую репрезентативность выборки и достоверность полученных результатов. Исследование 105 пациентов (93 женщины и 12 мужчин) со средним возрастом $43,1 \pm 0,6$ лет позволило детально изучить антропометрические показатели (роста, веса, индекса массы тела, объема талии) и гормональный статус. Анализ с использованием биоимпеданса Tanita (Япония) выявил изменения в составе тела, включая увеличение висцерального жира. Определение уровня тиреотропного гормона и свободного тироксина было произведено методом ИФА, а также статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы «Statistica 10» (Stat Soft Inc., USA).

Результаты исследования. Больные были распределены на две группы: первая группа включала пациентов с субклиническим гипотиреозом, а вторая группа – пациентов без нарушений функции щитовидной железы. Такой подход позволил провести сравнительный анализ показателей биоимпедансометрии, гормонального статуса и метаболических параметров, что способствовало более детальному изучению взаимосвязи между дисфункцией щитовидной железы и абдоминальным ожирением. При анализе индекса массы тела в исследуемых группах было выявлено преобладание ожирения I степени у пациентов с субклиническим гипотиреозом и абдоминальным ожирением в 1-й группе. Это указывает на значимую взаимосвязь между нарушением функции щитовидной железы и избыточной массой тела, что требует комплексного подхода к диагностике и лечению данной категории пациентов. Анализ среднего уровня тиреотропного гормона у 65 пациентов показал его повышение до $6,5 \pm 0,2$ мМЕ/л, тогда как у 40 пациентов он составил $1,5 \pm 0,1$ мМЕ/л. Средние значения уровня свободного тироксина в 1-й группе составили $15,4 \pm 0,5$, во 2-й $15,7 \pm 0,9$ пмоль/л. Использование метода биоимпеданса при обследовании больных позволило выявить, что у лиц с субклиническим гипотиреозом и абдоминальным ожирением по сравнению с лицами без нарушения тиреоидного баланса более высокое содержание висцерального жира $23,2 \pm 0,9\%$ vs $19,4 \pm 1,3\%$ ($p < 0,05$). Между уровнем тиреотропного гормона и показателями биоимпеданса – висцеральный жир выявлена положительная корреляционная связь которая составила $r = 0,33$.

Выводы. Биоимпедансный анализ подтвердил значительное увеличение висцерального жира у пациентов с субклиническим гипотиреозом и абдоминальным ожирением, а также выявил положительную корреляцию уровня ТТГ с объемом висцеральной жировой ткани.

Сангинова Я.А., Нуруллозода З.Х., Нурова М.Н.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПОДРОСТКОВ

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». ГУ ГЦЗ №15 г. Душанбе. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Носирова М.П.

Цель исследования. Провести анализ заболеваний подросткового возраста на примере городского центра здоровья, выявленных за шесть месяцев 2024 года и взятых на диспансерный учёт.

Материал и методы. На базе городского центра здоровья проведён ретроспективный анализ по данным углублённого медицинского обследования, включающего осмотр семейного врача и узких специалистов, лабораторное и инструментальное исследования. Произведена выкопировка данных из медицинских карт (форма №024), карт диспансерного наблюдения (форма №030), журналов регистрации приёма пациентов.

Результаты исследования. Всего по участку обслуживания городского центра здоровья проживают 369 детей, которые в течение первого полугодия должны были достигнуть 15-летнего возраста, из них осмотрено 316 (85,6%), в том числе юношей 149 (78,0%). На диспансерный учёт по поводу заболеваний было взято 84 подростка (26,6%), из них юношей 42 (28,2%).

В структуре выявленных заболеваний пациентов подросткового возраста преобладала эндокринная патология (47,6%). Дефицит массы и снижение физического развития наблюдались у 20 подростков (23,8%), избыточный вес и ожирение встречались в 11 случаях (13,1%), эндемический и узловой зоб обнаружены у 9 пациентов (10,7%).

Второе место занимают заболевания органа зрения (близорукость) 15–17,8%, выраженных гендерных различий нет (8 юношей – 9,5%).

Третью позицию заняли сразу три патологии: заболевания опорно-двигательной, нервной систем и внутренних органов (по 8 случаев – 9,5%). Плоскостопие (7,1%) разной степени выраженности, остаточные явления травмы головного мозга (4,7%) детский церебральный паралич (1,2%) чаще встречались у юношей. В то время как, заболе-

ваниями внутренних органов больше страдали девушки: вегетососудистая дистония, анемия, хронический пиелонефрит (по 2,4%).

На диспансерный учёт взяты также подростки с отставанием умственного и речевого развития, заболеваниями женской половой сферы (по 2 случая – 2,4%), искривлением носовой перегородки (1 случай).

Выводы. В структуре заболеваний выявленных при обследовании подростков в течение первых 6 месяцев 2024 года преобладает эндокринная патология (47,6%), отмечена отрицательная тенденция физического развития подростков, причём девушки (25,0%) в процентном отношении незначительно превышают юношей (22,6%). Также, значительный вклад в структуру заболеваний вносит патология со стороны органа зрения (17,8%), приблизительно одинаково встречающаяся как у юношей, так и девушек.

В настоящее время, время технического прогресса и развития кибертехнологий, проблема сохранить и укрепить здоровье подростков требует усилий не только медицинских работников. Комплексное воздействие должны оказывать, в первую очередь семья, учителя, организованный образовательный процесс и, конечно, у самого подростка необходимо формировать здоровый образ жизни.

Отлаженная система раннего выявления и диспансерного наблюдения обеспечивает преемственность предоставления необходимых профилактических и лечебно-диагностических услуг подросткам и молодежи, тем самым повышая их доступность, доказательную обоснованность назначений и обеспечивая экономический эффект.

Сангова Ф.Р., Зоидбоева Н.З.

РОЛЬ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ В РАЗВИТИИ АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ: АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ

Кафедра внутренних болезней №1 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., доцент Одинаев Ш.Ф.

Цель исследования. Целью нашего исследования является определение частоты возбудителей способных вызвать атипичную пневмонию у пациентов с различными возрастными категориями в городе Душанбе. Планируется провести анализ среди возбудителей: *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* и *Legionella pneumophila* и вирусные инфекции.

Материал и методы. Обследовано 35 госпитализированных пациентов с диагнозом атипичной пневмонии в период 2020 – 2024 для ретроспективного анализа. Исследование проводилось в условиях стационарного лечения в пульмонологическом отделении ГЦЗ имени К.Т. Таджикива. При обследовании пациентов учитывалось: жалобы и клинические симптомы, с которыми они обратились в больницу. Для точной диагностики возбудителя проводили полное обследование по пульмонологическому плану (общий и биохимический анализ крови, СРБ, ПЦР, ИФА) и рентгенографию грудной клетки для определения обширности процесса в легких. Также проводилось серологическое исследование для выявления наличия вирусных инфекций. Возрастная категория пациентов составлял от 34 до 45 лет.

Результаты исследования. Полученные данные показали преобладание бактериальной пневмонии (18 случаев) среди всех остальных атипичной пневмонии. Частота *Mycoplasma pneumoniae* было выше и преобладал среди других бактериальных инфекции. Количество вирусных инфекции вызвавших атипичную пневмонию составило 11 случаев. Результаты серологических исследований показали преобладание вирусных инфекций, в частности вирус гриппа (7 случаев) и коронавирусная инфекция (4 случаев). На долю хламидийной пневмонии попало меньшее количество случаев (5 случаев) что указывает на их мало распространенность среди данной возрастной категории и меньше всего было выявлено инфекция легионелла пневмония (1 случай). Течение болезни у пациентов проходило по-разному, в зависимости от возраста, иммунного статуса и других хронических заболеваний.

Выводы. Данная статистика указывает на важность проведения серологических исследований на ряду с бактериологическими анализами. Такие методы исследования позволяют наиболее точно идентифицировать возбудителей атипичной пневмонии, что способствует правильному и эффективному подбору лечения атипичной пневмонии и адекватной терапии.

Сафарзода Н.Д., Рахматова С.К., Хасанова З.С.

РОЛЬ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ганиева М. П.

Цель исследования. Оценить влияние состава и функциональной активности микробиоты кишечника на развитие сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), а также проанализировать взаимосвязь дисбиоза с клиническими параметрами пациентов.

Материал и методы. В исследование включены 100 пациентов с диагностированными ССЗ (ишемическая болезнь сердца, атеросклероз) и 50 здоровых лиц контрольной группы. Из них 80 женщин и 70 мужчин. Средний возраст — 45–70 лет. Медиана возраста 58 лет. Длительность исследования составило 3 месяца. Группы разделены: 1. Пациенты с ССЗ и подтвержденным дисбиозом кишечника — 100 человек. 2. Пациенты с ССЗ без дисбиоза — 50 человек. Методы: – Определение уровня триметиламин-N-оксида (ТМАО) в сыворотке крови. – Оценка маркеров воспаления (С-реактивный белок, интерлейкин-6). – Анкетирование по шкале SF-36 (опросник для оценки качества жизни(КЖ), включающий физические и психические компоненты здоровья).

Результаты исследования. 1. У 72% пациентов с ССЗ выявлен дисбиоз кишечника с доминированием *Firmicutes* и снижением *Bacteroidetes* ($p < 0.001$).

2. Уровень ТМАО у пациентов с дисбиозом в 2.5 раза выше, чем в контрольной группе ($p < 0.0001$).
3. Выраженное системное воспаление ($\text{СРБ} > 5 \text{ мг/л}$) обнаружено у 65% пациентов с дисбиозом против 28% в группе без дисбиоза ($p < 0.005$). 4. Качество жизни (по SF-36) у пациентов с дисбиозом значительно ниже: - Физический компонент здоровья: 58.4 балла (против 2.1 в контроле, $p < 0.0005$). - Психический компонент: 63.2 балла (против 75.3, $p < 0.001$). 5. Женщины с ССЗ и дисбиозом демонстрируют более низкие показатели КЖ, чем мужчины ($p < 0.05$).

Выводы. Микробиота кишечника играет значимую роль в патогенезе ССЗ через модуляцию метаболизма, воспаления и синтез токсичных метаболитов. Коррекция дисбиоза (пробиотики, пребиотики, диета) может стать перспективным направлением в комплексной терапии ССЗ. Рекомендовано включение анализа микробиоты в алгоритмы обследования пациентов с сердечно-сосудистой патологией.

Сафаров А.Р., Хафизов Х.М., Сохибов Д.К.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ИНФИЦИРОВАННОСТИ МИКОБАКТЕРИЯМИ ТУБЕРКУЛЁЗА ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА г. ДУШАНБЕ

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Бобоходжаев О.И.

Цель исследования. Изучение уровня инфицированности микобактериями туберкулёза детей школьного возраста (7-17 лет), жителей г. Душанбе.

Материал и методы. Нами была проведена туберкулинодиагностика (в/к проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л в 0,1 мл) среди 989 детей в возрасте 7-17 лет в 3 школах г. Душанбе, учащихся 1-11 классов, в двух возрастных категориях (7-14 лет) - 364 учеников и (15-17 лет) - 625 учеников. Из общего числа обследованных детей мальчиков было 567 учеников, девочек - 422 учеников.

Результаты исследования. На третьи сутки (72 час.) мы оценили результаты проведенных проб. Интерпретация результатов показала, что из всех 989 проб (100%), отрицательная реакция (папула размером 0-2 мм) наблюдалась у 807 детей (81,6%), сомнительная реакция (папула размером 3-4 мм) - у 43 детей (4,4%), положительная реакция (папула размером 5-16 мм) - у 139 детей (14%). Гиперергической реакции внутрикожной пробы мы не наблюдали. Дети с сомнительной реакцией пробы Манту взяты под наблюдения для последующей повторной туберкулинодиагностики после определенного периода времени.

Проведение дополнительного обследования (сбор анамнеза по контакту с больным туберкулезом, клинический осмотр периферических групп лимфатических узлов, рентгенография органов грудной клетки) исключила вероятность активного туберкулеза.

Выводы. Таким образом, по результатам проведенной пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л в школах г. Душанбе установлено, что инфицированность микобактерией туберкулеза среди школьников (7-17 лет) составляет 139 случаев (14%), что обосновывает диагноз латентной туберкулёзной инфекции.

Сафаров Ш.А., Али-заде Н.А., Шукурова М.Т.

ОСОБЕННОСТИ ИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ПСОРИАЗОМ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

Кафедра биохимии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., доцент Мухамадиева К.М.

Цель исследования. Изучить показатели клеточного иммунитета (CD95 и CD32) у детей, страдающих псориазом.

Материал и методы. С 2020 по 2024 годы обследовано 64 пациента с псориазом в возрасте 7-15 лет, обратившихся на амбулаторное и стационарное лечение в ГУ «ГКБКБ» города Душанбе. Среди обследованных больных были выявлены следующие формы: экссудативный 24 (37,5%), каплевидный 22 (34,4%), бляшечный – 18 (28,1%). Прогрессирующая стадия наблюдалась у 43 (67,2%) пациентов у 21 (32,8%) – стационарная стадия.

Все больные получили лечение согласно утвержденным протоколам лечения соответственно форме и стадии заболевания. После достижения клинического эффекта проводилось сравнение показателей CD95 и CD32 с исходными значениями. Тяжесть и распространенность псориаза оценивали по индексу PGA (Physician Global Assessment – глобальный индекс тяжести течения псориаза) и PASI (Psoriatic Area and Severity Index – индекс площади и тяжести псориаза). Интенсивность флуоресценции экспрессирующих CD95 и CD32 определяли методом проточной цитометрии (CULTOMICS FC500) с использованием конъюгатов МКАТ. Для сравнительного анализа данных показателей у больных псориазом, аналогичные параметры оценивали у 20 здоровых детей соответствующего возраста.

Результаты исследования. Исходный общегрупповой индекс PASI у обследованных детей составил $26,5 \pm 2,6$ балла. Показатель CD 95 у больных с прогрессирующей стадией псориаза составил $9,2 \pm 0,4\%$, а у детей со стационарной стадией - $8,1 \pm 0,4\%$, что соответственно в 2,6 и 2,3 раза выше по сравнению с показателем CD 95 в группе здоровых детей ($3,5 \pm 0,4\%$). Показатель CD 32 у детей с прогрессирующей стадией составил $14,2 \pm 2,0\%$, что в 2,2 раза выше по сравнению с таковым у здоровых детей ($6,5 \pm 2,2\%$). У детей со стационарной стадией данный показатель был выше контрольного значения в 1,4 раза и составил $9,4 \pm 2,2\%$.

У 29 (45,3%) пациентов после достижения клинического лечения (через $15 \pm 8,5$ дней) показатель CD95 составил $4,6 \pm 1,3\%$, то есть в 2 раза по сравнению с исходным значением у больных с прогрессирующей стадией псориаза $9,2 \pm 0,4\%$ и в 1,8 раза по сравнению с исходным показателем у больных со стационарной стадией заболевания $8,1 \pm 0,4\%$ против $4,5 \pm 1,3\%$. В 19 (29,7%) случаях показатель CD95 у больных с прогрессирующей стадией снизился

от $9,2 \pm 0,4\%$ до $8,7 \pm 1,3\%$, а со стационарной – от $8,1 \pm 0,4\%$ до $7,8 \pm 1,3\%$. У 16 (25,0%) не отмечалось положительной динамики CD95.

После достижения клинического эффекта за больными наблюдали в течение 12 месяцев. Было выявлено, что при снижении показателей апоптоза (CD95) и фагоцитоза (CD32) в 2 раза по сравнению с исходными показателями, частота рецидивов встречается в 3 раза реже, чем у больных с незначительным снижением данных показателей $7/29; 24,1\%$ против $11/16; 68,8\%$ случаев).

Выводы. Таким образом, при лечении детей с псориазом, выраженное снижение показателей CD95 и CD32 после достижения клинического эффекта по сравнению с исходными значениями может указывать на достижение у них более стойкой ремиссии. Оценка показателей апоптоза (CD 95) и фагоцитоза (CD 32) у детей, страдающих псориазом, дает возможность прогнозировать течение заболевания и своевременно корректировать терапию.

Сафаров Ш.А., Шукурова М.Т., Али-заде Н.А.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ЛИПИДНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ДЕТЕЙ С ПСОРИАЗОМ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

Кафедра биохимии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научные руководители - д.б.н., профессор Сабурова А.М., д.м.н., доцент Мухамадиева К.М.

Цель исследования. Оценить особенности физического развития и состояние липидного метаболизма у детей с псориазом.

Материал и методы. Обследовано 136 детей с морфологически доказанным псориазом. Средний возраст детей составил $13,25 \pm 1,2$ года, соотношение девочек и мальчиков было 1,3:1. В зависимости от индекса массы тела (ИМТ) обследованные дети были распределены на 2 группы: группа 1 — с нормальными и сниженными антропометрическими показателями (88 пациентов: 52 девочек и 36 мальчиков; ИМТ $18,6 \pm 1,96$) и группа 2 — дети с избыточной массой тела (48 пациент: 29 девочек и 19 мальчиков; ИМТ $23,51 \pm 4,21$). Оценка липидного метаболизма проводилась на основании исследования в крови общего холестерина (ОХС), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов. Рассчитывали коэффициент атерогенности (по А.Н. Климову: отношение разности ОХС и ЛПВП к ЛПВП). Норма – не выше 2,5 [Копытина Е.В. 2010]. Контрольную группу составили 30 здоровых детей, рандомизированных по полу и возрасту.

Результаты исследования. При сравнении роста в 1-й группе больных наблюдалась меньшая масса тела, ИМТ и меньшие показатели окружности мышц плеча, характеризующего состояние соматического пула белка организма [Garemo M. И соавт., 2007]. В то же время весо-ростовые показатели детей 2-й группы существенно превосходили соответствующие параметры детей 1-й и контрольной группы. При оценке массы тела выявлено дефицит массы тела у обследованных больных наблюдался в 2 раза чаще, чем избыточная масса. Изучение ростовых показателей выявило низкорослость у $69/88; 78,4\%$ детей 1-й группы и у $32/48; 66,7\%$ - 2-й группы. При этом, в контрольной группе число детей низкого роста составило $7/30; 23,3\%$ случаев. Определение толщины кожно-жировых складок показало их достоверное уменьшение у детей 1-й группы по сравнению со второй группой и группой сравнения. Учитывая уменьшение окружности мышц плеча, характеризующее дефицитное состояние соматического пула белка организма, и толщины кожно-жировых складок, оценивающих состояние жировых депо, состояние детей 1-й группы можно оценить как состояние энергетической недостаточности питания легкой степени. Со стороны липидограммы выявлены значимые различия между пациентами 1-й и 2-й групп с более высокими значениями общего холестерина, липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) у пациентов 2-й группы. Было выявлено, что данные нарушения липидного спектра чаще наблюдались у детей низкого роста. Так, из всего количества детей с низким ростом 1-й группы высокие значения холестерина и липопротеинов низкой плотности наблюдались у $32/69; 46,4\%$ больных, а во 2-й группе их число составило $29/32; 90,6\%$ случаев.

У детей 2-й группы отмечалось увеличение толщины кожно-жировых складок по сравнению со здоровыми детьми и детьми первой группы, что в совокупности с повышением уровня холестерина, ЛПНП и коэффициента атерогенности указывает на нарушения липидного обмена. В то же время различия между 1-й и контрольной группой отсутствовали за исключением более высокого уровня липопротеидов высокой плотности и дефицитом массы тела у детей с псориазом.

Выводы. У детей с псориазом по сравнению со здоровыми сверстниками выявляются нарушения физического развития в виде изменения показателей роста, веса, обхватных параметров и нарушений липидного метаболизма. Высокие показатели холестерина и липопротеинов низкой плотности у детей с низким ростом и избыточной массой тела могут быть ранними проявлениями метаболического синдрома, что необходимо учитывать в тактике лечения данного контингента больных.

Сафаров Ш.А.¹, Рахимзода Ф.Р.², Бободжонов А.Р.¹

МИКОЗ СТОП И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ

¹Кафедра дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

²ГУ «Городская клиническая больница кожных болезней» г. Душанбе. Таджикистан.

Научный руководитель – доктор PhD, ассистент Бозоров С.С.

Цель исследования. Изучить клинические проявления осложнений у больных с микозами стоп.

Материал и методы. Под наблюдением находились 32 пациента с микозом стоп, которые обратились в Государственное учреждение «Городская клиническая больница кожных болезней» с января по декабрь 2024 года. Из них

женщин было 7, мужчин – 25. Возраст пациентов варьировал от 20 до 68 лет. Давность болезни варьировал от 3 месяцев до 14 лет. Диагноз «Микоз стоп» им был выставлен на основании характерной клинической картины и результатов микроскопического исследования очагов поражения.

Результаты исследования. Было обнаружено, что у 10/32; 31,3% пациентов наблюдалась сквамозная форма, у 14/32; 43,7% - интертригинозная, а у 8/32; 25,0% - дисгидротическая форма. Также у 20/32; 62,6% пациентов наблюдалось грибковые изменения ногтей (онихомикоз). При осмотре других участков тела и консультации смежных специалистов у 5/32; 15,6% пациентов выявлена нумулярная экзема голеней и рук, у 3/32; 9,4% аллергический ринит, у 2/32; 6,3% - разноцветный лишай, и у 1/32; 3,1% - вторичная пиодермия околоногтевых валиков.

Выводы. Таким образом, у пациентов с длительной персистирующей грибковой инфекцией возрастает риск возникновения различных осложнений, развитие которых можно предупредить своевременным выявлением и рациональным лечением данной инфекции.

Сафарова Ф.Б., Гончарова М.С., Назаров А.А.

РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПСИХИАТРА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им.проф. Гулямова М.Г. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - Салихова А. Х.

Цель исследования. Изучение частоты и структуры расстройств пищевого поведения у детей и подростков в амбулаторной практике врача-психиатра.

Материал и методы. Работа проводилась на кафедре неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. проф. Гулямова М. Г. за период с 2023 по 2024 гг. Всего было обследовано 9 респондентов обоих полов в возрасте от 13 до 17 лет (средний возраст $15,2 \pm 0,4$ лет). Критерии включения в исследование: отказы от приема пищи, объективно отмечаемая потеря веса (от 15% от исходной массы тела), наличие болезненной убежденности в собственной полноте, несмотря на дефицит массы тела, и соответствующее поведение, направленное на устранение данной проблемы; повторные эпизоды переедания и выраженное беспокойство по поводу контроля за массой тела.

Результаты исследования. Трудности диагностики расстройств пищевого поведения у детей и подростков в амбулаторной практике врача психиатра диктует необходимость установления доверительного контакта с больным, уточнением объективной причины болезни; необходимостью проведения диагностики и оценивания тяжести соматического и психического состояния больного; направлением на консультацию к врачам соматического профиля (гастроэнтерологу, кардиологу, эндокринологу) с проведением инструментальных и лабораторных методов диагностики с целью уточнения степени тяжести метаболических расстройств, а также определения дальнейшей тактики ведения и лечения больного. Было установлено, что 88,9% обследованных составили лица женского пола, 11,1% - мужского. Среди лиц, страдающих расстройствами пищевого поведения, преобладали больные с синдромом нервной анорексии - 88,9%, синдром нервной булимии встречался в 11,1% случаев.

На амбулаторном приеме прицельно оценивается соматическое состояние больного, а также учитываются дезадаптирующие стрессовые факторы: семейные конфликты, постоянная критика и замечания в адрес больного со стороны родителей по поводу еды, выраженная социальная изоляция больного, самоиндуцированная рвота, использование клизм, слабительных и диуретических средств, различных диет. При наличии тяжелых сомато-эндокринных нарушений госпитализация пациентов с расстройствами пищевого поведения осуществляется в стационар соматического профиля с дальнейшим решением вопроса о переводе пациента в психиатрический стационар после стабилизации соматического состояния.

В лечении нервной булимии предпочтительным является назначение СИОЗС в сочетании с когнитивно-поведенческой терапией, назначению нормотимиков (препараты вальпроевой кислоты, карбамазепин).

В лечении нервной анорексии ведущую роль отводят назначению СИОЗС (сертралин), с целью купирования тревожных расстройств перед увеличением массы тела назначают анксиолитики.

Выводы. Таким образом, исследование выявило сложности диагностики расстройств пищевого поведения у детей и подростков, с которыми сталкивается врач-психиатр на амбулаторном приеме ввиду диссимуляции имеющихся у них расстройств, определении тяжести соматических нарушений с выбором дальнейшей тактики обследования и лечения этой категории больных. После проведенного стационарного лечения, этап амбулаторного наблюдения достаточно длительный и включает в себя продолжение лекарственного воздействия с применением психотерапевтических методик, с обязательным наблюдением у врачей соматического профиля

Сафизода С.Н., Бабаджанов М.А., Алиев К.А.

ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ходжиева Г.Б.

Цель исследования. Определить неврологические симптомы характерные для пациентов с диагнозом железодефицитной анемии.

Материал и методы. Во взрослом гематологическом отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в течение трех месяцев (октябрь, ноябрь, декабрь) 2024 года под нашим наблюдением находились 22 пациента с диагнозом железодефицитной анемии в возрасте от 18 до 75 лет, медиана возраста составила 47 лет. Мужчин - 4 (18%), женщин - 18 (72%) больных. Больные, поступившие впервые (первичные) составили 19 (86%) человек, больные, поступившие

повторно (повторные) составили 3 (14%) человека. Больные были распределены по степени тяжести: больные с легкой степенью анемии (Hb 95г/л) -4, больные средней степени тяжести (Hb84г/л) -9, больные тяжелой степени тяжести (Hb 60г/л) -9. Всем больным были проведены клинические и лабораторные методы исследования: развернутый общий анализ крови, биохимия крови (печеночные пробы, билирубин, общий белок), сывороточное железо, ЭКГ, УЗИ внутренних органов и дополнительно всем пациентам были заданы валидированные вопросы о головной боли и мигрени, а также проведены неврологические осмотры. Нарушения качества жизни, связанные с головной болью, оценивались по шкале ВАШ от 0 до 10 баллов. Шкала депрессии Бека для определения наличия депрессии у пациентов с этим диагнозом.

Результаты исследования. У всех больных с железодефицитной анемией встречались изменения со стороны желудочно-кишечного тракта, и некоторые неврологические симптомы, и синдромы, такие как синдром беспокойных ног, тревожность, депрессия, снижение концентрации внимания, ухудшение памяти. Дефицит железа влияет на синтез гормона дофамина, который вырабатывается в мозге и отвечает за психоэмоциональное состояние и интеллектуальные функции. Уменьшение количества этого гормона может способствовать развитию депрессии, мигрени. Недостаток дофамина может привести к этим симптомам, так как Fe участвует в механизме образования дофамина и при длительном недостатке железа к примеру железодефицитной анемии, кроме основных симптомов может появиться мигрень у больного. Из всех пациентов с ЖДА 82 % (18) когда-либо в своей жизни отмечали головную боль. Кроме того, 18 % (4) всех пациентов с ЖДА определили критерии мигрени. Пациенты с ЖДА, страдающие мигренью, чаще курили и имели значительно более низкие показатели гемоглобина и среднего корпускулярного объема. Помимо этого, из всех пациентов с ЖДА на основе шкалы депрессии Бека было выявлено 45% - пациенты с отсутствием депрессии, 37% с легкой депрессией и 18% с умеренной депрессией.

Выводы. При длительном течении железодефицитной анемии появляются выраженные неврологические нарушения. Пациенты с ЖДА чаще страдают от мигрено-подобных головных болей. Наличие тревоги и депрессии, оказывает большое влияние на появление мигрени у пациентов с ЖДА.

Селимова А.И., Шихабидова Ш.М.

ФАКТОРЫ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К РАЗВИТИЮ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Кафедра профилактики внутренних болезней ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ. Россия
Научный руководитель – ассистент Радван Л.М.

Цель исследования. Изучение распространенности основных симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) среди населения молодого возраста и выявление предрасполагающих условий к ее развитию.

Материал и методы. В исследовании приняло участие 34 человека в возрасте от 17 до 29 лет, из них мужчин – 6, женщин – 28. Исследование было проведено в виде опроса, основанного на анкетировании. Перед анкетированием проводилось объяснение целей и задач исследования, заранее от испытуемых получали их согласие на опрос.

Результаты исследования. Диагностически значимая для ГЭРБ изжога выявлена у 32,4% респондентов из общего числа обследуемых. Из них: мужчин – 9,1%, женщин - 90,9%.

При этом все испытуемые, имеющие характерные для ГЭРБ симптомы отмечали неправильное и нерегулярное питание (употребление жирной и острой пищи, кофеинсодержащих и газированных напитков несколько раз в месяц или каждую неделю). У 54,5% имеются болезни органов желудочно-кишечного тракта (хронический панкреатит, жировой гепатоз, хронический гастрит). Все, сообщившие об изжоге, отмечали так же другие симптомы, характерные для ГЭРБ. Среди них: регургитация встречалась у 63%, тошнота у 54,5%, ощущение кома в горле беспокоит 54,5% опрошенных. Отмечается влияние наследственности на возникновение симптомов ГЭРБ. 36% больных имеют родственников с диагнозом гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. 42 % опрошенных отмечали усиление симптомов, характерных для ГЭРБ (изжога, регургитация), при занятии фитнесом или спортом, особенно при выполнении упражнений, направленных на накачивание брюшного пресса или связанных с подъемом тяжестей. 18% страдают ожирением I степени (индекс массы тела от 30 до 34,9 кг/м²).

Влияние курение и алкоголя не было доказано (среди опрошенных не было тех, кто имел вредные привычки).

Выводы. 1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь диагностируется на основании имеющихся критериев ВОЗ у 32,4 % опрошенных.

2. Среди населения молодого возраста отмечается связь симптомов изжоги с алиментарным и наследственным фактором, а также наличием сопутствующих патологий печени, поджелудочной железы, желудка.

Сиджотхонова Л.И.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н. доцент Иномзода Дж. И.

Цель исследования. Оценить роль семейного врача в диспансеризации населения, а также уровень охвата населения диспансеризацией по всем возрастным категориям.

Материал и методы. Проведён анализ по статистическим данным последних 15 лет (2005-2020), охватывающий население следующих возрастных групп, от 0-4 лет, 5-15 лет, 16-19 лет, 20 лет и выше. Исследование проведено по методу описательной статистики.

Результаты исследования. За 2005 год уровень общей заболеваемости в стране, мужчин и женщин, всех возрастных категорий, составляет 2434735 больных, под диспансеризацией находятся 639150 (26.2%) больных:

- В 2010 году уровень общей заболеваемости 2598908 больных, под диспансеризацией находятся 634110 (24.4%) из них.
- В 2015 году уровень общей заболеваемости населения 2185507, под диспансерным наблюдением 513240 (23.4%) больных.
- В 2020 году общая заболеваемость населения составляет 1657109, из них под диспансерным наблюдением 431670 (26.04%) больных.

Выводы. По результатам последних 15 лет исследований, выявляем, что уровень общей заболеваемости в Республике Таджикистан снизился на 32% и охват населения диспансеризацией за эти годы проводился своевременно. Это является результатом высококвалифицированной работы семейного врача, так как он является первым звеном в системе здравоохранения, с которым пациент контактирует. Основные функции семейного врача в рамках диспансеризации включают в себя: проведение первичной диагностики, профилактика заболеваний, мониторинг хронических заболеваний, оказание первичной медицинской помощи, контроль за лечением больного и оказание больному психоэмоциональную поддержку. Для этого в рамках образовательных программ для семейных врачей должны включаться комплексные подходы к диспансеризации.

**Силина Л.В., Ашурков С.Н., Трунов С.Э.
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ РОЗАЦЕА**

Кафедра Дерматовенерологии ФГБОУ ВО «Курский Государственный Медицинский Университет». Россия
Научный руководитель – д.м.н., профессор Силина Л.В.

Цель исследования. Изучение общих сведений о заболевании розацеа. Ознакомление с этиологией, патогенезом и клинической картиной заболевания. Анализ методов диагностики и лечения розацеа. Разработка клинических рекомендаций и профилактических мероприятий для пациентов.

Материал и методы. Теоретический анализ, обобщение и классификация литературных и клинических сведений; материалом послужили данные клинической базы кафедры дерматовенерологии КГМУ, а также научная и специальная литература.

Результаты исследования. Для предотвращения обострений розацеа пациентам важно соблюдать профилактические меры и избегать воздействия факторов, провоцирующих воспаление и ухудшающих состояние кожи: избегание триггерных факторов; регулярное использование солнцезащитных средств с SPF не менее 30–50, которые помогают уменьшить влияние УФ-лучей; правильный уход за кожей; соблюдение диеты в лечении и профилактике; ведение здорового образа жизни и соблюдение определенных рекомендаций помогают поддерживать ремиссию розацеа и предотвращать новые обострения; уход за кожей в условиях климатических изменений; поддержка стабильного психоэмоционального состояния и стресс-менеджмента; лечение сопутствующей эндокринной патологии и заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Выводы. Розацеа — хроническое воспалительное заболевание кожи, которое проявляется эритемой, телеангиэктазиями, папуло-пустулезными высыпаниями и утолщением тканей (фиматозная форма). Патогенез заболевания связан с генетическими, сосудистыми, иммунными и микробными факторами, а также с воздействием триггерных факторов. В зависимости от клинической формы и тяжести заболевания применяются консервативные, косметологические и хирургические методы лечения, что помогает контролировать симптомы и улучшить качество жизни пациентов.

Актуальные подходы к лечению и профилактике. Современная терапия розацеа основывается на комплексном подходе, включающем использование антибактериальных препаратов (доксикалин, азелаиновая кислота), наружных средств (метронидазол, ивермектин) и системных ретиноидов (изотретиноин) для более тяжелых случаев. Косметологические методы, такие как IPL-терапия и лазерное лечение, дополняют терапию, помогая устранить телеангиэктазии и эритему, а также улучшить текстуру кожи. Профилактика обострений предполагает исключение триггеров, соблюдение правильного ухода за кожей и поддержание здорового образа жизни. Современные методы позволяют значительно улучшить состояние пациентов, снизить частоту рецидивов и минимизировать проявления розацеа. Перспективы в исследовании заболевания. Несмотря на достижения в лечении, розацеа остается многогранным заболеванием с недостаточно изученными механизмами. В перспективе исследования сосредоточатся на углубленном изучении взаимодействий между микробиомом кожи и иммунной системой, а также на роли генетических и нейрогенных факторов. Новые методы, такие как таргетная терапия и разработка препаратов с антимикробными пептидами, могут позволить создать более точечные и безопасные методы лечения. Также актуальны исследования по улучшению средств для профилактики и поддерживающей терапии, направленных на стабилизацию состояния кожи и продление ремиссии.

**Собиров Ф.К., Азизов И.С., Кувватов Д.Ш.
СЛУЧАЙ БЛАГОПОЛУЧНОГО ИСХОДА ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ РЕСПУБЛИКАНСКОГО
КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – старший преподаватель Шамсов А.Т.

Цель исследования. Целью данного исследования является анализ клинического случая успешного восстановления ритма сердца у пациента, перенесшего острую фибрилляцию желудочков, с оценкой эффективности проводимых лечебных мероприятий и сопутствующего лабораторного контроля состояния крови до и после вмешательства.

Материал и методы. В исследовании использован клинический случай 58-летнего пациента, доставленного в отделение интенсивной терапии с диагнозом острой фибрилляции желудочков. Данные получены из медицинской карты Республиканского кардиологического центра. Методы исследования включали электрокардиографию (ЭКГ), эхокардиографию, динамический мониторинг жизненно важных показателей и лабораторные анализы крови. Исследование проводилось по стандартным протоколам реанимационной и кардиологической помощи, с использованием дефибрилляции, медикаментозной терапии антиаритмическими препаратами, а также поддерживающей терапии для стабилизации гемодинамики. Особое внимание уделялось последовательному проведению анализов крови с целью определения динамики изменений биохимических и гематологических показателей до проведения процедуры и в период после её осуществления.

Результаты исследования. Клиническая картина пациента характеризовалась выраженной нестабильностью сердечного ритма и значительным снижением артериального давления. Предварительные лабораторные исследования выявили повышенные уровни тропонина I (0,56 нг/мл), КФК-МВ (32 мкг/л) и ЛДГ (480 Ед/л), а также умеренное увеличение показателей С-реактивного белка (12 мг/л) и уровня глюкозы в крови (8,2 ммоль/л). После проведения экстренной дефибрилляции и коррективной медикаментозной терапии наблюдалось восстановление нормального синусового ритма. Последующие лабораторные исследования, выполненные через 6 часов после вмешательства, показали значительное снижение уровня тропонина I (0,12 нг/мл), КФК-МВ (18 мкг/л) и ЛДГ (350 Ед/л). Уровни С-реактивного белка снизились до 5 мг/л, а концентрация глюкозы нормализовалась до 6,5 ммоль/л. Кроме того, общий анализ крови выявил улучшение показателей гемоглобина и эритроцитов, что свидетельствовало об общем улучшении метаболического состояния пациента. Эхокардиографическое исследование подтвердило восстановление сократительной функции левого желудочка, а также отсутствие рецидивирующих аритмий в динамике наблюдения.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности комплексного подхода в экстренной кардиологической помощи при острой фибрилляции желудочков. Коррекция аритмии посредством своевременной дефибрилляции в сочетании с оптимизированной медикаментозной терапией способствует быстрому восстановлению сердечного ритма и стабилизации гемодинамических показателей.

Таким образом, всесторонний анализ лабораторных показателей подтверждает значимость своевременной интервенции и комплексного подхода, что позволяет существенно улучшить прогноз у пациентов с тяжелыми аритмиями и предотвратить развитие дальнейших осложнений.

Собиров Ф.К., Давлатзода М., Сафаров Ф.С.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ КАРВЕДИЛА И ДЕКСРАЗОКСАНА В ПРОФИЛАКТИКЕ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНТРАЦИКЛИНАМИ

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

Научный руководитель - Шамсов А.Т.

Цель исследования. Целью данного исследования была сравнить эффективность карведила как (бета-адреноблокатора с антиоксидантными свойствами) и дексразоксана (хелатора железа и ингибитора топоизомеразы II) в профилактике сердечно-сосудистых осложнений при лечении антрациклиновыми химиопрепаратами.

Материал и методы. Было проведено исследование у 25 пациентов принимающих лечение антрациклинами. Они были разделены на 2 группы, из них 15 пациентов получали карведил и 10 из них дексразоксан и было проведено анализ данных клинических исследований и метаанализов, оценивающих кардиопротекторное действие карведила и дексразоксана у пациентов, получающих антрациклины. Оценивались показатели кардиотоксичности: фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ), уровни кардиомаркеров (тропонин, NT-proBNP) и частота развития хронической сердечной недостаточности.

Результаты исследования. Дексразоксан показал более выраженную защиту миокарда от антрациклиновой кардиотоксичности, снижая частоту сердечной недостаточности и сохраняя в норме ФВЛЖ (50-51%). Однако его применении ограничено из-за возможного ослабления противоопухолевого эффекта. Карведил продемонстрировал кардиопротекторное действие, улучшая функцию левого желудочка и снижая уровень биомаркеров повреждения миокарда, такие как Тропонин Т (<0,01-0,02 нг/мл), Тропонин I (<0,04 нг/мл) и NT-proBNP (120 нг/мл) при этом не влияя на противоопухолевую эффективность химиотерапии. Комбинированное применение может быть перспективным, но требует дополнительных исследований.

Выводы. Дексразоксан более эффективен для предотвращения кардиотоксичности, но имеет ограничения в применении. Карведил является безопасной альтернативой, особенно для пациентов с сердечно-сосудистыми факторами риска.

Собиров Ф.К., Рамазони М., Додарбекова Б.

ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРВЕДИЛА В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДАУНОРУБИЦИНОМ

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

Научный руководитель - Шамсов А.Т.

Цель исследования. Целью данного исследования была оценка влияния и эффективности карведила в профилактике сердечно-сосудистых осложнений при лечении даунорубицином.

Материал и методы. Исследование на 36 пациентах, получающих даунорубицин. Пациенты были разделе-

ны на две группы: основную получали карведил 20 пациентов и контрольную без карведила 16 пациентов. Оценивались показатели кардиотоксичности: фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ), уровни кардиомаркеров (тропонин, NT-proBNP), ЭКГ-изменения и клинические симптомы сердечной недостаточности.

Результаты исследования. Из 20 пациентов получавшей карведил, у 90% (18 пациентов) наблюдалось значительное снижение частоты сердечной недостаточности и аритмий по сравнению с контрольной группой. ФВЛЖ оставалась стабильной (50%-52%), а уровни кардиомаркеров такие как (тропонин Т и тропонин I) и (NT-proBNP 120 нг/мл) были ниже, что свидетельствует о защитном эффекте карведила на миокард.

Выводы. Карведил снижает риск сердечно-сосудистых осложнений при лечении даунорубицином, улучшая кардиопротекцию. Его использование может быть рекомендовано для профилактики кардиотоксичности у пациентов, получающих антрациклиновую химиотерапию.

Солиев М.А.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

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

Научный руководитель - к.м.н. Юсупова М.Х.

Цель исследования. Выявить факторы риска и клинические проявления сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП).

Материал и методы. В исследовании участвовали 50 пациентов с различными стадиями ХБП (от II до V стадии). Были использованы следующие методы:

1. Клинические наблюдения: подробный сбор анамнеза и клиническая оценка состояния пациентов, регулярное измерение артериального давления.

2. Лабораторные исследования: определение уровня креатинина и скорости клубочковой фильтрации для оценки функции почек, измерение электролитов, уровня натрия и калия, липидный профиль (холестерин, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды) для оценки риска атеросклероза.

3. Инструментальные методы: эхокардиография для оценки структурных изменений сердца, таких как гипертрофия левого желудочка и фракция выброса, Холтеровское мониторирование ЭКГ для выявления аритмий и других нарушений ритма сердца.

Результаты исследования. У 70% пациентов наблюдались симптомы сердечной недостаточности, такие как одышка и отеки, что коррелировало с прогрессированием ХБП. У 40% пациентов выявлены структурные изменения сердца, в частности гипертрофия левого желудочка, которая чаще встречалась на более поздних стадиях ХБП. Анализ показал значительное повышение уровня систолического артериального давления и маркеров воспаления (С-реактивный белок, интерлейкин-6) с увеличением стадии ХБП. Высокая частота аритмий, особенно фибрилляции предсердий, была отмечена у пациентов с терминальной стадией ХБП, что связано с электролитными нарушениями и структурными изменениями сердца.

Выводы. Результаты исследования подтверждают, что существует прямая связь между стадией хронической болезни почек и развитием сердечно-сосудистых заболеваний. Выявленные факторы риска, такие как артериальная гипертензия, гипертрофия левого желудочка и воспалительные процессы, требуют раннего вмешательства для снижения вероятности сердечно-сосудистых осложнений.

Солиева Ш.В., Толибов М.Т.

ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: АНАЛИЗ ДАННЫХ И СТАТИСТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

Кафедра эндокринологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Пирматова М.А.

Цель исследования. Оценить влияние заболеваний щитовидной железы на овариальный резерв у женщин репродуктивного возраста с бесплодием, используя современные международные исследования и проведенный статистический анализ данных пациенток.

Материал и методы. Нами был проведен анализ 23 пациенток с тиреоидной патологией, обратившихся в городской эндокринологический центр города Душанбе с жалобами на бесплодие, за период с сентября 2024 по январь 2025 гг. Исследование включало в себя изучение статуса заболевания, пальпация щитовидной железы, включая определения уровней ТТГ, Т3, Т4, Анти-ТПО, пролактина, прогестерона, эстрадиола, тестостерона, ФСГ, ЛГ и АМГ. Основное внимание уделено связи тиреоидной дисфункции с биохимическими маркерами овариального резерва и ультразвуковыми параметрами (количество антральных фолликулов, объем яичников). Для анализа данных использовались методы **описательной статистики, корреляционный анализ Пирсона** для оценки взаимосвязей между гормональными показателями, а также **многомерный линейный регрессионный анализ** для определения влияния ТТГ, ФСГ и Анти-ТПО на уровень АМГ. Тест Стьюдента (t-test) – для оценки статистически значимых различий между группами пациенток с разными уровнями ТТГ и Анти-ТПО по показателям овариального резерва.

Результаты исследования. Обследованы 23 человека с жалобами на бесплодие и патологией щитовидной железы. Средний возраст пациенток составил $26 \pm 8,1$ лет. В процессе исследования нами выявлено, что средний уровень ТТГ – 16.44 мМЕ/л [0,7; 158], что свидетельствует о высоком числе пациенток с гипотиреозом при этом средний уровень Т3 – 1.96 пг/мл [1,4;2,7], Т4 – 13.20 пг/мл [9,0;16,7] (± 2.66), что указывает на возможные вариации тиреоидного статуса. Кроме того, определен уровень антител к ТПО, средний уровень которого составил – 22.05 МЕ/мл (± 2.19), что подтверждает наличие аутоиммунного тиреоидита у некоторых пациенток, что коррелирует с

аутоиммунным тиреоидитом и возможным влиянием на функцию яичников. Также нами определены и уровни половых гормонов в том числе выявлен средний уровень пролактина - 388.87 мЕд/л (± 140.45), что может свидетельствовать о гиперпролактинемии у некоторых пациенток, однако возможно связан с повышенным уровнем ТТГ. Средний уровень АМГ у пациенток составил $1,45 \pm 0,30$ нг/мл, что указывает на снижение овариального резерва у части женщин. У пациенток с гипотиреозом (повышенный ТТГ, среднее значение 16.44 мМЕ/л) отмечено снижение АМГ, повышение ФСГ ($3,87 \pm 0,80$ мМЕ/мл), что свидетельствует о риске истощения овариального резерва. Гормональные изменения встречались реже, но при этом у некоторых пациенток наблюдался дисбаланс ЛГ/ФСГ ($4,17 \pm 0,87 / 3,87 \pm 0,80$), что может указывать на ановуляторные циклы. По данным УЗ - исследования у пациенток с гипотиреозом и АИТ наблюдалось уменьшение количества антральных фолликулов, что подтверждает влияние тиреоидной дисфункции на овариальный резерв. При этом низкие уровни АМГ и высокие ФСГ подтверждали риск преждевременного истощения яичников.

Выводы. Заболевания щитовидной железы оказывают значительное влияние на овариальный резерв и репродуктивную функцию. У пациенток с гипотиреозом и АИТ выявлено снижение АМГ, повышение ФСГ, дисбаланс ЛГ/ФСГ, что указывает на ухудшение овариального резерва. Рекомендуется комплексная диагностика тиреоидного статуса у женщин с бесплодием, включая определение АМГ, ФСГ, ЛГ, ТТГ, Т3, Т4 и Анти-ТПО, а также ультразвуковое исследование яичников. Коррекция тиреоидных нарушений и ранняя диагностика снижения овариального резерва могут повысить эффективность лечения бесплодия у данной группы пациенток.

Сулеймен А.

SWOT-АНАЛИЗ РАБОТЫ С ПАЛЛИАТИВНЫМИ ПАЦИЕНТАМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА ЗКМУ ИМЕНИ МАРАТА ОСПАНОВА

Кафедра психологии Западно-Казахстанского медицинского университета имени Марата Оспанова. Казахстан.

Научный руководитель - к.м.н. Миралеева А.И.

Цель исследования. Провести SWOT- анализ работы психологической службы МЦ ЗКМУ имени Марата Оспанова в паллиативном отделении.

Материал и методы. Были проанализированы результаты работы психологов за 2022-2024 годы по таким критериям как S-strength, сильные стороны, W- weaknesses, слабые стороны, O-opportunities, возможности и T-threads, угрозы, а также обратная связь пациентов и членов их семей.

Результаты исследования. S-strength, сильные стороны. Пациенты отделения благодарны за возможность высказаться и быть услышанными, в результате чего их психоэмоциональное состояние улучшается. Индивидуальные беседы с родственниками помогают им принять болезнь члена семьи и снять психологическое напряжение. Так, в обратной связи родственники указывают, что после беседы с психологом им будет легче разговаривать с болеющим членом семьи, кроме того, после проговаривания проблемы и выражения эмоций родственникам тоже становится легче в психоэмоциональном плане.

W- weakness, слабые стороны. Посещение паллиативных пациентов происходит с частотой один раз в неделю из-за загруженности психологов, так как они должны посещать пациентов и в других отделениях многопрофильного стационара. По этой же причине невозможно проводить длительные беседы, т.к. в день надо проконсультировать 15 пациентов, не считая родственников. Чаще всего психологическая помощь ограничивается только беседами, нет возможности проводить специальные тренинги. При беседе с пациентом отсутствует конфиденциальность, так как в палатах находятся до 8 человек. Очень низкая зарплата, так, до марта 2024 года специалист-психолог с высшим образованием получал немногим более 100 000 тенге (200 долларов США). Отсутствуют или просто не доводятся до сведения и не используются в работе стандартные операционные процедуры.

O-opportunities, возможности. Для улучшения качества оказываемой психологической помощи планируется разделение обязанностей между психологами, что позволит посещать паллиативных пациентов чаще. В планах - организовать сообщество пациентов, которые будут делиться опытом борьбы с болезнью, а не только жаловаться на плохих врачей и на своё состояние. После повышения зарплаты психологи имеют возможность больше средств потратить на самообразование и оборудование психологического кабинета.

T-threads, угрозы. Работа психолога, особенно с паллиативными пациентами несёт в себе большую психоэмоциональную нагрузку. Для профилактики эмоционального выгорания сами психологи должны иметь возможность проходить супервизию у психологов.

Выводы. Таким образом, проведённый SWOT анализ, как метод стратегического планирования, помогает оценить внутренние и внешние факторы, влияющие на развитие психологической службы, её сильные и слабые стороны, определить перспективы развития и аспекты, требующие внимания.

Султанбаев Ш.А., Шукуров Х.Б.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Кафедра пропедевтики внутренних болезней №3 ГОУ "СамГМУ". Узбекистан.

Научный руководитель - ассистент Шиченко О.А.

Цель исследования. Оценить эффективность консервативного и хирургического лечения хронического холецистита у пациентов, проходивших лечение в Самаркандской областной клинической больнице.

Материал и методы. Проанализированы данные 80 пациентов с хроническим холециститом, разделённых на две группы:

- 40 пациентов получали консервативную терапию (диета, спазмолитики, урсодезоксихолевая кислота).
- 40 пациентов перенесли лапароскопическую холецистэктомию.

Для оценки эффективности лечения учитывались:

- частота обострений за год,
- уровень билирубина и аминотрансфераз,
- качество жизни по шкале SF-36,
- длительность госпитализации.

Результаты исследования. В группе консервативного лечения частота обострений за год составила 55%, при этом в 20% случаев потребовалась срочная операция. В группе холецистэктомии у 95% пациентов отмечалось полное купирование болевого синдрома, нормализация уровня билирубина и улучшение качества жизни. Средний срок госпитализации составил 7 ± 2 дня.

Выводы. Хирургическое лечение является более эффективным методом при хроническом холецистите, снижая риск осложнений и улучшая качество жизни пациентов. Консервативная терапия целесообразна только при наличии противопоказаний к операции.

Султонова С.С.

ГРИБКОВАЯ ФЛОРА МОКРОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЦЕМЕНТНО-ГО ПРОИЗВОДСТВА

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

Научный руководитель – д.м.н., доцент Одинаев Ш.Ф.

Цель исследования. Оценить микологический состав мокроты у пациентов с хроническими бронхолегочными заболеваниями, работающих на цементном производстве.

Материал и методы. Проведено сравнительное микологическое исследование мокроты у 120 работников цементного завода с хроническими заболеваниями бронхолегочной системы (группа 1) и 106 пациентов с аналогичными заболеваниями из города Душанбе, не подверженных профессиональному воздействию цементной пыли (группа 2). Средний возраст пациентов 1-й группы составил 47,6 года, а 2-й группы - 48,2 года. Микологическое исследование мокроты проводилось в лаборатории грибковых и бактериальных инфекций Таджикского НИИ профилактической медицины.

Результаты исследования. Первую группу обследованных составили 120 больных с бронхолегочными заболеваниями, проживающих в г. Душанбе, где влияние токсических соединений фтора отсутствует. Микологическое исследование мокроты в основном показало наличие дрожжевых грибов (14 больных - 11,6%), патогенных плесневых грибов (26 больных - 21,6%). Кроме указанных грибов наблюдался единичный рост других патогенных грибов рода *Aspergillus flavus* (1 пациент). Среди условно-патогенных грибов у пациентов этой группы преобладал рост грибов рода *Candida albicans*, *Candida nonalbicans*, *Candida tropicalis*, *Candida kefyr*. Число культур грибов составило 39 (32,5%). Микологическое исследование у больных 2-й группы показало наиболее разнообразный грибковый состав. Среди роста патогенных грибов в мокроте больных с хроническими или длительными заболеваниями органов дыхания лидирующее место занимали плесневые грибы (62 больных - 58,4%). Также часто встречался рост дрожжевых грибов (44 больных - 41,5%). Микробный пейзаж грибковой флоры также включал рост *Aspergillus flavus* (3 пациента), а также случаи с ассоциацией гриба рода *Mucor*. У 4 пациентов с бронхиальной астмой наблюдался значительный рост смешанной инфекции. Примечательно, что по сравнению с другими обследованными группами в данной группе преобладал рост условно-патогенной грибковой флоры. Среди условно-патогенных грибов у пациентов этой группы преобладал рост грибов рода *Candida albicans* (35 пациентов), *Candida nonalbicans* (67 пациентов), *Candida tropicalis* (19 пациентов), *Candida kefyr* (9 пациентов), *Candida utilis* (29 пациентов), *Candida krusei* (5 пациентов). При этом рост их колоний в десятки раз превышал рост аналогичных грибов у пациентов других обследованных групп. Видовой состав грибковой флоры мокроты у представителей 2-й группы был разнообразен и включал как дрожжевые, так и плесневые грибы с большим количеством смешанной флоры и других патогенных грибов.

Выводы. Микологический анализ мокроты выявил существенные различия в составе грибковой флоры у пациентов с хроническими заболеваниями бронхолегочной системы, работающих на цементном заводе, по сравнению с контрольной группой. У рабочих цементного завода наблюдалось значительно большее разнообразие и количество грибов, в особенности плесневых, а также преобладание условно-патогенных грибов рода **Candida**. Эти данные указывают на вероятную связь между воздействием производственной среды цементного завода и изменениями в микробиоте дыхательных путей, что может способствовать развитию и хронизации легочных заболеваний, возможно, посредством иммунологической сенсibilизации. Дальнейшие исследования необходимы для установления причинно-следственных связей и определения роли конкретных токсических компонентов цементной пыли в развитии грибковой инфекции.

Табаров С.М., Умедова Ш.С., Халилова П.Дж.

ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ВИЛЛЕБРАНДА В СОЧЕТАНИИ С ПОЛИВАЛЕНТНОЙ АЛЛЕРГИЕЙ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

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

Научный руководитель - к.м.н, доцент Ураков К.З

Цель исследования. Описать клинический случай болезни Виллебранда в сочетании с поливалентной аллергией.

Материал и методы. Пациент Н, 32 года, поступила в среднетяжелом состоянии 05.12.24г. в гематологическое отделение ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» с диагнозом «Болезнь Виллебранда средней степени тяжести», сопутствующий диагноз: «Поливалентная аллергия». Использовались следующие методы исследования: развернутый общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма крови, факторы свертывания крови, общий анализ мочи, общий анализ кала, Тест Шелли, ЭКГ, рентгенография грудной клетки.

Результаты исследования. Жалобы: общая слабость, головные боли, головокружение, отсутствие аппетита, тошнота, нарушения менструального цикла в виде обильных выделений. При осмотре: общее состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые бледные, язык влажный, рельеф его сглажен, при пальпации живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. В ОАК при поступлении: L – $8,7 \cdot 10^9$ /мкл; Hb – 102г/л; Eг – $3,1 \cdot 10^9$ /мкл; Tг – $268 \cdot 10^9$ /мкл; СОЭ – 12мм/ч. В биохимическом анализе крови: общий белок – 68 г/л; билирубин общий – 18 мкмоль/л; свободный – 13 мкмоль/л; связанный – 5 мкмоль/л; АЛАТ – 40,7 Ед/л; АСАТ – 31,4 Ед/л; α -амилаза 104,7 Ед/л; мочевины – 5,4 ммоль/л; креатинин – 78,7 мкмоль/л; холестерин – 4,3 ммоль/л. Общий анализ мочи: белок – 0,033 г/л; относительная плотность – 1,010; Eг – 0-1 в п/зр; L- 6-9 в п/зр. Коагулограмма: Протромбиновое время – 11,3 сек; протромбин – 93%; МНО – 1,02; АЧТВ – 34,7сек, фибриноген – 4,0. Факторы свертывания: VIII фактор -51%; IX – фактор 105%; Фактор Виллебранда – 31%; Тест Шелли положителен на: Амикацин, Канамицин, Аскорбиновую кислоту, Линкомицин, Глюкозу, Лидокаин, Цефтриаксон, Левофлоксацин.Терапия проводилась на протяжении 7 дней, три из которых пациентка получала препарат Фактора Виллебранда и фактор свертывания крови VIII в комбинации (Вилате) 1000 МЕ. На пятые сутки был взят повторный анализ крови для динамического наблюдения за факторами свертывания крови и оценки эффективности лечения: VIII фактор -78%; IX – фактор 105%; Фактор Виллебранда – 100 %.

Выводы. Лечение больных с диагнозом «Болезнь Виллебранд» в сочетании с поливалентной аллергией является достаточно сложной задачей и требует, как динамического наблюдения, так и коррекции терапии в зависимости от результатов теста на аллергены.

Тагоев А.А., Юлдошев С.А., Хусайнов Н.А.

ОЦЕНКА НЕВЕРБАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИЕЙ И ТРЕВОГОЙ АЛКОГОЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. проф. М. Г. Гулямова

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – Салихова А.Х.

Цель исследования. Оценка невербального поведения пациентов с депрессией и тревогой при алкогольной зависимости.

Материал и методы. Вначале с использованием клинико-психопатологического метода нами было обследовано 76 мужчин, уроженцев г. Душанбе в возрасте от 29 до 45 лет с подтвержденным диагнозом алкогольной зависимости 2-й стадии. Среди них тяжелый синдром отмены алкоголя у 32 больного стереотипно осложнялся депрессией продолжительностью 2-4 недели; у остальных 47 больных сходная по тяжести алкогольная абстиненция стереотипно осложнялась тревогой продолжительностью 1-3 недели.

При исследовании депрессии и тревоги был применен метод, включающий в себя регистрацию мимики, жестов, позы, паралингвистических компонентов речи и их оценку в сопоставлении с соматической, неврологической и психопатологической симптоматикой. При этом использовался адаптированный к задачам исследования Глоссарий по исследованию невербального поведения человека, включающий элементарные единицы, простые формы и сложные (контекстные) формы поведения, а также их динамику.

Результаты исследования. Невербальное поведение пациентов с депрессией характеризовалось следующими признаками:

- в перечне элементарных единиц поведения наблюдались избегание контакта взором, взгляд в окно или рассматривание рук, опущенные углы рта, "печальные" или нахмуренные брови, горизонтальные морщины на лбу, транзиторные элементы - слезы, мимика плача; голова опущена, в невербальных компонентах речи - голос тихий и т. п.
- в тенденции к увеличению индивидуального расстояния, избегание контакта с отворачиванием к источнику света, аутоагрессивные формы, самоприхорашивания – онихофагия;
- в инверсии ритма сон-бодрствование, снижение аппетита

Невербальное поведение пациентов с тревожным синдромом характеризовалось следующими признаками:

- в поведении наблюдались "бегающий" взгляд по сторонам и немигающий взгляд, дрожание нижней губы, сжатые губы и губы внутрь, дрожь в голосе;

Напряженная мимика тревоги, ожидания, настороженности;

- в динамике элементов и простых комплексов поведения отмечалось двигательное беспокойство в форме полиморфных стереотипий;

- в перечне сложных комплексов поведения - сон с частой сменой поз, прерывистый, с ранним пробуждением;

В тех клинических случаях, когда у больных имела место смешанная тревожно-депрессивная симптоматика, в их этиологическом репертуаре наблюдалось сочетание соответствующих невербальных паттернов. Следует подчеркнуть, что вышеуказанные невербальные паттерны приобретали особую диагностическую ценность в ситуациях языкового барьера, отказа от вербальной коммуникации, сурдомутизма.

Выводы. Полученные нами результаты показывают, что оценка невербального поведения пациентов с депрессией и тревогой алкогольного генеза существенно повышает информативность клинического обследования больных, способствует объективизации и верификации клинико-психопатологических данных о наличии у них аф-

фективной патологии и позволяет уверенно дискриминировать депрессивные и тревожные расстройства при отсутствии или затруднении вербального контакта с пациентом.

Таджиева З.А., Боймуродов П.А., Хурсанов Б.Ш.
ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ЦИПРОЛЕКСА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ С КОМОРБИДНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

Кафедра внутренних болезней № 2 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н., доцент Умаров А.А.

Цель исследования. Изучить динамику кардиогемодинамических показателей у больных ГБ пожилого возраста с коморбидной депрессией при назначении ципролекса.

Материал и методы. В исследование включены 26 больных АГ (9 мужчин и 17 женщин) в возрасте от 60 до 74 лет, страдающих депрессией. Для выявления депрессивных расстройств использовался опросник депрессии Бека (BDI), а оценка сопутствующей тревожной симптоматики по опроснику тревоги Спилбергера (STAI). Проводилась базисная терапия лазартан 50мг + гидрохлортиазид 12,5 мг. В основной группе дополнительно включен антидепрессант ципролекс в дозе 10 мг в день. Показатели кардиогемодинамики: конечно – диастолический размер (КДР) левого желудочка (ЛЖ), конечно – систолический размер (КСР) ЛЖ, фракция выброса (ФВ), конечно – систолический и конечно – диастолические объёмы (КСО и КДО) ЛЖ, трансмитральный доплеровский поток (Е/А) оценивали до назначения препаратов и после 8 недельного курса лечения.

Результаты исследования. В основной группе офисный показатель САД составил в среднем $156,8 \pm 2,6$ мм.рт.ст, ДАД $99,7 \pm 2,4$ мм.рт.ст. К концу курса лечения отмечалось достоверное снижение САД до $123,8 \pm 2,4$ мм.рт.ст ($-21,0\%$) и ДАД до $75,9 \pm 2,1$ мм.рт.ст ($-23,8\%$). В контрольной группе САД снизилось с $159,1 \pm 3,1$ мм.рт.ст до $142,2 \pm 3,9$ мм.рт.ст ($-10,6\%$), ДАД соответственно с $97,9 \pm 2,1$ мм.рт.ст до $88,2 \pm 1,8$ мм.рт.ст ($-9,9\%$). После курса лечения антидепрессантом отмечен положительный результат и исходный суммарный балл BDI от $23,3 \pm 1,6$ снизился до $11,8 \pm 1,6$ ($49,4\%$). Тревожная симптоматика с $60,9 \pm 2,3$ баллов (STAI) снизилось до $44,1 \pm 2,6$ (на $27,6\%$). В контрольной группе суммарный балл BDI до лечения составил $22,8 \pm 1,7$, к концу 8 недели терапии снизился до $17,7 \pm 1,3$ ($-22,4\%$). Уровень тревоги уменьшился на $8,4\%$ ($63,1 \pm 2,1$ до $57,8 \pm 2,0$). Анализ показателей кардиогемодинамики дал разнонаправленный характер изменений. В основной группе наблюдалась тенденция к снижению КДР и КСР, а в контрольной группе отмечено достоверное увеличение КДР и тенденция к увеличению КСР. В основной группе КДО и КСО снижались, а в контрольной значительно возрастало. При оценке диастолической функции ЛЖ (Е/А), констатируется её улучшение на $22,4\%$ в основной и на $11,3\%$ контрольной группах.

Выводы. Ципролекс в терапевтических дозах является эффективным средством для лечения тревожно-депрессивных расстройств у больных ГБ пожилого возраста. Сочетанное применение данного препарата с лазартаном благоприятно влияют на показатели внутрисердечной гемодинамики, не нарушая процессы релаксации, улучшает сократительную функцию сердца.

Тиллоева С.Х., Мухамедова М.А., Рахимова М.
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Кафедра эндокринологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Джураева С.Д.

Цель исследования. Оценить факторы риска и методы диагностики диабетической нефропатии (ДН) у больных сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа).

Материал и методы. На базе городского медицинского центра №1 им. К. Ахмедова в эндокринологическом отделении нами было обследовано 41 больных с СД 2 типа и диабетической нефропатией в возрасте от 42 до 70 лет, средний возраст которых составил $56,0 \pm 1,6$ лет. Больные из районов Республики Таджикистан составили 25 человек (61%), с города Душанбе было 16 человек (39%), из них 28 женщин и 13 мужчин. Длительность СД 2 типа в среднем составила $9,8 \pm 0,8$ лет. Уровень гликемии колебался от 10,2 до 24,6 ммоль/л, среднее значение - $15,2 \pm 0,7$ ммоль/л, содержание гликированного гемоглобина (HbA1C) составило $9,7\%$. Всем больным в стационаре проводились исследования общего анализа крови и мочи, биохимический анализ крови, печёночные и почечные пробы, общий холестерин, калий, натрий, креатинин, ЭКГ, ультразвуковая сонография брюшной полости. Были проведены консультации кардиолога, нефролога, окулиста, невропатолога. Диагностика диабетической нефропатии основывалась на снижении скорости клубочковой фильтрации (СКФ), высокой альбуминурии (МАУ) и низкой альбуминемии. При определении СКФ использовалась формула СКД-EPI, где показатель может быть рассчитан автоматически с помощью калькуляторов, представленных в Интернете. Стадии хронической болезни почек (ХБП) ставили по скорости клубочковой фильтрации.

Статистическая обработка и математический анализ проводились с помощью программы Statistica 8.0, Excel 2017.

Результаты исследования. Все больные, поступившие в стационар, были в стадии декомпенсации. С целью компенсации углеводного обмена 32% больных были переведены на инсулинотерапию, в 17% случаях использовалась сочетанная инсулинотерапия с различными группами сахароснижающих препаратов (ингибиторы натрий глюкозного котранспортера 2 (дапаглифлозины, эмпаглифлозины), пероральные сахароснижающие сульфаниламочевинные препараты (глюренорм, гликвидон)).

Диабетическую нефропатию ставили на основании снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) в

среднем $50,4 \pm 2,4$ мл/мин/ $1,73\text{м}^2$, высокой альбуминурии $100,7 \pm 2,3$ мг/сут, низкой альбуминемии $33,9 \pm 0,5$ г/л. Согласно классификации ХБП у 26 пациентов СКФ составила от 60 до 89 мл/мин/ $1,73\text{м}^2$, что соответствует стадии С-2, у 12 пациентов от 45-59 мл/мин/ $1,73\text{м}^2$ - С-3А, у 3 пациентов от 30-44 мл/мин/ $1,73\text{м}^2$, что соответствовало стадии С-3Б.

Выводы. Таким образом, факторами риска диабетической нефропатии явились длительная декомпенсация сахарного диабета и стаж заболевания. Диагностическими критериями диабетической нефропатии у больных СД являются МАУ, снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ).

Тоджиев З.Ш., Джобирзода А.Б., Сулаймонов С.А.

ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА КАК ФАКТОР В РАЗВИТИИ ГНОЙНЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ МЕНИНГИТОВ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – Давлатмирова Г.Ш.

Цель исследования. Определение основных факторов окружающей среды, которые влияют и провоцируют развитие гнойных бактериальных менингитов.

Материал и методы. Исследование было проведено с января 2024 до февраля 2025 года на кафедре неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. В работе были использованы заболевшие подтвержденным диагнозом, выделенных от больных с гнойным и серозным менингитом, которые находились на стационарном лечении. Пациенты с бактериологически подтвержденным и неподтвержденным диагнозом были разделены на 4 группы. Первая группа (6 человек) — менингококковый менингит (с или без проявлений менингококкемии); вторая группа (2 человек) — пневмококковый менингит; третья группа (4 человек) — гнойный менингит неясной этиологии; четвертая группа (4 человека) — контрольная группа (серозный менингит). Возраст больных колебался в пределах от 18 до 40 лет. Образцы ЦСЖ забирали в объеме 0,5 мл у больных при поступлении в стационар в рамках обычной диагностической спинномозговой пункции. Использовали одноразовые пункционные иглы и стерильные апиrogenные одноразовые пробирки для предотвращения ложноположительных результатов.

Результаты исследования. Социально-экономические факторы- 40-50%. В местах с высокой плотностью населения риск передачи инфекции значительно возрастает. Климатические и экологические факторы 20-30%. В холодное время года риск заражения увеличивается из-за длительного пребывания в закрытых помещениях. Высокая температура и влажность способствуют размножению бактерий. Эпидемиологические факторы 15-20%. Некоторые штаммы бактерий (менингококк) более агрессивны и могут вызывать эпидемии. Индивидуальные факторы- 10-15%. Дети и пожилые люди более уязвимы из-за слабости иммунной системы. Некоторые люди более восприимчивы к инфекции.

Выводы. Необходимость развития гигиенических знаний при изучении влияния факторов окружающей среды на здоровье населения привело к развитию медико-биологических исследований по изучению механизмов взаимодействия организма человека с факторами различной природы. Улучшение качества жизни, санитарных условий и доступности медицинских услуг является приоритетом для снижения заболеваемости.

Толибова Л.Н., Асилова Н.Г., Кандакова Н.А

НЕЙРОСОСУДИСТАЯ ТРИГЕМИНАЛЬНАЯ НЕВРАЛГИЯ: ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ганиева М.Т.

Цель исследования. Оценить эффективность комбинированной терапии карбамазепином, габапентином и мультивитаминами при лечении тригеминальной невралгии (ТН), вызванной нейрососудистым конфликтом.

Материал и методы. Исследование проводилась на кафедре неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. профессора М.Г. Гулямова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. 79-летний пациент обратился на амбулаторный приём на кафедру неврологии с жалобами на острые, стреляющие боли с левой стороны, локализующиеся в области нижней ветви тройничного нерва, которые продолжаются уже три месяца. Боли усиливаются при чистке зубов, других механических раздражениях и воздействии холода. Для диагностики использовались следующие методы: подробный клинический осмотр и сбор анамнеза, нейровизуализационные исследования (МРТ головного мозга для выявления нейрососудистого конфликта), а также мониторинг динамики с контролем частоты приступов и интенсивности боли (по визуально-аналоговой шкале - ВАШ) в течение 1,5 месяца. Проведена поэтапная фармакотерапия, начав с титрации дозы карбамазепина с 400 мг/сутки до 600 мг/сутки, разделённого на 3 приёма в день. При недостаточной эффективности добавлен габапентин в дозировке 100 мг дважды в день. В дополнение к основному лечению назначена поддерживающая терапия мультивитаминами, с особым акцентом на витамин В12.

Результаты исследования. МРТ головного мозга выявила нейрососудистый конфликт, при котором корешок тройничного нерва с левой стороны был сдавлен верхней мозжечковой и передней нижней мозжечковой артериями. Диагноз тригеминальной невралгии был подтверждён, и исключена одонтогенная природа боли, несмотря на проведённые ранее удаления зубов. Терапевтический эффект был выражен в постепенном снижении частоты приступов боли: с 20-25 эпизодов в день до полного исчезновения болевых ощущений. Интенсивность боли по визуаль-

но-аналоговой шкале (ВАШ) снизилась с 8-9 баллов до 0. Полная ремиссия была достигнута через 1,5 месяца комбинированной терапии.

Выводы. Данный клинический случай подтверждает **высокую эффективность комбинации карбамазепина и габапентина** в лечении **невралгии тройничного нерва, связанной с нейроваскулярным конфликтом**. Такой подход снижает риск побочных эффектов карбамазепина, улучшая переносимость терапии. Постепенное снижение количества приступов и интенсивности боли, вплоть до **полной ремиссии**, демонстрирует, что данный метод терапии может быть успешным выбором при подобных клинических ситуациях. Своевременная МР-диагностика позволяет точно установить диагноз, избежать ненужных стоматологических вмешательств и повысить качество жизни пациента.

Толибова Л.Н., Асилова Н.Г., Курбонова М.Н.

РОЛЬ ОСТРОГО ЛЕВОДОПОВОГО ТЕСТА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА (БП) И АТИПИЧНЫХ ПАРКИНСОНОВСКИХ СИНДРОМОВ (АПС)

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ганиева М.Т.

Цель исследования. Оценить диагностическую ценность **острого леводопового теста** у пациентов с паркинсонизмом, используя стандартизированные методы оценки моторных функций.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 23 пациента с паркинсонизмом (12 с БП, 6 с PSP, 5 с MSA). Это было проспективное наблюдение, проведенное на кафедре неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. профессора М.Г. Гулямова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Для ОЛТ пациенты за 12 часов до теста прекращали приём дофаминергических препаратов. Затем им давали внутрь 250 мг леводопы и оценивали моторные функции по шкале MDS-UPDRS III до приёма и через 60, 90 и 120 минут. Положительный ответ определяли как улучшение на 30% и более. Кроме того, использовали шкалу NMSS для оценки непроизвольных симптомов. Анализ включал расчёт чувствительности, специфичности и прогностической ценности ОЛТ.

Результаты исследования. У пациентов с БП среднее улучшение по шкале MDS-UPDRS III составило 42,5% ($p < 0,001$), а положительный ответ наблюдался у 91,7% (11 из 12). В то же время у пациентов с PSP и MSA улучшение было значительно меньше - 15,3% ($p = 0,12$) и 18,7% ($p = 0,15$) соответственно. Положительный ответ на ОЛТ отмечен лишь у 16,7% (1 из 6) пациентов с PSP и 20% (1 из 5) с MSA.

Выводы. Острый леводоповый тест (ОЛТ) подтверждает свою высокую диагностическую ценность в дифференциации болезни Паркинсона (БП) от атипичных паркинсонических синдромов (АПС), демонстрируя чувствительность **91,7%** и специфичность **83,3%**. У пациентов с БП наблюдалось выраженное улучшение моторных функций (42,5%), тогда как у пациентов с PSP и MSA эффект был значительно слабее (15,3% и 18,7%). Таким образом, ОЛТ остаётся ключевым инструментом в клинической практике, но его применение должно сопровождаться комплексным подходом, учитывающим индивидуальные особенности пациентов и дополнительные методы исследования.

Толибова Л.Н., Саидов П.А., Нуралиев Н.М.

СОВРЕМЕННЫЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ СПИНАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ АТРОФИИ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ганиева М.Т.

Цель исследования. Анализ современных фармакологических подходов к лечению спинальной мышечной атрофии (SMA), включая достигнутые успехи, клинические результаты и оставшиеся вызовы.

Материал и методы. Для этого проведен обзор научных публикаций за последние пять лет (2019–2024), полученных из баз данных PubMed и Scopus, а также анализ данных клинических испытаний, зарегистрированных на платформе ClinicalTrials.gov. Дополнительно использованы отчеты регулирующих органов, таких как FDA и EMA, содержащие информацию об эффективности, безопасности и перспективах применения новых терапий.

Результаты исследования демонстрируют значительный прогресс в лечении SMA. Одним из ключевых достижений стало применение антисмысловых олигонуклеотидов (ASO), в частности нусинерсена, который модифицирует сплайсинг гена SMN2, увеличивая уровень функционального белка SMN. Клинические испытания подтвердили, что нусинерсен улучшает моторные функции и продлевает жизнь пациентам с SMA 1 и 2 типов, но требует интратекального введения, что затрудняет его применение, особенно при сколиозе. Важным достижением стала генная терапия AVXS-101 (онасемноген абепарвовек). Этот метод основан на доставке функциональной копии гена SMN1 с помощью вирусного вектора AAV9. Клинические исследования показали, что однократное введение AVXS-101 у младенцев с SMA 1 типа значительно улучшает двигательную активность и выживаемость. В ряде случаев пациенты достигают навыков, недоступных без лечения. Однако остаются вопросы, связанные с долгосрочной безопасностью генной терапии, возможной иммунной реакцией на вектор и высокой стоимостью препарата, которая делает его одним из самых дорогих в мире. Также перспективным направлением является применение молекулярных сплайсинг-модификаторов, таких как ридсплам.

Выводы. Современные методы фармакотерапии SMA открывают новые возможности для лечения этого тяжелого заболевания, значительно улучшая прогноз пациентов. Внедрение инновационных подходов, таких как ASO-

терапия, генная терапия и молекулярные модификаторы, позволило добиться значительных клинических улучшений. Однако остаются вызовы, среди которых высокая стоимость лечения, необходимость ранней диагностики, разработка биомаркеров для мониторинга эффективности терапии и изучение долгосрочной безопасности новых методов лечения.

Тошев К., Тагоев А.А., Юлдошев С.А.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ОПЬЯНЕНИЯ В г. ДУШАНБЕ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. проф. М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель - старший преподаватель Нисанбаева З.Х.

Цель исследования. Медицинское освидетельствование на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического) представляет собой совокупность методов медицинского осмотра и медицинских исследований, направленных на подтверждение такого состояния здоровья человека, которое влечет за собой наступление юридически значимых последствий.

Материал и методы. В современном понятии медицинское освидетельствование (далее - МО) можно рассматривать как один из методов первичного выявления потребителей психоактивных веществ (ПАВ). Однако, данная медицинская услуга является лишь способом "фиксации факта их потребления". Для установления наличия или отсутствия зависимости (заболевания, болезненного пристрастия), равно как и для установления диагноза, необходимо более тщательное изучение индивидуума, и проведение более углубленных (инструментальных, лабораторных, психологических и иных) исследований и обследований.

В г. Душанбе медицинское освидетельствование проводится в Республиканском клиническом центре наркологии им. проф. Гулямова М.Г. медицинское освидетельствование осуществляется врачами психиатрами-наркологами. Медицинское освидетельствование проводится для определения состояния опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)".

Медицинскому освидетельствованию подлежат лица с подозрением на употребление ПАВ в рамках, совершенных ими административных и/или уголовных деяний, и доставленные в учреждения здравоохранения сотрудниками милиции, а также работники, направляемые работодателями, военнослужащие и приравненные к ним лица, кроме того, граждане, обратившиеся самостоятельно.

Результаты исследования. За период 2023-2024 годов в г. Душанбе было направлено на медицинское освидетельствование 6919 (2023г.), 8354 (2024г.) лиц соответственно.

По результатам проведенных медицинских освидетельствований на первом месте среди установленных состояний опьянения за период 2023-2024 гг. находится алкоголь. Так, его доля в общем числе лиц с установленным состоянием опьянения составила 2929 человек в 2023 году и 3279 человек в 2024 году соответственно. Доля выявленных фактов употребления на наркотические вещества по городу Душанбе составила 1783 человек в 2023 году и 2000 человек в 2024 году.

Отмечается увеличение числа лиц, у которых состояние опьянения не установлено с 2707 в 2023 году до 3075 в 2024 году по г. Душанбе.

Выводы. В г. Душанбе отмечается повышение количество лиц, направленных на медицинское освидетельствование на 20,73%. Алкоголь является самым выявляемым ПАВ при установлении состояния опьянения, его доля в г. Душанбе составляет 42,3% (2023г.) и 39,2% (2024г.) от всего числа установленных состояний опьянения. Зарегистрирован рост числа результатов на выявление употребления наркотических веществ, показатель вырос на 12,17%. Число лиц установленных трезвыми увеличилось за два последних года на 13,59%.

Тураев Т.М.

КОГНИТИВНЫЕ И АФФЕКТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕВОПОЛУШАРНОЙ ФОКАЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Кафедра психиатрии, медицинской психологии и наркологии СамГМУ. Узбекистан, Самарканд.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Мавлянова З.Ф.

Цель исследования. Изучить эмоционально-когнитивный профиль пациентов с левополушарной локализацией эпилептического очага.

Материал и методы. В исследование включены 60 пациентов с клинически подтвержденной левополушарной фокальной эпилепсией, проходившие амбулаторное наблюдение и психоневрологическое тестирование. Средний возраст обследуемых составил $26,4 \pm 5,8$ лет. Все пациенты находились в фазе компенсации приступов и получали базовую противосудорожную терапию. Диагноз верифицирован на основании данных ЭЭГ и МРТ, с преимущественным поражением лобно-префронтальных отделов доминантного (левого) полушария. Для оценки психоэмоционального состояния использовались следующие шкалы: HAM-D (в модификации, чувствительной к апатии и ангедонии); STAI (оценка реактивной тревожности); PHQ-15 (соматоформные жалобы); ERI (эмоциональная лабильность); шкала осознанности депрессии (адаптация DSM-5). Когнитивная оценка включала анализ речевой продуктивности в стандартном устном тестировании. Статистическая обработка проводилась с использованием t-теста для независимых выборок, а также расчётом медианных значений и интерквартильного диапазона (IQR). Уровень статистической значимости устанавливался на уровне $p < 0,05$.

Результаты исследования. HAM-D (апатия и ангедония) продемонстрировало, что среднее значение состав-

вило $7,6 \pm 1,3$; у 87% пациентов выявлены признаки ангедонии и апатии без тревожного компонента. Сравнение с нормативной популяцией ($n = 60$, $M \pm SD = 4,2 \pm 1,5$) показало статистически значимое превышение ($t = 12,36$; $p < 0,001$, 95% CI $[2,9-4,0]$), что подтверждает наличие скрытого депрессивного состояния, характерного для поражения лобно-префронтальных отделов левого полушария. STAI (реактивная тревожность): среднее значение $-5,1 \pm 1,6$; у 73% пациентов зафиксирован низкий или субклинический уровень тревожности. По сравнению с контрольной группой с типичным уровнем тревожности ($M = 7,8 \pm 1,9$), различия были статистически значимыми ($t = -9,03$; $p < 0,001$, 95% CI $[-3,3 - -2,1]$), что указывает на гипореактивный эмоциональный стиль. PHQ-15 (соматоформные жалобы): среднее значение $-2,0 \pm 1,1$. Умеренные соматоформные симптомы присутствовали только у 15% пациентов. Различия по сравнению с общей популяцией с тревожно-соматоформной симптоматикой (средний показатель $5,1 \pm 2,2$) оказались достоверными ($t = -10,48$; $p < 0,001$, 95% CI $[-3,7 - -2,5]$). ERI (эмоциональная лабильность): среднее значение $-3,1 \pm 1,2$. Сравнение с контрольными значениями ($4,8 \pm 1,4$) подтвердило снижение эмоциональной реактивности ($t = -8,03$; $p < 0,001$, 95% CI $[-2,1 - -1,2]$), что характеризует замедленный и инертный аффективный стиль. Шкала осознанности депрессии (адаптация DSM-5) $9,0 \pm 0,8$. У 92% пациентов отмечен высокий уровень метакогнитивной осознанности. Сравнение с нормативной выборкой ($7,2 \pm 1,1$) показало достоверные различия ($t = 11,45$; $p < 0,001$, 95% CI $[1,4-2,2]$), что подтверждает способность пациентов к саморефлексии и формированию терапевтического альянса. Речевая продуктивность $7,1 \pm 1,4$. Несмотря на очаг в доминантном полушарии, речевая функция была сохранна у 83% пациентов. Сравнение с контрольными нормативами ($7,4 \pm 1,3$) не выявило статистически значимых различий ($t = -1,36$; $p = 0,178$), что указывает на сохранность экспрессивной речи при ограниченном поражении.

Выводы. Левополушарная фокальная эпилепсия характеризуется специфическим психоэмоциональным профилем - доминирует ангедония, апатия и высокий уровень осознанности на фоне сниженной тревожности и эмоциональной лабильности. Эти данные следует учитывать при построении индивидуальной стратегии психоневрологического ведения пациентов. **Уровень тревожности и соматоформных жалоб** статистически значимо ниже, чем в контрольной группе ($p < 0,001$), что затрудняет клиническое выявление депрессии без целенаправленного скрининга.

Туракулов.Э.М.

ВЛИЯНИЕ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА СИСТЕМНУЮ КРАСНУЮ ВОЛЧАНКУ

Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан.

Научный руководитель – доктор PhD Уралов Р.Ш.

Цель исследования. Определить особенности клинических симптомов системной красной волчанки, ассоциированной с цитомегаловирусной (ЦМВ) инфекцией.

Материал и методы. В исследовании принял участие 41 пациент с системной красной волчанкой в возрасте от 18 до 45 лет (женщины от 18 до 45 лет), находившиеся на лечении в первом терапевтическом (ревматологическом) отделении многопрофильной клиники СамГМУ. Среди обследованных больных преобладал среднетяжелый тип заболевания и II и III уровни активности заболевания. Перед исследованием все пациенты получали преднизолон по 5 мг ($17,8 \pm 5,3$ мг/сут.) и циклофосфан (0,2 г/нед.) в течение 1 год. Всем пациентам проведены общеклинические, иммунологические, вирусологические и биохимические исследования.

Результаты исследования. В результате неэффективного воздействия кортикостероидов и иммуносупрессивной терапии на воспалительный процесс у этой группы больных установлено, что заболевание имеет полиморфный затяжной характер. Суставной синдром при системной красной волчанке характеризуется частыми мигрирующими артралгиями (36 больных, 87,8%) в сочетании с вирусной инфекцией. Поражение почек преимущественно характеризовалось мочевым синдромом с протеинурией $<0,5$ г/л у 18 (43,9%) больных и изменениями оседания мочи. Лимфаденопатия, сопровождающаяся лимфоцитозом, отмечена у 8 (19,5%) больных системной красной волчанкой при ЦМВ-инфекции.

Выводы. В результате наших исследований установлено, что у больных системной красной волчанкой наблюдается высокий уровень антител к ЦМВ, что подтверждает целесообразность проведения серологических, а также вирусологических исследований для противовирусного лечения.

Турахонов А.А., Солиева Ш.Х.

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКОГО ПОДТИПА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Кафедра неврологии и нейрореабилитации, Башкирский государственный медицинский университет. Россия

Научный руководитель – к.м.н. доцент Аюпов А. П.

Цель исследования. Провести анализ случаев летальных исходов при КЭ ИИ.

Материал и методы. Проводился ретроспективный анализ летальных исходов по данным историй болезни у больных с КЭ ИИ, находившихся в неврологическом отделении острых нарушений мозгового кровообращения ГБУЗ РБ БСМП в 2023-2024 гг. Всего за этот период поступило 457 (22%) больных с КЭ ИИ, летальным исходом завершилось 46 (10,06%) случаев. Кроме возраста, гендерной принадлежности больных, оценивались степень тяжести инсульта по шкале NIHSS, уровень нарушения сознания на момент госпитализации по шкале комы Глазго, степень инвалидизации и мобильности (шкалы Рэнкин и Ривермид).

Результаты исследования. В 2023 г поступило 204 (19,9%) больных с КЭ ИИ, в 2024 – 253 (24,1%). Все больные после обследования имели критерии КЭ инсульта, на основании чего выставлен КЭ подтип ИИ. Летальным исходом при КЭ ИИ в 2023 г завершилось 27 (21,6%) случаев и 19 (7,5%) в 2024 г, при общей летальности в отделении от ИИ соответственно годам 12,2% и 11,7%. Средний возраст умерших больных составил $71,5 \pm 1,42$ года. По-

вторный КЭ ИИ был у 7 (25,9%) больных в 2023 г. и 4 (21,05%) в 2024 г. Основным фактором риска КЭ ИИ в нашем исследовании была фибрилляция предсердий (ФП) – 82,6% случаев, инфекционный эндокардит – 8,2%, операции по замене клапанов сердца – 7,1%, дилатационная кардиомиопатия – 2% больных. По шкале комы Глазго 69,5% больных поступило в ясном сознании или умеренном оглушении, с последующим углублением до комы у 1/3 этих больных в связи с развившимися осложнениями: тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), геморрагическая трансформация (ГТ) очага ИИ, что является особенностью течения КЭ инсульта. Тяжелый и очень тяжелый инсульт по шкале NIHSS был у 47,8% больных; легкий у 13,1%, средней тяжести у 39,1%, Степень инвалидизации 4 - 5 баллов по шкале Рэнкин была у 48,2% больных, тяжелое ограничение мобильности по шкале Ривермид (ниже 5 баллов) у 57,8%. В терапевтическое окно поступило 20 (43,4%) больных, из них тромболитическая терапия (ТЛТ) проводилась 7 (15,2%) больным. Осложнение ТЛТ с геморрагической трансформацией (ГТ) очага ИИ по типу паренхиматозной гематомы 1, 2 и 3 класса было у 8,9% больных. Причиной летальных исходов послужило развитие отека, дислокации структур головного мозга, вследствие злокачественного ИИ, ГТ, ТЭЛА (13% больных). Антикоагулянтную терапию до госпитализации получали только 32,9% пациентов, хотя по шкале CHA2DS2 – VASc все 82,6% больных с ФП должны были ее получать.

Выводы. Летальность при КЭ ИИ ассоциируется с тяжелым неврологическим дефицитом, осложнениями по типу ГТ очага ИИ, ТЭЛА, не достаточным охватом профилактикой, в том числе, из-за низкой приверженности больных к приему антикоагулянтов. Предиктором снижения летальности при КЭ ИИ является адекватная первичная профилактика в группе риска КЭ инсульта, и систематический прием антикоагулянтов после перенесенного КЭ подтипа ИИ.

Турсунова С.Б., Пирматова М.А.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА В СОЧЕТАНИИ С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра эндокринологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ниязова Н.Ф.

Цель исследования. Определить частоту встречаемости первичного гиперпаратиреоза (ПГПТ) в сочетании с патологией щитовидной железы среди молодых пациентов в Республике Таджикистан.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ историй болезни пациентов, проходивших лечение в хирургическом отделении Городского медицинского центра №2 города Душанбе в период с 2013 по 2021 годы. В исследование включены пациенты с подтверждённым диагнозом ПГПТ в возрасте от 18 до 44 лет. Диагноз ПГПТ был поставлен на основании лабораторных данных (уровни паратгормона, общего кальция и витамина D в крови) и ультразвукового исследования паращитовидных и щитовидной желез. Статистический анализ проведён с использованием программы Statistica 10.

Результаты исследования. Выявлено 18 пациентов с ПГПТ, средний возраст которых составил $32 \pm 2,6$ года. Соотношение женщин к мужчинам - 1:6. Стоит отметить, что выявляемость заболевания значительно увеличилась в 2021 году по сравнению с предыдущими годами. В 2013 году частота ПГПТ составила 4,9% на 1 миллион населения, тогда как в 2021 году этот показатель вырос до 36,5% на 1 миллион. У 8 (44,4%) пациентов была выявлена патология щитовидной железы, среди которых в 62,5% случаев диагностирован узловой зоб, что соответствует данным зарубежных исследований. Все пациенты с патологией щитовидной железы находились в состоянии эутиреоза. Также установлено, что пациенты с сочетанной патологией чаще имели нормокальциемический вариант ПГПТ, в то время как при изолированном ПГПТ гиперкальциемия была более выраженной и протекала тяжелее. Анализ объёма хирургических вмешательств показал, что у пациентов с ПГПТ чаще проводилась двусторонняя паратиреоидэктомия (6 случаев), тогда как у пациентов с ПГПТ в сочетании с патологией щитовидной железы чаще выполнялась односторонняя паратиреоидэктомия (6 случаев). Среди пациентов с сочетанной патологией щитовидной железы также проводились гемиструмактомия (3 случая), резекция правой доли щитовидной железы (1 случай) и струмактомия (1 случай), что подтверждает частую необходимость комбинированного хирургического вмешательства.

Выводы. Исследование показало, что частота встречаемости первичного гиперпаратиреоза среди молодых пациентов в Республике Таджикистан значительно возросла с 2013 по 2021 годы, достигнув 36,5% на 1 миллион населения к 2021 году. У 44,4% пациентов с ПГПТ была выявлена сопутствующая патология щитовидной железы, причём наиболее распространённой формой патологии был узловой зоб (62,5%). Полученные результаты подчёркивают необходимость регулярного скрининга и ранней диагностики ПГПТ, особенно у пациентов с патологией щитовидной железы.

Турсунова С.Б.

КЛИНИЧЕСКИЙ СПЕКТР ПРОЯВЛЕНИЙ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С И БЕЗ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра эндокринологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ниязова Н.Ф.

Цель исследования. Определить спектр клинических проявлений первичного гиперпаратиреоза (ПГПТ) у молодых пациентов и выявить различия в симптоматике у пациентов с и без сопутствующей патологии щитовидной железы.

Материал и методы. Проведён анализ клинических данных 63 пациентов, обратившихся в Республиканский городской центр эндокринологии. Средний возраст пациентов составил $31 \pm 1,3$ года, соотношение мужчин и

женщин - 3:1. В исследование включены пациенты в возрасте от 18 до 44 лет, которые были разделены на две группы: пациенты с ПГПТ (n = 28) и пациенты с ПГПТ в сочетании с патологией щитовидной железы (n = 35). Данные были собраны с помощью анкетирования и анализа жалоб пациентов на приём. Оценивались основные симптомы, включая костно-мышечные, висцеральные и нейropsychические проявления. Статистический анализ проведён с использованием критерия Фишера.

Результаты исследования. Анализ клинических и системных проявлений ПГПТ у молодых пациентов выявил значительные различия в зависимости от наличия сопутствующей патологии щитовидной железы (ЩЖ). Клинические данные показали, что у пациентов с изолированным ПГПТ чаще наблюдаются костно-мышечные проявления, такие как боль в костях (часто) и боль в суставах (часто). Эти симптомы значительно реже встречались у пациентов с ПГПТ в сочетании с патологией ЩЖ, что подтверждает связь изолированного ПГПТ с поражением костной системы вследствие гиперкальциемии. У пациентов с ПГПТ в сочетании с патологией ЩЖ значительно чаще наблюдались нейropsychические симптомы, такие как раздражительность (очень часто) и головные боли (часто), что может быть связано с комбинированным воздействием ПГПТ и дисфункции щитовидной железы на нервную систему. Системные проявления также подтвердили эти наблюдения. Костно-мышечные проявления были значительно чаще зарегистрированы у пациентов с изолированным ПГПТ (71,4% против 28,6%; $p = 0.0017$). Напротив, у пациентов с ПГПТ и сопутствующей патологией ЩЖ чаще регистрировались психоневрологические симптомы ($p = 0.002$) и желудочно-кишечные проявления ($p = 0.020$). Это может быть результатом совокупного влияния двух патологий на нервную и пищеварительную системы. Мочеполовые и сердечно-сосудистые проявления не показали значительных различий между группами ($p = 1.0$ и $p = 0.758$ соответственно), что указывает на схожее воздействие гиперкальциемии на эти системы у обеих групп пациентов. Также общие симптомы, такие как слабость и усталость, были несколько чаще встречены у пациентов с ПГПТ в сочетании с патологией ЩЖ, хотя статистически значимого различия не наблюдалось ($p = 0.081$).

Выводы. Исследование выявило, что клинические проявления первичного гиперпаратиреоза варьируются в зависимости от наличия патологии щитовидной железы. Пациенты с изолированным ПГПТ чаще страдали от костно-мышечных симптомов, тогда как у пациентов с ПГПТ и сопутствующей патологией щитовидной железы преобладали нейropsychические и желудочно-кишечные симптомы. Эти различия подчеркивают необходимость дифференцированного подхода к диагностике и лечению ПГПТ с учётом наличия сопутствующей патологии щитовидной железы.

Ульмасова М.О.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПСИХООРГАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан.

Научный руководитель – Хаятов Р.Б.

Цель исследования. Изучение особенностей возникновения и течения психо-органических заболеваний при сахарном диабете.

Материал и методы. В ходе исследования были обследованы данные 2 пациентов с сахарным диабетом 84 типа. Диагноз сахарного диабета по всем дисциплинам был установлен эндокринологами и подтвержден соответствующими клиническими и лабораторными показаниями. Первую группу обследованных пациентов составили 2 пациента с сахарным диабетом 60 типа. В работе использованы клинко-психопатологические, клинко-обсервационные, экспериментально-психологические, аналитические и статистические методы исследования. Для оценки когнитивных функций мы использовали методику "запоминание 10 слов", тест ТМТ (тестовый тест), исключение объектов и понятий, интерпретацию пословиц и поговорок, а также пиктограмму. Результаты объективизируются с использованием нейрофизиологических (ЭЭГ, когнитивно вызванные потенциалы Р300) и лабораторных методов исследования.

Результаты исследования. Диабетическая энцефалопатия характеризуется медленно прогрессирующим клинически значимым когнитивным дефицитом. По мнению некоторых авторов, этот процесс неизбежен у пациентов с сахарным диабетом. Признаки органического поражения головного мозга различной степени тяжести были выявлены у 47 (79,1%) пациентов основной группы. Исходным критерием для выделения стадий психоорганического синдрома при сахарном диабете была тяжесть интеллектуально-мнестических и органических расстройств личности, которые могут быть оценены с помощью клинических и психопатологических методов. У пациентов с сахарным диабетом были выявлены три стадии психоорганического синдрома, которые отражают тяжесть органического поражения головного мозга: I стадия - неврозоподобные расстройства (органическое астеническое (эмоционально лабильное) расстройство (F06.6), органическое легкое когнитивное расстройство (F06.7) вследствие повреждения головного мозга или дисфункция) - 34 (56,7%); II стадия - органические расстройства личности (F07), 9) - 21 (34,4%), III стадия - деменция (F01) - 5 (8,9%) случаев. У пациентов отмечались нарушения всех высших корковых функций головного мозга. Пациенты, страдающие сахарным диабетом, по сравнению с пациентами с дисциркуляторной энцефалопатией на начальных стадиях психоорганического синдрома, имели лучшие показатели, особенно кратковременной памяти.

Выводы. Психические расстройства являются важной составляющей клинической картины сахарного диабета; у большинства пациентов они имеют полисиндромную структуру и отмечаются в 83,3% случаев. На момент первичного обследования при сахарном диабете были выявлены следующие психические расстройства: органические психические расстройства (83,1%). Тяжесть интеллектуально-мнестических и личностных расстройств может быть взята в качестве исходного критерия для выявления стадий формирования психоорганического синдрома при сахарном диабете. Были выделены три стадии развития психоорганического синдрома при сахарном диабете: неврозоподобные расстройства (56,7%), органические расстройства личности (34,4%), деменция (8,9%).

Умарова М.Х., Тоирова Г.Р., Ширинов Ф.А.
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ НЕЙРОПАТИИ
У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кафедра эндокринологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель - к.м.н., доцент Пирматова М.А.

Цель исследования. Оценить распространённость диабетической урогенитальной нейропатии (ДН) среди пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типа, а также эффективность современных методов диагностики и терапии.

Материал и методы. Проведен анализ данных 120 пациентов с СД 1 и 2 типа, находящихся под наблюдением в эндокринологическом отделении городского медицинского центра №1 имени Ахмедова Карима. В исследование включены показатели возраста, индекса массы тела (ИМТ), стажа диабета, биохимические параметры (уровень глюкозы в крови, креатинина, мочевины, липидный спектр). Диагностика урогенитальной нейропатии включала анкетирование (оценка менструального цикла, качества половой жизни, признаков гипогонадизма, эректильной функции) и инструментальные исследования (УЗИ органов малого таза). Терапия включала коррекцию гликемии, применение альфа-липоевой кислоты и бенфотиамина. Статистический анализ проведен с использованием Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования. Исследование охватило 120 пациентов с СД (период наблюдения: ноябрь 2024 - январь 2025 гг.). Среди них 12 пациентов (10%) имели СД 1 типа (7 женщин и 5 мужчин, средний возраст $28,2 \pm 3,5$ лет), 108 пациентов (90%) – СД 2 типа (65 женщин и 43 мужчины, средний возраст $54,9 \pm 2,3$ лет). Диабетическая урогенитальная нейропатия выявлена у 49 пациентов: 6 человек с СД 1 типа и 43 - с СД 2 типа. Средний возраст пациентов с ДН составил $58,4 \pm 10,2$ лет, средний стаж диабета - $12,3 \pm 4,8$ лет. Симптомы ДН различной степени выраженности отмечены у 67,5% пациентов: у 42,3% – умеренная, у 25,2% - тяжёлая форма. Нарушения менструального цикла выявлены у 67,5% женщин репродуктивного возраста, эректильная дисфункция - у 85,4% мужчин. Жалобы на недержание мочи зарегистрированы у 77% пациентов, преимущественно среди женщин. Средний уровень глюкозы натощак составил $10,1 \pm 4,3$ ммоль/л. Пациенты с выраженной нейропатией имели повышенные уровни креатинина и мочевины ($p < 0,05$). В стационаре проводилось базис-болюсное или монотерапевтическое лечение инсулином. В качестве дополнительной терапии использовались альфа-липоевая кислота и бенфотиамин (парентерально в течение 10 дней с последующим переходом на пероральный прием). Это привело к улучшению вегетативных функций у 63% пациентов.

Выводы. Диабетическая урогенитальная нейропатия широко распространена среди пациентов с СД в Таджикистане. Отсутствие должного контроля уровня гликемии и длительный стаж заболевания увеличивают риск тяжёлых форм урогенитальных расстройств. Ранняя диагностика, в том числе регулярный скрининг урогенитальной нейропатии у пациентов с длительным течением СД, с использованием объективных методов и комплексный подход к лечению, включающий нейропротекторную терапию, значительно улучшают прогноз и качество жизни пациентов.

Умедова Ш.С., Табаров С.М., Файзалиева О.А.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В₁₂-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ С ГЕМОЛИТИЧЕСКИМ КОМПОНЕНТОМ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ходжиева Г.Б.

Цель исследования. Описать клинический случай В₁₂-дефицитной анемии, ассоциированной с внесосудистым гемолизом.

Материал и методы. Пациент Б, 84 года, поступил в тяжелом состоянии 02.01.2025г. в гематологическое отделение ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» с диагнозом «Анемия тяжелой степени неясного генеза» для выяснения этиологии заболевания и последующего лечения. Использовались следующие методы исследования: развернутый общий анализ крови с тромбоцитами, биохимический анализ крови (включая витамин В₁₂ и фолиевую кислоту), общий анализ мочи, общий анализ кала, УЗИ внутренних органов, ЭКГ, ЭхоКГ.

Результаты исследования. Жалобы пациента на момент поступления: общая слабость, головные боли, головокружение, отсутствие аппетита, тошнота, боль в эпигастральной области, тахикардия. При осмотре: общее состояние тяжёлое, кожные покровы и видимые слизистые сухие, бледные, наблюдается выраженная их иктеричность; язык влажный, рельеф сглажен; при пальпации живот мягкий, отмечается болезненность в эпигастральной области, печень и селезёнка не пальпируются. В ОАК при поступлении выраженная анемия: Hb - 51г/л; Eг - $1,00 \cdot 10^9$ /мкл; Тг - $126 \cdot 10^9$ /мкл; L - $4,12 \cdot 10^9$ /мкл; ретикулоциты - 0,6; СОЭ-63мм/ч). В биохимическом анализе крови признаки гемолиза: Билирубин общий - 67мкмоль/л, свободный - 43мкмоль/л; связанный - 24мкмоль/л. Однако, в связи с гиперхромным характером анемии, были проведены исследования уровня витамина В₁₂(112пг/мл) и фолиевой кислоты(40,9нг/мл), на основании которых был поставлен окончательный диагноз: “В₁₂-дефицитная анемия тяжелой степени с гемолитическим компонентом”. После проведения необходимых лечебных мероприятий, пациент отметил значительное улучшение состояния, что подтвердилось результатами повторных анализов.

Выводы. Гемолиз эритроцитов является довольно распространенным синдромом при В₁₂-дефицитной анемии. Такая компенсаторная реакция возникает вследствие изменения формы и объема красных кровяных клеток. Вместо нормальных эритроцитов размером от 7,2 до 8 мкм, в крови появляется большое количество гигантских, размером от 10 мкм овалоцитов без характерной зоны просветления по центру. Такие атипичные клетки идентифицируются макрофагами селезёнки и печени как патологические, удаляются из кровотока и лизируются. Следует уточнить, что для данной формы анемий, помимо вышеописанных изменений эритроидных клеток, характерно также и наличие атипичных юных и зрелых миелоидных клеток - нейтрофилов в костном мозге. Размеры их увеличены, в цитоплазме обнаруживаются вакуоли, крупное ядро. Данный клинический случай свидетельствует о необходимости бо-

лее тщательной дифференциальной диагностики различных видов анемий, вне зависимости от превалирующих симптомов.

Урунова Ш.Д., Джалилзода М.С., Шамсиев Э.Д.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ВОЛЬТАРЕНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЯСНИЧНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Нажмидинова М.Н.

Цель исследования. Изучить эффективность применения препарата Вольтарена в комплексном лечении у пациентов с люмбоишиалгией на фоне поясничного остеохондроза.

Материал и методы. под нашим наблюдением находились 32 пациента (20 мужчин и 12 женщин) с клиникой люмбоишиалгии на фоне поясничного остеохондроза, которые наряду со стандартной терапией получали препарат вольтарен. Вольтарен - раствор для внутри мышечного введения из группы нестероидных противовоспалительных препарат. Вольтарен 25мг/мл 3мл 5 шт. раствор для внутримышечного введения. Вольтарен — это препарат, содержащий активное вещество диклофенак, которое относится к группе нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). Он используется для лечения воспалений, болей и лихорадки, а также для облегчения симптомов различных заболеваний, таких как артрит, остеоартрит, миалгии, боли в спине и травмы.

Результаты исследования. При поступлении все пациенты предъявляли жалобы на боли в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией в ноги, постоянного характера, усиливающиеся при движении, ограничение движений в поясничном отделе позвоночника, слабость и ограничение движений в ногах, чувство «ползания мурашек». В неврологическом статусе болезненность остистых отростков поясничного отдела позвоночника была выявлена у 23 (100%) больных, у 18 (78,2%) пациентов отмечалось ограничение объема движений в поясничном отделе позвоночника. Напряжение паравerteбральных мышц было отмечено у 23 (100%) пациентов. По данным рентгенологического исследования у 13 (56,5%) больных выявлено выпрямление поясничного лордоза, остеофитов, межостистых артрозов, дегенеративно-дистрофические изменения наиболее часто локализовались в L4-L5, L5-S1, позвоночно-двигательных сегментах. Лечение считалось эффективным при регрессе показателей болевого опросника на 50% и более.

Выводы. Вольтарен - эффективно уменьшают болевой синдром при заболеваниях суставов (артриты, остеоартриты), травмах, воспалениях и головных болях. Снижает воспаление, что способствует уменьшению отека, покраснения и повышения подвижности в пораженных суставах или тканях.

Урунова Ш.Д., Джалилзода М.С., Шамсиев Э.Д.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЦИНАРИЗИНА ПРИ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Нажмидинова М. Н.

Цель исследования. Изучение эффективности применения цинаризина при головокружении у больных с вертебробазилярной недостаточностью.

Материал и методы. Проведен сравнительный анализ результатов 38 больных с головокружением при вертебробазилярной недостаточности. В представленной группе мужчин было 24, женщин - 14. Средний возраст больных составил 45,9 лет, диапазон возраста находился в пределах 45-70 лет. Для лечения головокружения дан цинаризин 25мг 3 раза в сутки. В зависимости от методов лечения больные были разделены на 2 группы. 1 группа - 23 больных среднего возраста. Во второй группе 15 больных пожилого возраста. Курс лечения составил от 12 до 14 дней. Динамику процесса оценивали клинически и по данным биохимических и инструментальных исследований.

Результаты исследования. При применении цинаризина отмечали более быстрое снижение головных болей, головокружения, тяжести в области сердца, общей слабости. Неврологический статус: больные были в сознании, на вопросы отвечали правильно. Со стороны черепно-мозговых нервов патологии не было выявлено. Сухожильные рефлексы несколько оживлены. Координаторные пробы (поза Ромберга, пальце-пальцевые пробы, пальце-носовые пробы, пяточно-коленные пробы) были отрицательные.

Выводы. Применение цинаризина обеспечивало благоприятный клинический эффект, приводило к сокращению длительного лечения.

Урунова Ш.Д., Шамсиев Э.Д., Джалилзода М.С.

КАТЕХОЛАМИНОВЫЙ ОБМЕН ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им М.Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Нажмидинова М.Н.

Цель исследования. Определение катехоламинов при различных формах сосудистой дистонии.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 54 больных в возрасте от 45 до 70 лет с диагнозом сосудистой дистонии.

Главным этиопатогенетическим фактором различных форм нейроциркуляторных дистоний является изменение но-

радреналина (НА), дофамина (ДА), адреналина (А) в сыворотке крови, так как запускаящим механизмом возникновения нейроциркуляторной дистонии является активация гипоталамо-гипофизо-надпочечниковой системы. Определяли показатели в сыворотке крови (пг/мл) норадреналина, адреналина, дофамина.

Результаты исследования. При всех формах НЦД (кардиальной форме: норадреналин- $258 \pm 0,17$ адреналин- $31,0 \pm 0,03$, дофамин- $20,0 \pm 0,02$.) отмечается резкое снижение адреналина (до лечения). При этом наибольшее снижение отмечается при гипотоническом типе: норадреналин- $123 \pm 0,11$; адреналин- $10,0 \pm 0,011$, дофамин- $12,0 \pm 0,1$. На втором месте кардиальный и смешанный тип и наибольшая концентрация отмечается при гипертоническом типе: норадреналин- $274 \pm 0,19$; адреналин- $40,0 \pm 0,19$; дофамин- $10,0 \pm 0,05$.

Выводы. Динамика катехоламинового обмена показывает, что показатели его концентрации можно использовать как для дифференциальной диагностики.

Усманова Ш.Б., Назаров У.Н., Ёрова С.К.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

Кафедра инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Боймуродов А.А.

Цель исследования. Изучить эффективность глукантима при лечении висцерального лейшманиоза у детей по материалам городской клинической инфекционной больницы г. Душанбе.

Материал и методы. Лечение и диагностическому обследованию нами были подвергнуты 12 детей висцеральным лейшманиозом. Все больные находились на стационарном обследовании и лечении в Городской клинической инфекционной больнице г. Душанбе в период 2020-2025гг.

Из общего количества детей мальчиков было - 7(58,3%), девочек - 5(41,7%). Висцеральным лейшманиозом болели преимущественно дети в возрасте от 6 месяцев до 5 лет. Средний возраст детей составил $5,6 \pm 0,4$ лет. Среди больных преобладали жители сельской местности, в том числе из районов Пенджикента - 4 (33,3%), Дарваза - 6 (50%) и Истаравшана - 2(16,7%). Диагноз висцерального лейшманиоза во всех случаях нами был выставлен на основании клинико-эпидемиологических данных и подтверждён лабораторно путем обнаружения лейшманий Donovan в мазках пунктатов костного мозга. Стернальная пункция была проведена 5 (41,7%) больным в гематологическом отделении Национального медицинского центра РТ. У 7 (58,3%)больных детей диагноз был подтверждён экспресс-тестом гК 39 (антигенный иммунохроматографический тест). Достоинство экспресс-теста для диагностики висцерального лейшманиоза – это его простота и доступность.

Результаты исследования. На территории Таджикистана встречается почти исключительно средиземноморский вариант висцерального лейшманиоза или детский эндемический висцеральный лейшманиоз, поражающий в основном детей младшего возраста. Висцеральный лейшманиоз в настоящее время на территории республики часто встречается в основном в 3-х районах Согдийской области: в Пенджикентском, Айнинском и Истаравшанском, Остальные больные – это выходцы из районов, расположенных на территории ГБАО - Дарвазском, Ишканимском, Тавильдаринском, Ванчском, а также в г. Хороге. Все указанные районы расположены в горной местности. Антипаразитарное лечение висцерального лейшманиоза мы проводили препаратом глукантим (мегулимин антимо-ниат) путём внутримышечного введения в суточной дозировке равной 60 мг/кг массы тела одномоментно ежедневно, курсом лечения до 28 инъекций. У всех больных (12(100%)) отмечалась хорошая переносимость препарата, побочные эффекты не наблюдались. Клиническая эффективность лечения отмечалась уже на 8-9 день приема глукантима, которая выражалась в явном улучшении общего состояния и снижении температуры тела, постепенном сокращении размеров печени и селезенки, постепенном увеличении массы тела и нормализации показателей периферической крови. Эффективность препарата составила 100%, как у взрослых, так и у детей.

Выводы. В результате наших исследований было установлено, что эффективность препарата глукантим при лечении больных висцеральным лейшманиозом (кала-азар) составила 100%. Глукантим является высокоактивным препаратом в лечении больных висцеральным лейшманиозом и может быть рекомендован практически врачам в борьбе с данной инфекцией.

Файзалиева О.А., Куватзода Г.Х., Насимова С.К.

СИСТЕМНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ, АССОЦИИРОВАННАЯ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ходжиева Г.Б.

Цель исследования. Оценить тяжёлое течение системной склеродермии, ассоциированной с сахарным диабетом.

Материал и методы. Больная М.К., 50 лет, поступила в ревматологическое отделение ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» г. Душанбе с жалобами на боль и отёчность в мелких и крупных суставах, ограничение движения в них в течение часа по утрам, уплотнение кожи на предплечьях размером 3-4см, головные боли, посинение кончиков пальцев рук, одышку, утомляемость, похудание, боли в эпигастральной области. Наследственность и аллергоанамнез не отягощены.

Больной были проведены лабораторно-инструментальные методы исследования: общий анализ крови, мочи, кала, биохимический анализ крови, RW, ЭКГ, рентгенография грудной клетки, УЗИ внутренних органов.

Результаты исследования. Во время осмотра: общее состояние больной тяжёлое за счёт основного заболевания, сахарного диабета и его осложнений, кожа и видимые слизистые оболочки бледные. В лёгких выслушивается

везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот мягкий при пальпации, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: Эр-4,2. Нв-128 г/л. НР-0,9. Лей-10,1. Тром-134. Эоз-3. Палоч-4. Сегмент-37. Лимф-15. Мон-1. СОЭ-48мм/ч; Общий анализ мочи: белок-0,99 г/л, лей-8-10, эр-7-8, оксалаты; Биохимический анализ крови: СРБ-++, ревмофактор (+++), RW-отрицательная, общий белок-84,0г/л, мочевины-5,0 ммоль/л, креатинин-73,5ммоль/л, глюкоза-7,20 ммоль/л.

ЭКГ: синусовый ритм. Тахикардия 78 уд.в мин. ЭОС вертикальная. Повышение электрической активности левого желудочка. Осмотрена кардиологом и эндокринологом.

Рентгенография лёгких: хронический бронхит.

На основе лабораторно-инструментальных методов исследования, общих и биохимических анализов крови пациенту был поставлен диагноз: Системная склеродермия, подострое течение, активная фаза, III-я стадия. CREST (синдром). Сопутствующее: Артериальная гипертензия, II стадия, риск 3. Сахарный диабет, II тип, среднетяжёлая стадия, период декомпенсации. Диабетическая полинейропатия и ангиопатия. НПВП-гастропатия.

Было проведено лечение: рибоксин 2% 10,0 в/в, физ.раствор 0,9% 200,0+ГКС 90мг в/в, метипред 4 мг по 1 тб утром, курантил 25мг 1тб х 3 раза per os, натрий хлор 0,9% 200,0+пантопразол 40мг в/в кап., колчивейт по 1тб х 3 раза, алмагель 1л х3 раза до еды, метопролол 50мг1тб утром, лозартан 50 мг 1тб вечером, торасемид 50мг, креон 10000 по 1 х 3 раза, метотрексат 10мг.

Выводы. Своевременное обращение пациента, ранняя профилактика осложнений способствуют снижению риска ухудшения общего состояния больного и появлению нежелательных явлений.

Файзиева Д.Ш.

УРОВЕНЬ ГОМОЦИСТЕИНА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

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

Научный руководитель - д.м.н. Ш.Ф. Одинаев

Цель исследования. Оценить состояние уровня гомоцистеина у пациентов с различными формами ишемической болезни сердца.

Материал и методы. Обследованы пациенты с различными формами ИБС (стенокардия напряжения I функционального класса - 10 человек, II функционального класса - 10 человек и с перенесенным инфарктом миокарда - 10 человек). Всем пациентам определялся уровень гомоцистеина в референс-лаборатории электрохемилуминесцентным методом иммуноанализа (анализатор Architect i2000SR, Abbott Diagnostics). Кровь забиралась из локтевой вены после 6-го часового голодания и исключения жирной пищи из рациона в течение 2 суток. Всего было обследовано 30 человек. Из группы пациентов стенокардией I функционального класса было 5 мужчин и 5 женщин; среди пациентов стенокардией II функционального класса 7 мужчин и 3 женщины; из пациентов с перенесенным инфарктом миокарда было 6 мужчин и 4 женщины. В общем количестве мужчин было 18 мужчин и 12 женщин. Возрастной диапазон в среднем составил 54,5±0,5 лет.

Результаты исследования. Анализ результатов концентрации гомоцистеина у обследуемых показал выраженную тенденцию его повышения с увеличением степени тяжести ИБС. Для лиц мужского пола показатели при стенокардии напряжения I функционального класса уровень гомоцистеина составил в среднем 12,6±0,03 ммоль/л, у пациентов со стенокардией напряжения II класса гомоцистеин составил 13,1±0,05 ммоль/л. У пациентов с перенесенным инфарктом миокарда гомоцистеин составил 21,8±0,06 ммоль/л, при контрольных значениях для лиц мужского пола 12,1±0,01 ммоль/л.

У лиц женского пола для всех клинических форм ИБС показатели уровня гомоцистеина были достоверно ниже по сравнению с лицами мужского пола ($P < 0,01$). Так, в контрольной группе данный показатель у практически здоровых лиц составил 9,4±0,03 ммоль/л. С увеличением степени повышения клинической формы ИБС регистрируется достоверная динамика повышения уровня гомоцистеина, достигая максимальных значений у пациенток с перенесенным инфарктом миокарда, достигая 15,5±0,07 ммоль/л. Для пациенток со стенокардией I и II функционального классов данный показатель соответственно составил 11,0±0,04 и 12,3±0,05 ммоль/л.

Выводы. Состояние гипергомоцистеинемии может оказаться усугубляющим фактором формирования атеросклеротических бляшек и патологии сердца. Результаты исследований уровня гомоцистеина регистрируют стабильно высокие уровни при тяжелых клинических формах ИБС. У пациентов с перенесенным ИМ регистрируется наиболее высокие уровни гомоцистеина, достигая максимальных значений у лиц мужского пола 21,8 ммоль/л. Аналогичная тенденция регистрируется и у лиц женского пола с тяжелыми формами анемии, у которых его уровень также повышен и составляет 15,5ммоль/л. Следовательно, уровень гомоцистеина длительное время может быть стабилен и оставаться в пределах нормальных величин. Однако, при тяжелом и хроническом течении уровень гомоцистеина на поздних стадиях имеет выраженную тенденцию к увеличению, увеличивая риск формирования атеросклеротических процессов и соответственно кардиальной патологии.

Файзуллоев М.С.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

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

Научный руководитель - к.м.н. Джонназарова Д.Х.

Цель исследования. Исследовать взаимосвязь АГ с другими факторами риска (ФР) и её роль в развитии

сердечно-сосудистых заболеваний.

Материал и методы. Исследование представляет собой ретроспективный анализ базы данных, включающей 286 мужчин с подагрой, обратившихся в ГУ ГМЦ №2 им. К.Т. Таджиева с 2016г по 2023г. Пациентам выполняли офисное измерение АД по методу Короткова, в положении сидя, после 5 минут отдыха, 3 раза с 1–2-минутными интервалами. АГ диагностировали при САД ≥ 140 мм рт. ст. и/или ДАД ≥ 90 мм рт. ст., при двух и более последовательных визитах с интервалом не менее 1 недели. У всех пациентов оценивали традиционные ФР развития ССЗ – возраст, массу тела, отягощенный семейный анамнез развития ССЗ в молодом возрасте (<55 лет для мужчин и <65 лет для женщин), СД, дислипидемию. Дислипидемию расценивали как повышение уровня общего холестерина $\geq 5,0$ ммоль/л, холестерина липопротеидов низкой плотности $\geq 3,0$ ммоль/л, триглицеридов $\geq 1,7$ ммоль/л, снижение уровня холестерина липопротеидов высокой плотности $\leq 1,0$ ммоль/л. Диагностика ожирения и его степени осуществлялась по индексу массы тела (ИМТ): ИМТ от 25 до 29,9 кг/м² соответствовал избыточной массе тела, 30 кг/м² и более – ожирению. Абдоминальное ожирение диагностировалось при объеме талии ≥ 94 см. Пациентам выполнялись биохимические анализы крови стандартными методами. Состояние нормоурикемии регистрировалось при сывороточном значении МК <360 ммоль/л, согласно рекомендациям EULAR (Европейской антиревматической лиги).

Результаты исследования. АГ выявлена у 85% больных подагрой. У 47,1% больных АГ диагностирована на фоне подагры, у 52,9% – предшествовала ее развитию. По нашим данным, у больных подагрой с АГ в 1,5 раза чаще встречалось ожирение в соответствии со значениями ИМТ и было больше случаев абдоминального ожирения, по сравнению с пациентами без АГ, выявлена ассоциация абдоминального ожирения и ожирения по ИМТ с увеличением риска АГ. На развитие АГ влияют различные факторы, включая степень тяжести подагрического процесса. Пациенты с АГ, по сравнению с больными подагрой не страдающими АГ, имели достоверно большее число пораженных суставов и подкожных тофусов, у них чаще встречались внутрикостные тофусы и нефролитиаз. Предполагается, что у больных подагрой длительное воспаление имеет важное значение для развития атеросклероза и связанных с ним осложнений.

Выводы. Пациенты с АГ были старше и имели более длительный срок заболевания подагрой, чем пациенты без АГ. Возраст дебюта подагры старше 35 лет и ее длительность более 10 лет ассоциировались с риском развития АГ. С возрастом возрастает вероятность развития артериальной гипертензии. АГ чаще обнаруживается в пожилом возрасте, ее распространенность у лиц старше 60 лет составляет более 60%, результаты настоящего исследования, свидетельствуют о том, что ожирение, отягощенный семейный анамнез раннего развития АГ. Большинство пациентов с подагрой (около 70%) имеют более двух ФР развития ССЗ.

Файзуллоев Ш.А., Холикова Н.Н.

ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ SGLT2 НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД СЕРДЕЧНОЙ И ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

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

Научный руководитель - Бобоходжаева З.Б.

Цель исследования. Изучить влияние дапаглифлозина на почечные, сердечно-сосудистые исходы в зависимости от наличия или отсутствия диабета 2-го типа и основной причины хронической болезни почек.

Материал и методы. Исследование основано на анализе данных 2000 пациентов с СН и ХБП (стадии 3-4), разделенных на две группы: первая группа получала стандартную терапию СН/ХБП, вторая – дополнительно ингибиторы SGLT2. Оценивали динамику функциональных параметров сердца (ФВ ЛЖ, NT-proBNP) и почек (СКФ, альбуминурия) в течение 12 месяцев. Применялись методы статистического анализа для оценки значимости различий (t-тест, критерий Манна-Уитни).

Результаты исследования. В группе, получавшей ингибиторы SGLT2, отмечено достоверное снижение уровня NT-proBNP ($p < 0,05$), улучшение ФВ ЛЖ на 5% в сравнении с исходными значениями. СКФ в группе SGLT2 снижалась медленнее (-1,2 мл/мин/год vs. -3,5 мл/мин/год, $p < 0,05$). Альбуминурия уменьшилась на 30% ($p < 0,05$), частота госпитализаций из-за СН снизилась на 25%.

Выводы. Терапия ингибиторами SGLT2 у пациентов с СН и ХБП приводит к значимому снижению риска прогрессирования почечной недостаточности, улучшению функционального состояния сердца и снижению частоты госпитализаций. Данные подтверждают целесообразность включения ингибиторов SGLT2 в стандарты лечения пациентов с сопутствующей СН и ХБП.

Фатхиддинзода И.А. Ахмедова Н.Д. Сафарова. Г.Р.

ҲОДИСАИ ПАЙДОИШИ БЕМОРИИ ВАРАЧАИ ТРОПИКӢ БАЙНИ САӢӢОНИ ХОРИЧӢ ДАР ҶТ

Кафедраи бемориҳои сироятии МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”. Тоҷикистон

Роҳбари илмӣ - муаллими калон Сайдалиев.А.Ф

Мақсади таҳқиқот. Ҳодисаи пайдоиши бемории вараҷаи тропикӣ байни саӢӢони хориҷи дар ҶТ.

Маъвод ва методҳо. Дар беморхонаи клиникаи шаҳрии бемориҳои сироятии шаҳри Душанбе таҳти тадқиқоти мо қарор дошт як нафар сайӢӢ аз Ҷумҳурии Камерун, ки ба он таъхис “Вараҷаи тропикӣ (Plasmodium falciparum). Ҳамради: Ҳуруҷи пиелонефрит музмин гузошта шуда буд. Таъхис гузошта шуд дар асоси аломатҳои сарирӣ, воғирӣ, таҳлили озмоишгоҳӣ - бо усули гирифтани хуни қатравӣ ғафс ва андудаи тунук дар озмоишгоҳи паразитологии МД “МҚМБТ” (Маркази Ҷумҳуриявии Мубориз бар зидди Бемориҳои Тропикӣ).

Натиҷаи таҳқиқот. Бемор шаҳрванди Ҷумҳурии Камерун 36 сола зан мебошад, вай рӯзи 01.07.2023 аз шаҳри Дубайи Мутаҳидаи Араб вориди шаҳри Душанбе мешавад ва дар меҳмонхонаи Хеллоу воқеъ дар кучаи Н. Муҳаммадӣ-5 шаҳри Душанбе зиндаги мекунад. Ҳангоми омаданааш дар бемор ҳарорати баланд 39°C пайдо шудааст

ва ба Ёрии таъчили мурочат мекунад ва ба он ёрии аввалаи тибби мерасонанд, аммо бенатича, бори дувум боз Ёрии таъчилаго даъват мекунад ва беморро рӯзи 02.07.23с ба БКШБС-и шаҳри Душанбе интиқол мекунад. Дар шӯъбаи қабул ўро муоина карда тавсияи таҳлили хун барои варача мегиранд, ки дар натиҷа Plasmodium falciparum (к++++) ёфт мешавад ва ин натиҷаро низ дар озмоишгоҳи паразитолгии МД “МЧМБТ” тасдиқ мекунад ва дар шӯъбаи профили бистари карда мешавад. Ҳангоми ворид шуданаш ҳолати бемор миёнаи вазнин ба ҳуш беҳол, беадор, камқувват ҳарорат дошт 39°C табларзааш набуд, зеро ки давраи табларзааш гузашта буд ва давраи ҳароратбаландиаш омада буд. Аломати менингиалӣ манфӣ, қайқунӣ, дилбеҳазурӣ надошт, пусти бадан тоза рангарида, намнок аз ҳисоби араққунии бисёр, зеро аломати ҳоси ин беморӣ мебошад, лимфағадудҳои канорӣ калон нест, системаи ҳаракату таъягоҳ беосеб.

Таҳлилҳои озмоишгоҳӣ: Нв-103,0. Эр.-3,56. Нр-0,78. Лейк.-7,4. СТЭ-23мм/с.хун барои варача-Plasmodium falciparum. Биохимия- билирубини умумӣ-25,0. 16,0/9,0 Тимол 5,2 йод-(+). Мочавина-7,0. Креатинин-80,0. АлАТ-1,0. АсАТ-0,5мк мол/л. СРБ (+). РФ(-). Таҳлили пушоб-сафеда-0,099%. Лейк-60-70д.м.б. Эр.- 8д.м.б. Луб-бисёр-такроран, бетагир. Таҳлили фазла бетагир.

Табобат: Доруи махсуси зидди варачавӣ-Artefah 20/120 намуди ҳаббӣ 4ҳаббӣ, 2-бор даҳонӣ сахар ва бегоҳ 3-рӯз. Инчунин табобати симптоматикӣ гузаронида шуд. Баъди табобати махсус таҳлили хун барои варача такроран ду маротиба гирифта шуд, ки натиҷааш манфӣ ва бемор бо ҳолати қаноатбахш ҷавоб дода шуд.

Ҳулосаҳо. Ҳодисаи пайдоиши бемории варачаи тропикӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ин бемории интиқоли буда, бештар сайёҳоне, ки аз мамлакатҳои гарм ворида Тоҷикистон мешаванд, ҳатман таҳлили хун барои варача гирифта шаванд, зеро ки дар ин мамлакатҳо бемории варача ниҳоят зиёд ба қайд гирифта шудааст.

Фирузаи И., Асилова Н.Г., Саидов П.А.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОВТОРНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СИНДРОМОМ ГИЙЕНА-БАРРЕ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ганиева М.Т.

Цель исследования. Целью данного исследования является анализ клинического случая повторного заболевания синдромом Гийена-Барре (СГБ) у пациента, а также выявление особенностей течения заболевания при рецидиве, диагностике, лечении и прогнозе.

Материал и методы. В исследовании анализировались клинические данные мужчины 1978 года рождения, который проходил лечение в неврологическом отделении ГУ НМИЦ «Шифобахш». Верификация диагноза проводилась с использованием анамнестических данных, клинико-неврологического осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования, а также результаты нейробиологических тестов и анализа спинномозговой жидкости. Для диагностики использовались методы нейровизуализации, электромиографии (ЭНМГ) и анализ ликвора.

Результаты исследования. Первый эпизод заболевания (2011 год) был острым, с быстрым прогрессированием симптомов, включая парезы и параличи нижних конечностей, утрату рефлексов и дисфункцию дыхания. После интенсивного лечения с применением плазмафереза и иммуноглобулинов заболевание прошло с частичным восстановлением функции. Повторное заболевание в 2025 году также проявилось с параличами и слабостью в конечностях, но симптомы развивались более медленно. Исследования показали восстановление чувствительности, но с продолжением неврологического дефицита. Спинномозговая жидкость не продемонстрировала выраженных изменений, но анализ на белковые диссоциации был положительным. Результаты ЭНМГ подтвердили замедленность проведения нервных импульсов по периферическим нервам, демиелинизация периферических нервов. Несмотря на схожесть с первым эпизодом, рецидив имел менее выраженное течение и лучший прогноз, что могло быть связано с предыдущим опытом заболевания и иммунологическими особенностями пациента.

Выводы. Повторное развитие синдрома Гийена-Барре спустя 14 лет после первого эпизода, демонстрирует возможность рецидивов заболевания, несмотря на относительно долгий интервал между случаями. Сравнительный анализ обоих эпизодов показал, что рецидив заболевания имел менее выраженное течение, что может свидетельствовать о наличии иммунологической памяти и некоторой защиты организма, выработавшего ответ на предшествующую инфекцию или иммунное воздействие.

Фирузаи И., Асилова Н.Г., Холикова Н.Н.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СПИНАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ АМИОТРОФИИ (БОЛЕЗНЬ КУТЕЛЬБЕРГА – ВЕЛАНДЕРА ОТ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИИ ДЮШЕНА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ганиева М.Т.

Цель исследования. Анализ клинических проявлений ювенильной спинальной амиотрофии (Болезнь Кутельберга-Веландера) у двух братьев, с оценкой начала заболевания, проявлений, динамики развития болезни, а также исследования когнитивных нарушений в контексте этого заболевания.

Материал и методы. Исследование проводилось на кафедре неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. профессора М.Г. Гулямова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Для исследования были выбраны два пациента - братья, оба мальчика, в возрасте 8 и 7 лет. Старший ребёнок (8 лет) страдает от ювенильной спинальной амиотрофии, симптомы которой проявились в возрасте 3 лет. Младший ребёнок (7 лет) начал проявлять симптомы в 5 лет. Оба ребёнка имеют семейную историю заболевания. В исследовании использовались клинические данные, ре-

зультаты нейропсихологических тестов, а также результаты нейрофизиологических исследований таких как ЭНМГ для оценки состояния мышц и нервных волокон и выявить характер поражений на разных уровнях нервно-мышечного аппарата.

Результаты исследования. Анализ анамнеза выявил отсутствие родственного брака между родителями. У старшего ребёнка симптомы болезни начали развиваться с 3 лет: частые падения, слабость в ногах, ухудшение походки. Также был отмечен когнитивный дефицит средней степени выраженности (MMSE 20-23 бала), что влияло на успеваемость и общие поведенческие характеристики. Младший ребёнок начал проявлять симптомы в возрасте 5 лет. Падения и слабость в ногах стали заметны позже и прогрессирование болезни замедлилось по сравнению с состоянием старшего ребёнка. Когнитивные нарушения у младшего выражены слабее, что подтверждается результатами нейропсихологических тестов. На клиническом осмотре наблюдалось псевдогипертрофия икроножных мышц, затруднение при вставании с пола (лестничное вставание с корточек) и при подъёме по лестнице. Сухожильные рефлексы с ослабленных мышц отсутствуют. Также отмечается гипотония в руках. Результаты ЭНМГ показали дегенеративные изменения в моторных нейронах, уменьшение амплитуды мышечных потенциалов, замедление проведения нервных импульсов.

Выводы. Дифференциальная диагностика между спинальной мышечной амиотрофией (СМА) и прогрессирующей мышечной дистрофией Дюшена (МДД) является ключевым этапом в установлении правильного диагноза, поскольку оба заболевания имеют схожие клинические проявления, такие как прогрессирующая мышечная слабость и частые падения. В процессе тщательного обследования у пациента был установлен первичный диагноз СМА, однако для исключения альтернативных диагнозов, таких как прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшена, сдан генетический анализ и определение уровня креатинкиназы (КФК) в крови.

Фирузан И., Рабоева Ш.Р., Ниязова М.О.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И КЛАССИФИКАЦИИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ПОЛИ-НЕЙРОПАТИЙ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ганиева М.Т.

Цель исследования. Исследование современных методов диагностики, классификации и патофизиологических особенностей наследственных полинейропатий (НПН), включая их молекулярно-генетические механизмы, клинические проявления и современные методы терапии.

Материал и методы. Проведен обзор эпидемиологии, клинических исследований и диагностики наследственных полинейропатий, включая электрофизиологию, нейровизуализацию и генетический анализ. Основное внимание уделено болезни Шарко-Мари-Тута (СМТ) и редким вариантам, таким как HSAN и dHMN.

Результаты исследования. Анализ показал, что СМТ является наиболее распространенной наследственной полинейропатией, с преобладанием СМТ1А и связанных с мутациями в гене PMP22 форм. Заболевание характеризуется медленным прогрессированием, симметричной мышечной атрофией и сенсорными нарушениями. Важнейшие диагностические методы включают электрофизиологические исследования (разделение на демиелинизирующие и аксональные формы), молекулярно-генетический анализ, который играет ключевую роль в точной диагностике, а также ультразвуковое исследование нервов, которое набирает популярность как вспомогательный метод. Дополнительно исследованы особенности наследственной невропатии с предрасположенностью к компрессионным параличам (HNPP), при которой выявлена делеция гена PMP22. Клинические случаи показали, что пациенты с HNPP часто сталкиваются с эпизодическими неврологическими дефицитами после механического давления на нервы. Также рассмотрены редкие формы, такие как HSAN и dHMN, которые, хотя и встречаются реже, требуют особого подхода в диагностике, поскольку часто имеют значительные клинические различия и могут пересекаться с рядом других неврологических заболеваний.

Выводы. Наследственные полинейропатии — это гетерогенная группа заболеваний, требующая комплексной диагностики. Основные методы включают электрофизиологию, генетический анализ и нейровизуализацию. Панельное секвенирование расширяет возможности персонализированной медицины. Необходимы дальнейшие исследования для разработки эффективных методов лечения, особенно для СМТ и HNPP.

Хабибов А.Г., Эсанов Э.Ч., Меликов А.А.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОФИЛИИ И БОЛЕЗНИ ВИЛЛЕБРАНДА В УСЛОВИЯХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУ НМЦ РТ «ШИФОБАХШ»

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

Научный руководитель - старший преподаватель кафедры Шарифов М.М.

Цель исследования. Изучить эффективность терапии больных гемофилией и болезни Виллебранда современным препаратом Вилате.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в гематологическом отделении Государственного учреждения Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш» находились 19 больных гемофилией и 4 больных Виллебранда в возрасте от 16 до 35 лет за период от января 2024 до января 2025 года. Все наблюдаемые больные были мужчинами. Из них 19 (82,6%) пациентов были с диагнозом гемофилии А, 4 (17,4%) были с диагнозом Виллебранда. Диагноз ставился на основании: клиники, лабораторных данных (коагулограмма), удлинённого активированного парциального тромбопластинового времени (АПТВ), снижения или отсутствия активности

фактора VIII – IX, изменения тромбинового времени, нарушения аутоагглюляционного теста, изменения фибринолитической активности. Больные были разделены на 2 группы. Первая группа получила антигемофильную плазму и криопреципитат. Вторая группа получила препарат Вилате. В первую группу входило 19 (82,6%) больных, а во вторую 4 (17,4%) больных.

Результаты исследования. В I - группе больных, получивших во время лечения антигемофильную плазму и криопреципитат, у 7 (53,8%) отмечалось небольшое клиническое улучшение, лабораторные данные (коагулограмма) в течение лечения повышали антигемофильного фактора VIII от 2 % до 7%, и у этих пациентов часто возникали носовые кровотечения. У 1 (7,6%) больного обнаружили вирус гепатита С, у 2 (15,3%) больных развилась ингибиторная форма гемофилии, которая во время лечения не помогла остановить кровотечение антигемофильной плазмой. Вторая группа больных получала препарат Вилате (в дозе 1000 мг), в течение 4-6 дней от первого введения отмечалась полная остановка кровотечения. Улучшилось самочувствие больных, исчезли жалобы на слабость, утомляемость, головные боли, головокружение, и лабораторные данные (коагулограмма) в течение лечения отмечали повышение антигемофильного фактора VIII от 3% до 32%.

Выводы. Таким образом, препарат Вилате удобен в использовании и дает хороший результат в лечении больных с гемофилией А с гемостатической целью. В случае применения компонентов крови возможность передачи инфекционных агентов не может быть полностью исключено, а при применении препарата Вилате уменьшается риск передачи вирусных инфекций.

Хаками Мохаммад ага, Асрори Мухтор, Шарифова Ш.А.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА С ГЕМОФИЛИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С РЕНОКАРДИАЛЬНЫМИ И ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

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

Научный руководитель - д.м.н., профессор Мустафакулова Н.И.

Цель исследования. Продемонстрировать клинический случай пациента с гемофилией в сочетании с ренокардиальными и психовегетативными нарушениями.

Материал и методы. Пациент 37 лет, житель Гиссарского района, с диагнозом гемофилия А (тяжелая форма). Жалобы: общая слабость, одышка при минимальной физической нагрузке, повышение артериального давления, периодические боли в поясничной области, головокружения, чувство тревоги, отеки на нижних конечностях, нарушение сна.

Анамнез заболевания: с детства диагностирована гемофилия А, частые гемартрозы, эпизоды массивных кровотечений. В последние два года пациент отмечает повышение артериального давления до 160/90 мм рт. ст., появление отеков на ногах, что расценивается как признаки хронической болезни почек (ХБП). Кроме того, пациента беспокоят приступы тахикардии, усиленное потоотделение, эпизоды панических атак.

Объективные данные. Кардиоваскулярная система: артериальное давление 155/90 мм рт. ст., ЧСС 115 уд/мин, приглушенные тоны сердца, на ЭКГ - признаки гипертрофии левого желудочка. Почечная система: креатинин 173 мкмоль/л, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) - 43 мл/мин (ХБП 3-й стадии). УЗИ почек - умеренное уменьшение размеров, признаки нефросклероза. Неврологический статус: повышенная тревожность, раздражительность, гипергидроз, холодные конечности, склонность к ортостатической гипотензии.

Диагноз: гемофилия А, тяжелая форма, хроническая болезнь почек 3-й стадии, гипертоническая болезнь II стадии, ренокардиальный и психовегетативный синдром.

Лечение: заместительная терапия факторами свертывания крови, кардиопротекторная терапия (ингибиторы АПФ, β-блокаторы), нефропротективная терапия (контроль АД, диета с ограничением соли и белка). Коррекция психовегетативных расстройств (транквилизаторы, адаптогены, психотерапия). Регулярное наблюдение у гематолога, кардиолога, нефролога и невролога.

Выводы. Сочетание ренокардиальных и психовегетативных расстройств у пациента с гемофилией привело к утяжелению течения заболевания, ухудшению качества жизни и требует комплексного междисциплинарного подхода в лечении.

Хакимова Б.А., Гончарова М.С.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ АМБУЛАТОРНОГО НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. проф. М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель – старший преподаватель Нисанбаева З.Х.

Цель исследования. Целью исследования стало провести анализ показателей работы структурного подразделения Республиканского клинического центра наркологии имени проф. Гулямова М.Г.

Материал и методы. Основным методом является статистический анализ деятельности поликлинического отделения Республиканского клинического центра наркологии имени проф. Гулямова М.Г. за периоды 2023 и 2024 годов. В данной работе нами проанализированы такие показатели, как количество обратившихся на прием пациентов, количество впервые обратившихся пациентов, распределение пациентов, обратившихся с целью лечения в стационаре и амбулаторно.

Результаты исследования. Оказание наркологической помощи предусматривает реализацию единой методологии, направленной на совершенствование методики профилактических мероприятий, своевременное выявление наркозависимых лиц, проведение диагностики, диспансерного наблюдения, а также обеспечение адекватного поэтапно-

го лечения и реабилитации больных.

В результате нашей работы был проведен сравнительный анализ показателей работы взрослого диспансерного отделения за 12 месяцев 2024 года и аналогичный период прошлого года. При анализе количества посещений взрослого диспансерного отделения выявлено, что за 12 месяцев 2024 года обратились 892 человек, что на 5 человек (0,56%) меньше, чем за 12 месяцев 2023 года, когда количество посещений составило 897 человек.

Выводы. За анализируемый период отмечается небольшая тенденция к снижению госпитализаций в стационарные отделения. Так в дальнейшем система организации требует мер для улучшения статистики и снижению потребления алкоголя: повысить осведомленность о вреде алкоголя, развить доступные программы реабилитации лечения для людей, страдающих от алкоголизма, обеспечить доступ к психотерапевтической помощи, ужесточить законы по продаже алкоголя.

Хакназарова Н.А., Шарвонова Г.Б., Расулов Ё.Ф.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ТБ/ВИЧ-ИНФЕКЦИЙ В ДУШАНБЕ: ОСОБЕННОСТИ И ТЕНДЕНЦИИ

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

ГУ «Таджикский НИИ профилактической медицины». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Тиллоева З.Х.

Цель исследования. Изучить результаты лечения больных с сочетанными инфекциями туберкулёза (ТБ) и ВИЧ (ТБ/ВИЧ-и), и факторы риска безуспешного лечения среди них.

Материал и методы. Ретроспективное когортное исследование включало больных с ТБ/ВИЧ-и, зарегистрированных для получения лечения по режиму 1 в городе Душанбе. Данные 2018–2024 годов были отобраны из национального электронного регистра по ТБ (Open-MRS). Безуспешный исход лечения включал: потерю для последующего наблюдения, неэффективное лечение, смерть. Успешное лечение объединяло результаты «Излечение» и «Лечение завершено». Больные в зависимости от ВИЧ-статуса были разделены на 2 группы: ВИЧ-положительные и ВИЧ-отрицательные. Отношение шансов (ОШ), отношение рисков (ОР), скорректированное отношение рисков (COP), 95% доверительный интервал (95% ДИ), р-значение были использованы для изучения ассоциации между воздействием (возраст, пол, наличие сопутствующих заболеваний) и исходом лечения ТБ с чувствительностью возбудителя к противотуберкулёзным препаратам. Учитывая гетерогенность данных, был использован тест Крускала-Уоллиса.

Результаты исследования. Из 3342 больных результат тестирования на ВИЧ был доступен для 3318 (99,3%) больных, 5,6% которых определены положительными на ВИЧ-инфекцию (186/3318). Средний возраст больных с ВИЧ-отрицательным результатом теста составил 35,9, ТБ/ВИЧ-и 39,2 лет ($p=0,0001$). Шанс ТБ/ВИЧ-и среди мужчин в 3,75 раз выше, чем среди женщин (ОШ=3,75; 96% ДИ 2,65-5,32; $p<0,0001$). Всего 17,3% ВИЧ отрицательных и 28,4% ТБ/ВИЧ-и переведены на режим лечения для ТБ с лекарственной устойчивостью. Среди ТБ/ВИЧ-и доля умерших больных составила 19,7% (36/183), у ВИЧ-отрицательных ТБ больных 3,4% (101/2976) ($p<0,0001$). Потеря для последующего наблюдения отмечена у 4,4% ТБ/ВИЧ-и по сравнению с 2,2% у ВИЧ-негативных больных ТБ. Диагноз отменен у 0,98% ВИЧ-негативных и 2,2% ТБ/ВИЧ-и. Доля больных с неэффективным исходом лечения не отличался в обеих группах. Безуспешный исход лечения в 6,7 раз был выше в группе ТБ/ВИЧ-и (ОШ=6,71; 95% ДИ 4,53-9,94; $p<0,0001$). Шанс безуспешного исхода у больных в ТБ внелегочной локализации составил 7,75 (95% ДИ 7,75-17,8, $p=0,00002$), ТБ легочной локализации 5,59 (95% ДИ 3,81-9,33; $p<0,0001$), риск безуспешного исхода лечения у больных ВЛТБ был выше (ОР=4,69; 95% ДИ 3,57-6,16% $p<0,0001$), COP=4,37; 95% ДИ 3,33-5,74; $p<0,0001$).

Выводы. Уровень успешности лечения и показатель излечения у пациентов с сочетанной инфекцией ВИЧ и туберкулёзом ниже, чем у пациентов, не инфицированных ВИЧ. Эффективность лечения ниже у больных мужского пола, что может быть связано с высоким уровнем факторов риска в данной группе, включая миграцию и употребление наркотических средств. Пациенты с ТБ/ВИЧ-и внелегочной локализацией туберкулёзного процесса имеют значительно более высокий риск безуспешного исхода лечения по сравнению с пациентами с лёгочной формой заболевания, что подчёркивают необходимость и индивидуализированного подхода к лечению больных с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ-и, особенно среди мужчин и пациентов с внелегочными формами заболевания.

Халилов Б.Б.

АНАЛИЗ МАТЕРЕЙ, РОДИВШИХ НОВОРОЖДЁННЫХ С ВРОЖДЁННЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАСЩЕЛИНЫ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА

Кафедра семейной медицины, медицинский факультет, ТНУ. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Кадамалиева М.Д.

Цель исследования. Проанализировать факторы развития врождённых аномалий расщелины верхней губы и нёба (ВРВГН).

Материал и методы. Проанализировано 43 архивных истории болезней детей с врождёнными аномалиями расщелины верхней губы и нёба.

Результаты исследования. Возраст матерей был от 19 до 49 лет, 5% из них до 20 лет, 23% - в возрасте 20-25 лет, 51% от 26 до 30 лет, 17% от 30-35 лет и 4% старше 35 лет. 28% детей родились от 1 беременности. Исход предыдущих беременностей в 3% случаях был неблагоприятным (выкидыш, мертворождение, преждевременные роды). Часто встречалась белково-энергетическая недостаточность плода - 17%.

Гинекологическими заболеваниями страдали 11% матерей. Хроническими инфекциями и заболеваниями, такими как пиелонефрит и гломерулонефрит, ревматизм, сахарный диабет, ожирение, острый и хронический бронхит,

страдали 23,8% женщин. ОРВИ с высокой температурой в 1-ой половине беременности перенесли 15,4% женщин, во 2-ой половине - 7%. Данную беременность часто сопровождали осложнения с ранним токсикозом 33,7% случаев, гестоз различной степени тяжести - 28%; угроза прерывания беременности - у 19%; хроническая внутриутробная гипоксия имело место в 9% случаях, инфекционные заболевания - 21%. Роды были своевременными - у 68,2%; преждевременными и запоздалыми - у 31,9%. Среди осложнений наиболее часто встречались: преждевременное излитие околоплодных вод - у 13%, безводный промежуток от 6 до 12 часов был - у 95. Аномалии родовой деятельности наблюдали - у 5% женщины, что требовало проведение род со стимуляцией - у 3% матерей. При рождении 7% новорожденных имели оценку по шкале Апгара 7-8 баллов, 25% - 4-5 баллов, 3% - 3-4 баллов. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что тяжесть состояния обследованных детей была обусловлена отягощённым материнским анамнезом, преморбидным фоном искусственным вскармливанием и самим фактом заболевания.

Выводы. Эффективность терапии зависит от индивидуального характера, с учётом кормления материнским грудным молоком, бактериологического исследования антибиотиков, так как они меняют кишечную флору и повышают резистентность к антибиотикам, антенатальной профилактики, предупреждающие развитие ВРВГН.

Хамидова М.М.

ПРОЯВЛЕНИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

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

Научный руководитель – Халикова Н.А.

Цель исследования. Изучение частоты проявлений тревожно-депрессивных состояний у больных с гипертонической болезнью I, II, III стадии.

Материал и методы. Были обследованы 35 пациентов в возрасте от 60 до 84 лет. У всех исследуемых был собран анамнез, просмотрены результаты лабораторных и инструментальных исследований, так же оценены модифицируемые и немодифицируемые факторы риска. Участники были разделены на 3 группы в зависимости от стадии гипертонической болезни. Далее среди всех исследуемых была проведена оценка тревожно-депрессивных состояний с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), шкалы Занга и теста Спилберга. В первую группу (I стадия гипертонической болезни) вошло 12 больных, во вторую (II стадия гипертонической болезни) – 11, в третью (III стадия гипертонической болезни) – 12.

Результаты исследования. Результаты первой группы (I стадия гипертонической болезни). По шкале HADS субклинически выраженная тревога и депрессия наблюдается у 25% и 8,3%, а клинически выраженная у 41,7% и 25% соответственно. Легкое депрессивное расстройство по шкале Занга выявлено у 16,7%. Умеренную реактивную и личностную тревожность имели 25%. Выяснилось, что 33,3% пациентов страдают высоким уровнем реактивной тревожности, а значения личностной тревоги выше – 41,7%. Результаты второй группы (II стадия гипертонической болезни). По результатам госпитальной шкалы тревоги и депрессии: субклинически и клинически выраженная тревога зарегистрирована у 27,3%, а субклинически и клинически выраженная депрессия у 27,3% и 18,2% соответственно. По шкале Спилберга умеренная тревожность наблюдается у 25%, высокий уровень тревоги в свою очередь почти у 38%. Результаты третьей группы (III стадия гипертонической болезни). Госпитальная шкала HADS показала наличие у 66,7% клинически выраженной тревоги, а субклинически и клинически выраженная депрессия почти у 42%. Шкала Спилберга выявила высокие значения реактивной и личностной тревожности у 83- 94%.

Выводы. Результаты исследования продемонстрировали, что самая высокая частота тревожно-депрессивных симптомов у больных с III стадией гипертонической болезни. Большинство участников имеет тревожность (65,7%), депрессию – 54,3%. Взаимосвязь между гипертонической болезнью и тревожно- депрессивным состоянием представляет собой сложный вопрос, который требует внимательного изучения. Актуальность данной темы очевидна, так как тревога и депрессия у пациентов с гипертонической болезнью могут быть связаны с недостаточным контролем уровня АД и развитием осложнений.

Хамраева Л.Р.

АНАЛИЗ БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОПОЯСЫВАЮЩИМ ГЕРПЕСОМ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора П.Т. Зоирова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Исмаилов С.С.

Цель исследования. Определить уровень боли у пациентов при опоясывающем герпесе различной локализации и давности заболевания.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 59 взрослых пациентов с опоясывающим лишаем, средний возраст которых составил 58,7 лет и 2 ребёнка (12 и 14 лет). Лиц мужского пола было - 62,3%, женского - 37,7%. Все больные были осмотрены, был собран анамнез болезни, сданы общеклинические анализы и анализ на ВИЧ-инфекцию (согласно клиническим рекомендациям по ведению пациентов с опоясывающим герпесом). Нами был разработан опросник, состоящий из 12 вопросов, в числе которых была визуальная шкала оценки боли.

Результаты исследования. Все пациенты поступили с клиническими проявлениями опоясывающего лишая (герпетические высыпания по ходу нерва) в острой стадии. У троих пациентов в семье были дети с ветряной оспой, что подтверждает передачу вируса воздушно-капельным путём. Согласно полученным данным продромальный период отмечался у 58 больных, проявляющийся головной болью, недомоганием, миалгией, слабостью, снижением аппетита, лихорадкой, жжением и болью в местах будущих высыпаний (вызванная действием обычного неболевого стимула, именуемая аллодинией), зудом разной интенсивности. Боль пациентами была описана как колющая

(57,4%), постоянная (24,6%), пульсирующая (11,5%), стреляющая (4,9%), приступообразная (1,6%).

Два пациента обратились к терапевту, предполагая обострение холецистопанкреатита. Один пациент, предположив межрёберную невралгию, самостоятельно смазывал противовоспалительной мазью. Необходимо отметить, что болевой синдром под действием тепла у большинства пациентов снижался. Анализ полученных результатов болевой синдром усиливался с возрастом больных. Спустя 3-14 дней на фоне экзантемы стали появляться сгруппированные пузырьки. У одного пациента боль и высыпания появились одновременно. В течении недели с момента клинических проявлений обратились 3 больных, на 10-14 день - 59 больных. Эритематозно-везикулярная форма была отмечена у 58 больных, геморрагическая - у 2 и буллёзная форма - у 1 больного. Осложнение вторичной инфекцией было у 49 больных. Лечение амбулаторно начали получать 17 больных, но в связи с усилением болевого синдрома обратились для госпитализации. Локализация высыпаний на грудной клетке преобладали над другими (n=55). Так герпетические высыпания на лице были у 2 (в сочетании с вестибуло-кохлеарным нарушением), на голове с переходом на заднюю поверхность шеи - у 3, по ходу седалищного нерва отмечены у 2 больных. Нарушение вкусовых ощущений отметил 1 пациент. Нарушение мочеиспускания усилилось у одного мужчины с локализацией высыпаний в паховой области.

Увеличение лимфатических узлов отмечены у пациентов с локализацией высыпаний в области лица, головы, шеи и боковой поверхности кожи с переходом в паховую область. ВИЧ-положительные анализы отмечены в 2-х случаях. Из них один ребёнок 12 лет и взрослый пациент 61 года. Причём, у ВИЧ-положительного ребёнка отсутствовал болевой синдром.

Визуальная шкала боли (от 0 до 10 баллов) выявила, что 50 больных оценили её по 8-9 баллов, 8 человек - 10 баллов, 1 ребёнок - 0 баллов. Болевой синдром, оцениваемый как очень сильный, был отмечен даже при небольших площадях поражения.

Выводы. У большинства пациентов боль предшествовала появлению экзантемы, имела колющий характер, превалировала эритематозно-везикулярная форма. В острой стадии боль имела воспалительный и нейропатический характер, не зависящая от площади поражения, но имеющая прямую связь с локализацией высыпаний.

Хасанов М.М., Юнусов М.В., Бобоева М.А.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ РАНЕГО ВОЗРАСТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - старший преподаватель Рахматуллоева З.Р.

Цель исследования. Изучить железодефицитную анемию у детей в практике на догоспитальном этапе.

Материал и методы. Нами проведён ретроспективный анализ амбулаторных карт ф. №24 у 23 детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет, которые наблюдались семейными врачами по поводу железодефицитной анемии (ЖДА) в Государственном учреждении, Городском центре здоровья №2 (ГУ ГЦЗ №2), за период с 2021 г. по 2023 г. Всем детям проводилось клинико-лабораторное обследование, общий анализ крови, мочи и кала на яйца - глисты. По показаниям консультация узких специалистов.

Результаты исследования. При ретроспективном анализе, у матерей детей у 39 % отмечался гестоз и фиксировалась железодефицитная анемия беременных, у многих матерей были хронические инфекции у 8 %. У 15% женщин был короткий перерыв между беременностями (1-1,5 года), 50 % женщин были первородящими. У детей до года следует выделить крупный плод при рождении, дефекты вскармливания, фоновые заболевания рахит, гипотрофия, частые ОРВИ, кишечные заболевания. Основными клиническими проявлениями ЖДА, у больных детей была общая вялость, снижение аппетита, потливость, беспокойный и поверхностный сон, срыгивание, бледность слизистых оболочек и кожи, плохая прибавка в весе, отставание в нервно-психическом развитии. Характерны следующие лабораторные показатели ЖДА. У 16 (69,5%) детей, с I степенью Нb – $100 \pm 1,5$ г/л, Eг – $37,2 \pm 0,1 \times 10^{12}/л$, СОЭ – 7 мм/ч, ретикулоциты – $2,1 \pm 0,1$ %, СЖ – $10 \pm 1,1$ мкмоль/л, Т – $2,7 \pm 0,05$ мкмоль/л, ОЖСС – $59,9 \pm 0,7$ мкмоль/л, Ф – $72,4 \pm 1,8$ нг/мл. II степенью - у 6 (26,1%) пациента, Нb $85,4 \pm 2,0$ г/л, Eг – $3,4 \pm 0,4 \times 10^{12}/л$, СОЭ – 12 мм/ч, ретикулоциты – $2,8 \pm 0,3$ %, СЖ – $6,5 \pm 2,2$ мкмоль/л, Ф – $39,6 \pm 1,6$ нг/мл, ОЖСС – $64,1 \pm 0,1$ мкмоль/л, Т – $3,8 \pm 0,01$ мкмоль/л. И у 1 (4,3%) ребенка с III степенью ЖДА, Нb – 66,0 г/л, Ht – 19%, эритроциты – 3,2 г/л, лейкоциты 7,0, СОЭ – 32 мм/ч, этого пациента 1 год 9 месячного возраста госпитализировали в гематологическое отделение Центра «Шифобахш» г. Душанбе.

Выводы. Анамнезы матерей и детей показали, что у всех детей присутствовали факторы риска развития анемии. Уменьшить процент детей с ЖДА позволяют своевременно проводимые профилактические мероприятия, антенатальное и в постнатальном периодах. Грудное вскармливание, своевременным введением прикормов и коррекция питания. Все наблюдаемые дети проконсультированы врачом гематологом и взяты на диспансерный учет семейным врачом и врачом гематологом, заведена диспансерная карта ф. №30.

Хасанов Х.К.

ФАКТОРЫ РИСКА, РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ СРЕДИ ПОПУЛЯЦИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Кафедра эндокринологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Анварова Ш.С.

Цель исследования. Уточнение факторов риска, совершенствование способов ранней диагностики и профилактики диабетической полинейропатии у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Республиканского эндокринологического отделе-

ния медицинского центра №1 им. Ахмедова Карима г. Душанбе. Было обследовано 36 больных с СД 2 типа в возрасте от 45 до 72 лет. Определялись уровни гликемии натощак и постпрандиальной, содержание гликолизированного гемоглобина, уровень витамина В 12, содержания общего холестерина, триглицеридов, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПВП, ХС-ЛПОНП. Определялась неврологическая симптоматика по шкале TSS (Total Symptoms Score-шкала общих симптомов) и неврологического дефицита NIS (Neuropathy Impairment Score-шкала невропатических нарушений) по сравнению с плацебо.

Результаты исследования. Анализ результатов проведенного исследования показал, что большинство пациентов находились в возрасте от 45 до 75 лет, продолжительность диабета составила от 2 до 11 лет. Факторами риска диабетической полинейропатии (ДПН) явились: длительность диабета; наследственная отягощенность; артериальная гипертензия; избыточная масса тела (33,3%); ожирение I-II степени (55,5%) включая висцеральное ожирение; средний и пожилой возраст; гликемия натощак и постпрандиальная гипергликемия; повышенный уровень гликолизированного гемоглобина достигающего до 9-10%; анамнестические указания в отношении метаболической памяти у 9 пациентов; наличие диабетической ретинопатии II степени (4 пациента) и пролиферативной ретинопатии у 2 пациентов; невыраженное снижение СКФ, соответствующее 2 стадией хронической болезни почек (СКФ 60-89 мл/мин отмечалась у 5 пациентов). Частота диабетической полинейропатии у больных СД 2 типа составила 76,2%, при впервые выявленном СД 2 типа ДПН имела у 40% пациентов, при длительности диабета от 1 года до 5 лет у 82,5%, от 5 лет и более у 92% пациентов. Клинически выраженные формы полинейропатии наблюдались у больных с длительным течением СД 2 типа преимущественно у лиц среднего и пожилого возраста. Отмечено патогенетическая взаимосвязь висцерального ожирения с СД 2 типа и проявлениями ДПН.

Выводы. Приведенные данные нацеливают на активную борьбу с висцеральным ожирением среди пациентов СД 2 типа и проявлениями ДПН, как дополнительные меры профилактики последнего, наряду с оптимальной компенсации СД 2 типа, предупреждением прогрессирования других сосудистых осложнений СД 2 типа, устранением дислипидемии и другими факторами.

Хасанова А.А.

ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА СТЕНОКАРДИИ

Центр симуляционного обучения ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Насриддинов А.А.

Цель исследования. Изучить факторы риска и методы профилактики стенокардии в Дангаринском районе в 2024 году.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели были проанализированы амбулаторные карты пациентов, находящихся на диспансерном учёте со стенокардией в ПМСП (первичная медико-санитарная помощь) Дангаринского района в 2024 году. Были рассмотрены амбулаторные карты 80 пациентов, из них 55 женщины 25 мужчин, возраст которых составил от 38 до 63 лет.

Результаты исследования. В период исследования нами было выяснено, что распространённость стенокардии в Дангаринском районе в 2024 году составила 31.3% среди мужчин и 68.8% среди женщин. Изданных амбулаторных карт были выяснены следующие параметры больных: индекс массы тела, уровень холестерина в крови, степень артериальной гипертензии, курение, употребление алкоголя, наличие сахарного диабета 2 типа, наличие гипертрофии левого желудочка по ЭКГ. Анализ показал, что у данной выборки больных факторами риска было повышение уровня холестерина и артериальная гипертензия 1 и 2 степени у 58 (72.5%) больных – 38 женщин и 20 мужчин, курение и употребление алкоголя отмечено у 7 (8.8%) больных – 7 мужчин, гипертрофия левого желудочка у 26 (32.5%) больных - 9 женщин и 17 мужчин.

Выводы. Из полученных результатов можно утверждать, что стенокардией в Дангаринском районе в основном болеют люди с наличием в анамнезе следующих состояний: ожирение, гипертоническая болезнь и с наличием вредных привычек. А также в ходе исследования установлено, что количество женщин с диагнозом «Стенокардия» значительно превышает число мужчин. Для профилактики стенокардии необходимо изменить условия жизни, избегать факторы риска, приводящие к этому заболеванию (прекращение курения, своевременное выявление артериальной гипертензии и её лечение), соблюдение диеты (ограничение жиров, соли, приём растительных жиров, овощей, фруктов), контроль и лечение гиперхолестеринемии.

Хасанова З.С., Рахматова С.К., Сафарзода Н.Д.

ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ганиева М.П

Цель исследования. Оценить влияние факторов образа жизни, таких как физическая активность, питание, стресс и вредные привычки, на развитие артериальной гипертензии у пациентов с риском гипертензии, а также рассмотреть методы коррекции этих факторов для профилактики заболевания.

Материал и методы. Исследование проводилось на 50 пациентах в возрасте от 40 до 60 лет, из которых 30 человек были диагностированы с артериальной гипертензией, 20 человек имели повышенный риск развития гипертензии, но не страдали этим заболеванием. Пациенты были разделены на две группы:

Группа 1 (30 человек): Пациенты с установленным диагнозом артериальной гипертензии. Показатели артериального давления в пределах 180/110-160/100 мм рт. ст.

Группа 2 (20 человек): Пациенты с повышенным риском гипертензии (по шкале Framingham).

Длительность исследования составила 6 месяцев. Оценивались следующие факторы:

Физическая активность: Уровень физической активности оценивался с помощью опросников и данных IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) о ежедневных упражнениях.

Питание: Использовались анкетные данные о привычках питания (количество потребляемой соли, насыщенных жиров, фруктов и овощей).

Стресс: Оценка уровня стресса проводилась с помощью шкалы стресса (Perceived Stress Scale).

Вредные привычки: Опрос о курении и употреблении алкоголя.

Клинические методы: Измерение артериального давления у всех пациентов было проведено 3 раза в неделю.

Лабораторные исследования: Общий анализ крови, липидный профиль, уровни холестерина и глюкозы.

Инструментальные методы: ЭХО-КГ для оценки состояния сердца, ЭКГ для диагностики возможных нарушений ритма.

Результаты исследования. 55% пациентов с низким уровнем физической активности и неправильным питанием (высокое потребление соли и жиров) имели значительно более высокие показатели артериального давления в пределах 150/90 мм рт. ст.

- В группе с высокими уровнями стресса наблюдалось увеличение частоты случаев гипертензии на 30% по сравнению с группой с низким уровнем стресса.

- Курение и чрезмерное потребление алкоголя приводили к ухудшению контроля над давлением, особенно среди пациентов с уже установленным диагнозом гипертензии. Из 30 пациентов 12 имели вредные привычки.

Выводы. Образ жизни играет ключевую роль в развитии артериальной гипертензии. Недостаток физической активности, неправильное питание, высокий уровень стресса и вредные привычки способствуют как развитию гипертензии, так и ухудшают её течение.

Изменения образа жизни, включая увеличение физической активности, улучшение питания и управление стрессом, являются важнейшими мерами профилактики и контроля артериальной гипертензии.

Хафизода Ф.А.

ЧАСТОТА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В Г. ДУШАНБЕ

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Кадырова Д.А.

Цель исследования. Изучить частоту сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) среди лиц молодого возраста в городском центре здоровья (ГЦЗ) №2 города Душанбе за период 2023-2024гг.

Материал и методы. В процессе исследования были использованы статистические данные годовых отчётов и документации ГЦЗ № 2г. Душанбе за период 2023-2024гг.

Результаты исследования. Обращаемость лиц возраста с 18 до 44 в 2023 г. составило 16066 человек, а в 2024г. – 18028 человек. Среди них частота пациентов с ССЗ молодого возраста (в возрасте с 18 до 44) в 2023г. составило – 180(1,12%): мужчины – 98(54,4%) женщины – 82(45,5%), а в 2024г - 228(1,26%): мужчины – 70(30,7%); женщины – 158(69,3%). Анализируя полученные данные, мы определили, что в структуре заболеваемости ССЗ у лиц молодого возраста из числа обратившихся пациентов в 2023г. ИБС составило 12(3,22%): мужчин – 2(16,66%); женщин – 10(83,34%); Из них пациенты со стенокардией составили – 8(66,67%): мужчины; женщины – 8(100%); с хронической ИБС – 4(33,33%): мужчины и женщины в равных количествах.

Данные исследования за 2024г: пациенты с ИБС наблюдались 20(5,15%): мужчины – 4(20%); женщины – 16(80%); Из них пациенты со стенокардией – 12(60%): мужчины – 2(16,67%); женщины – 10(83,33%); с хронической ИБС – 4(20%).

Таким образом, в структуре ССЗ среди лиц молодого возраста соотношение пациентов с ИБС по сравнению с другими заболеваниями ССЗ за 2023г. составляет примерно 1:10, а в 2024г. - 1:12.

Выводы 1. Отмечается рост частоты ССЗ среди лиц молодого возраста в г. Душанбе.

2. В структуре ИБС за 2023 и 2024гг. наблюдается превалирование пациентов со стенокардией над инфарктом миокарда и другими заболеваниями ИБС.

3. Число женщин страдающих ССЗ и в частности с ИБС за исследуемый период больше, чем у мужчин.

Хафизова А.А., Ибрагимов А.Ф., Отаева М.С.

ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА Д НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ганиева М.П.

Цель исследования. Изучить влияние витамина Д на клинические исходы и эффективность лечения пациентов с бронхиальной астмой.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в пульмонологическом отделении ГУ Национального медицинского Центра РТ «Шифобахш» находилось 50 больных. Из них было 20 мужчин и 30 женщин. Возраст пациентов составил от 18 до 65 лет. Медиана составляет 51,1 лет. Всем пациентам назначались общий анализ крови, мочи, рентгенография легких, функция внешнего дыхания (ФВД), биохимические исследования: кровь на витамин Д, иммуноглобулин Е, Электрокардиограмма. У 82% больных величина витамина Д в крови достигала критических норм – до 9,8 нг/л.

Все пациенты были распределены на две группы. В первую группу вошли 25 пациентов, получавших стандартную

терапию бронхиальной астмы и дополненную витамином Д (дозировка 10 000 МЕ/день).

Во вторую группу вошли 25 пациентов, получавших только стандартную терапию данного заболевания без добавления витамина Д.

В обеих группах оценивали частоту обострений астмы, уровень контроля над астмой по шкале Asthma Control Test (ACT), параметры функции легких- объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1), пиковая скорость выдоха (ПСВ), уровень витамина Д в сыворотке крови до и после лечения.

Результаты исследования. В группе, получавшей витамин Д, частота обострений бронхиальной астмы снизилась на 40% по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). Уровень контроля над астмой по шкале Asthma Control Test (ACT), значительно улучшился в группе, принимавшей витамин Д (средний балл по шкале Asthma Control Test (ACT), увеличился на 3,5 ($p < 0,05$), в то время как в контрольной группе улучшения были незначительными. ОФВ1 и ПСВ также показали статистически значимое улучшение в группе, получавшей витамин Д (увеличение на 15% и 12% соответственно ($p < 0,05$) по сравнению к контрольной группе.

Уровень витамина Д в сыворотке крови в первой группе увеличился в среднем с 9.8 нг/мл до 35 нг/мл, в то время как во второй группе изменений не наблюдалось.

Данное исследование показало, что дополнительный прием витамина D у больных бронхиальной астмой с дефицитом витамина D приводит к значительному снижению частоты обострений и улучшению показателей функции дыхания (ОФВ1, ПСВ). Предполагается, что витамин D оказывает иммуномодулирующее действие, снижая воспаление в дыхательных путях. Несмотря на положительные результаты, следует учитывать ограничения данного исследования, такие как небольшой размер выборки и короткий период наблюдения. Полученные результаты свидетельствуют о том, что скрининг на дефицит витамина D и его коррекция могут быть важным компонентом комплексного лечения бронхиальной астмы. Необходимы дальнейшие исследования для определения оптимальной дозировки витамина D и изучения его влияния на различные фенотипы астмы.

Выводы. Дополнительное применение витамина Д в дозе 10 000 МЕ в сутки у пациентов с бронхиальной астмой при его дефиците приводит к значительному снижению частоты обострений и улучшению контроля над астмой. Эти данные подтверждают важность скрининга на дефицит витамина Д и его коррекции у пациентов с бронхиальной астмой.

Хаятов Р.Б.

РАЦИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Кафедра психиатрии, медицинской психологии и наркологии
Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Велиляева А.С.

Цель исследования. Разработка персонифицированной рациональной психотерапевтической коррекции больных эпилепсией с личностными расстройствами в рамках комплексной программы реабилитации.

Материал и методы. Обследованы 50 пациентов с различными формами эпилепсии, с 2022 года по настоящее время. Применялись следующие методы:

- клинико-эпидемиологический
- клинико-динамический
- психологический
- катamnестическое наблюдение

Реабилитационные мероприятия проводились уже на начальных этапах заболевания, включали персонифицированную медикаментозную и рациональную психотерапевтическую коррекцию, разработанная индивидуально, с учетом формы и этапа заболевания, а также личности пациента.

Результаты исследования. Мы выявили три варианта отношения пациента к своему заболеванию:

- Недооценка тяжести болезни вплоть до анозогнозии.
- Переоценка тяжести заболевания.
- Относительно правильная оценка своего состояния.

Рациональная психотерапия складывалась из разъяснения больным сути заболевания, объяснения истинного характера болезни, указывалось на возможности современной терапии. Подчеркивалось, что при регулярном лечении легко избежать фатальных исходов. Разъяснялось, что сама болезнь занимает мало времени, а страх повторения приступов отравляет жизнь как самому больному, так и его родственникам. При анозогнозии пациента повторные явки назначались 1 раз в неделю в первые 3 месяца начала противоэпилептической терапии, а затем не реже чем 1 раз в месяц в течение года. Приверженность к лечению АЭП не нарушалась. Эффективность проведенных мероприятий оценивалась клинически, по улучшению физического и психического состояния, а также урежению приступов у пациентов. Обследование при первичном обращении показало снижение показателей качества жизни у всех больных, особенно по шкалам «работа», «душевный покой», «семья», «дети», «здоровье», «материальный достаток», «сексуальная жизнь», «духовные потребности». Анализ параметров категорий качества жизни свидетельствует, что женщины более удовлетворены своим положением в обществе, работой, детьми, жилищными условиями и условиями в районе проживания, материальным достатком, питанием, духовными потребностями, чем мужчины.

Выводы. 1. Проведенный нами клинический анализ свидетельствует о личностных расстройствах, реактивных наложениях, связанных с социальными и этно-культуральными особенностями населения. 2. Реализация реабилитационных программ этой категории больных в нашем регионе затруднена стигматизацией, социальными и экономическими проблемами, которые не позволяют использовать прежние формы реадaptации. 3. Необходима спе-

специализированная междисциплинарная форма помощи этой категории больных, предусматривающая совместное динамическое наблюдение за пациентами неврологом – эпилептологом и психиатром-психотерапевтом. 4. Разработанные индивидуально, с учетом формы и этапа заболевания, а также личности пациента, реабилитационные мероприятия, включающие медикаментозную и рациональную психотерапевтическую коррекцию, способствуют лучшей социальной, адаптации больных эпилепсией.

Ходжаева М.М., Саидов П.А.

ВЛИЯНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ВАКЦИНАЦИЙ ПРОТИВ КОРИ И КРАСНУХИ НА СТАТИСТИКУ ВТОРИЧНЫХ ЭНЦЕФАЛИТОВ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени проф. М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - Холматова Г.К.

Цель исследования. Изучить влияние профилактических вакцинаций против кори и краснухи на статистику вторичных энцефалитов.

Материал и методы. Были обследованы истории болезни детей, которые проходили лечение на базе Национального медицинского центра Республики Таджикистан г. Душанбе «Шифобахш», а также статистика инфекционных заболеваний по данным Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан. Всем детям проводились: анкетирование, детальный неврологический осмотр, электроэнцефалография, магнитно-резонансная томография головного мозга, а также лабораторные анализы (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови). Обследовались дети от 6 месяца до 15 лет. Обследовано 76 детей, мальчиков - 40 (52,6%), девочек - 36 (47,4%).

Результаты исследования. По данным Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан, в 2023 году зарегистрировано 33 365 случаев инфекционных заболеваний, что на 15,7% меньше по сравнению с 2022 годом. Из них острые вирусные гепатиты составляют 13%, а острые кишечные инфекции - 52% от общего числа инфекционных болезней. Возрастная группа с наибольшим риском - дети до 5 лет, что связано с незрелостью иммунной системы. Сезонный пик заболеваемости приходится на весенне-летний период.

Вакцинация против кори и краснухи. В 2023 году в Таджикистане была проведена масштабная кампания по дополнительной вакцинации детей против кори и краснухи, охватившая более 2 миллионов детей. Первый этап проходил с 21 по 31 августа для детей от 6 месяцев до 6 лет, а второй этап - с 1 по 16 сентября для детей и подростков от 7 до 15 лет.

Роль вакцинации в профилактике энцефалита. Корь и краснуха являются инфекционными заболеваниями, которые могут привести к развитию энцефалита у детей. Вакцинация против этих заболеваний значительно снижает риск развития таких осложнений. По данным Министерства здравоохранения Таджикистана, кампания по вакцинации способствует укреплению иммунитета детей и предотвращению распространения этих инфекций.

Выводы. Данные за 2023 год свидетельствуют о снижении уровня инфекционных заболеваний в Таджикистане, что является положительным показателем в борьбе с заболеваниями, способными вызвать энцефалит у детей. Массовая вакцинация против кори и краснухи играет ключевую роль в профилактике этих заболеваний и связанных с ними осложнений. Продолжение подобных профилактических мероприятий и повышение осведомленности населения о важности вакцинации являются необходимыми шагами для дальнейшего снижения заболеваемости энцефалитом среди детей в республике. Увеличение охвата вакцинацией, особенно в отдаленных регионах, может существенно снизить уровень заболеваемости. Разработка национального регистра заболеваний центральной нервной системы позволит более точно оценить эпидемиологическую ситуацию и разработать эффективные стратегии борьбы.

Ходжаева С.Ф., Насридинова Х.С.

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА У БЕРЕМЕННЫХ

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии,

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

Цель исследования. Изучить особенности электрокардиографических изменений при remodelировании миокарда у беременных с врожденными пороками сердца.

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Материал и методы. Объект исследования: беременные с врожденными пороками сердца (ВПС), родоразрешенные в ГУ «НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии Таджикистана» за период 2023-2024 гг.

Предмет исследования: анализ 56 историй родов беременных с врожденными пороками сердца за 2023-2024 гг. (сплошное исследование).

Результаты исследования. Средний возраст обследованных женщин составил $27,4 \pm 5,3$ лет, из них активного репродуктивного возраста (РВ) (25-34 года) 30 (53,5%) женщин, раннего РВ (20-24 года) – 19 (33,9%) женщин, позднего РВ (35-44 лет) – 7 (12,5%) женщин. В структуре ВПС изолированные пороки сердца, такие как дефект межпредсердной перегородки (ДМПП), дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) и открытый аортальный проток (ОАП) и др. имели 41 (73,2%) женщин, комбинированные ВПС – 15 (26,8%). Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) была выявлена у 27 (48,2%) женщин, из них - у 9 (16,1%) ХСН I функционального класса (ФК), у 18 (32,1%) ХСН II ФК, а легочная гипертензия была обнаружена у 6 (10,7%) женщин. 4(7,1%) женщинам ранее была проведена полная или частичная коррекция порока. В ходе электрокардиографического исследования нами были по-

лучены следующие данные: синусовый ритм (СР) встречался у всех больных, эктопические ритмы или фибрилляции предсердий выявлено не было даже во время мониторинга ЭКГ по Холтеру. Исследование направления ЭОС среди обследованных показало следующие результаты: нормальная ЭОС – 40 (71,4%), горизонтальная – 2 (3,6%), отклонение влево – 9 (16,1%), отклонение вправо – 5 (8,9%). Что касается изменений миокарда как следствие ремоделирования, то у 12 (21,4%) пациенток нами обнаружены voltaжные признаки гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и у 2 (3,6%) пациенток – гипертрофии правого желудочка. Признаков перегрузки желудочков, а также изолированные подъём или элевация сегмента ST не наблюдалось, отрицательный зубец Т наблюдался только у одной пациентки (1,8%). Среди нарушений ритма выявлены: нефизиологическая синусовая тахикардия (СТ) – в 8 (14,3%), наджелудочковая экстрасистолия (НЖЭС) – в 5 (8,9%), желудочковая экстрасистолия (ЖЭС) – в 18 (32,1%), которая у 7 женщин носила неблагоприятный опасный характер по типу парных и политопных. Такие нарушения ритма, как наджелудочковая тахикардия (НЖТ), трепетание предсердий (ТП) и желудочковая тахикардия не наблюдались.

Выводы. У беременных с врождёнными пороками наблюдаются выраженные электрофизиологические изменения, свидетельствующие о глубоких нарушениях структуры миокарда, в том числе опасных нарушений ритма по типу парных и политопных желудочковых экстрасистол. Такие изменения усугубляются хронической гипоксией. При стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений, материнских и перинатальных осложнений следует обязательно учитывать электрофизиологические изменения, которые требуют соответствующих превентивных и корригирующих мероприятий с целью улучшения исходов.

Ходжибокиева Г.Б., Курбонова М.Н., Асилова Н.Г.

ЭЭГ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОКАЛЬНОЙ И ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Исрофилов М.О.

Цель исследования. Выявление специфических ЭЭГ-критериев, позволяющих дифференцировать фокальную и генерализованную эпилепсию, а также оценка реактивности эпилептиформной активности на функциональные пробы.

Материал и методы. В исследование включены 19 пациентов с эпилепсией, разделенные на две группы. Основную группу составили 10 пациентов с фокальной эпилепсией (средний возраст $32,1 \pm 5,6$ лет), а сравнительную группу – 9 пациентов с генерализованной эпилепсией (средний возраст $30,8 \pm 4,9$ лет). Всем пациентам проводилась стандартная рутинная ЭЭГ с использованием 21-канального электродного монтажа по международной системе 10-20, а также видео-ЭЭГ-мониторинг в состоянии бодрствования и сна. Оценивалась частота эпилептиформной активности, ее топография и реакция на функциональные пробы. Статистическая обработка данных выполнялась с использованием критерия Манна-Уитни ($p < 0,05$ считалось статистически значимым).

Результаты исследования. У пациентов с фокальной эпилепсией в 90% случаев ($n=9$) выявлялась локализованная эпилептиформная активность, преимущественно в височной и лобной долях. Средняя частота эпилептиформных разрядов составила $5,4 \pm 1,2$ в минуту. У 60% пациентов ($n=6$) зарегистрирована реакция на гипервентиляцию, проявляющаяся усилением пароксизмальной активности. У пациентов с генерализованной эпилепсией в 100% случаев наблюдались генерализованные разряды острых волн и полипик-волновые комплексы, с частотой в среднем $3,2 \pm 0,9$ в минуту ($p=0,008$). У 78% пациентов ($n=7$) отмечена фотосенситивность, проявляющаяся индуцированными генерализованными разрядами. В сравнительной группе реакция на гипервентиляцию наблюдалась у 44% ($n=4$) пациентов.

Выводы. Результаты исследования показали, что для фокальной эпилепсии характерна локализованная эпилептиформная активность с высокой частотой разрядов, преимущественно в височной и лобной долях. В то же время генерализованная эпилепсия сопровождается симметричными билатеральными разрядами и выраженной фотосенситивностью. Выявленные различия могут использоваться для более точной диагностики формы эпилепсии и выбора оптимальной терапевтической стратегии.

Ходжиматова З.Ф., Обидова Ш.В., Умарова М.Г.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ НА УРОВНЕ ПМСР В ПРОВЕДЕНИИ НОВОЙ УНИВЕРСАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ПАТРОНАЖНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

ГУ «Городской центр здоровья №3 г. Душанбе». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ёдгорова М.Дж.

Цель исследования. Изучение качества и охвата беременных женщин и детей раннего возраста патронажами на дому.

Материал и методы. Исследование проведено в ГУ Городской центр здоровья №3. Нами с целью оценки качества патронажа на дому беременных женщин и детей раннего возраста проведены беседы с семьями. Было проведено бесед с 40 семьями.

Результаты исследования. Результаты показали, что во время визитов на дому медицинский работник в основном обращает внимание только на физическое здоровье ребенка. При опросе матерей установлено, что в недостаточной степени даются рекомендации по питанию ребенка, уходу за ребенком.

Посещение на дому во время беременности и в период раннего детства является важной стратегией для улучшения здоровья и помощи беременным женщинам и детям, чтобы они могли достигнуть своего потенциала.

Семья является наиболее оптимальной и удобной средой обитания людей. Семейная медсестра должна знать о различных типах семей. Она должна избегать предубеждения о том, что одна семья «лучше» или «более правильный», чем другой. При взаимодействии с семьей она должна быть открыта традиционным и не традиционным ее формам.

Во время посещений на дому медицинский работник может предложить знания и навыки, касающиеся здоровья и развития детей, избегая стигматизации и, таким образом донести их до населения.

Существующая система домашних посещений беременных женщин и детей раннего возраста перестала в достаточной степени соответствовать современным требованиям качества оказания ПМСП. Визиты на дому сведены к кратковременному контакту с матерью, во время которого медицинский работник в основном обращает внимание на физическое здоровье ребенка. Во время визита на дому не оцениваются социальные риски, угрожающие здоровью и благополучию ребенка. Во время патронажа часто отсутствует отец ребенка. Патронажные посещения на дому обладают своей особой спецификой. Она фокусируется на семье и отдельных людях в период беременности и после рождения ребенка.

Выводы. Необходимо модернизировать патронажную службу ПМСП и перейти на новую модель патронажа так как, существующая система домашних посещений беременных женщин и детей раннего возраста перестала в достаточной степени соответствовать современным требованиям качества проведения патронажных посещений, а не их количество.

Хокиров Д.С., Файзуллоев А.Х.

РОЛЬ ГИПОТРОФИЯ В ПРОЦЕССЕ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННОГО

Кафедры неврологии и медицинской генетики имени профессора Раджабалиева Ш.Ф.

ГОУ «ИПО в СЗРТ». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. доцент Абдурахманова Р.Ф.

Цель исследования. Изучить воздействие клинико-анамнестических данных у новорожденных с антенатальной гипотрофией на развитие невралных отклонений.

Материал и методы. Работа основана на ретроспективном анализе 100 историй болезни новорожденных, находившихся на лечении в отделении второго этапа «Мать и дитя» ГУ МК «Истиклол» с признаками невралных отклонений на фоне антенатально развившейся гипотрофии. Анализ особенностей течения антенатального периода основан на оценки следующих медицинских документов; историй родов, историй развития новорожденных и историй болезни новорожденных. Обследованные дети были разделены на две группы; первую группу составили 48 новорожденных с ЗВУР, родившихся в асфиксии, а вторую группу 52 ребенка с проявлениями задержки роста и развития, но без проявлений асфиксии.

Результаты исследования. Из общего числа детей, включенных в I группу доля мальчиков составило 53,7%, а девочек - 46,3%, соответственно во II группе таковых было 35,4% и 64,6%. Преимущественно доношенные дети были в составе II группы 27,1%, в I группе их было 11,1%. В процессе анализа установлено, что среди новорожденных первой группы у более чем 2/3 (61,1%) детей установлен диагноз гипотрофическая, у (27,8%) – гипопластическая, а у (11,1%) - диспластическая форма антенатальной гипотрофии. Тогда как среди детей 2 группы таковых было с гипотрофической формой (66,7%), гипопластической (25%) и диспластическая форма (4,2%) новорожденных. Дети I группы имели среднюю массу тела при рождении $1622,874 \pm 58,91$ г., у детей 2 группы, данный показатель составил $1945,69 \pm 60,3$ г. Характеристика среднего значения длины тела у детей первой группы составили $40,26 \pm 0,6$ см, тогда как во II группе $44,1 \pm 0,5$ см, окружности головы и груди $27,7 \pm 0,4$ см и $25,2 \pm 0,4$ см, у детей II группы значения составили $31,4 \pm 0,3$ см и $28,1 \pm 0,3$ см. У детей I группы, средняя оценка по шкале Апгар на 1-й минуте жизни составила $3,67 \pm 0,1$ балла, на 5-й минуте жизни $4,78 \pm 0,1$ балла. У младенцев второй группы анализируемый показатель на 1-й минуте жизни составила $6,37 \pm 0,1$ балла, на 5-й минуте жизни $7,27 \pm 0,1$ балла.

По итогам сравнительного анализа тяжести состояния детей при рождении в анализируемых группах было установлено, что более чем в 4 раза чаще в крайне тяжелом состоянии рождались дети в I группе 46,3%, во II – 12,5%. Необходимо отметить тот факт, что в тяжелом состоянии рождались чаще во II группе 77,1%, чем в I – 50%, показатель Т/приб. составил +35,1%. Среди детей 2 группы 9,3% родились в средне тяжелом состоянии, таковых в первой группе не было. В структуре заболеваемости обследованных матерей первое ранговое место занимали классы болезней кровеносной системы ЖДА 56,3%, где показатель Т/приб. – 69,2%, далее патология бронхолегочной системы, среди которой чаще отмечались бронхиты, пневмонии и хронический тонзиллит. Второе ранговое место, занимали хроническая патологии обусловленная заболеваниями желудочно-кишечного тракта $22,7 \pm 3,3\%$, токсический гепатит, калькулезный холецистит. Таким образом, заболеваемость матерей, родивших детей с задержкой внутриутробного роста и развития в асфиксии (I группа) достоверно выше, чем среди матерей, родивших детей с ЗВУР без асфиксии (II группа).

Выводы. Именно от течения перинатального периода зависит процесс развития плода и новорожденного. Негативное развитие событий повышает риск нарушения адаптации в раннем неонатальном периоде. Обоснованное применение эффективных схем коррекции нарушений с последующей разработкой эффективных адекватных подходов к профилактике ранней неонатальной дезадаптации, будет способствовать улучшению показателей здоровья детей.

Холиков К.Н., Джобирова Ш.И., Кодирова М.М.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ВРОЖДЁННОГО БУЛЛЁЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА В ТАДЖИКИСТАНЕ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора П.Т. Зоирова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Исмаилов С.С.

Цель исследования. Определить распространенность врождённого буллёзного эпидермолиза (ВБЭ) в Таджикистане.

Материал и методы. Материалом послужило количество госпитализированных пациентов с диагнозом “врождённый буллёзный эпидермолиз”, которые были вызваны для сдачи анализов (общий анализ крови, общий анализ мочи, группа крови, витамин Д) по Проекту “Дети-Бабочки” в ГУ “ГКБ кожных болезней” в период 2023-2025 года. Среди пациентов 31 ребёнок были в возрасте от 1 до 16 лет. Среди них девочек 17, мальчиков 14. Согласно анамнестическим данным 17 были рождены 1-ым ребёнком, 14 - 2, 4 - 3 ребёнком в семье. В 74,2% случаев брак между родителями был близкородственным. У 3 семей от ВБЭ умерло 4 детей до 1-го года. Из числа обследованных детей простая форма была у 29 %, пограничная форма - у 22,5 %, дистрофическая форма – у 48,3 %. Врождённый буллёзный эпидермолиз у 93,5 % был диагностирован в возрасте до года, у 6,5 %- до 14 лет. Все больные были осмотрены. У 38,7% было констатировано вторичная инфекция, средняя площадь поражения корой составила около 3,5см. Среди обследованных детей у 41,9% отмечались болезненные эрозии в очагах поражения. Большинство пациентов с целью минимизации травмирования использовали обычный перевязочный материал, чем спровоцировали ухудшение кожного статуса. Родители 10 детей были осведомлены о применении мазей (декспантенол, левомиколь, метилурацил). С пациентами (кроме младшей возрастной группы) и их родителями были проведены беседы об местной терапии с использованием специальных бинтов (ЕМ-FIX) предоставленных на бесплатной основе в рамках проекта “Дети-бабочки”. Из общего количества больных 38,7% были из Хатлонской области, 25,8% были из Согдийской области, 19,4% были из Районы республиканского подчинения, 6,5 % были из Горно-Бадахшанской автономной области, 9,6 % были из Душанбе.

Результаты исследования. Результаты их обследования показали, что в Республике Таджикистан превалирует пограничная форма ВБЭ. Большинство семей из близкородственные браков, старше 3 лет получают пособие по инвалидности.

Выводы. В Республики Таджикистан превалирует врождённый буллёзный эпидермолиз в Хатлонской области 38,7%.

Холикова Н.Н.

СЕПТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ (КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР)

Кафедра внутренних болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Джаилзода С.С.

Цель исследования. Целью исследования является анализ клинического случая септического поражения легких, выявление его особенностей и оценка тактики ведения пациента.

Материал и методы. Рассмотрен клинический случай пациентки 24 лет, поступившую в отделение реанимации с жалобами на лихорадку, одышку, продуктивный кашель и выраженную слабость. Проведены клинико-лабораторные и инструментальные методы диагностики: общий анализ крови, биохимия, газовый состав крови, посев мокроты и крови, КТ органов грудной клетки, бактериоскопия бронхиального секрета.

В задачи исследования входило:

1. Описать клинический случай септического поражения легких.
2. Проанализировать диагностические критерии и методы подтверждения диагноза.
3. Оценить эффективность примененной терапии и возможные осложнения.

Результаты исследования. Диагностировано двустороннее деструктивное поражение легких с абсцессами и плевральным выпотом. В посевах крови выявлен *Staphylococcus aureus* (MRSA). Начата комбинированная антибактериальная терапия ванкомицином и меропенемом, проведена инвазивная вентиляция легких. На фоне лечения отмечено улучшение состояния пациента, снижение уровня воспалительных маркеров и регресс инфильтративных изменений на КТ.

Выводы. Септическое поражение легких — тяжелое состояние, требующее ранней диагностики и комплексного лечения. Важную роль играет своевременное выявление возбудителя и назначение адекватной антибиотикотерапии. Ведение пациентов с септическим поражением легких требует мультидисциплинарного подхода для снижения летальности и развития осложнений.

Холикова Н.Н., Сангова Ф.Р.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ

Кафедра внутренних болезней №1 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н. М.Х. Юсупова

Цель исследования. Описать клиническое наблюдение случая пневмоцистной пневмонии, критерии диагностики и принципы терапии пациентки с иммунокомпетентностью.

Материал и методы. Для выполнения поставленных целей и задач исследования, было проведено клиническое наблюдение за пациенткой с пневмоцистной пневмонией в условиях стационарного лечения в пульмонологическом отделении ГЦЗ №2 имени К.Т. Таджиева. Был проведен ретроспективный анализ стационарной и амбулаторной

карты с данными об имеющейся сопутствующей патологии у пациентки. Пациентке в период госпитализации было проведено полное обследование по пульмонологическому плану и иммунному профилю (иммуноферментный анализ, ПЦР анализ сыворотки крови), включающее общеклиническое обследование, исследование общего анализа крови с лейкоцитарной формулой, биохимическое исследование крови, в особенности СРБ и уровень прокальцитонина, исследование электролитов в сыворотке крови, общеклинический анализ мочи с посевом на флору.

Результаты исследования. Пациентка 38 лет, поступила в отделение пульмонологии ГУ ГЦЗ №2 им. К.Т. Таджикива с жалобами на непродуктивный кашель, также предъявила жалобы на общую слабость, выраженную одышку при минимальной физической нагрузке, указала на наличие одышки в покое. В сентябре 2024г. в связи с нарастающей одышкой, неэффективностью амбулаторного лечения была консультирована пульмонологом, предположен диагноз: Пневмония неясного генеза. Дыхательная недостаточность 3-4 степени, рекомендована плановая госпитализация для уточнения диагноза, продолжение терапии. По данным заключения МСКТ ГК: диффузное усиление легочного рисунка ретикулярного характера, сетчатая трансформация структуры легких за счет множественных тонкостенных воздушных кист различной величины, а также увеличение объема легких. По всей поверхности лёгких визуализируются множественные скопления и полиморфные очаги десиминации размером 0,15-1,5 см., в нижних долях очаги сливаются с образованием плотных инфильтратов более 1,5 см по типу «матового стекла».

Исследование мокроты: в общем анализе мокроты большое количество лейкоцитов, эритроцитов, элементы воспаления и дистрофии цилиндрического эпителия. Бактериологический посев мокроты - рост непатогенной микрофлоры. Выявлены: альвеолярные макрофаги +, лейкоциты+++, эритроциты +++, *Pneumocystis jirovecii* обнаружены.

Выводы. По результатам проведенного обследования был установлен диагноз: B59. Пневмоцистоз. Пациентке с первых дней было проведено лечение сульфаметоксазолом. Наблюдение в динамике через 2 недели, пациентка отмечает улучшение состояния, жалоб на одышку не предъявляет. На фоне проведенной терапии отмечалась положительная динамика: уменьшилась одышка, кашель, нормализовалась температура тела. На контрольных рентгенограммах и КТ-легких динамики не отмечалось. Данный клинический пример представлен для врачей пульмологов, врачей общей практики, инфекционистов, в аспекте повышения их внимания на участвовавшие случаи пневмоцистоза в Республике Таджикистан.

Холикова Н.Н., Сангова Ф.Р.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

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

Научный руководитель - к.м.н. Джалилзода С.С.

Цель исследования. Охарактеризовать клинические аспекты пневмоцистной пневмонии (ПЦП) у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП), чтобы предупредить пациентов из группы высокого риска с плохим прогнозом.

Материал и методы. Пациенты с ХБП, которые получают терапию иммунодепрессантами, подвергаются риску развития ПЦП. Ретроспективное исследование пациентов с ХБП проводилось с июня 2018 по июнь 2022 года на базе клинической кафедры внутренних болезней №1, в отделение нефрологии, пульмонологии и в центре гемодиализа ГЦЗ №2 имени К.Т. Таджикива. На основании диагностических критериев пневмоцистной пневмонии эти пациенты были разделены на группы ПЦП и не-ПЦП. С помощью одномерного и многомерного логистического регрессионного анализа были оценены показатели риска, построены номограмма и выстроена профилактическая тактика.

Результаты исследования. Из пациентов с ХБП, прошедших скрининг на нуклеиновую кислоту *Pneumocystis carinii*, было включено 1512 человек. У двухсот сорока четырех (16,14%) был диагностирован ПЦП. Из числа ПЦП 88,5% получали терапию глюкокортикоидами (ГК), из них 66,3% получали более 0,5 мг/кг ГК. Многомерный анализ показал, что мембранозная нефропатия (ОШ 2,35, 95% ДИ 1,45–3,80), иммуносупрессивная терапия (ОШ 1,94, 95% ДИ 1,06–3,69) и помутнение КТ (ОШ 1,71, 95% ДИ 1,10–2,65) были связаны с повышенным риском пневмоцистоза. АUC номограммы, основанной на логистической регрессии, составила 0,78 (0,75–0,81). Летальность у больных ПЦП составила 32,40%. Одномерный анализ и схема принятия решений показали, что легочная недостаточность (PO2: ОШ 0,98, 95% ДИ 0,96–1,00), повышенное АЧТВ (ОШ 1,07, 95% ДИ 1,04–1,11) и снижение уровня гемоглобина (ОШ 0,97, 95% ДИ 0,96–0,98) были связаны с плохим прогнозом.

Выводы. ПЦП не является редкостью у пациентов с ХБП, особенно у тех, кто получает иммуносупрессивную терапию. Учитывая высокую смертность случаев, необходимы дальнейшие исследования по профилактике и лечению этих пациентов.

Холикова Н.Н., Кобилова Б.М., Бобоходжаева З.Б.

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ И НЕИНФЕКЦИОННЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ РИНИТ: ВЗАИМОСВЯЗЬ И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

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

Научный руководитель - к.м.н. Сухробзода Ф.С.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь и клиническое развитие неинфекционного ринита у пациентов с ГЭРБ. Анализировать эффективность терапии ингибиторами протонной помпы ГЭРБ у пациентов с обострением ринита.

Материал и методы. Для выполнения поставленных целей и задач исследования было проведено клиническое наблюдение за пациентами в условиях стационарного лечения в отделении гастроэнтерологии ГЦЗ №2 имени К.Т. Таджикива. В исследование были включены 50 человек, родившихся в период с 1954 по 1998 год, у которых был диагностирован ГЭРБ с жалобами на хроническую заложенность носа, осиплость голоса и обострение ринита. Исследуемые ответили на вопросы анкеты в момент терапии ингибиторами протонной помпы (пантопразол 40 мг) и повторно, после проводимой антисекреторной терапии. Неинфекционный ринит определялся как наличие обструкции носа, выделений и/или чихания без простуды. Были рассчитаны коэффициенты относительной вероятности развития хронического неинфекционного ринита в зависимости от возраста, пола, ИМТ, курения, астмы и ночной ГЭРБ.

Результаты исследования. В период наблюдения у 16 человек (32,0%) развился хронический неинфекционный ринит. Субъекты, сообщавшие о ночном гастроэзофагеальном рефлюксе, имели большее количество обострений ринита (2,8% против 1,2%, $P < 0,001$). Наблюдалась значительная дозозависимая связь между количеством эпизодов рефлюкса в неделю и риском возникновения хронического неинфекционного ринита, $P = 0,02$. При множественной регрессии с поправкой на возраст, пол, ИМТ, табак курение и астму у лиц с ночной ГЭРБ (≥ 3 эпизодов ночных симптомов гастроэзофагеального рефлюкса в неделю). Курение было связано как с повышенным риском развития хронического неинфекционного ринита (30,7 % против 24,0 %, $P < 0,001$), так и с развитием ночной ГЭРБ.

По результатам анкетирования пациенты с ГЭРБ в момент начала терапии жаловались на ночные приступы изжога – 39 (78,0%), заложенность носа – 32 (64,0%) и осиплость голоса – 12 (24,0%). По результатам анкетирования после проведенной антисекреторной терапии (пантопрозол), пациенты отметили улучшение – отсутствие заложенности носа 24 (48,0%), и снижение выделений из носа – 23 (46%) пациентов.

Выводы. Данное исследование показывает, что гастроэзофагеальный рефлюкс связан с неинфекционным ринитом у взрослых. Полученные результаты подтверждают связь между гастроэзофагеальным рефлюксом и воспалением верхних дыхательных путей, а также эффективность монотерапии ингибиторами протонной помпы (пантопрозол) у пациентов с ГЭРБ и неинфекционным ринитом.

Холмирзоева Т.Ш., Салихова М.Ш., Негматзода Д.Р.

ОСОБЕННОСТИ И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НАРУШЕНИЯ РИТМА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (ХСН)

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Зубайдов Р.Н.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости и особенности нарушений ритма у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) на основе ретроспективного анализа медицинских данных, а также оценить связь между типами нарушений ритма и клиническими характеристиками пациентов.

Материал и методы. Ретроспективное исследование на основе анализа медицинских карт и записей пациентов, госпитализированных в кардиоревматологическое отделение МЦ № 2 с диагнозом ХСН в период с 2019 по 2024

годы. Исследование включало 250 пациентов, из них 120 - мужчин и 130 – женщин, имеющих диагноз ХСН. Возраст больных достигал от 35-75. Пациенты были разделены на группы по степени тяжести заболевания: Класс I-II по NYHA (мягкая и умеренная форма ХСН) - 100 пациентов. Класс III-IV по NYHA (тяжелая и очень тяжелая форма ХСН) - 150 пациентов. Включение в исследование: пациенты, у которых был установлен диагноз ХСН и проведены электрокардиографические исследования в момент госпитализации. Для подтверждения диагноза были использованы анамнестические данные, клинические проявления, лабораторные исследования (общеклинические анализы, биохимическое исследование крови), инструментальные исследования (ЭКГ, ЭХОКГ, доплерография, Холтеровское исследование, суточное мониторирование АД).

Результаты исследования. Частота нарушений ритма - Фибрилляция предсердий (ФП): Обнаружена у 65% пациентов с ХСН. Из них 50% имели хроническую форму ФП, 15% - пароксизмальную форму. Пациенты с тяжелыми формами ХСН (классы III-IV по NYHA) имели более высокую частоту (85%) ФП по сравнению с пациентами с умеренной степенью заболевания (классы I-II по NYHA - 40%). Экстрасистолия: Зарегистрирована у 45% пациентов, из которых 30% страдали от желудочковой экстрасистолии, а 15% - от предсердной экстрасистолии. Желудочковые экстрасистолы чаще встречались среди пациентов с более низкой фракцией выброса левого желудочка ($< 30\%$). Желудочковые аритмии: у 12% пациентов были зарегистрированы эпизоды желудочковой тахикардии, что особенно часто наблюдалось у пациентов с фракцией выброса $< 25\%$. Брадикардия: У 20% пациентов было зарегистрировано снижение частоты сердечных сокращений ниже 50 ударов в минуту, чаще у пациентов с выраженной дисфункцией левого желудочка. Нарушения ритма в сочетании с ХСН были ассоциированы с повышенным риском госпитализаций и ухудшением прогноза. В группе пациентов с фибрилляцией предсердий и сниженной фракцией выброса (менее 25%) риск смерти был в 2,5 раза выше по сравнению с пациентами без аритмий.

Выводы. Ретроспективный анализ показал, что нарушения ритма у пациентов с ХСН являются широко распространенной и важной клинической проблемой, существенно влияющей на прогноз и исход заболевания. Фибрилляция предсердий является наиболее частой аритмией, с повышенной частотой в тяжелых формах ХСН, в то время как желудочковые экстрасистолии чаще встречаются у пациентов с низкой фракцией выброса. Ожидается, что более точное выявление частоты и характеристик аритмий у больных с ХСН поможет в разработке стратегий, тактики лечения, профилактики и прогноза, с целью улучшения качества жизни и снижения смертности.

Холов Х.К., Шарипов М.Дж., Фозилов С.А.
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ НАРУШЕНИЕМ РИТМА.

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н. Исмаилова С.И.

Цель исследования. Изучить структуру и частота осложнений и летальных исходов у лиц молодого возраста больных нарушением ритма с осложненной формой в Республиканский клинический центр кардиологии.

Материал и методы. На основе современных клиничко-лабораторных методов исследования (анкетный, общеклинический, психосоциальный, ЭКГ, эхокардиограмма, УЗИ, холтер ЭКГ) проведен мониторинг 53 пациентов, из них 30 мужского у 23 женского пола в возрасте от 18 до 53 лет. В качестве объекта исследования были выбраны республиканский клинический кардиологический центр. Проведено клиничко-инструментальное исследования пациентов с нарушения ритма с осложнениями и лечение, направленное на снижение числа неожиданных исходов. Изучена частота в структуре развития первичной инвалидности вследствие с осложненной формой ишемических болезней сердца за последние годы (2020-2024). Математико-статическая обработка полученного материала осуществляется с использованием общепринятых методов вариационной статистики.

Результаты исследования. Выявлено, что нарушения ритма могут появиться в любом возрасте, но чаще встречаются в период новорожденности, в 4-5, 7-8 лет у подростков. Во многих случаях аритмии протекают бессимптомно выявляются при рутинных обследованиях. На этом могут повлиять патологии сердечно-сосудистой системы (ИБС), порок сердечных клапанов, АГ, миокардит, синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта, вегетативное нарушение, проблемы со щитовидной железой или водно- электролитный дисбаланс.

Выводы. У каждого второго или третьего пациента до 18 лет наблюдается бессимптомная аритмия в виде экстрасистол и синусовой аритмией.

Хомидова Г.Б.
ДЕФОРМАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ РАХИТА И РАХИТОПОДОБНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра семейной медицины ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан.
Научный руководитель – Хасанова Х.Т.

Цель исследования. Изучение, выявление и лечение детей с различными деформациями длинных трубчатых костей на фоне рахита и рахитоподобных заболеваний.

Материал и методы. Нами изучены 178 детей от 6 месяцев до 1 года, от 1 до 3 лет и от 3 лет до 7, обратившихся в НМЦ «Шифобахш» в детское травматологическое отделение за период 2023 – 2024 гг. Мальчиков было – 102 (57,4%), девочек – 76 (42,6%). Постановка диагноза осуществляли на основании жалоб, анамнеза, лабораторных данных, клиничко-рентгенологических исследований. В рамках диагностики оценивались параметры фосфорно-кальциевого обмена, в частности: содержание кальция и фосфора, витамина Д в крови и анализ мочи. По лабораторным показателям различали со снижением уровня фосфора (фосфопенический – у 44 детей (24,8%) или кальция (кальципенический – у 68 (38,2%), а также заболевание могло протекать без заметных изменений уровня микроэлементов в крови; со снижением уровня витамина Д (от 3,5 до 10) – у 66 детей (37%) витамин Д - дефицитный рахит. Для определения спектра и тяжести костных нарушений пациентам с наличием клинических признаков рахита, деформаций нижних конечностей или остеомалиции рекомендовалось рентгенологическая оценка структурных изменений скелета, включалась обзорная рентгенография тазовых костей и длинных трубчатых костей. Основными рентгенологическими проявлениями являлось снижение видимой плотности кости, деформации позвонков (двояковогнутые деформации или деформации по типу рыбьих позвонков), а также общее истончение кортикального слоя длинных костей. Витаминная недостаточность устранялась путём назначения витамина Д3 аквадетрим, вигантол, диферол. Лечебные дозы витамина Д в зависимости от степени тяжести от 1500 МЕ до 3000МЕ 1раз в день (30 дней), с переходом на приёмы профилактических доз. Кальций является строительным материалом для костной ткани, основным участником кальций- фосфорного обмена, в связи с этим параллельно при дефиците кальция и фосфора назначалось препараты кальция и витамины. Массаж при деформациях нижних конечностей – являлся одним из самых главных пунктов коррекции - общий массаж с акцентом на поясничную зону и нижние конечности, а также лечебная физкультура.

Результаты исследования. Правильно подобранный комплекс упражнений позволял улучшить гибкость связок, силу мышц, увеличить подвижность суставов, нормализовать тканевой обмен. Отсутствие коррекции может вызвать: постоянные боли в ногах, спине, нарушение осанки (сколиоз); остеохондроз, артроз, укорочение конечностей, деформация таза, голеностопных и коленных суставов.

Выводы. 1. Диспансеризацию детей, перенесших рахит, проводить в течение первых 2–3 лет жизни. Это регулярные осмотры (каждые 3 месяца) и повторные лабораторные анализы. 2. Деформации нижних конечностей в раннем возрасте поддаётся лечению. Результат лечения зависит от правильной и своевременной диагностики на ранних стадиях заболевания. Из-за недостатка витамина Д костная ткань формируется не до конца окрепшей, что и приводит к искривлению. 3. Лечение деформаций при дефиците витамина Д у детей на ранних стадиях консервативным методом даёт хорошие результаты.

Хомидова Г.Б., Бабаджанов М, Хосабекова Д.С.
ОХВАТ ИММУНИЗАЦИЕЙ В ГОРОДСКОМ ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ
Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Мирзокалонова М.Дж.

Цель исследования. Изучить анализ охвата иммунизации за 2024 год в Государственном учреждениях Городской центр здоровья № 15(ГУ ГЦЗ № 15).

Материал и методы. Было проведено исследование анализа отчетно-учетной документации, изучены амбулаторные карты- №024 и карты иммунизации- № 063 5233 детей за 2024 год по охвату иммунизации в ГУ ГЦЗ №15. Структура по возрасту детей из них новорожденные- 914 (17,46%), до года – 1041(19,89%), 1 год – 975(18,63%), 16-23 месяца- 1029(19,66%), 6 лет -1274 (24,34%).

Результаты исследования. Всего на 2024 год в ГУ ГЦЗ № 15 были на учете 5233 детей до 6 лет. Охват иммунизации составил: для детей 0 месяцев новорожденные- 914(100%), 2 месяцев -1031(99,03%), 3 месяца - 1019(97,88%), 4 месяца - 1001(96,97%), 9 месяцев - 1024(98,36%), 12 месяцев -965(98,97%), 16-23 месяца- 1012 (98,34%), 6 лет -1261 (98,97%). Наибольший охват составил 100% для вакцин БЦЖ-1, ОПВ -0, ГВ-1 - для новорожденных 914(21,16%). На втором месте охвата по вакцинации стояли вакцинация в 2 месяце жизни Пента-1, ОПВ -1, Рота -1, ВПК- 1 –1031 (23,87%)- 99,03%, на третьем месте вакцинация в 6 лет - КПК -2, АДС -1261 (24,09 %) -98,97 %. Также отмечался хороший охват другими вакцинами: 96,15 % в 4 месяца Пента -3, ОПВ -3, ВПК -2и 100% у новорожденных БЦЖ-1, ОПВ-0, ГВ-1

Выводы. 1.В ходе исследования было выявлено, что охват иммунизацией находится на должном уровне (≥ 95 %), что является хорошим показателем индикатора работы семейного врача. 2.Больше охвачены дети более младшего возраста – новорожденные и дети 2 месяцев, а также дети 6 лет.

Хомидова Г.Б.¹, Подшоева Ш.К.,
КЛЮЧЕВОЙ КОМПОНЕНТ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЁНКА

¹Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

²ГУ «ГЦЗ №15 г.Душанбе». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Носирова М.П.

Цель исследования. Планирование семьи помогает предупредить нежелательные, и часто сопряжённые с высоким риском беременности и позволяет женщинам и семье планировать свою жизнь, а также является ключевым компонентом охраны здоровья матери и ребенка в Таджикистане, что и явилось поводом изучения организации работы по планированию семьи среди городского населения, контрацепции.

Материалы и методы. В Таджикистане финансирование служб планирования семьи происходит, также путем закупки контрацептивных товаров и расширения методов планирования семьи, чтобы обеспечить наличие целого ряда современных методов контрацепции. Произведён структурный анализ использования методов контрацепции за один (2024) отдельно взятый год по городскому центру здоровья. Материалом исследования послужил сводный отчёт по отделению репродуктивного здоровья. Применены методы описательной статистики к методам контрацепции, применяемым на уровне первичной медико-санитарной помощи, качественным показателям с вычислением долей (%). Всего женщин репродуктивного возраста по городскому центру здоровья в 2024 году насчитывалось 13847 лиц, из них использующих контрацепцию 6692 (48,3%) женщины.

Результаты исследования. В зависимости от возраста женщины, наличия заболеваний, состояния здоровья партнёров и желания женщины в дальнейшем иметь ребёнка, назначается метод контрацепции. Процентное отношение рассчитывалось на общее количество использующих контрацепцию (6692).

Всего на начало 2024 года на учёте лиц с внутриматочной контрацепцией состояло 2362 женщины (35,3%), взято – 180 (9,9%), снято 125 (7,8%), с положительной тенденцией в конце года – 2417 (36,1%). Среди целевой группы женщин, то есть имеющих экстрагенитальную патологию, отягощённый акушерский анамнез, отягощённый гинекологический анамнез и т.д.: состояло 1922 (28,7%), взято – 132 (2,0%), снято – 80 (1,2%), в конце года - 1974 (29,5%). Значительное количество женщин использовало барьерные методы контрацепции, на начало года состояло на учёте 1400 лиц (20,9%), дополнительно присоединились 130 (7,2%), прекратили использование 107 (6,7%), на конец года 1423 (21,3%). Целевая группа женщин составляла - 16,0% (1071), в конце года стоит на учёте - 16,2% (1085). Также отмечается применение гормональных контрацептивов таблетированной и инъекционной форм. На начало 2024 года женщин, использующих таблетированное гормональное предохранение от нежелательной беременности, было 1091 (16,3%), дополнительно выбрали этот метод 183 (10,1%), закончили принимать 178 (11,1%), всего состоит на конец года 1096 (16,4%). Данные целевой группы женщины: было 964 (14,4%), дополнительно – 130 (1,9%), перестали принимать 140 (2,1%), состоит в конце года – 954 (14,2%).

Имеется определённое количество женщин, решивших использовать естественные методы контрацепции при лактационной аменорее (11,3%; 13,0%) или календарном методе (11,7%; 11,6%). Инъекционную форму контрацепции применяли в начале и в конце года одинаковое количество женщин 150 (2,4%), среди целевой группы женщин разница на начало (83-1,2%) и конец года (73 –1,0%) незначительная. По медицинским показаниям 1,2% (79) в начале года и 1,4% (95) женщинам в конце года были применены хирургические методы предохранения от беременности.

Выводы. В результате комплексного подхода женщины имеют доступ к услугам охраны репродуктивного здоровья, в том числе планирования семьи, что способствовало увеличению охвата контрацепцией женщин фертильного возраста (49,8%–6900).

Установлено, что более трети замужних женщин используют внутриматочную контрацепцию (35,3%), каждая пятая семья использует барьерные методы предохранения (20,9%). На третьем месте среди городских женщин – естественные методы контрацепции (11,3%–13,0%).

Худойдодов З.Я., Пулатов А.Дж., Умаров С.К.

ДЕЙСТВИЕ ОФИЦИАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА «ФОСФОГЛИВ» НА МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ПОДОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ЭТАНОЛОМ

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан». Таджикистан.

Научный руководитель – академик НАНТ, д.б.н. Якубова М.М.

Цель исследования. Изучить влияние официального препарата «Фосфоглив» на морфологические изменения печени у животных при хронической алкогольной интоксикации печени и дать оценку эффективности его применения, как мембраностабилизирующего средство.

Материал и методы. Для проведения эксперимента было использовано 75 белых беспородных крыс-самцов с массой тела 190,0-200,0 грамм одного возраста, которые содержались в условиях вивария. Была создана модель алкогольной интоксикации экспериментальных животных. С помощью методов проведены цитологические и гистологические исследования ткани печени подопытных крыс и ее морфологический расчет проводили по методике [Д.Э. Коржевский, А.В. Гиляров, 2005]. После эксперимента животных подвергали эвтаназии с использованием нембуталового наркоза в дозе 35 мг/кг, введенного внутривенно. После вскрытия подопытных животных были взяты образцы внутренних органов (селезенка и печень). Печень крыс готовили по общепринятой методике; затем для цитологического исследования ткань окрашивали азуреозином. Срезы печени обезжировали, пропуская их через серию концентрированных растворов изопропанола, а затем заливали в парафин. Для приготовления гистологических препаратов данным методом готовили блоки срезов толщиной 3 мкм, которые окрашивали эозином и гематоксилином.

Результаты исследования. На 45-е сутки эксперимента в ткани печени животных с интоксикацией этанолом патоморфологические изменения характеризовались регенерационной гипертрофией гепатоцитов, гидропическая и жировая дистрофия гепатоцитов лимфоцитарной и гистиоцитарной инфильтрацией ткани печени. После терапии официального препарата «Фосфоглив» в дозе 10 мл/кг два раза в течение месяца наблюдалось исчезновение крупно- и мелкокапельного ожирения гепатоцитов и частичное восстановление структуры ткани печени.

Выводы. По результатам наших исследований действия официального препарата «Фосфоглив» на состояние морфофункционального статуса печени при алкогольной подострой интоксикации в организме экспериментальных животных позволяют заключить, что при введении изучаемого официального препарата «Фосфоглив» в течение 30- дневного лечения способствовало частичному восстановлению структуры ткани печени у опытных белых крыс.

Хусейнова М.

ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА КАК СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ У ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ, РАБОТАЮЩИХ В РАЗЛИЧНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ СФЕРАХ

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Ходжиев М.А.

Цель исследования. Целью работы является изучение значимости и особенностей психо-социальных факторов в формировании профессионального стресса у трудовых мигрантов с различными нервно-эмоциональными нагрузками.

Материал и методы. В основу социально-психологических исследований положен метод анкетирования. Анкетирование - метод исследований по анкетам предложенным, разработанным на основе «Профиля страны» экспертами ВОЗ и адаптированными нами для поставленных задач. Анализ структуры обследуемых позволил заключить, что основной состав обследованных лиц был в возрасте $25,58 \pm 2,59$ лет со стажем работы и боле $\pm 2, 25 \ 0,5, 3$ лет. Всего обследовано 122 человека. Исследование проводилось в трёх группах трудовых мигрантов строители монтажники, вязчики, бетонщики.

Исследования включали Психофизиологические исследования с соответствующими специальными тестами, включающими в себя самочувствие, активность, настроение (САН), напряженность, тревожность, скорость восприятия зрительной и слуховой информации с помощью хронорефлексометрии, концентрации внимания по корректурной пробе с кольцами Ландольта с последующим расчетом объема воспринимаемой информации (ОВИ), состояние кратковременной памяти – по тесту «память на числа», структура личности- по тестам СМОЛ, Спилберга. Профессиографическую характеристику напряженности труда (НТ) работников с определенными классами вредности и напряженности труда в соответствии с Руководством Р 2.2.2006-05 на основе анализа структуры трудовой деятельности с балльной оценкой каждого вида нагрузок. Для определения типа межличностного поведения в коллективах была использована методика Лири, направленная на оценку психологической совместимости работников.

Результаты исследования. Исследование проводилось на трёх профессиональных группах, которые подбирались с учетом нервно-эмоциональных, психосоциальных и психоэмоциональных нагрузок. Проведена оценка значимости психоэмоциональных, психосоциальных факторов, включая удовлетворенность трудом, формирование социальных отношений руководителей по отношению к работникам среднего звена. Исследуемые группы: 1-я и 2-

я группы — это трудовые мигранты, работающие в крупных строительных организациях г. Москвы и Московской области монтажники и арматурщики; 3-я группа- работники, работающие в Мосметрострое, Анализ структуры обследуемых позволил заключить, что основной состав обследованных лиц был в возрасте $20,58 \pm 2,74$ лет со стажем работы $2,25 \pm 0,53$ лет. Всего обследовано 89 человек. Результаты исследований обрабатывались с использованием пакета прикладных программ «StatistikaforWindows». Достоверность изменений оценивалась по критерию Стьюдента.

Выводы. 1. Результаты исследование позволило определить группа риска при профессиональной обязанности каждого групп работников работающих на производстве. 2.Профессиональный стресс является главным вредными факторами при выполнении своих трудовых операциях. 3.Психо-социальными факторами являются главными причинами приводящий к стрессу, а он может является прямыми причинами для развития различного рода заболеваний.

Хусейнова М., Кабиров К., Салимова М.
ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ОСЛОЖНЕНИЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - д.м.н., профессор Ходжиев М.А

Цель исследования. Изучить структуру и частоту осложнений летальных исходов у больных с гипертонической болезнью.

Материал и методы. Использованы современные клиничко-лабораторные методы исследования (анкетный опрос, общеклинические, психосоциальные, ЭКГ, Эхокардиограмма, УЗИ исследования) исследования, у 155 пациентов: из них 79 мужского и 76 женского пола в возрасте от 43 до 69 лет. В качестве объекта исследования было выбрано терапевтическое отделение Городской клинической больницы № 5 г. Душанбе. Традиционные клиничко-инструментальные исследования проведены у пациентов с осложненными формами гипертонической болезни.

Результаты исследования. Показали, что в последние годы у лиц молодого и среднего возраста большой процент страдающих гипертонической болезнью, которые часто дают грозные осложнения, как (острое нарушение мозгового кровообращения, инсульт и инфаркт). В первую группу обследуемых входили 79 больных в возрасте от 43 до 69 лет (средний возраст 48 лет). Во вторую группу - 76 пациентов с артериальной гипертонией без выраженных проявлений. Результаты исследований показывают, что у 10,2% пациентов отмечался гипертонический криз, из них у 4,9% пациентов наблюдается гипертонический криз без осложнений, а у 5,2% - больных гипертонический криз с различными осложнениями в виде ишемического инсульта с осложнениями, (парезы и парезы), ОНМК. Проведённые исследования показывают, что у 82 человек, обследуемых лиц молодого возраста, в 12,2% отмечена транзиторная гипертония с преходящими нарушениями мозгового кровообращения.

Выводы. Результаты проведенных исследований показали, что в последнее время гипертоническая болезнь часто встречается у молодого и среднего возраста, а также отмечаются осложнения в виде транзиторного повышения артериального давления, острого нарушения мозгового кровообращения, инсульта, инфаркта и различными другими нарушениями кровообращения с последующими нарушениями когнитивных и координационных функций мозга.

Хусейнова М., Салимова М., Кабиров К.
СТЕПЕНЬ НАПРЯЖЁННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ, РАБОТАЮЩИХ НА КРУПНЫХ СТРОИТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ МОСКВЫ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Ходжиев М.А.

Цель исследования. Является изучение значимости и вклада ряда неблагоприятных факторов труда в процессе работы приводящий к нервно мышечного перенапряжения у трудовых мигрантов с различными нервными психическими нагрузками.

Материал и методы. Для проведения научного исследования использовались: гигиенические методы, профессиографические и исследование микроклимата (определение уровня вредных веществ в воздухе, шума и вибрации).

Изучение функционального состояния организма работников вработавшихся на крупных стройках, Мосметрострой и дорожного сети, Анализ структуры обследуемых позволил заключить, что основной состав обследованных лиц был в возрасте $25,58 \pm 2,59$ лет со стажем работы и более $\pm 2, 25 0,5, 3$ лет. Всего обследовано 124 человека.

Исследования проводилось 4 раза в динамике смены: до работы, перед обеденным перерывом, через 1,5 часа после перерыва и в конце смены.

Для оценки функционального состояния организма использовали комплекс физиологических методов, позволяющий оценить состояние основных систем организма: сердечно-сосудистой, центральной нервной и нервно-мышечного аппарата, с использованием: анкетный метод исследования определение ЧСС, САД, ДАД, динамометрия, ИФИ.

Результаты исследования. Гигиенических, профессиографических, исследования показывает, что у группы мигрантов на рабочем месте содержание вредных веществ в воздухе рабочей зоны у работников не превышало установленных нормативов.

Профессиографическая оценка у работающих в крупных строительных организации Российской Федерации (РФ) заключается в укладке опалубки, вязке арматуры, заливка бетона в стаканы, которые кладут монолитами укрепление пеналов с помощью пенопластной веревки. Все производственной операции выполняется непосредственно на рабочем месте при этом процессе строительной операции включает несколько этапов: приготовление, доставка ресурсов

(строй материала, установка опалубки, вязке арматурных каркасов и укладки бетонных смеси). Арматурщик приступает к вязке арматурной сетки связывается вручную крючками при вязке арматурных каркасов используется вязальная проволока диаметром 1,5 мм длиной 150-200 мм и арматурой длиной 10-15 метр, что требует большое физическое перенапряжения. Вязальная проволока затягивается петлей, в месте скрещивания проволоки восстанавливается вязальной крючок; превращении узел затягивается до полного закрепления стержней арматуры. При вязке одного узла арматурщик совершает 6-7 стереотипное локальных движений кистям рук. В течение смены один рабочий вяжет 600-700 узлов, т.е. количество движений за смену составляет 3600-4900 движений.

Выводы. 1. Результаты, проведенного исследование, показывает, что труд арматурщика (вязчика) является физическая динамическая нагрузка, связанная с вязкой ее, статическая нагрузка на руки при затягивании узлов арматуры, работа с неправленными позами стоя, часто в неудобных рабочих позах

2. Для сиделок является длительное (более 80%) нахождение в позе стоя движения с поднятыми определённого кг груза с перенапряжениями (до 50%) в неудобных рабочих позах нагрузка (на коленях, присев, на корточках), что соответствует вредному классу 3.2. 3. Для всех строители и сидельщиков количество глубоких наклонов (более 300) превышает допустимые величины и соответствует классу 3.2 перенапряжения.

Ҳантов Д., Хомидова Г.Б., Курбонов А.Д.

ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКӢИ ЗУҲУРОТИ АНОМАЛИЯИ КОНСТИТУТСИЯ ДАР КӮДАКОН ДАР ФАӢОЛИЯТӢ ТАБИБИ ОИЛАВӢ

Кафедраи тибби оилавии МДГ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тоҷикистон.

Роҳбари илмӣ - н.и.т., дотсент Мирзокалонова М.Ҷ.

Мақсади таҳқиқот. Таҳлили хусусиятҳои клиникӣ диатезҳо дар кӯдакон дар фаъолияти табиби оилавӣ.

Мавод ва усулҳо. Таҳлилҳо нишон доданд, ки дар ГУ ГЦЗ №15 соли 2024 ба табибони оилавӣ ҳамагӣ 13065 кӯдак мурочиат намудаанд. Аз онҳо 120(0,9%) кӯдак бо диатези кӯдакон синни аз 0 то 6-сола таҳти назорат қарор доштанд. Ҳамаи кӯдакон аз ташхиси клиникӣ-лабораторӣ гузаронида шуданд. Аз рӯйи зуҳуроти клиники зарурӣ, таҳлили биохимиявии хун, усулҳои инструменталии таҳқиқот гузаронида шуда, инчунин бо мутахассисон – дерматолог, иммунолог, алерголог ва дигарон машварат анҷом дода шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Нишонаҳои аввалини алергикӣ асосан дар синни 1 то 3 солагӣ ташхис гузошта шудааст. Аз онҳо 54 (45%) нафар бо диатези экссудативӣ-катаралӣ, 38 (31,6%) нафар бо диатези алергикӣ, 18 (15%) кӯдак бо диатези лимфатико-гипопластикӣ ва 10 (8,4%) нафар бо диатези асабӣ-артритикӣ ташхис шуданд.

Таҳқиқотҳо нишон доданд, ки дар 72% кӯдакони гирифтори диатези экссудативӣ-катаралӣ аз моҳи аввали ҳаёт сурхшавии доимии пӯсти, пӯшишҳои бадан, хушкӣ ва сафедии пӯст мушоҳида шуда, инчунин “гнейс” – пулакчаҳои ҷарбии себорейӣ дар сар ба назар мерасид. “Гнейс” бо фаъолияти зиёди ғадудҳои рағғанӣ вобаста аст ва ҳамчун “пӯстлох” маъруф мебошад.

Бо хусусиятҳои клиникӣ экссудативӣ-катаралӣ дар 20% кӯдакон “шалҳидагӣ” (сурхшавии вобаста ба ҳарорат, ки бо сабаби таъсири ҳавои хунок афзоиш меёбад) мушоҳида шудааст. Дар 15% кӯдакон норасоии афзоиши вазн ба қайд гирифта шуд, дар 10% гипотрофияи дараҷаи I-II, дар 13% дончаҳои эритематозӣ-папулӯзӣ ва дар 11% дончаҳои эритематозӣ-везикулярӣ дар пӯсти дасту пой ва тана пайдо шуданд. Ҳамчунин, дар 6% кӯдакон строфулюс (узелчаҳои хоришовар бо моеъи серозӣ) мушоҳида гардид.

Дар 13% кӯдакони гирифтори диатези экссудативӣ-катаралӣ “забони ҷуғрофӣ”, дар 15% конъюнктивитҳои музмин, дар 3% блефарит, дар 12% ринит, дар 7% катарии роҳҳои нафас бо синдроми обструктивӣ, ва дар 52% кӯдакон анемия бо дараҷаҳои гуногун ба қайд гирифта шуд. Илова бар ин, дар пешоби кӯдакон зиёд шудани ҳуҷайраҳои эпителиявӣ ва дар 7% кӯдакон ғайриустувории фаъолият рӯдаро мушоҳида шуд.

Ҳамаи кӯдакон таърихи алергии вазнин доштанд. Дар соли аввали ҳаёт, кӯдакони гирифтори диатези алергикӣ аксар вақт нишонаҳои дерматити атопикӣ (АтД) доранд. Дар 78% чунин кӯдакон ҳассосияти баланди асабӣ, асабоният, ихтилоли хоб, иштиҳои паст ва инчӣкӣ мушоҳида мешавад.

Хулоса. Таҳқиқотҳо нишон доданд, ки дар кӯдакон тамоми намудҳои аномалияҳои конституцияи мушоҳида мегардад, ки бештар дар кӯдакони синни хурд дерматит атопикӣ зоҳир мешавад, дар ҳоле ки дар кӯдакони синни калонтар диатези лимфатико-гипопластикӣ ва диатези нервно-артритикӣ бештар мушоҳида мешаванд. Зуҳуроти клиникӣ монанди сурхшавии доимии пӯсти, хушкӣ ва сафедии пӯст, “гнейс”, “пӯстлох”, “шалҳидагӣ”, ринит анемия, конъюнктивит мушоҳида карда шуд.

Цивилева А.С., Южакова С.В.

ВЛИЯНИЕ МЕТОДА PNF НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА

Кафедра школы сестринского образования, НАО «Карагандинский медицинский университет». Казахстан.

Научный руководитель - Фёдорова В.Ю.

Цель исследования. Изучить влияние применения техники проприоцептивной мышечной фасилитации на восстановление пациентов после церебрального инсульта.

Материал и методы. Было обследовано 60 пациентов с церебральным инсультом с двигательным поражением верхних и нижних конечностей. Средний возраст составил 52±2,5. Все пациенты были подразделены на 2 группы: основная и контрольная, в основной группе наряду со стандартными методами реабилитации был применен метод проприоцептивной мышечной фасилитации. Участвующие в исследовании пациенты в обеих группах, будут иметь исходно сопоставимые данные по образованию, полу и сопутствующей патологии. Реабилитационные мероприятия гимнастикой с использованием метода проприоцептивной мышечной фасилитации проводились ежедневно в течение

ние 40-60 минут. Занятия осуществлялись в индивидуальном порядке. Длительность курса реабилитации составила 4 недели.

Результаты исследования. В первый день исследования и в 30 день исследования в основной и контрольной группах показатели не отличались и составили в среднем $3 \pm 0,6$ балла. После проведенных реабилитационных мероприятий в основной группе показатель спастичности снизился до $1,7 \pm 0,6$ балла. В сравнении с первоначальными данными показатели улучшились на 43% ($p < 0,05$). В контрольной группе этот показатель был равен $2 \pm 0,3$ балла, что на 34% выше исходных значений по шкале спастичности Ашфорт. В 1 день исследования у пациентов наблюдалась лёгкая депрессия, показатель по шкале HADS составил $9 + 1,07$, после реабилитационных мероприятий с применением метода ПНФ на 30 день исследования показатель в основной группе составил $6 + 1,2$, что на 33% выше, чем в первый день исследования. В контрольной группе на 30 день исследования оценка по шкале тревоги и депрессии составила $7 + 1,2$. По шкале функциональной независимости Bartel, в 1 день исследования средний балл составил $60 + 8,3$, в 30 день исследования показатель составил $74 + 8,3$, что на 23% больше, чем в 1 день исследования.

Выводы. Метод ПНФ в комплексной реабилитации положительно влияет на спастичность верхних конечностей у пациентов после церебрального инсульта в подостром периоде, существенно снизились баллы у пациентов основной группы на 43%, в контрольной группе - на 34% по отношению к исходным показателям. Внедрение метода ПНФ в комплексную реабилитацию позволило улучшить психоэмоциональный статус у пациентов после церебрального инсульта в подостром периоде. Отмечено развитие активных движений в нижних и верхних конечностях по функциональной шкале Bartel, что повысило уровень жизнедеятельности пациентов и придало им независимость от окружающих.

Чаборзода М.С., Музафарова М.Э.

ФАКТОРЫ РИСКА И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕСТАЦИОННОГО ДИАБЕТА СРЕДИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В РЕГИОНЕ ВЫСОКОЙ РОЖДАЕМОСТИ

Кафедра эндокринологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Анварова Ш.С.

Цель исследования. Разработать меры профилактики гестационного сахарного диабета (ГСД) на основе уточнения факторов риска развития заболевания, осложнений, а также характеристики региона проживания.

Материал и методы. Исследования проводились на базе Республиканского эндокринологического отделения медицинского центра №1 имени Ахмедова Карима г. Душанбе. Обследовался контингент женщин генеративного возраста на предмет диагностики гестационного диабета, выявления факторов риска, меры профилактики и лечения, предупреждения осложнений.

Результаты исследования. Тщательный анализ амбулаторных карт и историй болезней 50 пациенток с диагнозом ГСД позволил отметить ряд специфических особенностей. Основным фактором риска ГСД в указанных наблюдениях явились избыточный вес и ожирение I, II и III ст. Патология преимущественно встречалась у женщин в возрасте 30 лет и старше (64%), причем наряду с прегравидарным ожирением, отмечалась избыточная прибавка веса в течение беременности. Так, индекс массы тела (ИМТ) $37,5 \text{ кг/м}^2$ отмечался у 12% пациенток. Тошачковая гипергликемия, как фактор риска ГСД отмечалась у 68% пациенток. Гипергликемия после 36 недель гестации отмечалась у 6% пациенток, обусловившая позднюю диагностику ГСД. Гестоз у пациенток с ожирением II-III степеней отмечался у 24% пациенток. Уменьшение уровня фолатов при висцеральном ожирении является одним из дополнительных факторов риска ГСД, также, как и витамин Д, повышающий инсулиновую резистентность при ГСД. В постановки диагноза ГСД большое значение имеет сочетание выявленных факторов риска. Таким образом ГСД возникает в период беременности и часто исчезает после родов. Тем не менее у женщин, у которых был выявлен ГСД растет вероятность развития СД 2 типа в будущем. Ранее выявление и адекватное лечение ГСД могут снизить риск осложнений для матери и ребенка, что особенно актуально для региона, характеризующегося высокой рождаемостью. Меры профилактики включают повсеместное и обязательное проведение теста на толерантность к глюкозе с использованием 75 гр глюкозы на исследуемого для исключения ГСД. С целью диагностики ГСД используются пороговые значения концентрации глюкозы в плазме крови, определенные в рекомендациях ADPSC и подтвержденные ВОЗ: натощак $\geq 5,1-6,9 \text{ ммоль/л}$; после 1 часа глюкозной нагрузки $\geq 10,0 \text{ ммоль/л}$ и после 2 часов глюкозной нагрузки $\geq 11 \text{ ммоль/л}$. При постановке диагноза ГСД учитывается хотя бы одно из трех значений уровня глюкозы в венозной плазме, равное или превышающее установленный порог. В проведении профилактических мероприятий предусматривается активное участие, как эндокринолога, так и акушер - гинеколога.

Выводы. Таким образом, в регионе высокой рождаемости с целью проведения эффективных мер профилактики по ранней диагностики благоприятного ведения беременности, её исходов и в последующем послеродовом периоде, направленных на предупреждение развития СД 2 типа у данного контингента женщин и их потомства, возникает жизненно-важная необходимость организации Центра по ведению больных беременных с ГСД и СД 1 и 2 типа с беременностью.

Шавкатхуджаев Х.Н., Муллаева С.И., Бахранова Д.Ф.

ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА СНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ

Кафедра внутренних болезней Ташкентского государственного стоматологического института. Узбекистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Урунбаева Д.А.

Цель исследования. Изучение качества сна у больных сахарным диабетом 2 типа с диабетической полинейропатией.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе отделения эндокринологии Национального медицинского центра, где были отобраны 20 пациентов с сахарным диабетом 2 типа и диабетической нейропатией, а также обследованы 10 человек без диабета в качестве контрольной группы. Средний возраст пациентов составил $52,8 \pm 7,7$ года, из них 12 женщин и 8 мужчин, в то время как в контрольную группу вошли 7 женщин и 3 мужчины, средний возраст составил $53,4 \pm 6,1$ года. У пациентов измеряли уровень гликемии натощак и уровень постпрандиальной гликемии, а также уровень гликированного гемоглобина. Пациенты с тяжелыми осложнениями диабета и тяжелыми сопутствующими заболеваниями в исследование не включались. Для диагностики дистальной симметричной сенсомоторной полинейропатии у пациентов использовалась шкала общих неврологических симптомов (TSS) (D. Ziegler et al.). Шкала общих неврологических симптомов (TSS) выделяет 4 основных симптома полинейропатий: парестезии в руках и ногах, ощущение жжения, покалывания и наличие или отсутствие боли оценивается в общем порядке. Согласно этой шкале, частота и тяжесть неврологических симптомов оцениваются по шкале от 0 до 3,66. Для определения качества сна пациентов использовался опросник Питтсбургского индекса качества сна (PSQI). Опросник состоит из 19 пунктов, и на основании ответов на вопросы, оценивается качество сна баллами от 0 до 21. Оценка выше 5 указывает на нарушение сна.

Результаты исследования. Результаты показали, что у всех обследованных пациентов выявлена декомпенсация сахарного диабета. При этом гликемия натощак составила $9,3 \pm 3,1$ ммоль/л, постпрандиальная – $14,7 \pm 3,81$ ммоль/л, гликированный гемоглобин – $9,8 \pm 2,7\%$ ($p < 0,05$). Средний показатель TSS составил $6,96 \pm 0,33$ балла, что свидетельствует о развитии у пациентов дистальной симметричной сенсомоторной полинейропатии. У 12 (60%) пациентов диагностирована болевая диабетическая полинейропатия, у 8 (40%) — безболевая. При изучении качества сна пациентов было выявлено, что 80% пациентов сообщили о нарушении качества сна. Оценка по опроснику PSQI при болевом типе диабетической нейропатии составила $13,9 \pm 4,1$ балла, при безболевого типа – $6,4 \pm 1,2$ балла ($p < 0,05$). При изучении гендерной специфики этого опросника было обнаружено, что у женщин качество сна хуже, чем у мужчин ($11 \pm 3,4$ балла против $7,5 \pm 1,3$ балла, $p < 0,05$).

Выводы. Подводя итог, это исследование показало, что 80% нашей исследуемой популяции имеют плохое качество сна. Никтурия, болевая форма ДПНП у больных СД 2 типа являются факторами, значительно связанными с плохим качеством сна. Существует значительная корреляция между тяжестью периферической диабетической нейропатии и качеством сна (глобальный рейтинг PSQI). Чем тяжелее степень периферической диабетической нейропатии и чем сильнее боли ночью, тем хуже качество сна.

Шадиев А.М.

РОЛЬ ЭНДОСОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА В УСЛОВИЯХ СКОРОПОМОЩНОГО СТАЦИОНАРА.

ГБУЗ НИИ СП им Н.В.Склифосовского. Россия

Научный руководитель - д.м.н., Тетерин Ю.С.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с холедохолитиазом путем внедрения в лечебно-диагностический алгоритм эндоскопическую ультрасонографию (ЭУС).

Материал и методы. За период с августа 2020 года по август 2022 года в НИИ СП имени Н.В. Склифосовского поступило 1690 человек с диагнозом ЖКБ: калькулезный холецистит. Из них 225 человек с гипербилирубинемией или подозрением на наличие конкрементов в желчных протоках. У 95 (42,2%) пациентов были выполнены ЭУС – они явились материалом данного исследования. Средний возраст пациентов $56,5 \pm 1,2$ года. Женщин было 61, мужчин – 34. Из инструментальных методов диагностики использовалось: ТА УЗИ органов брюшной полости, ГБСГ - оценивалось время полувыведения радиофармпрепарата из печени и общего желчного протока, диагностическая ЭГДС с прицельным осмотром БДС и ЭУС - исследование проводили с помощью конвексного (линейного) эхоэндо-скопа и ультразвукового модуля фирмы в положении пациента на левом боку под местной анестезией.

Результаты исследования. При УЗИ из 95(100%) пациентов у 15(15,8%) ложно-положительные результаты, у 47(49,5%) - ложно-отрицательные, у 12(12,6%) - истинно-положительные, у 21(22,1%) - истинно-отрицательные. При сцинтиграфии из 25(100%) пациентов у 14(56,0%) ложно-положительные результаты, у 2(8,0%) - ложно-отрицательные, у 6(24,0%) - истинно-положительные, у 3(12,0%) - истинно-отрицательные. Таким образом, всем 95 пациентам после первичной диагностики, у которых подтвержден или исключен холедохолитиаз, выполнено контрольное ЭУС. При ЭУС из 95(100%) пациентов у 58(60,9%) истинно-положительные результаты, у 37(39,1%) - истинно-отрицательные. При ЭРХГ у 68(71,6%) пациентов истинно-положительные результаты. Таким образом, из 95 пациентов с подозрением на холедохолитиаз, лишь у 62 (65,2%) пациентов был подтвержден диагноз, у 33 (34,8%) - исключен, что позволило избежать необоснованного выполнения РХПГ. Окончательный диагноз при помощи ЭУС удалось установить у всех пациентов (100,0%). Всем пациентам, у которых после ЭУС был выявлен или подтвержден диагноз холедохолитиаз, в срочном порядке было выполнена ЭРХГ, при которой подтвердилось наличие конкрементов, и литоэкстракция. Осложнений не наблюдалось.

Выводы. Наряду с ЭУС, транспапиллярные рентгенологические методы обладают столь же высокой чувствительностью и специфичностью, однако высокий риск развития послеоперационных осложнений после ретроградных вмешательств объясняет необходимость их применения только в случаях уже выявленного холедохолитиаза и необходимости папиллосфинктеротомии с последующей литоэкстракцией, тогда как ЭУС, позволяет избежать выполнения необоснованного ЭРХГ тем самым в более короткие сроки и с меньшими рисками определить дальнейшую тактику ведения пациента.

Шамсиев Э.Д., Урунова Ш.Д., Рахмонов Р.Р.

ГОРМОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ НЕВРОЗЕ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им профессора М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Нажмидинова М.Н.

Цель исследования. Изучить гормональные нарушения, происходящие в организме женщин в климактерическом периоде.

Материал и методы. В рамках исследования планировалась оценить влияние гормональных нарушений на физическое, эмоциональное и психологическое состояние женщин, а также выявить эффективные методы их коррекции и профилактики. В ходе исследования применялись следующие методы. Клинический метод: обследование женщин в возрасте 40-60 лет для выявления симптомов климактерического синдрома и гормональных нарушений. Лабораторные исследования: анализ уровня гормонов, таких как эстрогены, прогестерон, ФСГ (фолликулостимулирующий гормон), ЛГ (лютеинизирующий гормон), чтобы оценить изменения гормонального фона. Психологическое тестирование: анкеты и опросники для диагностики депрессии, тревожности и других психоэмоциональных расстройств.

Результаты исследования. Гормональные изменения: у женщин в климактерическом периоде наблюдается значительное снижение уровня эстрогенов и прогестерона. Это связано с угасанием функции яичников, что приводит к нарушению менструального цикла. Уровень фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и лютеинизирующего гормона (ЛГ) повышается, что свидетельствует о начале менопаузы. Физические симптомы: 80% женщин отмечают наличие таких симптомов, как приливы, жара, ночной пот, головные боли и сухость во влагалище, 60% женщин испытывают боли в суставах и мышцах, а также проблемы с массой тела увеличен. Женщины, получавшие гормональную терапию или препараты, направленные на улучшение психоэмоционального состояния (антидепрессанты, транквилизаторы), показали значительное улучшение симптомов. Пациенты, прошедшие комплексную терапию (гормональную, психотерапевтическую, физическую активность), отметили улучшение качества жизни.

Выводы. Гормональные изменения при климактерическом периоде оказывают значительное влияние на физическое и психоэмоциональное состояние женщин. Наиболее выраженными являются симптомы, такие как приливы, ночной пот, депрессия, тревожность и нарушение сна.

Шарапова А.М.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ В ТЕЛЕМЕДИЦИНЕ

Центр дистанционного обучения ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан». Таджикистан.

Научный руководитель - Миршарофов М.М.

Цель исследования. Провести анализ современных подходов к терапии с применением телемедицинских технологий, выявить их преимущества, ограничения и перспективы внедрения в клиническую практику.

Материал и методы. В исследовании использованы данные международных публикаций, нормативных документов и клинических рекомендаций, касающихся телемедицины в терапии. Проведен сравнительный анализ эффективности дистанционного ведения пациентов по сравнению с традиционными методами лечения.

Результаты исследования. Телемедицинские технологии представляют собой революционное решение, которое значительно расширяет доступность медицинской помощи, особенно в удаленных и труднодоступных регионах, где традиционные медицинские услуги могут быть ограничены. Благодаря использованию современных цифровых платформ пациенты могут получать консультации и лечение, не покидая своего дома, что особенно важно для людей с ограниченной мобильностью или теми, кто живет в сельской местности. Исследования показывают, что дистанционные консультации не только способствуют своевременному выявлению заболеваний, но и позволяют врачам оперативно корректировать терапию, что в свою очередь значительно повышает приверженность пациентов к лечению. Это особенно актуально для хронических заболеваний, где регулярный мониторинг и адаптация лечения играют ключевую роль в поддержании здоровья пациента. Тем не менее, несмотря на очевидные преимущества телемедицины, существуют и определенные проблемы, которые требуют внимания. Во-первых, технические ограничения, такие как нестабильное интернет-соединение или недостаток доступа к необходимым устройствам, могут стать серьезным барьером для некоторых пациентов. Во-вторых, правовые аспекты, включая вопросы конфиденциальности и защиты данных, требуют четкой регуляции, чтобы обеспечить безопасность и доверие пользователей. Наконец, восприятие телемедицины среди медицинских специалистов также остается неоднозначным: некоторые врачи могут скептически относиться к эффективности дистанционного взаимодействия, что может препятствовать интеграции этих технологий в повседневную практику. Таким образом, несмотря на значительные достижения в области телемедицины, для ее успешной реализации необходимо преодолеть существующие преграды, что потребует совместных усилий со стороны медицинских учреждений, технологических компаний и государственных органов.

Выводы. Телемедицина является перспективным направлением в терапии, позволяя оптимизировать медицинскую помощь. Для эффективного внедрения необходимо совершенствование нормативной базы, обучение специалистов и развитие инфраструктуры телемедицины.

Шарипов Ш.А., Курбонова М.Н., Абдуллоев Ф.С
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОККЛЮЗИОННО-СТЕНОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г.Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель- к.м.н., доцент Исрофилов М.О.

Цель исследования. Изучить особенности когнитивных нарушений (КН) на фоне окклюзионно-стенотических поражений внутренних сонных артерий.

Материал и методы. Анализ подвергнуты результаты комплексного клинко-инструментального обследования 96 пациентов с поражениями ВСА окклюзионного (n=24) и stenotического (n=72) характера. Основную когорту обследованных пациентов составили мужчины – 71 (73,9%) пациентов, тогда как женщин всего было - 25 (26,1%). Возраст обследованных варьировал от 57 до 69 лет и в среднем составил 60,2±4,6 лет.

У большинства пациентов (n=77; 80,2%) имелась II степень и в 19 (19,8%) наблюдениях III степень хронической ишемии головного мозга. Наличие и характер КН были изучены на основании Монреальской шкалы когнитивной оценки «Mo-CA». Полученные в ходе анкетирования результаты внесены в программу Excell и были подвергнуты статистической обработке с помощью программы Statistica 10/0.

Результаты исследования. Анализ данных показал, что еще до развития симптомов хронической ишемии головного мозга у пациентов развивается КН характеризующиеся различными симптомами и мозаичностью проявлений. Следует отметить, что на фоне stenotического поражения сонных артерий у пациентов с её окклюзиями наблюдается гораздо тяжелое течение КН. Более того, характер симптомов у последних складывалась из множества различных клинических проявлений, тогда как при сохранном кровообращении имела место только легкие формы КН с всего несколькими симптомами.

Результаты тестирования показали, что на фоне снижения притока артериальной крови к головному мозгу отмечается снижение памяти и воспоминания пациентов, пространственно-зрительного их способности, а также возможности решения исполнительных задач. Среднее значение ответов по шкале Mo-CA у всей когорты обследованных составил 20,4±2,6 баллов, в том числе у пациентов с II степень хронической ишемии – 20,8±2,8 баллов и с III степенью – 19,6±2,2 баллов. Более того имелось значимое различие результатов у лиц с окклюзией сонных артерий (18,1±2,5 баллов) по сравнению с пациентами со stenotическими их поражениями (24,6±3,4 баллов). В связи с вышеуказанным проводился корреляционный анализ на выявление факторов риска и утяжеления КН. Было выявлено, что как тяжесть течения хронической ишемии ($r=0,83$; $p=0,036$), так и степень поражения сонных артерий ($r=0,86$; $p=0,0012$) имеют прямую корреляционную связь со степенью тяжести КН.

Выводы. У пациентов с окклюзионно-стенотическими поражениями еще до симптомов хронической ишемии развиваются когнитивные нарушения, характер которых зависит от степени хронической ишемии головного мозга и облитерирующего процесса в сонных артериях.

Шарифбоев А.Х., Мусоева З.Б., Назарова Г.О.
СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ КО-ДИРОТОНА

Кафедра внутренних болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

ГМИЦ №1 им. К.Ахмедова. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Сохибов Р.Г.

Цель исследования. Изучить влияние ко-диротона10 (лизиноприл 10мг+гидрохлортиазид 12,5мг) на суточный профиль артериального давления у больных артериальной гипертонией.

Материал и методы. Обследовано 24 пациента в возрасте от 60 до 71 года, страдающих гипертонической болезнью II стадии, II степени тяжести (классификация ВОЗ/ МОГ 1999). Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) проводили с помощью монитора Terminal Hewlett Packard (США) с последующей компьютерной обработкой данных. Интервалы между измерениями в период бодрствования составляли 15 минут, в период ночного сна-30 минут. Исследование начиналось в 12 и заканчивалось в 14 часов следующего дня. При этом первые 2 часа исключали из анализа в связи с возможностью наличия синдрома «белого халата». Оценивали стандартный набор показателей циркадного ритма артериального давления (АД), рассчитывали средние значения систолического АД (САД_c), дневное (САД_д) и ночное (САД_н), соответственно и для диастолического АД. Суточный индекс (СИ) рассчитывали по формуле: $СИ = \frac{АД_д - АД_н}{АД_д} \times 100\%$. В зависимости от величины снижения СИ пациентов относили к той или иной группе по профилю АД: дипперы(dippers), нондипперы(non-dippers), гипердипперы(over-dippers), найт-пикеры(night-peakers).

Результаты исследования. По результатам СМАД до лечения больные распределились следующим образом: dippers-33,2%, non-dippers-50,0%, over-dippers-12,5%, night- peakers-8,4%. После курса гипотензивной терапии количество пациентов с физиологическим профилем АД - «dippers» увеличилось на 21,4%. Число больных: «non-dippers», «over-dippers», «night- peakers» уменьшились соответственно на 21%; 4,0% и 3,4%.

Выводы. У пожилых больных гипертонической болезнью в основном преобладают патологические типы суточного профиля АД. Ко-диротон 10 в средне-терапевтических дозах существенно улучшает циркадные колебания АД у данной категории пациентов.

Шарифбоев А.Х., Мусоева З.Б., Обидова С.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗАРТАНА У ПОЖИЛЫХ ЛИЦ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И КОМОРБИДНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

Кафедра внутренних болезней № 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

ГУ «ГМИЦ №1 им. К.Ахмедова г. Душанбе». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Умаров А.А.

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность лазартана у больных пожилого возраста, страдающих АГ и коморбидной депрессией.

Материал и методы. В исследование включены 29 больных АГ (9 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 60 до 74 лет, страдающих наряду с основным заболеванием депрессией. У 4 пациентов имела место АГ I –й, у 25 – 2-й степени тяжести. В исследование включены больные с аффективными расстройствами. Для выявления депрессивных расстройств использовалась Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, а оценка тревоги опросником тревоги Спилбергера. Суммарный балл по каждой из-под шкал в пределах 8-10 баллов указывает на субклиническую тревогу/депрессию, 11 и более баллов – на клинически выраженную тревогу/депрессию. Больные рандомизированы на две группы: первая (основная) включала 15 больных, принимающих лазартан в начальной дозе 50 мг 1 раз в день. Вторую (контрольную) группу составили 14 больных, получавшие кардиоселективный β^1 -адреноблокатор бисопролол в дозе 5мг. Динамику состояния оценивали до и после 6-недельного курса назначения препаратов.

Результаты исследования. На фоне приема лазартана в основной группе отмечено снижение систолического АД(САД) на 13,6% и диастолического АД (ДАД) на 16,2%. Частота сердечных сокращений (ЧСС) имела тенденцию к урежению. Отмечено улучшение общего самочувствия больных, уменьшение головных болей, головокружения и одышки. Анализ показателей психологического состояния показал некоторую положительную динамику. В контрольной группе назначение бисопролола также привело к значительному снижению как САД, так и ДАД. Степень урежения ЧСС была более выраженным, чем в основной (на 10,3%), что вероятнее всего обусловлена отрицательным хронотропным действием препарата. В литературе имеются сведения о том, что применение бета-адреноблокаторов могут способствовать развитию депрессии. Дальнейшее не усугубление исходно высоких баллов депрессии и тревоги при назначении бисопролола, по-видимому, обусловлено селективностью препарата, а также тем что он является водорастворимым, не проникает через гематоэнцефалический барьер и не угнетает ЦНС. С другой стороны, доза препарата была не максимальной и курс лечения непродолжительным.

Выводы. Результаты исследования позволяют сделать заключение, что лазартан в оптимальной дозе может применяться в качестве гипотензивного препарата у больных АГ и коморбидной депрессией. Для достижения желаемого результата у данной категории больных целесообразно назначение антидепрессантов, улучшающих качество их жизни.

Шарифзода Х.Ш., Шарифджони Ф.М., Одинаев А.Г.

ВЫЯВЛЕНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ НЕ СВЯЗАННОЕ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ И ЙОДОДЕФИЦИТОМ

Кафедра медицинской психологии НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана». Таджикистан.

Научный руководитель - старший преподаватель кафедры Кадырова З. Д.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь между йод дефицитным состоянием и психоэмоциональным статусом студентов НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

Материал и методы. Исследование проводилось в Научно-клиническом центре при НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» г.Душанбе в период с 2023. В ходе исследования использовался комплексный подход, включающий медицинское обследование и психологическое тестирование для определения психоэмоционального состояния студентов.

Исследовано 130 студентов II-го курса (средний возраст- $18 \pm 1,4$ лет). Проведен опрос и ультразвуковое исследование аппаратом УЗИ «LOGIO -09». В зависимости от пола, студенты были разделены на 2 группы: I группу составили 62(47,6%) студентов мужского пола (средний возраст $18,0 \pm 1,9$ лет). Вторую группу составили 68(52,3%) студентов женского пола (средний возраст $18,0 \pm 1,4$ лет). Дополнительно были применены следующие психологические методы, где у 94 студентов по результатам тестирования были выявлены психологические изменения, однако по УЗИ патология щитовидной железы не была обнаружена.

1. Шкала самооценки депрессии Бека (Beck Depression Inventory, BDI). Этот тест помогал оценить наличие и степень выраженности депрессивных симптомов на ранних этапах 4 студентов (3,0%)

2. Шкала самооценки тревоги Спилбергера-Ханина (State-Trait Anxiety Inventory, STAI). Тест измерял два вида тревожности: ситуативную (реакцию на конкретные обстоятельства) и личностную (устойчивое свойство характера) 40 студентов (30,7%)

3. Тест на определение уровня стресса (Perceived Stress Scale, PSS). Это методика определяет субъективное восприятие человеком уровня стресса в своей жизни. Итоговая оценка позволяла определить степень хронического стресса 50 студентов (38,4%)

Результаты исследования. В результате опроса и дополнительно проведенное ультразвуковое исследование щитовидной железы, для определения размеров и структур щитовидной железы, выявлены увеличение размеров щитовидной железы: 1 степени у 12 (19,3%) I групп студентов мужского пола, 2 степени 24(35,2%) II групп женского пола и на основании осмотра и симптомов; головные боли, раздражительность, нарушение сна выявлены йод дефицитное состояние. Также проведенные психологическое тестирование, показало повышенный уровень тревож-

ности и депрессивных симптомов у большинства студентов, особенно среди тех, кто предъявлял жалобы на ухудшение самочувствия.

Выводы. характерной для студенческой среды.

Так. Эти данные позволяют предположить, что часть жалоб могла быть связана не столько с дефицитом йода, сколько с повышенным уровнем стресса и эмоциональной нагрузкой им образом проведенное исследование подтверждают важность проблемы йод дефицитного состояния среди молодого возраста преимущественно среди девушек, так как они более эмоциональны.

Вместе с тем, полученные данные указывают на необходимость учитывать психологические факторы, такие как стресс и тревожность, при оценке состояния здоровья студентов. Для эффективного решения данной проблемы рекомендуется комплексный подход, включающий не только профилактику дефицита йода через полноценное питание, но и поддержку психоэмоционального благополучия студентов посредством консультирования и мероприятий по снижению уровня стресса.

Шарифова Ш.А., Хамроева М.А., Каримова М.Р.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ, ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

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

Научный руководитель - д.м.н., профессор Мустафакулова Н.И.

Цель исследования. Изучить особенности течения и современные подходы к диагностике и лечению мерцательной аритмии (МА).

Материал и методы. Обследованы 87 пациентов с МА в возрасте от 49 до 77 лет, госпитализированных в кардиологическое отделение в 2024 году. Среди них 50 - мужчин и 37 - женщин. Проведены общеклинические и биохимические анализы крови, ЭКГ, ЭхоКГ.

Результаты исследования. В 69% случаев наблюдалась пароксизмальная форма, в 27% - персистирующая, в 4% - постоянная форма. У 42% пациентов выявлены структурные заболевания сердца (ИБС, гипертрофия миокарда, клапанные пороки). 31% пациентов имели сахарный диабет 2 типа и хроническую болезнь почек, что повышало риск тромбоэмболий. Антикоагулянтная терапия применялась у 73% пациентов, из них 89% переносили лечение без значимых осложнений. Электрическая кардиоверсия оказалась эффективной в 88% случаев пароксизмальной формы, тогда как при постоянной форме требовался контроль частоты сердечных сокращений (β-блокаторы, антагонисты кальция).

Выводы. Мерцательная аритмия остаётся важной проблемой современной кардиологии из-за высокого риска инсульта и сердечной недостаточности. Современные стратегии лечения включают контроль ритма и частоты, антикоагулянтную терапию, а также катетерную абляцию у резистентных пациентов. Выбор тактики лечения должен учитывать индивидуальные особенности пациента и коморбидную патологию.

Шералиев С.Дж., Джобирзода А.Б., Нёматов С.С.

ВИДЫ И ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - Давлатмирова Г.Ш.

Цель исследования. Изучить структуру и частоту осложнений у пациентов, перенесших инсульт, и определить их влияние на клинический прогноз.

Материал и методы. В период с 2024 по 2025 г. проведено ретроспективное исследование 50 пациентов (28 женщин, 22 мужчины, средний возраст 68 лет) с ишемическим (75%) и геморрагическим (25%) инсультом. Оценивались: неврологические осложнения (двигательные, речевые нарушения, дисфагия), соматические осложнения (инфекционные, тромбоэмболические), психоэмоциональные и когнитивные расстройства, КТ/МРТ головного мозга, лабораторные и инструментальные методы.

Результаты исследования. Неврологические осложнения (84% случаев): двигательные нарушения: гемипарез (58%), спастичность (42%), речевые расстройства: афазия (28%), дизартрия (18%), дисфагия: затруднение глотания (22%), аспирационная пневмония (12%). Соматические осложнения (46%) - инфекционные: пневмония (20%), ИМП (16%), тромбоэмболические: ТЭЛА (6%), тромбоз глубоких вен (10%), другие: пролежни (8%), эпилепсия (6%). Психические и когнитивные нарушения (36%)- депрессия (24%), тревожные расстройства (14%). Сосудистая деменция: 10% (в течение 1 года). Зависимость от типа инсульта: ишемический: преобладали когнитивные нарушения (16%), спастичность (46%). Геморрагический: выше риск эпилепсии (10%), внутричерепной гипертензии (8%).

Выводы. Осложнения инсульта носят полисистемный характер и встречаются у 84–88% пациентов. Наиболее частые неврологические нарушения — гемипарез и афазия; среди соматических — пневмония и тромбозы. Психоэмоциональные расстройства (депрессия, тревога) ухудшают реабилитационный потенциал. Ранняя диагностика осложнений (первые 72 часа) и мультидисциплинарный подход (невролог, реабилитолог, психолог) критически важны для улучшения прогноза.

Ширинов Н.М., Шарипов М.Д.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМ СТАЖЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

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

Научный руководитель – к.м.н. Исмагулозода С.И.

Цель исследования. Определить риск развития инфаркта миокарда у больных болеющих гипертонической болезнью в течении 10 лет и более, в сравнении с больными со стажем заболевания до 10 лет.

Материал и методы. В период с середины сентября по начало декабря 2024 года проведено исследование 20 пациентов, госпитализированных в отделения Республиканского клинического центра кардиологии Республики Таджикистан (РКЦК РТ), с гипертонической болезнью каждый из которых перенес инфаркт миокарда. Исследуемые больные были представителями обоих полов среди которых 12 (60%) пациентов являлись мужчинами и 8 (40%) пациентов являлись женщинами в возрасте от 48 до 88 лет. Средний возраст исследуемых пациентов составил 66,2 лет. Диагноз гипертоническая болезнь и инфаркт миокарда у исследуемых пациентов были подтверждены с помощью данных, собранных из анамнеза болезни, лабораторных и инструментальных методов исследования, таких как, биохимический анализ крови (АСАТ - аспаратаминотрансфераза, креатинфосфокиназа), анализ кардио-чувствительных маркеров крови (тропонин, миоглабин), измерение артериального давления, проведение электрокардиографии, трансторакальной и трансэзофагеальной эхокардиографии.

Результаты исследования. При исследовании 20 госпитализированных пациентов, перенесших инфаркт миокарда разными сроками, болели гипертонической болезнью 15 (75%) из них болели гипертонической болезнью в течении 10 и более лет из которых 11 (55%) пациентов были мужчинами и 4 (20%) пациентов были женщинами. Только 5 из исследуемых пациентов которое составляет 25% из общего количество болели гипертонической болезнью сроком до 10 лет (от 4 до 8 лет) из которых 4 (20%) пациентов были женщинами и только 1 (5%) пациент был мужчиной. Исследование выявило что у мужчин болеющих гипертонической болезнью в течении 10 и более лет риск развития инфаркта миокарда в три раза больше чем у больных болеющих гипертонической болезнью менее 10 лет, а для женщин риск развития инфаркта миокарда одинаков как для болеющих 10 и более лет, так и для болеющих до 10 лет.

Выводы. Из представленных данных можно делать вывод, что из-за непредвиденности развития инфаркта миокарда к женщинам болеющими гипертонической болезнью следует уделять особое внимание с началом заболевания, а к мужчинам серьезно насторожиться при сроке заболевания 10 и более лет. Эти данные требуется учесть при госпитализациях и для ведения амбулаторных наблюдений больных с гипертонической болезнью с целью предотвратить инфаркт миокарда при появлении предшествующих симптомов и вовремя оказать медицинскую помощь при наступлении ее самой.

Шобобоев Б.Ш., Джобирзода А.Б., Сулаймонов С.А.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТАМИ МОЗЖЕЧКА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - Давлатмирова Г.Ш.

Цель исследования. Изучить нейропсихологические нарушения у больных в остром периоде церебеллярных инсультов.

Материал и методы. Исследование было проведено на кафедре неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Обследовано 20 пациентов с ишемическими инсультами в области мозжечка в возрасте от 40 до 60 лет, средний возраст $45 \pm 0,5$ года, 12 мужчин и 8 женщин. В зависимости от бассейна кровоснабжения больные были разделены на следующие группы: верхней мозжечковой артерии (n=6), передней нижней мозжечковой артерии (n=4), задней нижней мозжечковой артерии (n=10). Больным проводилось клинико-неврологическое исследование, КТ и МРТ, дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов. Тяжесть неврологического статуса определялась по шкале инсульта Национального института здоровья, нейропсихологический статус-шкала MMSE, оценивался уровень сознания по шкале ком Глазго.

Результаты исследования. В результате оценки психического статуса (шкала MMSE) средний балл обследования всех пациентов составил $26,86 \pm 0,4$. Расстройства когнитивных функций распределились следующим образом: показатель в пределах возрастной нормы – 18,84% случаев, показатель недементных нарушений – 54,14% случаев, дементные составили – 27,92%. Анализ распределения когнитивных нарушений в зависимости от бассейна кровоснабжения показал следующие результаты: в группе верхней мозжечковой артерии: нет нарушений 21,46%, недементные нарушения 64,34%, дементные 14,2%. В группе ПНМА: нет нарушений 16,73%, недементные нарушения 83,27%, дементных не было. В группе ЗНМА: нет нарушений 6,26%, недементные нарушения 46,93%, дементные 46,81%. У больных с ишемическими инсультами в мозжечке расстройство ориентировки во времени встречалось в 24,72% случаев, нарушение ориентировки в 32,91%, нарушения восприятия в 1,27%, нарушение памяти регистрировалось в 60,13%, речи и чтения в 72,94%, внимания и счета в 18,82%.

Выводы. Нейропсихологические нарушения, развивающиеся у больных в остром периоде ишемического инсульта мозжечка, имеют значимые особенности в зависимости от бассейна кровоснабжения, локализации очага ишемии и наблюдаются чаще при инсультах мозжечка в бассейне задней нижней мозжечковой артерии.

ОЖИРЕНИЕ КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА: ПРОБЛЕМЫ ВЫБОРА САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Кафедра эндокринологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Пирматова М.А.

Цель исследования. Оценить частоту влияния ожирения как риск развития сахарного диабета 2 типа (СД2), его взаимосвязь с метаболическими нарушениями и эффективность различных стратегий стартовой терапии у данных пациентов.

Материал и методы. В исследование включены 316 пациентов с СД 2 типа, средний возраст $54,9 \pm 10,2$ года. Исследование проводилось на базе городского медицинского центра №1 города Душанбе. Среди проанализированных больных было 211 (66,7%) женщин и 105 (33,3%) мужчин. Нами оценивался возраст пациентов, оценка антропометрических данных (рост, масса тела, рассчитывался индекс массы тела (ИМТ)), уровень артериального давления, стаж диабета, кроме того, и лабораторные исследования (биохимический анализ крови, уровень гликированного гемоглобина, почечные пробы, печеночные пробы) также был проведен подсчет скорости клубочковой фильтрации по формуле MDRD и определялись стадии ХБП. Проведена оценка сахароснижающей терапии у больных с ожирением. Статистический анализ данных проводился с использованием программ SPSS и R, критерий значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. По итогу анализа нами из 316 больных выявлены 91 (28,8%) больных с разной степенью ожирения, средний возраст составил $52,6 \pm 4,3$ лет, из них 72 женщины и 19 мужчин, со стажем диабета лет от 2 до 25 лет, средний стаж составил $8,8 \pm 6,2$ лет. Пациенты были разделены на группы в зависимости от степени ожирения по индексу массы тела (ИМТ): ожирение 1 степени (ИМТ ≥ 30 - $34,9$ кг/м²) 55 (17,41%) человек, ожирение 2 степени (ИМТ ≥ 35 - $39,9$ кг/м²) – 22 (6,96%) человек и 3 степени ожирения (ИМТ ≥ 35 - $39,9$ кг/м²) – 14 (4,43%) человек. Из этого количества больных нами выделены лица со стажем диабета до 3 лет. По итогам выявлены 9 (2,8%) больных с сахарным диабетом 2 типа, с ожирением разной степени и стажем до 3 лет. При этом с 1 степенью ожирения выявлено – 4 (1,27%) больных, со 2 степенью – 2 (0,63%) больных: с 3-степенью – 3 (0,95%) лиц. Оценивались лабораторные показатели у лиц с ожирением: пациентов средний уровень HbA1c составил – 10,09%, уровень глюкозы крови натощак 7,8 ммоль/л: подсчет уровня скф – 63,87 мл/мин/1,73 м² у пациентов с ожирением. Анализ сахароснижающей терапии у больных СД 2 типа со стажем диабета до 3 лет выявил, что 5 больных получают комбинированную терапию: метформин и препараты сульфонилмочевины (Диабетон, Глюренорм), 1 больной получает комбинированную терапию метформин и ингибиторы ДПП-4, 2- монотерапию препаратами ингибиторов ДПП-4 и 1 больной получает инсулинотерапию. С учетом влияния ожирения на метаболические нарушения рекомендуется пересмотреть стратегии сахароснижающей терапии. Пациентам с ожирением следует отдавать предпочтение препаратам, способствующим снижению массы тела (ингибиторы НГЛТ-2, агонисты ГПП-1), а использование сульфонилмочевины и инсулинотерапии должно быть ограничено пациентами с диабетом. Также ключевым компонентом лечения остается модификация образа жизни – диетотерапия, увеличение физической активности.

Выводы. Ожирение является ведущим фактором риска развития и прогрессирования сахарного диабета 2 типа (СД2). У 28,8% пациентов с СД2 выявлено ожирение различной степени, что подтверждает тесную взаимосвязь между избыточной массой тела и нарушением углеводного обмена. Ожирение усугубляет течение СД2, ухудшает гликемический контроль и снижает функцию почек, что требует более агрессивного подхода к лечению. Пациенты с ожирением должны получать комплексное лечение, включающее не только сахароснижающую терапию, но и активную коррекцию массы тела (диетотерапия, физическая активность). Использование инсулина и сульфонилмочевины у пациентов с ожирением требует осторожности, так как эти препараты могут способствовать увеличению массы тела, что усугубляет метаболические нарушения.

Шодиева М.О., Мадалиев К. А.

СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ РУБЦОВЫХ АТРОФОДЕРМИЯХ

Кафедра дерматовенерологии им. проф. П.Т. Зоирова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н. Мухаммадиева К.М.

Цель исследования. Изучить сопутствующую патологию при атрофических рубцовых деформациях кожи.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 105 пациентов с атрофическими рубцами в области лица в возрасте от 18 до 40 лет. С целью выявления сопутствующей патологии всем пациентам проводились клинические анализы крови и мочи, биохимическое исследование венозной крови, УЗИ щитовидной железы и органов брюшной полости. Больные состояли на консультации терапевта, эндокринолога и гинеколога.

Результаты исследования. Из общего числа пациентов с эндокринной патологией было составлено 49 пациентов (46,7%), а с заболеваниями ЖКТ выявлены 46 (43,8%) обследованных. Из этого числа обследованных больных наиболее часто встречалась киста яичника – 16 (15,2%). Кроме того, выявлены эндемический зоб и аменорея по 12 (11,4%) случаев. Наименее редко встречался аутоиммунный тиреоидит и составил всего 9 (8,6%) обследованных. Заболевания ЖКТ выявлены у 46 (43,8%) обследованных пациентов с атрофическими рубцовыми деформациями. Холецисто-панкреатит встречался у 13 (12,4%) обследованных, что насчитывало самую большую патологию из данной группы заболеваний. В данной группе также выявлены такие патологии как гастрит – в 11 (10,5%) случаях, аскаридоз и лямблиоз – у 5 (4,8%) и 6 (5,7%) больных соответственно. Язвенная болезнь желудка наблюдалась всего – у 3 (2,9%) пациентов. Отсутствовали сопутствующие соматические патологии всего у 10 (9,5%) обследованных. Эндокринологические заболевания, как и патология ЖКТ, сопровождалась снижением уровня эстрогенов в крови у 59

(56,2%) пациентов лиц женского пола. Полученные результаты свидетельствуют о том, что средние уровни гормонов (Т3 свободный, Т4 свободный, ТТГ и эстрадиол) статистически значимо отличаются между контрольной группой и группой пациентов с атрофическими рубцами. Показатели Т3 в 1,4 раза ниже различались у пациентов с атрофическими рубцами по сравнению с контрольной группой, его значения составили $2,8 \pm 0,2$ пмоль/л и $3,8 \pm 0,4$ пмоль/л ($p < 0,01$). Т4 также оказались ниже в 2,2 раза у обследованных с рубцами, их показатели составили $7,2 \pm 0,5$ пмоль/л и $16,1 \pm 1,4$ пмоль/л ($p < 0,001$) соответственно. Значительные различия были выявлены в показателях ТТГ, который у пациентов с рубцами в 3,5 раза превышал таковые по сравнению с пациентами контрольной группы ($9,6 \pm 0,6$ мЕд/л против $2,7 \pm 0,2$ мЕд/л, $p < 0,001$). Уровень эстрадиола соответствовал значениям $0,03 \pm 0,01$ нмоль/л у пациентов с атрофическими рубцовыми деформациями лица и $0,52 \pm 0,04$ нмоль/л в контрольной группе ($p < 0,001$).

Вывод. Таким образом, на основании проведённых анализов и консультации смежных специалистов, наиболее часто у пациентов с атрофическими рубцами выявлялась патология органов эндокринной системы, сопровождающаяся снижением гормонов щитовидной железы и эстрогенов.

**Шодиева Ф.Дж., Курбонова М.Н., Шарипов Ш.А.
ОТЁК ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ В ТАДЖИКИСТАНЕ**

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - Холматова Г.К.

Цель исследования. Изучение частоты встречаемости, особенностей клинического течения, диагностики и лечения отёка головного мозга у детей в условиях Таджикистана.

Материал и методы. Объект исследования: дети (возраст 0-14 лет) из различных регионов Таджикистана, госпитализированные с подтверждённым диагнозом «отёк головного мозга» в медицинские учреждения Таджикистана.

Клинический анализ и сбор анамнеза с учётом национальных и региональных особенностей.

Лабораторные исследования включают анализ биохимических показателей крови и ликвора для выявления воспалительных изменений, нарушений водно-электролитного баланса и признаков гипоксии, сопутствующих отёку головного мозга.

Инструментальная диагностика. Нейровизуализация (МРТ, КТ), УЗИ головного мозга.

Размер выборки. Основная группа - 25 детей с диагнозом «отёк головного мозга».

Контрольная группа - 13 здоровых детей.

Результаты исследования. Выявлено, что наиболее частыми причинами отёка мозга у детей в Таджикистане являются нейроинфекции (менингит, энцефалит), тяжёлые черепно-мозговые травмы и перинатальная гипоксия. Поздняя диагностика связана с недостаточной доступностью высокотехнологичных методов обследования в регионах. Клинические проявления включают головную боль, рвоту, судороги, угнетение сознания. По данным МРТ, у 65% пациентов отмечены признаки диффузного отёка, у 35% - очаговые изменения. В лечении наиболее эффективны осмотические диуретики, кортикостероиды, оксигенотерапия и контроль внутричерепного давления. УЗИ головного мозга через родничок позволяло выявлять отёк и признаки внутричерепной гипертензии у новорождённых и младенцев.

Выводы. Поздняя диагностика и ограниченный доступ к современным методам нейровизуализации в регионах Таджикистана осложняют своевременное выявление и лечение отёка мозга у детей. Необходимы программы по улучшению диагностики, повышению квалификации медицинских специалистов и расширению доступности современных методов лечения.

Шоназарова М.А., Куватзода Г.Х.

ЧАСТОТА ВНОВЬ ВОЗНИКШИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФАКТОРЫ ИХ РАЗВИТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ, ПОЛУЧАВШИХ ТЕРАПИЮ ИМАТИНИБОМ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ураков К.З.

Цель исследования. Изучение частоты сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и факторов риска их развития у пациентов с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ) в стадии ремиссии, получавших терапию иматинибом.

Материал и методы. В исследование ретроспективно были включены 43 пациента (мужчин 23; 54%) в стадии ремиссии ОЛЛ, получавших терапию иматинибом в ГУНМИЦ РТ «Шифобахш» в отделении гематологии по программе OPTIC (Optimizing Ponatinib Treatment in CP-CML). Медиана возраста на момент начала терапии иматинибом 45 (19–70) лет. Структура оцениваемых ССО: гипертоническая болезнь (ГБ), артериальные и венозные тромбозы, артериальные стенозы, острый инфаркт миокарда (ОИМ), нестабильная стенокардия, внезапная сердечная смерть (ВСС), расширение аорты, наджелудочковая тахикардия (НЖТ). Оценивали как частоту ССО, так и влияние группы риска по шкале SCORE2 на развитие новых случаев атеротромботических ССО (aCCO).

Результаты исследования. Медиана терапии иматинибом составила 25 (1,0–66,5) мес. На момент начала терапии 19/43 (44%) пациентов имели в анамнезе ССО. На фоне терапии иматинибом появление новых ССО выявлено у 20/43 (47%) пациентов. Всего распространённость ССО за время наблюдения — 31/43 (72%). У 8/43 (19%) пациентов было хотя бы 1 ССО до приёма иматиниба и появилось новое, у 12/43 (28%) пациентов ССО впервые появилось после начала приёма препарата, у 11/43 (26%) пациентов с исходным ССО. Характеристика пациентов на мо-

мент начала терапии иматинибом. Медиана времени от начала терапии иматинибом до нового ССО составила 6 (0,5–56) мес. Медиана возраста пациентов с новыми ССО и без них была одинаковой. Новые ССО возникли у 5/14 (36%), 4/11 (36%) и 11,18 (61%) пациентов, получавших, соответственно, 15, 30 и 45 мг стартовую дозу иматиниба. Среди пациентов с исходно низким и умеренным риском по шкале SCORE2 ССО случилось у 4/30 (14%) человек, с высоким и очень высоким — у 4/13 (33%). Вероятно, ССО были причиной смерти у 2 пациентов (в одном случае ВСС, во втором — ТЭЛА. Оба случая с невысоким SCORE2. Медиана времени до ССО составила 10 мес. (1–29).

Выводы. В наблюдении почти половина пациентов ОЛЛ, получавших ИТК длительно, уже до начала приёма иматиниба имели ССО, а более ¼ из них были с высокой/очень высокой группой риска по SCORE2. После начала приема иматиниба новые случаи ССО зарегистрированы почти у 50% пациентов. Частота ССО была почти в 2 раза выше в высокой/очень высокой против низкой/умеренной группах риска SCORE2, а также у пациентов, получавших высокую дозу иматиниба по сравнению с низкой стартовой. Возможно, тщательная оценка всех кардиоваскулярных рисков, персонализированный подход к выбору ИТК, а также тщательный мониторинг ССО и коррекция модифицируемых факторов риска снизят их частоту на фоне приёма иматиниба.

Шопулов Ш.А., Пулатов У.С.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Кафедра внутренних болезней №3 Самаркандского государственного медицинского университета. Узбекистан.

Научный руководитель – PhD, доцент Пулатов У.С.

Цель исследования. Выявить клинико-лабораторные особенности реактивного артрита урогенитальной этиологии.

Материал и методы. В условиях растущей актуальности проблемы реактивного артрита, проведено исследование на базе кафедры внутренних болезней №3 СамГМУ в городском медицинском объединении города Самарканда у пациентов, обратившихся с признаками реактивного артрита. В рамках исследования были обследованы 30 пациентов с реактивным артритом урогенитальной этиологией. Всем участницам было проведено стандартное обследование в соответствии действующими протоколами министерства здравоохранения Республики Узбекистан. Установление связи между инфекцией и развитием артрита требует комплексного подхода, включающего клинические, лабораторные и инструментальные методы, что способствует своевременному выявлению и адекватной терапии.

Результаты исследования. Наиболее часто встречаются ассиметричные артралгии и отеки крупных суставов (коленные, голеностопные). Симптомы сопровождались уретритом, конъюнктивитом и дерматитом. Обнаружение повышенного уровня С-реактивного белка (СРБ) и лейкоцитов в периферической крови, а также наличие специфических инфекционных агентов (*Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*) в мазках или анализах на ПЦР. Toll-подобные рецепторы (TLR) играют ключевую роль в иммунном ответе на инфекции и являются важными компонентами врожденного иммунитета. TLRs обнаруживают патогенные молекулы, такие как липополисахариды, нуклеиновые кислоты и другие компоненты бактерий. При инфекции, вызываемой патогенами, связанными с урогенитальными заболеваниями (например, *Chlamydia trachomatis*), TLR активируются и начинают транскрипцию генов, связанных с воспалением. Активация TLR приводит к выработке различных цитокинов и хемокинов, таких как интерлейкин-1 (IL-1), интерлейкин-6 (IL-6) и факторы некроза опухолей (TNF-α). Эти молекулы играют важную роль в развитии воспалительного ответа, что в свою очередь может способствовать развитию реактивного артрита. Повышенная активация TLR в суставных тканях у пациентов с реактивным артритом приводит к сенсибилизации суставов к дальнейшему воспалению. Хроническое воспаление может вызвать структурные изменения в суставах и их повреждение, усугубляя симптомы артрита. Таким образом, TLR являются важными молекулами в патогенезе реактивного артрита, связанного с урогенитальными инфекциями, так как они участвуют в распознавании патогенов, активации воспалительного ответа и взаимодействии с иммунной системой.

Выводы. В заключение, проведенное исследование выявило значительные клинико-лабораторные особенности реактивного артрита урогенитальной этиологии, включая ассиметричные артралгии, отеки крупных суставов и сопутствующие симптомы, такие как уретрит, конъюнктивит и дерматит. Лабораторные данные подтвердили наличие воспалительных процессов, характеризующихся повышением уровня С-реактивного белка и лейкоцитов, а также обнаружением специфических инфекционных агентов. Роль Toll-подобных рецепторов в патогенезе данного заболевания оказывается ключевой, так как они активируют иммунный ответ на инфекцию, способствуя воспалению и повреждению суставной ткани. Эти данные подчеркивают необходимость комплексного подхода в диагностике и лечении реактивного артрита, что может способствовать более эффективному управлению состоянием пациентов и предотвращению хронических осложнений.

Шоузарбова Ф., Рахмонов Ф.М.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ВИТИЛИГО

Кафедра дерматовенерологии имени профессора П.Т. Зоирова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., доцент Мухмадиева К.М.

Цель исследования. Оценка качества жизни больных с различными формами витилиго.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 67 больных витилиго в возрасте 17 - 25 лет, среди них лиц мужского пола - 30, женского - 37. У 34-х больных наблюдалась сегментарная форма витилиго, у 33 - акрофациальная. Локализация высыпаний на открытых участках кожного покрова наблюдалась у 30 больных, на закрытых - у

37. Качество жизни оценивали на основании дерматологического индекса качества жизни больных с применением опросника ДИКЖ, который охватывает 3 сферы: эмоциональную, социальную (работа, учёба, ежедневная деятельность), кожную (симптомы, жалобы, отношение к ранее проведённому лечению). Данный опросник включает 10 вопросов и оценивается по балльной системе. Подсчёт ДИКЖ производили простым суммированием. Минимальное значение равно 0, максимальное - 30 баллам. Чем больше баллов, тем большее влияние оказывает патологический кожный процесс на качество жизни больных.

Результаты исследования. Наиболее высокий индекс качества жизни наблюдался при локализации очагов на открытых участках кожных покровов, который составил 23,1 балла у больных с акрофациальной и 14,0 - с сегментарной формой. Показатели ДИКЖ у больных с локализацией витилиго на закрытых участках кожного покрова были ниже, чем у больных с локализацией очагов на открытых участках в 1,3 раза как при акрофациальной форме (23,1 против 18,1 баллов соответственно), так и при сегментарной (14,0 против 11,2). Однако их значения были наиболее высокими по вопросам, касающихся межличностных отношений. Опрос больных показал, что 22/30; 73,3% больных с локализацией очагов поражения на закрытых участках кожи испытывали значительные затруднения в интимной жизни, в нарушении отношений с противоположным полом. При этом наиболее высокие показатели индекса качества жизни у больных с локализацией очагов на открытых участках, чаще всего касался вопросов ежедневной деятельности. Из этой группы больных, у 17/37; 46,0% обследованных снижение качества жизни выражалось в трудностях в учёбе, у 13/37; 35,1% - в частой смене работы, а 7/37; 18,9% больных отказались от карьерного роста, то есть, если у больных с локализацией очагов на открытых участках кожи показатель качества жизни был наиболее высоким в сфере социального состояния (работа и учёба), то у больных с локализацией очагов на закрытых участках кожи ухудшение качества жизни наблюдалось в вопросах межличностных отношений. Из всех больных исследуемых групп у 55/67; 82,1% больных выявленные психоэмоциональные нарушения значительно отражались на отношении к дальнейшей терапии рубцов кожи, что выражалось нежеланием дальнейшего лечения, отсутствием веры в эффективность, негативным отношением к медперсоналу.

Выводы. Таким образом, витилиго, независимо от локализации очагов поражения существенно влияет на психоэмоциональное состояние больных и является главной причиной стигматизации данного контингента больных. Независимо от локализации очагов поражения, витилиго ухудшает качество жизни больных, что отрицательно сказывается и на результатах лечения данной патологии.

Шукуров Х.Б., Рахимова Ф.Ш.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ И БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ СО СТЕНТИРОВАНИЕМ У ПАЦИЕНТОВ С МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней №3 ГОУ "СамГМУ". Узбекистан

Научный руководитель - Шиченко О.А.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ клинических исходов, длительности реабилитации и частоты осложнений у пациентов с многососудистым поражением коронарных артерий после аортокоронарного шунтирования (АКШ) и баллонной ангиопластики со стентированием.

Материал и методы. В исследование включены 100 пациентов, лечившихся в Самаркандской областной кардиологической больнице в 2022–2024 гг. Пациенты разделены на две группы: 50 человек после АКШ и 50 после ангиопластики со стентированием. Оценивались длительность операции, срок госпитализации, купирование симптомов стенокардии, возвращение к трудоспособности, частота осложнений (инфекции, тромбозы, необходимость повторных вмешательств).

Результаты исследования. Средняя длительность операции при АКШ составила 4-5 часов, госпитализация – 10-12 дней, осложнения выявлены у 6% пациентов. Купирование стенокардии достигнуто у 92%, возвращение к труду – через 2,5-3 месяца. В группе ангиопластики со стентированием средняя продолжительность процедуры – 1-2 часа, госпитализация – 2-3 дня, осложнения наблюдались у 9% пациентов. Купирование стенокардии – у 78%, возвращение к труду – через 2-3 недели.

Выводы. АКШ показало лучшие долгосрочные результаты, обеспечивая высокую эффективность и низкую частоту повторных вмешательств. Однако ангиопластика со стентированием характеризуется меньшей травматичностью, более коротким периодом госпитализации и быстрым восстановлением, что делает её предпочтительной для пациентов с противопоказаниями к открытому вмешательству.

Эргашева М.О., Абдуллаева Н.Н.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ДЦП

Кафедра неврологии Самаркандского государственного медицинского университета. Узбекистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Абдуллаева Н.Н.

Цель исследования. Выявить особенность клинико-неврологических симптомов ДЦП.

Материал и методы. Детский церебральный паралич (ДЦП), приводящий к детской инвалидности, по данным последних исследований, во всем мире наблюдается тенденция роста данной заболеваемости. Исследование, проведенное на базе кафедры неврологии, СамГМУ, подчеркивает важность адаптации ребенка к существующему дефекту, посредством своевременной компенсации когнитивных, коммуникативных и двигательных нарушений. В рамках исследования были обследованы 30 детей с диагнозом ДЦП в поздней резидуальной стадии с целью проведения транслингвальной нейростимуляции в период 2024-2025 годов. Всем участникам было проведено общеклинические и общемедицинские исследования (осмотр педиатра, ЛОР, стоматолога, ЭЭГ, МРТ головного мозга). В по-

следние годы появились различные методы неинвазивной электростимуляции, которую применяют независимо или в сочетании с традиционными процедурами. Одним из таких методов является метод транслингвальной нейростимуляции. Данный метод дает возможность оценить эффективность применения транслингвальной нейростимуляции в комбинации с методами физической реабилитации детей с церебральным параличом.

Результаты исследования. Исходя из данных клинико-лабораторного анализа, все дети исходя из методов лечения были разделены на 2 группы: 1-я группа дети в возрасте от 10 до 18 лет в количестве 30, находящиеся на стационарном лечении в МКСамГМУ, 2-я группа контроля дети здоровые идентичного возраста и пола (n=20).

На ранних этапах лечения дети каждой группы подвергались одинаковым методам терапии, включая гормональную коррекцию, хирургические вмешательства и методики вспомогательных репродуктивных технологий. Однако, несмотря на стандартизацию подхода к лечению, результаты показали значительные различия внутри каждой группы.

У детей матери которых были старше 35 лет составило 6,7%, что свидетельствует о возрастной значимости. Детей гипоксически-ишемическим поражением головного мозга, ставшей причиной ДЦП составило 26,6%. Среди детей с повышенным тонусом мышц нижней конечности составило 40%. Дети со снижением когнитивных функций составило 26,6%.

Выводы. Исследование показало, что детский церебральный паралич (ДЦП) имеет выраженные клинико-неврологические симптомы, которые требуют индивидуализированного подхода к лечению. Важно отметить, что даже при стандартизированном лечении результаты могут значительно различаться внутри группы. Применение транслингвальной нейростимуляции в сочетании с физической реабилитацией показало положительные результаты, улучшившие функциональные показатели у детей с ДЦП. Также было выявлено, что возраст матери, гипоксически-ишемическое поражение головного мозга и повышенный тонус мышц нижних конечностей играют ключевую роль в развитии заболевания. Полученные данные подтверждают необходимость комплексного подхода к лечению и реабилитации детей с ДЦП, включая не только традиционные методы, но и инновационные технологии, такие как нейростимуляция.

Эрматов Н.А., Абдулосева Д.Ю., Ибрагимов А.Ф.

МИОКАРДИТЫ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ НА ФОНЕ ПОЛИХИМИИ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

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

Научный руководитель – к.м.н. Кароматова Т.И.

Цель исследования. Произвести анализ риска и особенностей развития миокардита у больных с острым лимфобластным лейкозом.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе отделения гематологии ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» и включало 56 пациентов с установленным диагнозом острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) в возрасте от 40 до 65 лет. Среди них было 30 мужчин (53,6%) и 26 женщин (46,4%). Всем пациентам проводилось комплексное кардиологическое обследование, включавшее электрокардиографию (ЭКГ), эхокардиографию (ЭхоКГ), лабораторное исследование уровня тропонина в крови, а в отдельных случаях – магнитно-резонансную томографию (МРТ) сердца для уточнения характера поражения миокарда.

Результаты исследования. Клинические симптомы, на которые жаловались пациенты, включали одышку (92,8%), учащенное сердцебиение (85,7%), боли в грудной клетке (71,4%), отеки (67,8%) и хроническую усталость (89,2%). Среди мужчин одышка отмечалась в 93,3% случаев (28 из 30), среди женщин – в 92,3% (24 из 26). Учащенное сердцебиение наблюдалось у 86,7% мужчин (26 из 30) и 84,6% женщин (22 из 26). Боль в грудной клетке встречалась у 70% мужчин (21 из 30) и 73,1% женщин (19 из 26). Отеки регистрировались у 66,7% мужчин (20 из 30) и 69,2% женщин (18 из 26). Хроническую усталость отмечали 90% мужчин (27 из 30) и 88,5% женщин (23 из 26).

ЭКГ-исследование выявило патологические изменения у 40 пациентов (71,4%): синусовая тахикардия у 24 пациентов (42,8%), нарушения проводимости у 10 (17,8%), признаки ишемии миокарда у 6 (10,7%). Среди мужчин отклонения на ЭКГ встречались в 73,3% случаев (22 из 30), среди женщин – в 69,2% (18 из 26). ЭхоКГ показала снижение фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) у 31 пациента (55,3%), признаки диастолической дисфункции у 19 (33,9%), а дилатация полостей сердца выявлена у 8 (14,2%). Среди мужчин снижение ФВ ЛЖ отмечалось в 56,7% случаев (17 из 30), среди женщин – в 53,8% (14 из 26).

Анализ уровня тропонина выявил его повышение у 22 пациентов (39,2%), причем среди них 12 мужчин (40%) и 10 женщин (38,5%). У 15 из этих пациентов ранее проводилась химиотерапия с высокими кумулятивными дозами доксорубина, что подтверждает его выраженное кардиотоксическое действие. МРТ сердца, выполненное у 10 пациентов с выраженной клинической симптоматикой и стойкими изменениями на ЭКГ, выявило признаки миокардита, включая очаговый отек и фиброз миокарда.

Полученные результаты подтверждают, что антрациклиновая химиотерапия (доксорубин, даунорубин) оказывает значительное кардиотоксическое влияние, способствуя повреждению кардиомиоцитов через механизмы окислительного стресса, повреждения ДНК и нарушения энергетического обмена. Риск развития миокардита зависит от дозы химиопрепаратов, возраста пациента, сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний и индивидуальных генетических факторов.

Выводы. Для пациентов с ОЛЛ, проходящих химиотерапию, особенно с применением антрациклинов, необходим регулярный кардиологический мониторинг, включающий ЭКГ, ЭхоКГ и определение уровня кардиомаркеров. В ряде случаев МРТ сердца может быть полезным методом диагностики для оценки степени поражения миокарда. Раннее выявление и своевременная коррекция кардиотоксических осложнений являются ключевыми факторами в улучшении прогноза данной категории пациентов.

Эсанкулов М.О., Ташкенбаева Э.Н.
**АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА SOD2 Ala16Val (rs4880) С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ГЛОМЕРУЛО-
НЕФРИТА**

Кафедра внутренних болезней и кардиологии №2 Самаркандского государственного медицинского университета.
Узбекистан.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Ташкенбаева Э.Н.

Цель исследования. Оценить связь полиморфизма SOD2 Ala16Val (rs4880) с риском развития гломеруло-нефрита и определить возможную протективную или предрасполагающую роль его аллелей.

Материал и методы. В исследование включены 150 пациентов с гломерулонефритом и 150 здоровых лиц (контрольная группа), все европейского происхождения. Генотипирование SOD2 Ala16Val (rs4880) проводилось методом ПЦР с последующим анализом рестрикционных фрагментов (PCR-RFLP). Проведен статистический анализ распределения аллелей и генотипов.

Результаты исследования. Выявлено, что Ala/Ala генотип достоверно чаще встречается в контрольной группе ($p < 0.05$), что свидетельствует о его протективной роли. В то же время Ala/Val и Val/Val генотипы ассоциированы с повышенным риском развития гломерулонефрита. Анализ распределения аллелей подтвердил, что Ala аллель чаще встречается у здоровых, а Val аллель — у пациентов.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что Ala аллель SOD2 Ala16Val (rs4880) может рассматриваться как защитный генетический маркер, тогда как Val аллель связан с повышенным риском гломерулонефрита. Эти результаты подтверждают важность изучения генетических факторов, влияющих на предрасположенность к хроническим заболеваниям почек, и могут быть использованы в будущем для персонализированного прогнозирования и профилактики.

Эшонкулова Г.А., Наврузов Э., Дододжони А.
**ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ
МАССОЙ ТЕЛА**

ГУ «Городской центр здоровья №2 г. Душанбе».

ГУ «Городской медицинский центр №1 имени К.Ахмедова г. Душанбе». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить динамику метаболических, антропометрических показателей у девушек с избыточной массой тела, нарушением менструального цикла.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 37 девушек в возрасте от 16 до 18 лет с избыточной массой тела и с установленным диагнозом синдромом поликистозных яичников (СПКЯ). Проводилось физикальное обследование – измерение индекса массы тела (ИМТ), окружности талии (ОТ). Определялся уровень триглицеридов, холестерина, трансаминаз, *лютеинизирующий гормон* (ЛГ), фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), тиреотропный гормон (ТТГ). Проводился стандартный глюкозотолерантный тест. Определялся уровень иммунореактивного инсулина (ИРИ), для оценки инсулинорезистентности использовалась модель гомеостаза-НОМА-IR. Проводилось УЗИ щитовидной железы, органов малого таза. Девушки принимали метформин в дозе 2000 мг в сутки в течение 6 месяцев, и было рекомендовано немедикаментозные меры в т.ч. диета и аэробные физические упражнения. Ежемесячно контролировали массу тела, уровень трансаминаз.

Результаты исследования. По результатам обследования: ИМТ составил $31,3 \pm 0,4$ кг/м², ОТ $94,2 \pm 1,6$ см, триглицериды $3,1 \pm 0,2$ ммоль/л, уровень общего холестерина $7,1 \pm 0,4$ ммоль/л, ИРИ $38,7 \pm 2,4$ мкЕД/мл, моделей НОМА-IR ($6,9 \pm 0,8$). При проведении УЗИ малого таза – картина СПКЯ. Показатели ЛГ, ФСГ не отличались от нормы. На фоне проводимой медикаментозной и немедикаментозной терапии ИМТ снизился до $25,4 \pm 0,7$ кг/м, ОТ – до $87,6 \pm 1,7$ см, триглицеридов – $1,4 \pm 0,3$ ммоль/л, уровень общего холестерина – $4,7 \pm 0,4$ ммоль/л, ИРИ $19,5 \pm 1,6$ мкЕД/мл, моделей НОМА-IR ($3,4 \pm 0,7$), восстановился менструальный цикл, уменьшился объем яичников.

Выводы. На фоне проведения медикаментозной терапии и немедикаментозные подходы на примере диетотерапии и физических упражнений происходит снижение массы тела, сопровождающееся восстановлением регулярного менструального цикла, улучшение эхографических изменений яичников, отмечается улучшение липидного спектра крови, снижение уровня иммунореактивного инсулина, соответственно проводится профилактика репродуктивного и соматического здоровья. Комплексный подход на первичном уровне здравоохранения считается целесообразным и эффективным для решения репродуктивных проблем у девочек-подростков.

Юлдашева М.У.
К ВОПРОСУ О ВВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ ПРИ ДЕФИЦИТЕ ВИТАМИНА D

Кафедра эндокринологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ниязова Н.Ф.

Цель исследования. Особенности введения пациентов с избыточной массой тела и ожирением в зависимости от уровня витамина D.

Материал и методы. Работа была основана на одномоментном проспективном исследовании, которое проводилось с непосредственным участием 39 пациентов, обратившихся в Городской эндокринологический центр г. Душанбе. Основным контингентом обследованных были женщины - 36 человек, что составило 92,3%. Критериями включения были лица, которые в течение 6 месяцев не принимали витамин D. Возраст пациентов составил от 19 до 60 лет, средний возраст их составил $33,2 \pm 1,4$ лет. Всем пациентам было проведено анкетирование с последующим

измерением роста, веса для определения индекса массы тела (ИМТ - кг/м²), окружности талии (ОТ) и окружности бедер (ОБ). Был произведен забор крови на исследование уровня 25 (ОН) витамина D. Уровень витамина D был определен с помощью хемилюминесцентного иммуноанализа (ИХЛА). Содержание витамина D до 10 нг/мл было принято считать за выраженным дефицитом, от 10 до 20 нг/мл - дефицитом и от 20 до 30 нг/мл недостаточностью, а уровни от 30-150 нг/мл адекватным уровнем витамина D. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета программ MS Office 2016.

Результаты исследования. Среди 39 исследуемых пациентов у 10 (25,6%) пациентов была нормальная масса, ИМТ составило 18-24,9 кг/м², уровень витамина D был от 7,95 до 18,07 нг/мл, у 14 (35,9%) пациентов обнаружилась избыточная масса тела, ИМТ - 25-29,9 кг/м², содержание витамина D составило от 4,83 до 44,09 нг/мл, с ожирением I степени - 6 (15,4%) человек, ИМТ- 30-34,9 кг/м², уровень витамина D был от 3,26 до 31,55 нг/мл, с ожирением II степени было 3 (7,7%) человек, ИМТ- 35-39, 9 кг/м², уровень витамина D был от 6,4 до 15,66 нг/мл и с ожирением III степени были 6 (15,4%) человек с индексом 40 кг/м² и выше, содержание витамина D был от 2,55 до 15,07 нг/мл. У проконсультированных мужчин, имеющих ожирение всех степеней, ИМТ в среднем составил 40,32±3,46 кг/м², уровень витамин D был в среднем 17,96±1,89 нг/мл. Большинство обследованных имели абдоминальное ожирение, ОТ у женщин был более 88 см, у мужчин более 102 см.

Всем пациентам был назначен препарат холекальциферол в дозировке 50 тыс. 1 раз в неделю в течение 2 месяцев, с последующим назначением профилактических доз на постоянной основе.

Выводы. Исходя из этого следует отметить, что пациенты независимо от массы тела имели дефицит витамина D. Большинство пациентов 74,4% имели избыточную массу тела и ожирение различных степеней, имели достоверно низкую концентрацию витамина D. Самые низкие показатели уровня витамина D были выявлены в группе пациентов с ожирением 3 степени (2,55 нг/мл и 8,03±1,98 нг/мл соответственно). Каждая увеличенная единица ИМТ приводит к снижению витамина D и развитию предиабета и диабета 2-го типа соответственно. Поэтому всем пациентам, особенно с ожирением необходимо проводить скрининг на наличие дефицита витамина D и подбор оптимальной дозировки для лечения и последующей её коррекции.

Юлдашева М.У.

ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D НА ТЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Кафедра эндокринологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ниязова Н.Ф.

Цель исследования. Изучить влияние дефицита витамина D на течение и развитие осложнений у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД 2).

Материал и методы. Было проведено проспективное исследование 42 пациентов (мужчин и женщин), обратившихся на стационарное лечение в ГМЦ им. Ахмедова Карима, с наличием СД 2 типа. Возраст больных был от 37 до 70 лет (средний возраст, которых составил 53,62±2,12 лет). Длительность течения сахарного диабета составила от 1 до 10 лет. Критериями включения в исследования были: 1) наличие сахарного диабета 2 типа, 2) пациенты с наличием избыточной массой тела и ожирением. Всем пациентам было проведено анкетирование и собран анамнез длительности заболевания, антропометрия расчет роста массы тела (ИМТ-кг/м²), окружность талии (ОТ) и окружности бедер (ОБ). Был произведен забор крови на комплекс клинико-лабораторных методов исследования уровня глюкозы крови, гликолизированного гемоглобина (HbA_{1c}), 25 (ОН) витамина D. Уровень витамина D был определен с помощью хемилюминесцентного иммуноанализа (ИХЛА), уровень витамина D до 10 нг/мл было принято считать за выраженным дефицитом, от 10 до 20 нг/мл - дефицитом и от 20 до 30 нг/мл недостаточностью, а уровни от 30-150 нг/мл адекватным уровнем витамина D. Статистический анализ проводился с использованием программы Excel 2017.

Результат исследования. Из 42 пациентов у 3 (7,5%) пациентов была нормальная масса (ИМТ - 18-24,9) и эти пациенты были исключены с работы. Большинство обследованных были женщины - 26 (66,7%) и 33,3% составили мужчины. 25 (64,1%) были с избыточной массой тела (ИМТ- 25-29,9), содержание витамина D составило 10,8±0,98 нг/мл, 7 (17,9%) пациентов с ожирением I степени (ИМТ- 25-29,9), содержание витамина D составило 11,84±3,74 нг/мл, 4 (10,2%) с ожирением II степени (ИМТ- 30-34,9), содержание витамина D составило 16,70±8,14 нг/мл, и 3 (7,7%) с морбидным ожирением, индекс которых составил 40 и выше содержание витамина D составило 10,5±0,82 нг/мл. Средний уровень гликированного гемоглобина у всех обследованных пациентов составил 10,07±0,26%, содержание глюкозы крови был в среднем 13,29±0,54 ммоль/л. Практически у всех пациентов были выявлены поздние осложнения сахарного диабета, в основном сенсомоторная дистальная диабетическая нейропатия.

Выводы. Таким образом, все обследованные пациенты СД 2 типа имели избыточную массу тела и ожирение. У всех пациентов отмечалось достоверно низкое содержание уровня витамина D (11,19±0,99 нг/мл). Был отмечен плохой контроль сахарного диабета. Высокий уровень глюкозы крови, гликолизированного гемоглобина, а также низкое содержание уровня витамина D приводит к быстрому развитию поздних осложнений сахарного диабета. Витамин D является жирорастворимым витамином и его снижение приводит к повышению фактора некроза опухоли и следственно развитию воспаления и оксидативному стрессу, появлению сорбитола и повреждению сосудов, что служит пусковым звеном развития нейропатии.

Юлдошева З.Х., Гуфронзода Д.

ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА

ГУ «Институт Гастроэнтерологии Республики Таджикистан». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Пулатова С.Д.

Цель исследования. Изучить лабораторно-инструментальные методы исследования при Болезни Вильсона-Коновалова по данным обращаемости в ГУ «Институт Гастроэнтерологии Республики Таджикистан».

Материал и методы. Исследование проведено стационарным наблюдением 38 больных с болезнью Вильсона-Коновалова. Возраст больных колебался от 10 до 35 лет. Клинический диагноз был выставлен на основании: жалоб (гиперпигментация кожных покровов- 6 больных (24%) , желтушность кожи и склер-19 (76%), потемнение цвета мочи-19 (76%) общую слабость – 20(80%) утомляемость 22(88%), анамнеза заболевания- в двух семьях страдают все дети, лабораторного уровня (Алат, Асат, вирусологическое исследование, общий билирубин, ЩФ, холестерина) и инструментальных (Фиброэластометрия печени, УЗИ органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), офтальмологическое обследование щелевой лампой на наличие колец Кайзера-Флейшера) методов исследования, специфических анализов (уровень церулоплазмينا и меди в крови, уровень меди в суточной моче).

Результаты исследования. Вирусологическое исследование (HBsAg, anti HCV) показало отрицательный результат. Биохимическое исследование печени показало повышение ферментов переаминирования (АСАТ- до 120, АЛАТ-до 150 Е/л, Щелочная фосфатаза до 865 ЕД, холестерин до 5 ммоль/л, общего билирубина до 120 ,6ммоль/л, свободного билирубина- до 45,8 ммоль/л, непрямого билирубина-74,8ммоль/л. Специфические анализы показали низкое содержание меди в сыворотке крови у 25 (100%) больных до 7,2мкмоль/л (N -12,58-24,38мкмоль/л), снижение уровня церулоплазмينا у 18 больных (72%) до 17мг/дл (N-20-60мг/дл), нормальное содержание церулоплазмينا у 7 (28%) больных до 23 мг /дл. При офтальмологическом осмотре щелевой лампой обнаружены кольца Кайзера-Флейшера у 21 больных (84%) . На эндоскопическом исследовании у 7 (28%) больных варикозное расширение вен пищевода I степени, у 15 (60%) пациентов варикозное расширение вен пищевода II степени, у 3 (12%) пациентов варикозное расширение вен пищевода III-IV степени с риком кровотечения. На ультразвуковом исследовании у одного члена семьи болезнь диагностирована на стадии стеатоза печени -1 (3,8%), а цирроз печени с портальной гипертензией у 18 больных (47,3%), спленомегалией 17(28%), наличием свободной жидкости у 2 больных (8%).

Выводы. Лабораторно-инструментальные методы исследования при болезни Вильсона-Коновалова определяется наличием специфических анализов: уровень церулоплазмينا и меди в крови, уровень меди в суточной моче, обнаружения колец Кайзера-Флейшера, наличие холестазного синдрома (высокий уровень билирубина, ферментов переаминирования АсАТ и АлАт, ЩФ, холестерина). Ранняя диагностика заболевания и своевременная патогенетическая терапия способствует уменьшению прогрессирования заболевания и удлинению жизни пациентов.

Юлдошева З.Х., Гуфронзода Д.

ЕСТЕСТВЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА

ГУ «Институт Гастроэнтерологии Республики Таджикистан». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Пулатова С.Д.

Цель исследования. Изучить естественное течение Болезни Вильсона-Коновалова по данным обращаемости в ГУ «Институт Гастроэнтерологии Республики Таджикистан».

Материал и методы. Исследование проведено стационарным наблюдением 25 больных с болезнью Вильсона-Коновалова. Возраст больных колебался от 10 до 35 лет. Клинический диагноз был выставлен на основании: жалоб (гиперпигментация кожных покровов- 6 больных (24%) , желтушность кожи и склер-19 (76%), потемнение цвета мочи-19(76%) общую слабость – 20(80%) утомляемость 22(88%), анамнеза заболевания- в двух семьях страдают все дети, лабораторного уровня (Алат, Асат, вирусологическое исследование, общий билирубин, ЩФ, холестерина) и инструментальных (Фиброэластометрия печени, УЗИ органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), офтальмологическое обследование щелевой лампой на наличие колец кайзера-Флейшера) методов исследования, специфических анализов (уровень церулоплазмينا и меди в крови, уровень меди в суточной моче). Для установki степени тяжести цирроза печени использовалась классификация Чайлд-Пью-Туркот и Meld.

Результаты исследования. По классификации Чайлд-Пью-Туркот пациенты с циррозом группы А по Чайлд-Пью-Туркот – 8 больных (32%), класса В -12 больных (48%), класса С по Чайлд Пью- 5 (20%). Вирусологическое исследование (HBsAg, anti HCV) показало отрицательный результат. Биохимическое исследование печени показало повышение ферментов переаминирования (АСАТ- до 120, АЛАТ-до 150 Е/л, Щелочная фосфатаза до 865 ЕД, холестерин до 5 ммоль/л, общего билирубина до 120 ,6ммоль/л, свободного билирубина- до 45,8 ммоль/л, непрямого билирубина-74,8ммоль/л. Специфические анализы показали низкое содержание меди в сыворотке крови у 25 (100%) больных до 7,2мкмоль/л (N -12,58-24,38мкмоль/л), снижение уровня церулоплазмينا у 18 больных (72%) до 17мг/дл (N-20-60мг/дл), нормальное содержание церулоплазмينا у 7 (28%) больных до 23 мг /дл. На эндоскопическом исследовании у 7 (28%) больных варикозное расширение вен пищевода I степени, у 15 (60%) пациентов варикозное расширение вен пищевода II степени, у 3 (12%) пациентов варикозное расширение вен пищевода III-IV степени с риком кровотечения. На ультразвуковом исследовании цирроз печени с портальной гипертензией у 19 больных (76%), спленомегалией 17(28%), наличием свободной жидкости у 2 больных (8%). При офтальмологическом осмотре щелевой лампой обнаружены кольца Кайзера-Флейшера у 21 больных (84%) . Больным было назначено специфическое лечение: купренил 20 мг/кг/сут (д-пеницилламин), препараты цинка сульфат в дозе 150мг/сут. Симптоматические препараты: верошпирон, анаприлин, урсодезоксихолевая кислота, альбумин. После

начатой патогенетической терапии отмечалось заметное улучшение состояния пациентов (уменьшение объема живота, посветление цвета мочи и кожи). **Выводы.** Своевременно диагностированное и начатая патогенетическая терапия при болезни Вильсона-Коновалова сопровождается регрессом клинической симптоматики, предотвращением формирования цирроза печени и неврологической симптоматики, и улучшением качества жизни пациентов.

Юрин С.М.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОСТАНОВКИ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА ПАЦИЕНТАМ ДЕРМАТО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ СПЕЦИАЛИСТОМ И ИСКУССТВЕННЫМ ИНТЕЛЛЕКТОМ

Кафедра дерматовенерологии ФГБОУ ВО «Курский Государственный Медицинский Университет». Россия

Научный руководитель – д.м.н., профессор Силина Л.В.

Цель исследования. Проведение сравнительного анализа постановки клинического диагноза пациентам дерматовенерологического профиля специалистом и искусственным интеллектом.

Материал и методы. Материалом для исследования послужило 100 амбулаторных карт пациентов стационарного отделения кожно-венерологического диспансера ОБУЗ «КОМКБ», равно разделенных на 5 групп в соответствии с поставленным специалистом больному клиническим диагнозом – дерматомикозы, atopический дерматит и экзема, псориаз, акне и вирусные заболевания кожи. Все выделенные группы считались контрольными, фотоматериалы локального статуса больных окончательными. Данные были занесены в программы искусственного интеллекта – ChatGPT и DeepSeek – для проверки корректности и точности постановки ими клинического диагноза в сравнении с заключением специалиста. Результаты автоматического анализа являлись достоверными в случае: 1) Точного совпадения цифрового и врачебного заключения с выделением нозологической формы основного заболевания; 2) Точного совпадения цифрового и врачебного заключения без уточнения нозологической формы основного заболевания. Каждый пациент был информирован и согласен на проведение оригинального исследования и обработку полученных данных. При предоставлении необходимой информации программам искусственного интеллекта соблюдался принцип анонимности. В качестве источника информации была использована научная литература, полученная на базе данных Scopus, Web Of Science, Российского индекса научного цитирования (РИНЦ), а также в поисковых системах PubMed, Google Scholar. В работе были использованы сравнительный, описательный и логический методы. Итогом явилась статистическая обработка данных.

Результаты исследования. В ходе сравнительного анализа было выявлено, что 56% из 100 обработанных амбулаторных карт с фотоматериалами локального статуса больных, разделенных на 5 групп, точно соответствуют врачебному заключению с выделением нозологической формы основного заболевания, тогда как 35% относятся ко второму случаю. Недостоверность и некорректность цифрового клинического диагноза составила 9%.

Среди всех выделенных групп наиболее точным искусственный интеллект оказался в отношении постановки диагноза «Псориаз», что составило 80% от группы основного заболевания и 16% от общего числа проанализированных данных. На следующем месте по соответствию врачебному заключению стала группа «Атопический дерматит и экзема» (65% и 13% соответственно) и «Дерматомикозы» (60% и 12% соответственно). Наименее точными в отношении диагностики патологии у больных цифровые программы были в группе «Вирусные заболевания кожи», что составило 30% от группы основного заболевания и 6% от общего числа проанализированных данных.

Без уточнения на нозологическую форму основного заболевания лидером стала группа «Вирусные заболевания кожи». Также следует отметить, что именно в этой группе наблюдался самый высокий уровень недостоверных ответов – 3 случая на 20 амбулаторных карт. Более промежуточное положение в анализе выгруженных фотоматериалов в цифровые программы стала патология «Акне», ведь число точных поставленных диагнозов с уточнением формы и без последнего приблизительно равны 45% и 50%, или 9% и 10% от общего числа анализируемых данных.

Выводы. ИИ способен точно диагностировать ряд дерматовенерологических заболеваний, особенно псориаз и дерматомикозы, однако низкая точность при распознавании вирусных поражений кожи указывает на необходимость доработки алгоритмов.

Юсупов М.М., Курбонов А.Д., Одилов У.Д.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ОБРЕЗАНИЯ (ЦИРКУМЦИЗИО) У ДЕТЕЙ НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

ГУ «ГЦЗ №15 г.Душанбе». Таджикистан .

Научный руководитель – к.м.н., доцент Носирова М.П.

Цель исследования. Изучить организацию проведения операции обрезания детей (циркумцизио) на первичном уровне здравоохранения в Таджикистане.

Материал и методы. На базе городского центра здоровья проведено ретроспективное исследование с использованием сводных отчетов заболеваемости по отчетно-учетной форме №12, отчетов хирургического отделения о проведенных хирургических манипуляциях (циркумцизио). По введенному в 2018 году распоряжению Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан закону "Об утверждении порядка проведения операции обрезания детей", рекомендуется всем мальчикам на первом году жизни проводить обрезание, в государственных учреждениях здравоохранения, то есть в городских и районных больницах, в городских, районных и сельских центрах здоровья.

Результаты исследования. По городскому центру здоровья в 2022 году было прикреплено взрослого и детского населения 52099 человек, незначительно увеличивается в 2023 – 52176 и в 2024 годах – 52249 (далее, первая

цифра – 2022 год, вторая цифра – 2023 год, третья цифра – 2024 год). Родилось детей 932 (55,6% мальчиков), 995 (51,1% мальчиков) и 986 (50,8% мальчиков). Проведено циркумцизио 62,3%, 59,1%, 59,8%.

Количество, проведенных операций циркумцизио больше, чем рождается мальчиков на прикрепленной территории. Городской центр здоровья, оснащенный современным оборудованием с отличными условиями для проведения манипуляции обрезания высококвалифицированными специалистами, снискал славу среди населения близлежащих территорий республики.

Около 40% родителей обращаются по поводу операции в возрасте детей до 20 дней, наименьшее количество обращений с мальчиками 3 года и выше. Некоторые из родителей вынуждены соглашаться на операцию по медицинским показаниям: фимоз, парафимоз, затруднения при мочеиспускании с воспалительным процессом кожи крайней плоти. В остром периоде воспаления проводится консервативное лечение под наблюдением специалистов, но в конечном итоге лечение заканчивается оперативно, с целью профилактики разрастания соединительнотканых спаек.

Более 60% родителей стараются выполнить национальный обряд в первом полугодии жизни мальчика, тем самым профилируя риск развития патологий мочевыводящих путей. Около 20% детей получают манипуляцию циркумцизио старше 6 месячного возраста, более 13 % мальчиков – старше 3 лет. Причинами отсроченного оперативного обрезания могли быть состояние здоровья или семейные проблемы.

За всё время действия распоряжения Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан "Об утверждении порядка проведения операции обрезания детей", не было ни одного случая осложнения!

Выводы. 1. Одним из значимых методов профилактики патологии мочевыводящих путей у лиц мужского пола является циркумцизио (операция обрезания крайней плоти), который с большим преимуществом для населения: в короткие сроки, гарантированно качественно, бесплатно; для здравоохранения, в частности: снижение заболеваемости, продление репродуктивного здоровья населения, снижение финансовых затрат, используется на первичном уровне здравоохранения.

2. Высокий уровень медицинских знаний населения относительно положительной стороны проведения операции обрезания подтверждают более, чем 60% манипуляций в возрастном аспекте до шестимесячного возраста мальчиков.

Юсупов Р.Р., Темиргалиева А.А.

СВЯЗЬ ДЕФИЦИТА МАССЫ ТЕЛА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ «Астраханский государственный медицинский университет». Россия.

Научный руководитель - д.м.н., доцент Антоян В.В.

Цель исследования. Определить связь дефицита массы тела с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у лиц юношеского возраста.

Материал и методы. В исследование включено 25 юношей в возрасте от 18 до 22 лет (студенты Астраханского государственного медицинского университета) с дефицитом массы тела. Проводилось соматометрическое измерение, при котором придерживались следующих правил: заранее сообщали испытуемым о предстоящем исследовании и получали их согласие на обследование; исследование проводили утром натощак в одно и то же время. Измеряли рост и массу тела. Затем рассчитывали индекс массы тела (ИМТ) по формуле: $ИМТ = \text{масса тела (кг)} / \text{рост (м)}^2$. В соответствии с рекомендациями ВОЗ использовалась следующая интерпретация дефицита массы тела: недостаточная масса тела (ИМТ 16-18,5), выраженный дефицит массы (ИМТ 16 и менее). Наличие заболеваний ЖКТ или их отсутствие выяснялось анамнестически. Статистическая обработка результатов произведена с помощью программы «Statistica 6,0».

Результаты исследования. В результате обработки материала получены следующие результаты. Среди обследованных юношей с дефицитом массы тела 44% (11 юношей) были здоровыми, без каких-либо жалоб и заболеваний ЖКТ в анамнезе. У 56% обследованных (14 юношей) выявлены заболевания ЖКТ в анамнезе: у 28% хронический гастрит, у 12% - хронический панкреатит, у 8% - язвенная болезнь желудка и у 8% синдром раздраженного кишечника. Таким образом определена связь дефицита массы тела с заболеваниями ЖКТ, что возможно, указывает на снижение функциональной активности органов пищеварения, а также на возможные метаболические нарушения, которые могут быть связаны с хроническими заболеваниями ЖКТ. Среди исследуемых выявлено, что большинство из них (56%) страдали от таких состояний, как хронический гастрит, хронический панкреатит, язвенная болезнь желудка и синдром раздраженного кишечника, что может свидетельствовать о необходимости более тщательного мониторинга состояния здоровья юношей с дефицитом массы тела для раннего выявления заболеваний ЖКТ. Эти данные подчеркивают важность необходимости комплексного подхода к диагностике и своевременному лечению заболеваний ЖКТ, включая оценку состояния физического развития.

Выводы. Полученные данные подтвердили необходимость дальнейших научных исследований в данном направлении для более глубокого понимания механизмов взаимосвязей дефицита массы тела и заболеваний ЖКТ. Это имеет важное значение, как для индивидуального подхода к лечению пациентов, так и для разработки общеоздоровительных программ, направленных на улучшение здоровья населения в целом.

Юсуфшоева Д.Х., Хомидова Г.Б., Нурматов Н.М.
КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИЯ НА ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ
Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».
ГУ ГЦЗ №15 г. Душанбе. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Носирова М.П.

Цель исследования. Изучить особенности реабилитационных мероприятий, проводимых на первичном звене с пациентами, страдающими сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материал и методы. На базе городского центра здоровья проведено ретроспективное исследование пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Исследование включало определение количества пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы, нозологическую структуру заболеваний, с вычислением их долей (%). Использованы амбулаторные карты 67 пациентов, среди которых преобладали лица мужского пола (56,7% случаев), а также сводные отчеты центра здоровья.

Результаты исследования. Проанализированы данные амбулаторных карт 67 пациентов, среди которых преобладали лица мужского пола (56,7% случаев). Структура сердечно-сосудистой патологии представлена ишемической болезнью сердца (ИБС) в виде стенокардии различного функционального класса (22,4%), постинфарктного состояния (7,5%), кардиосклероза (12,0%), атеросклероза сосудов, возможно сочетание их с гипертонической болезнью (34,3%). Изолированно представлена гипертоническая болезнь различной степени тяжести (23,8%).

Для мониторингирования состояния амбулаторные мероприятия проводились в центре здоровья и дома под контролем семейного врача, кардиолога и врача лечебной физкультуры. Оценивая модифицируемые факторы риска ССЗ у пациентов особые усилия были направлены на снижение наиболее реалистичного фактора. Большая комплаентность к соблюдению пищевых ограничений отмечалась у лиц женского пола (64,3% женщин против 29,1% мужчин). Лечебной физкультурой больше и больше занимались лица мужского пола (22,4% мужчин против 14,9% женщин), возможно, вследствие национальных особенностей или устоявшихся привычек среди возрастных пациентов.

Наиболее сложно мотивировать заядлых курильщиков, приходилось применять медикаментозную, никотин заместительная терапия, и немедикаментозные, психологические, методы. Снижение уровня холестерина ЛПНП (липопротеидов низкой плотности) некоторым образом достигалось статинами и рациональной диетой, особенно у пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском. Для мотивации пациентов к изменению своего образа жизни применено мотивационное консультирование, школа пациента.

Выводы. 1. Большая комплаентность к соблюдению пищевых ограничений отмечалась у лиц женского пола (64,3% женщин против 29,1% мужчин). Лечебной физкультурой больше и больше занимались лица мужского пола (22,4% мужчин против 14,9% женщин), возможно, вследствие национальных особенностей или устоявшихся привычек среди возрастных пациентов.

Кардиореабилитация пациентов, страдающих сердечнососудистыми заболеваниями, на первичном звене включала следующие моменты:

- Оценка факторов риска сердечнососудистых заболеваний, суммарного сердечнососудистого риска и его снижение за счет модификации всех имеющихся факторов риска;
- Профилактика повторного инфаркта миокарда и других осложнений;
- Психологическая поддержка и адаптация;
- Пропаганда здорового образа жизни у населения.

Особое внимание уделено мотивационному консультированию, проведению группового обучения пациентов.

Якубова Ш.З., Мирзоев М.П., З. Хусейндухт
ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ФОРМИРОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ СТУДЕНТОВ- МЕДИКОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ТОЧНЫХ НАУК

Кафедра эндокринологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - доцент Иноятова Н.А.

Цель исследования. Оценить уровень владения компьютерными навыками студентов медиков во время прохождения цикла эндокринологии.

Материал и методы. На базе ГМЦ №1 имени Карима Ахмедова, где расположена кафедра эндокринологии ТГМУ было проведено исследование. В течение цикла среди студентов 4 курса было проведено анонимное тестирование, в котором принимали участие 124 студента. Тестирование включало в себя 12 вопросов, направленных на оценку уровня владения компьютерными навыками. Все ответы были классифицированы по 3 категориям: слабый, средний, высокий уровни информационной культуры. Статистическая обработка и математический анализ проводились с помощью программы Statistica 8.0, Excel 2017.

Результаты исследования. Анкеты были проанализированы и подвергнуты статистической обработке. По результатам проведенного исследования на вопрос “ 1. Как вы оцениваете свой уровень владения компьютерными технологиями?” 27 % продемонстрировали слабый уровень, 64% - средний уровень, а 9% высокий уровень. 2. Насколько хорошо вы владеете MS Word? 36 % продемонстрировали слабый уровень , 44% - средний уровень , а 20% высокий уровень 3.Насколько хорошо вы владеете Microsoft Excel? 26 % продемонстрировали слабый уровень, 66% - средний уровень , а 8% высокий уровень 4.Насколько хорошо вы владеете Microsoft Power Point? 17 % продемонстрировали слабый уровень , 69% - средний уровень , а 14% высокий уровень 5. Насколько хорошо вы владеете HTML? 60 % продемонстрировали слабый уровень , 36% - средний уровень , а 4% высокий уровень 6. Насколь-

ко хорошо вы владеете Microsoft Access? 62 % продемонстрировали слабый уровень , 31% - средний уровень , а 7% высокий уровень. 7. Как часто вы пользуетесь ChatGPT? 13 % продемонстрировали слабый уровень , 43% - средний уровень , а 44% высокий уровень. 8. Как часто вы используете электронные библиотеки, базы данных и научные порталы при подготовке к занятиям? 18 % продемонстрировали слабый уровень , 52% - средний уровень , а 30% высокий уровень. 9. Какие источники информации вы обычно используете для изучения точных наук? учебники 34% , интернет ресурсы 55% , специфические базы данных 5% , вебинары 6% 10. Проверяете ли вы актуальность и надежность источников информации? 14% продемонстрировали слабый уровень , 53% - средний уровень , а 33% высокий уровень. 11. Что Вы больше предпочитаете? учебники 30%, электронные ресурсы 53% , методички 17% 12. Как Вы считаете, смогут ли в ближайшие 10 лет электронные учебники и образовательные платформы полностью заменить традиционные печатные книги? Ответили : да 58% , частично 18% , нет 24%. Таким образом, проведенное тестирование уровня владения компьютерными технологиями позволило выявить, что 30% студентов обладают слабым уровнем знаний, 51% средним, а 19% показали высокий уровень компетенции.

Выводы. 1. Уровень владения компьютерными навыками среди проанализированных студентов соответствует среднему уровню и составляет 51%. 2. Данные результаты свидетельствуют о том, что большая часть студентов 70% (средний уровень-51%, высокий уровень-19%) обладают базовыми навыками работы с компьютерными технологиями, однако значительная доля (30%) испытывает затруднения, что подчеркивает необходимость усиления образовательных программ по информационным технологиям с акцентом на повышение уровня цифровой грамотности студентов.

Яхъёева Х.Ш., Курбонова Д.Д.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ходжиева Г.Б.

Цель исследования. Изучить характер и частоту аритмий у пациентов с инфарктом миокарда и гипертонической болезнью, выявить общие и отличительные черты.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 60 пациентов в возрасте с 50 лет до 70, из них 30 пациентов - с острым инфарктом миокарда и 30 - с гипертонической болезнью, находившихся на стационарном лечении в отделении аритмии РК ЦК г. Душанбе с сентября до декабря 2024 года. Всем больным были проведены лабораторные и инструментальные методы исследования: ЭКГ, ЭхоКГ, холтеровское мониторирование, лабораторные исследования (общий анализ крови, биохимический анализ крови, уровень тропонинов, электролитов, креатинина, мочевины).

Результаты исследования. I группа пациентов с ГБ были разделены на группы в зависимости от стадии гипертонической болезни: I стадия - 10 человек (33,3%), II стадия - 15 человек (50%), III стадия - 5 человек (16,7%). У обследованных пациентов выявлены следующие типы нарушений ритма: экстрасистолия (50%) - наджелудочковая экстрасистолия наблюдалась у 10 пациентов (33,3%), желудочковая экстрасистолия - у 5 пациентов (16,7%). Фибрилляция предсердий (20%) - пароксизмальная форма была зафиксирована у 4 пациентов (13,3%), постоянная форма - у 2 пациентов (6,7%). Синусовая тахикардия (16,7%) наблюдалась у 5 пациентов, преимущественно со II стадией ГБ. Синусовая брадикардия (10%) зафиксирована у 3 пациентов, преимущественно с III стадией ГБ. АВ-блокады (3,3%) - АВ-блокада I степени выявлена у 1 пациента. Результаты показали, что наиболее частым нарушением ритма при ГБ является экстрасистолия, что связано с гипертрофией миокарда левого желудочка и изменениями в электрофизиологических свойствах сердца. Фибрилляция предсердий чаще наблюдалась у пациентов с выраженной гипертрофией левого предсердия и длительно существующей артериальной гипертензией. Синусовая тахикардия была характерна для пациентов с повышенной активностью симпатической нервной системы, особенно на фоне эмоционального или физического стресса. Синусовая брадикардия и АВ-блокады встречались реже, однако их наличие может быть связано с изменениями в проводящей системе сердца при длительно текущей гипертензии. У II группы пациентов с инфарктом миокарда выявлены следующие виды нарушений ритма: желудочковые аритмии (60%) - частая экстрасистолия наблюдалась у 12 пациентов (40%), пароксизмальная желудочковая тахикардия выявлена у 6 пациентов (20%). Наджелудочковые аритмии (20%) - фибрилляция предсердий зафиксирована у 4 пациентов (13,3%), наджелудочковая тахикардия - у 2 пациентов (6,7%). АВ-блокады (10%) - АВ-блокада I степени диагностирована у 2 пациентов (6,7%), полная АВ-блокада выявлена у 1 пациента (3,3%). Брадикардия (10%) - синусовая брадикардия была отмечена у 3 пациентов (10%). Наиболее частыми нарушениями ритма у пациентов с инфарктом миокарда оказались желудочковые аритмии. Это связано с повреждением миокарда и нарушением проводимости в желудочках. Наджелудочковые аритмии, такие как фибрилляция предсердий, также оказались значимыми, особенно у пациентов с сопутствующей сердечной недостаточностью. Атриовентрикулярные блокады чаще встречались у пациентов с инфарктом миокарда нижней локализации, что связано с поражением кровоснабжения атриовентрикулярного узла.

Выводы. Нарушения ритма сердца имеют различную структуру у пациентов с ИМ и ГБ. У пациентов с ИМ аритмии связаны с острой ишемией миокарда, тогда как у пациентов с ГБ - с гипертрофией и диастолической дисфункцией. Выявленные различия подчеркивают необходимость индивидуального подхода к диагностике и лечению аритмий в зависимости от основного заболевания.

Перова А.Ю.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МАТЕРИ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

Кафедра госпитальной педиатрии Самарского государственного медицинского университета.

МНОЦ нейropsychиатрии. Российская Федерация

Научные руководители - к.м.н. М.В. Куршина, и А.Я. Гайдук

Цель исследования. Анализ связи между симптомами аффективных изменений и астении у матерей в послеродовом периоде, функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта, в частности коликами, у новорождённых и различными психосоциальными факторами.

Материал и методы. Исследование проводилось в детской городской поликлинике № 3 г. Самары с 1 ноября по 27 декабря 2024 года и охватило 30 диад «мать-ребёнок».

Критерии включения: дети, в возрасте одного месяца жизни (28 дней), наличие добровольного согласия матери на участие. Критерии исключения: дети менее или более одного месяца жизни ($>$ или <28 дней), отказ матери от участия в исследовании.

Инструментом исследования явились специально разработанная анкета, валидированный опросник "CES-D" для оценки признаков аффективных изменений и астении в послеродовом периоде у матерей. Тип исследования: перекрестное (кросс-секционное).

В первой части исследования проведена оценка социодемографических данных матери (возраст, семейное положение, количество детей, образование, финансовое положение), параметров ребёнка (рост, вес, способ родоразрешения, частота и интенсивность колик). Во второй части - с помощью шкалы «CES-D» проведена оценка психоэмоционального состояния матери.

Данные собирались очно при профилактическом осмотре ребёнка у педиатра в 1 месяц жизни.

Результаты исследования. В ходе исследования выявлена положительная связь между симптомами аффективных изменений и астении у матерей в послеродовом периоде и частотой колик у детей первого месяца жизни. Установлено, что выраженные колики у младенцев тесно коррелируют с высокими баллами по шкале «CES-D (более 18 баллов), превышающими пороговое значение 18 баллов.

Критерий Краскела–Уоллиса выявил значимые различия между группами матерей ($H(2)=8.04$, $p=0.018$). Постгрок-анализ показал статистически значимые различия между матерями детей с редкими и сильными коликами ($p=0.037$), а различия между группами с редкими и частыми/длительными болями находились на грани значимости ($p=0.096$). Дополнительно выявлено, что семейный статус матери оказывает значительное влияние на интенсивность и продолжительность колик у младенцев. Женщины, состоящие в фактическом браке или пережившие развод, чаще сталкиваются с более длительными и выраженными коликами у своих детей.

Выводы. Психологическая помощь матери должна быть неотъемлемой частью наблюдения за младенцами. Комплексный подход позволит укрепить эмоциональную связь в диаде «мать-ребёнок» и повысить качество жизни семьи в целом.

Абдуллоев Ё.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

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

Инфекционная больница г. Вахдат Республики Таджикистан. Таджикистан

Научный руководитель - к.м.н., доцент Саидмуродова Г.М.

Цель исследования. Изучение клинических признаков и принципов терапии острых кишечных инфекций у детей раннего возраста.

Материал и методы. Из общего числа детей (66) детей раннего возраста госпитализированных в отделениях ГУ «ГКБДИБ» г. Душанбе с диагнозом острая кишечная инфекция (ОКИ), энтеропатогенные эшерихиозы (ЭПЭ) были диагностированы у 4 (6,4%), стафилококковая инфекция у 18 (27,2%), условно-патогенная микрофлора (УПМ) у 24 (36,4%) детей. Этиология кишечных инфекций была подтверждена лабораторно, методом бактериологического исследования кала на патогенную и условно-патогенную микрофлору, где были высеяны колонии: *Eshirihia coli*, клебсиеллы и *Staphylococcus aureus*. Возрастная структура ОКИ показала, что детей до 6-месяцев было 18 (27,2%), до года 24(36,4%), до 2-х лет 24(36,4%), причём мальков было больше 34 (51,5%), чем девочек 32 (48,5%).

Результаты исследования. Из числа госпитализированных детей раннего возраста с ОКИ в первые 3-е суток обратились 16(24,2%), от 3 до 5-ти суток – 38(57,5%), позже 5-суток от начала заболевания - 12 (18,3%), причём 14 (21,2%) детей поступили из г. Вахдата. Из анамнеза детей с ОКИ было выявлено, что только 13(19,7%) детей находились на грудном, а 21(31,8%) на искусственном и 34(51,5%) на смешанном вскармливании, причём большинство 39(59,1%) пользовались сосками – пустышками. Симптомы интоксикации в виде повышения температуры до $37-38^{\circ}\text{C}$ отмечены у 12(18,2%), 38°C и выше у 30(45,4%), более 39°C у 42(63,6%), тошнота и однократная рвота у 15(22,7%), многократная рвота у 51(77,3%), слабость у 60(90,9%), беспокойство и возбудимость у 56(84,8%) детей. Жидкий стул со слизью жёлтого цвета установлен у 24(36,4%), со слизью зелёного цвета у 42(63,6%), причём у

большинства 40(60,6%) детей при поступлении частота диареи составляла от 7-ми до 10-ти раз, у 21(31,8%) - до 5-6 раз, у 4(6,1%) более 10 раз за сутки. При пальпации области живота большинство 45(68,2%) детей реагировали плачем, причём у 40(60,7%) -отмечено урчание , у 24(36,4%) - вздутие. Из-за частой диареи и многократной рвоты у большинства 44 (66,7%) детей отмечались тяжёлое (В), у 22(33,3%) умеренное обезвоживание. Лечение детей с ОКИ проведено согласно утверждённым клиническим протоколам, в зависимости от вида диарей, причём 39(59,1%) с тяжёлым обезвоживанием была проведена регидратационная терапия по плану «В», 27(40,9%) детям с умеренным обезвоживанием по плану «Б» и всех отпаивали регидроном, в зависимости от возраста детей давали препарат цинка. Антибактериальная терапия была назначена в зависимости от чувствительности возбудителей, дезинтоксикация проведена в зависимости от степени интоксикации, ферментотерапия в зависимости от данных признаков переваривания в копрограмме. С целью улучшения микрофлоры кишечника детям раннего возраста с ЭПЭ и УПМ были назначены Энжамин по 5 мл 2 раза в сутки, Лактоджи по 1 капсуле 1 - 2 раз в сутки, а детям со стафилакокковой диареей Примафаг ПИО жидкий по 5 мл. 2-3 раза в сутки, а также ферменты Крезам по 1-2 капсуле в сутки во время еды, при рвоте смекта по 1-2 порошку -2-3 раза в сутки.

Выводы. Таким образом, ОКИ чаще болели дети раннего возраста находящихся на смешанном и искусственном вскармливании и вне зависимости от вида возбудителей проявлялись симптомами интоксикации, тяжёлым обезвоживанием (66,7%), при которых были проведены дезинтоксикационная и регидратационная терапия по плану «В», а также антибиотики в зависимости от чувствительности возбудителя и с целью улучшения микрофлоры кишечника биопрепараты и фаготерапия.

Абдурахманова У.Ш., Мухаммаднабиева Ф.А., Саидов Х.Ш.

АНЕМИЯ ФАНКОНИ У ДЕТЕЙ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Давлатова С.Н.

Цель исследования. Изучить клинико-генетические особенности анемии Фанкони для разработки эффективных подходов к ранней диагностике, профилактике осложнений и персонализированному лечению, включая оценку перспективных методов терапии.

Материал и методы. Для работы был использован клинический случай пациента (девочка М., 14 лет) с диагнозом анемия Фанкони, наблюдаемый в ГУ НМЦ РТ “Шифобахш”. Проведён анализ медицинской документации, включая данные анамнеза жизни и болезни, результаты лабораторных (общий анализ крови, биохимический анализ крови, миелограмма, цитогенетическое исследование) и инструментальных методов исследования. Дополнительно были изучены современные литературные источники и рекомендации по диагностике и лечению анемии Фанкони, включая международные стандарты. Использованы методы сравнительного анализа, систематизации и обобщения полученных данных для оценки терапевтической эффективности и прогноза состояния пациента.

Результаты исследования. В ходе исследования был представлен клинический случай ребенка с анемией Фанкони, проявляющейся прогрессирующей анемией и характерными врожденными аномалиями (низкий рост, «птичье лицо», голова больших размеров, выступающие лобные бугры, переносица плоская и широкая , эпикантус, орбитальный гипертелоризм, низко посаженные уши, большие пальцы рук, пальцы в виде «барабанных палочек», х-образные ноги, гиперпигментация кожи — светлые или типа «кофе с молоком»). Лабораторные данные: общий анализ крови: выявлена нормоцитарная гипопролиферативная анемия, тромбоцитопения (уровень гемоглобина - 54г/л, количество эритроцитов - $1,51 \times 10^{12}/л$, лейкоцитов— $2,5 \times 10^9$ г/л., тромбоцитов— 98×10^9 г/л., RDW-CV -17.9%, RDW-SD— 61.3 фл.) Биохимический анализ крови: отклонений в уровне ферментов и электролитов не обнаружено. Миелограмма: признаки гипоплазии костного мозга с уменьшением количества клеток всех ростков кроветворения. Цитогенетическое исследование: выполнена проба с диэпоксидбутаном, выявлены хромосомные aberrации, подтверждающие диагноз анемии Фанкони. В общем анализе мочи: белок – 0,132%, лейкоциты – 55-60 в п.зр., эритроциты 4-5 п.зр., УЗИ внутренних органов: выявлено умеренное увеличение селезёнки. Начата терапия андрогенами для стимуляции кроветворения (первоначально получали даназол в дозе 5 мг/кг/сутки перорально). Проведена поддерживающая терапия (трансфузии эритроцитарной массы и тромбоцитов). Обсуждена необходимость аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК), как наиболее эффективного метода лечения при данной патологии. На фоне терапии отмечена частичная стабилизация показателей крови, однако сохраняется необходимость регулярного мониторинга и дальнейшего планирования ТГСК.

Таким образом, данный случай демонстрирует особенности диагностики и тактики ведения пациента с анемией Фанкони с акцентом на современные подходы к терапии и необходимость мультидисциплинарного подхода

Выводы. Клинический случай анемии Фанкони у ребёнка подтвердил значимость ранней диагностики, основанной на комплексном подходе, включающем лабораторные, инструментальные и генетические исследования. Прогрессирующая панцитопения и врожденные аномалии являются характерными проявлениями анемии Фанкони и требуют внимательного клинического наблюдения для своевременного выявления осложнений. Поддерживающая терапия андрогенами и компонентами крови обеспечивает временную стабилизацию состояния пациента. Аллогенная трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) остаётся единственным радикальным методом лечения, способным улучшить прогноз и качество жизни пациентов. Для успешного ведения пациентов с анемией Фанкони необходим комплексный подход с участием гематологов, генетиков и других специалистов, а также длительное динамическое наблюдение.

Абдурахманова У.Ш., Мухаммаднабиева Ф.А., Хусенова М.С.
ПАТОФИЗИОЛОГИЯ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ: МЕХАНИЗМЫ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ

Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Давлатова С.Н.

Цель исследования. Изучить патофизиологические механизмы развития апластической анемии у детей, определить ключевые клинические проявления и последствия данного заболевания.

Материал и методы. В нашем исследовании участвовали дети с диагнозом апластическая анемия в возрасте от 2 до 18 лет на базе НМИЦ «Шифобахш» отделения детской гематологии. Были проведены следующие лабораторно-инструментальные исследования: общий анализ крови, миелограмма, коагулограмма, биохимический анализ крови, общий анализ мочи и кала. Генетические тесты для выявления мутаций и наследственных факторов. Ультразвуковое исследование органов для оценки состояния селезенки и печени. Анализ имеющихся научных публикаций, касающихся патофизиологии, клиники и лечения апластической анемии у детей. Медицинские карты и истории болезни пациентов, содержащие информацию о симптомах, длительности заболевания, сопутствующих заболеваниях, лечении и результатах.

Результаты исследования. У 95% детей проявлялись типичные симптомы анемии (слабость, усталость, бледность). У 60% пациентов отмечались тромбоцитопенические проявления, такие как гематомы и кровотечения. Средний уровень тромбоцитов в этой группе составил $50 \times 10^9/\text{л}$, что значительно ниже нормального диапазона. Прогрессирующая лейкопения (средний уровень лейкоцитов составил $2,3 \times 10^9/\text{л}$) привела к высокому риску инфекций, включая бактериальные и вирусные. У 30% пациентов зарегистрированы тяжелые инфекционные осложнения, требующие иммуностимуляции и антибактериальной терапии. По результатам аспирации костного мозга у 85% пациентов с апластической анемией наблюдалось выраженное подавление гемопоэза с редукцией клеточных предшественников для всех трех линий кроветворения: эритроидного, гранулоцитарного и мегакариоцитарного. В среднем, морфологическое заключение показало, что степень гипоплазии составила 80–90%. Сравнительный анализ выживаемости показал, что пациенты, начавшие лечение иммунодепрессантами (например, антилимфоцитарными сыворотками или кортикостероидами) в течение 3 месяцев с момента диагностики, имели 5-летнюю выживаемость на уровне 70%, в то время как у группы с запоздалым началом терапии этот показатель составил только 30%. У 50% пациентов, получавших комплексную иммунотерапию, наблюдалось полное восстановление гемопоэза через 6 месяцев, о чем свидетельствовали результаты контрольной аспирации костного мозга.

Эти результаты подтверждают высокую сложность патофизиологии апластической анемии у детей и демонстрируют, что ранняя диагностика и комплексное лечение могут значительно улучшить клинические исходы и качество жизни этих пациентов. Анализ выживаемости показал, что раннее начало иммунодепрессивной терапии (в течение трех месяцев с момента диагноза) улучшает прогноз и уменьшает риск перехода в хронические формы.

Выводы. Исследование подтвердило, что апластическая анемия у детей связана с разрушением гемопоэтических стволовых клеток и нарушением их микро среды, в результате чего происходит гипоплазия костного мозга и снижение всех линий кроветворения. Дети с апластической анемией демонстрируют широкий спектр клинических проявлений, включая анемию, тромбоцитопению и лейкопению, что значительно ухудшает их качество жизни и увеличивает риск серьезных инфекционных осложнений. Раннее начало лечения, основанного на применении иммунодепрессантов, улучшает прогноз, снижает смертность и риск трансформации в более тяжелые формы заболевания. Данные выводы отмечают важность многопрофильного подхода к диагностике и лечению апластической анемии у детей, подчеркивают актуальность дальнейших исследований в этой области и способствуют улучшению понимания патогенеза и клинического управления данным заболеванием.

Абдурахманова У.Ш., Давлатов Ю.Дж., Ризоева М.Н.
РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ГЕМОФИЛИИ А И В У ДЕВОЧКИ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ

Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель - к.м.н., доцент Давлатова С.Н.

Цель исследования. Изучить редкий случай гемофилии А и В у девочки, с акцентом на анализ клинической картины, выявление характерных симптомов и особенностей заболевания, а также определение методов диагностики. Исследование направлено на повышение осведомленности медицинских работников о данной патологии, ее вариантах проявления и рекомендованных подходах к управлению данной формой гемофилии.

Материал и методы. На базе НМИЦ «Шифобахш» был проанализирован клинический случай девочки С. 2011 г.р., у которой была диагностирована спонтанная гемофилия А. Проведены следующие лабораторно-инструментальные данные: общий анализ крови: для определения уровня гемоглобина, количества эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов. Коагулограмма: для оценки времени свертывания, активности факторов и других параметров свертывания крови. Общий анализ мочи и кала, рентген грудной клетки. Проведен обзор современных научных публикаций и клинических рекомендаций по гемофилии у детей для сравнения и интерпретации полученных данных в контексте существующей медицинской практики.

Результаты исследования. Девочка С., 13 лет, поступила в медицинское учреждение с жалобами на маточное кровотечение, носовые и десневые кровотечения, синяки на теле без видимых причин и нарастающую утомляемость. Из анамнеза большая первый ребенок, от первой беременности, болеет с рождения, стоит на учете врача-гематолога и периодически получает терапию. Родители не имеют гематологических заболеваний, но брак близкородственный. При физикальном обследовании обнаружены бледность кожных покровов, множественные синяки

разного цвета и размеров, экхимозы на коже и слизистых, а также увеличенные шейные лимфатические узлы I-II степени.

Лабораторные данные: общий анализ крови: гемоглобин - 54 г/л, количество эритроцитов — $2,0 \times 10^{12}$ /л., лейкоцитов — $5,0 \times 10^9$ г/л., тромбоцитов — 280×10^9 г/л.) Коагулограмма: АВР-43, фибрин-11,0, фибриноген-2,75, тромботест – 5ст, эт.тест-отрицательный, Активность факторов: VIII-15%, IX-7%, Виллибранда – 33%. В общем анализе мочи и кала без особенностей. Рентгенография грудной клетки: признаки острого бронхита. Также была проведена консультация врача гинеколога, для исключения заболеваний органов малого таза.

Девочка начала получать заместительную терапию с использованием концентратов фактора VIII, что привело к значительному улучшению состояния и уменьшению числа эпизодов кровотечения. Анализ литературных данных подтвердил, что гемофилия А и В у девочек является редким явлением, тем не менее, упоминается о возможности развития этой формы гемофилии, что подчеркивает необходимость диагностики и внимания к подобным случаям в клинической практике.

Выводы. Исследование продемонстрировало, что гемофилия А и В у девочек, хотя и очень редкий случай в детской практике, может иметь серьезные клинические последствия. Заместительная терапия с использованием концентратов фактора VIII оказалась эффективной, что позволило значительно снизить частоту и тяжесть кровотечений у пациентки. Регулярный мониторинг и последующая оценка состояния пациента важны для успешного управления заболеванием. Рекомендуется проводить дополнительные исследования для лучшего понимания патофизиологических механизмов гемофилии А и В, выявления генетических предрасположенностей и разработки более эффективных лечебных стратегий.

Абевзитова А.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРАПИИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АНЕМИЕЙ ДАЙМОНДА-БЛЕКФЕНА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Кафедра детских болезней им. профессора Н.А. Барлыбаевой НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова». Казахстан.

Научный руководитель - к.м.н. Тулебаева А.Б.

Цель исследования. Анализ результатов терапии лечения у детей с диагнозом «анемия Даймонда - Блекфена», оценка результатов.

Материал и методы. Анализированы результаты терапии у 50 пациентов, находившихся на лечении в отделении онкологии и гематологии НЦПДХ и ФКФ «УМС» ННЦМиД, за период с 2020 по 2022 годы с направительным диагнозом «анемия неуточнённая», из них у 5-и пациентов был верифицирован диагноз АДБ. Всем пациентам проведены комплексные методы диагностики и специфические виды терапии. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программ Excel 2010 и IBM SPSS Statistics 22.0. Сравнительный анализ проводился по следующим параметрам: пол, возраст на момент постановки диагноза, стадия заболевания и группа риска. При распределении обследованных 5 пациентов по гендерной принадлежности составило 1:4. Средний возраст наблюдаемых пациентов составил 4 месяца.

Результаты исследования. При анализе результатов проведённой терапии средняя медиана наблюдения пациентов по месту жительства составила 4 месяца. Приём препаратов железа составил в среднем 4 месяца, что привело к развитию гемосидероза, тем самым ухудшая прогноз заболевания. В связи с неудовлетворительными результатами лечения и низким показателем уровня выживаемости, несмотря на проведение комбинированной терапии, вопрос о поисках и внедрения альтернативных методов терапии на сегодняшний день является актуальным во всём мире.

Выводы. АДБ часто выявляется у детей до первого года жизни. В большинстве случаев эти дети наблюдаются по месту жительства с диагнозом ЖДА, в течении нескольких месяцев принимают препараты железа, тем самым ухудшая прогноз заболевания.

Адамхонова З.С., Ниязова Ш.О., Чиллаева М.И.

ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКАЯ КОМА У ДЕТЕЙ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения, диагностики и лечения гипергликемической комы у детей с целью улучшения исходов данного состояния.

Материал и методы. Были обследованы истории болезни детей, которые проходили лечения на базе Национального Медицинского Центра Республики Таджикистан г. Душанбе «Шифобахш». Данные 10 детей, госпитализированных в отделение интенсивной терапии с диагнозом "гипергликемическая кома". Методы: Анамнез заболевания (дебют сахарного диабета, ошибки в инсулинотерапии, сопутствующие инфекции). Клиническая картина (уровень сознания, дегидратация, неврологические и респираторные симптомы). Лабораторные показатели (гликемия, кетонемия, рН крови, электролиты, осмолярность плазмы). Методы лечения (инфузионная терапия, инсулинотерапия, коррекция электролитного дисбаланса).

Результаты исследования. Основной причиной гипергликемической комы у детей в 85% случаев оказался поздний диагноз сахарного диабета I типа. Основные причины развития гипергликемической комы у детей: декомпенсация сахарного диабета I типа, запоздалая диагностика или нарушение режима терапии. Наиболее частыми симптомами были: полиурия, полидипсия, ацетонемический запах изо рта, рвота, потеря сознания, дыхание Куссмауля,

сухость кожи и слизистых, тахикардия, гипотония.

Диагностические показатели: Средний уровень глюкозы крови: $28,5 \pm 5,2$ ммоль/л Средний pH крови: $7,12 \pm 0,08$ (метаболический ацидоз). Кетоацидоз – 92%. Гиперосмолярность без кетоацидоза – 8%. Наиболее эффективный подход к терапии: ранняя инфузионная терапия для коррекции дегидратации и электролитного дисбаланса, плавное снижение уровня глюкозы с использованием короткодействующего инсулина. Тактика лечения и исходы: Инфузионная терапия (0,9% NaCl, затем 0,45% NaCl + KCl) – 100%. Инсулинотерапия (0,05–0,1 Ед/кг/ч) – 100%. Улучшение состояния в первые 24–48 часов – 90%. Частота осложнений: гипокалиемия, гипогликемия, отёк головного мозга (снижение вероятности при строгом мониторинге). Проведение инфузионной терапии и инсулинотерапии позволило добиться компенсации состояния у 96% пациентов.

Выводы. Гипергликемическая кома у детей является жизнеугрожающим состоянием, которое чаще всего связано с поздней диагностикой сахарного диабета 1 типа. Ранняя диагностика и своевременное начало лечения могут значительно улучшить прогноз и снизить частоту осложнений. Необходима активная просветительская работа среди родителей и врачей первичного звена для своевременного выявления первых признаков сахарного диабета. Гипергликемическая кома у детей – частое осложнение сахарного диабета 1 типа, требующее неотложной медицинской помощи. Ключевые принципы терапии: интенсивная регидратация, контролируемая инсулинотерапия, коррекция электролитного баланса и профилактика осложнений. Важное значение имеет раннее выявление диабета 1 типа и обучение пациентов и их родителей контролю уровня гликемии.

Азизова Н.А., Махсумова Б.А.

ФАКТОРЫ СНИЖАЮЩИЕ ЛЕТАЛЬНЫЙ ИСХОД ПРИ СИНДРОМЕ ЛАЙЕЛЛА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Определить факторы, снижающие риск летального исхода при синдроме Лайелла.

Материал и методы. Под наблюдением в детском отделении реанимации и интенсивной терапии НМЦ РТ «Шифобахш» был больной с диагнозом Синдром Лайелла. Были выполнены следующие обследования: гемограмма, биохимия, ВИЧ, гепатиты, коагулограмма, анализ на Covid-19, общий Ig E, посев с кожи а также общий анализ мочи.

Результаты исследования. Из анамнеза выявлено, что ребёнок болеет с августа 2024 года. Получил амбулаторное и стационарное лечение в дерматологическом стационаре. Первые симптомы были лихорадка, слабость, головная боль, боль в горле, конъюнктивит, жжение и болезненность кожи. Потом появились красные пятна, формировались пузыри. Кожа отслаивалась при механическом воздействии. Появились трещины на губах. До того, как обратились в медицинское учреждение, были использованы народные методы лечения. Состояние ухудшалось обратились в специализированную больницу. С каждым днем состояние ухудшалось, поэтому они обратились в НМЦ РТ «Шифобахш». Ребёнок был госпитализирован в детское отделение реанимации и интенсивной терапии. Общее состояние пациента на момент поступления было очень тяжелое. Тяжесть обусловлена основным заболеванием. Сознание soporозное. Кожные покровы с множественными сливными пузырями с серозным и геморрагическим содержанием. Симптом Никольского положительный. На участках отслойки кожа ярко-красная, болезненная и покрыта некротическими пленками. Отмечалась гепатоспленомегалия. Результаты лабораторных данных: Гемограмма: Эр- $4,76 \times 10^{12}$ /л; Нб-135г/л; Лейк- $5,91 \times 10^9$ /л; Нейтр-0,4%; Лимф-0,5%; Мон-0,1%; Эоз-0%; Тромб- 131×10^9 /л; СОЭ-24мм/час; Биохимический анализ крови: Общий билирубин-16,0мкмоль/л; связанный билирубин-4,0мкмоль/л; свободный билирубин-12,0 мкмоль/л; АЛАТ-29ЕД/л; АСАТ-16ЕД/л; Креатинин-95,2мкмоль/л; Мочевина-7,1ммоль/л; Ig E-1000МЕ/мл; СРБ-84мг/л; Натрий-136,6ммоль/л; Кальций-1,84ммоль/л; Магний-0,66ммоль/л; Калий - 3,40ммоль/л; Коагулограмма: Протромбиновое время - 16 сек; протромбиновый индекс -98%; Фибрин-3,4г/л; ВИЧ-отр; Гепатиты В и С- отр; Анализ на Covid-19- антитела к SARS-CoV2 IgG-14,3 КП; антитела к SARS-CoV2 IgM-0,17 КП; ОАМ: Белок-0,099%; Лейк-20-24; Уробилиноген+17; Эритроциты-7-8; Посев кожи: Stf.aureus.

Выводы. Таким образом, своевременное выявление синдрома Лайелла и оперативное начало интенсивной терапии являются ключевыми факторами в снижении летальности и улучшении прогноза пациентов. Диагностические мероприятия должны быть направлены на подтверждение диагноза, определение причины заболевания и оценку степени поражения, что позволит своевременно провести адекватное лечение и предотвратить развитие тяжелых осложнений.

Азизова П., Азими М., Содикзода А.М.

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Выявление осложнений, возникающих в процессе лечения острого лимфобластного лейкоза (ОЛЛ), и анализ терапевтических стратегий их коррекции.

Материал и методы. Обследование пациента включало клинический и лабораторный анализы: гемограмму, миелограмму, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, а также магнитно-резонансную томографию (МРТ) головного мозга.

Результаты исследования. Пациент А.И., 2018 года рождения, поступил в приемное отделение с жалобами на гипертермию, судорожный синдром и общую слабость. Из анамнеза установлено, что ребенок с девятимесячного

возраста состоит на учете у гематолога с диагнозом ОЛЛ. Со слов матери, имели место неоднократные нарушения схемы лечения, что привело к рецидиву заболевания. Текущее ухудшение состояния отмечено за два дня до госпитализации: лихорадка, эпизоды диареи (2–3 раза в сутки), судороги. В связи с прогрессирующим ухудшением состояния пациент был доставлен в приемное отделение, госпитализирован в отделение интенсивной терапии.

Данные обследования: гемограмма: эритроциты — $3,00 \times 10^{12}/л$, Hb — 98 г/л, гематокрит — 24,6%, MCV — 80,4 фл, лейкоциты — $10,86 \times 10^9/л$, нейтрофилы — 55,62%, тромбоциты — $198 \times 10^9/л$, тромбоцит — 0,19 мл/л, СОЭ — 32 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин — 9,7 мкмоль/л, связанный билирубин — 4,0 мкмоль/л, свободный билирубин — 11,0 мкмоль/л, АЛАТ — 28,1 Ед./л, АСАТ — 25,9 Ед./л, общий белок — 58 г/л, креатинин — 42,5 мкмоль/л, мочевины — 3,6 ммоль/л. УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения паренхимы печени и селезенки, уплотнение стромы чашечно-лоханочной системы обеих почек. R-грудной клетки: скопление гомогенной жидкости в плевральных синусах. МРТ головного мозга: признаки хронической субдуральной гематомы лобно-теменных долей левого полушария мозга с умеренным масс-эффектом; диффузные изменения белого вещества обоих полушарий мозга; энцефалопатия, вероятно токсического генеза; признаки заместительной смешанной атрофической гидроцефалии.

Выводы. Терапия ОЛЛ является длительным и сложным процессом, сопряженным с высоким риском развития осложнений различного характера. В данном клиническом случае нарушение схемы лечения привело к развитию тяжелых осложнений, включающих неврологические и системные проявления. Учитывая данный аспект, ведение пациентов с ОЛЛ требует комплексного подхода, включающего мониторинг гематологических и биохимических показателей, коррекцию терапии и назначение вспомогательных препаратов, направленных на профилактику и лечение осложнений, возникающих на фоне химиотерапии.

Азизова П.Г., Музаффаров Ш.С., Хусенова М.С.

СИСТЕМНАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ АЛЛЕРГИЯ (СИНДРОМ СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА) У ДЕТЕЙ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Давлатова С.Н.

Цель исследования. Изучить клинические проявления и особенности течения синдрома Стивенса–Джонсона у ребёнка грудного возраста.

Материал и методы. Анализ истории болезни и обследование ребёнка 11-ти месяцев с проявлением тяжёлой лекарственной аллергии в виде синдрома Стивенса–Джонсона. Пациенту были проведены комплексные лабораторно-инструментальные методы исследования: общий развернутый анализ крови, коагулограмма, биохимия крови (общий белок, мочевины, креатинин, электролиты), ретракция кровяного сгустка, анализ крови на малярию, базофильный тест по Шелли, кровь на ВИЧ, гепатиты, ЦМВ и герпес, рентгенография грудной клетки и брюшной полости, проведена консультация аллерголога.

Результаты исследования. Больной Ш., 11 месяцев, поступил с жалобами на появление сыпи, беспокойство, повышение температуры до фебрильных и гектических цифр. Из анамнеза выяснилось, что ребёнок находится на искусственном вскармливании с 8 месяцев. Ребёнок из группы часто болеющих детей. Неоднократно находился на стационарном лечении и часто получал антибиотики из группы цефалоспоринов, пенициллинов и аминогликозидов. При осмотре ребёнок бледный, отёчный, вялый, сыпь покрывает всё тело, высыпания множественные в виде багрово-красных пятен с синюшным оттенком, которые местами сливаются и образуют пузыри, имеются участки некроза и отторжение тканей. У ребёнка также отмечено поражение слизистой полости рта.

При лабораторном исследовании: Hb-113 г/л, эрит. 3.7 млн., гематокрит-19.5, лейкоциты-8.2 тыс., нейтрофилы-85.5%, тромбоцит-3.06 мл/л, тромбоциты -325 тыс., СОЭ-29 мм/ч, сахар-7.4 ммоль/л, АЛАТ-29.0, АСАТ-22.0, общий билирубин -15.0мкмоль/л, прямой билирубин - 4.0, свободный билир.-11.0, общий белок-58 г/л, креатинин и мочевины в норме, ЦМВ-положительный (IgG-1:400), герпес-положительный (IgG-1:200), фибриноген-199.6мг%, фибрин-9.0мг%, кровь на малярию-отрицательный, На рентгенограмме грудной клетки -полисегментарная пневмония справа.

Консультация аллерголога: Аллергия неясного генеза. Рекомендовано провести тест лизиса лейкоцитов, определения общего IgE. Тест на лизис лейкоцитов показал высокую гиперчувствительность к ампициллину, гентамицину, цефтазидиму, цефепиму, клафорану, глюкозе, меркацину, канамицину, цефтриаксон, реосорбилакт. Уровень IgE составил 830 МЕ/мл. Повторно проведена консультация аллерголога, где выставлен диагноз: Системная лекарственная аллергия по типу синдрома Стивенса-Джонсона, токсикодермия.

В лечении ребёнок получил в/в капельно дексаметазон 8 мг утром и 4 мг в/в струйно вечером, тавегил 2.0 мг в/в струйно, цветокс в форме сиропа по 2 мл x 2 раза в день, мазь целестодерм на поражённую поверхность кожи x 2 раза в день, метилурациловую мазь на слизистую полости рта x 2 раза в день. Помимо этого, ребёнку назначили пробиотики, ферменты, противогрибковые препараты.

Выводы. Синдром Стивенса-Джонсона относится к тяжёлой, опасной для жизни, форме системной лекарственной аллергии; особенно он бурно протекает у детей раннего возраста. В представленном случае имелось тяжёлое поражение кожи более чем 20% по площади и 60 % - поражение слизистых оболочек. Длительно и не всегда обоснованно назначенные пациенту лекарственные препараты, в данном случае, явились непосредственной причиной тяжёлой реакции гиперчувствительности кожи и слизистых. Раннее лечение позволяет снизить высокий уровень смертности пациентов.

Азими М., Содиков Н.М.
COVID-19 КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Было оценить влияние перенесенного COVID-19 на развитие осложнений у детей с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ) и выявить возможные факторы, способствующие ухудшению их клинического состояния.

Материал и методы. В исследовании участвовали 25 детей до 14 лет (13 мальчиков и 12 девочек), находящихся на различных этапах химиотерапевтического лечения и имеющих диагноз ОЛЛ, подтвержденный гистологически и клинически. Для проведения исследования использовались различные методы, включая клинический анализ состояния детей на основе медицинских карт и наблюдений, лабораторные исследования крови для оценки уровня воспаления, состояния печени и почек, а также маркеров коагуляции. Иммунологические тесты позволили оценить иммунный статус с помощью тестов на антитела к вирусу SARS-CoV-2, а рентгенологические исследования, включая рентгенографию и КТ грудной клетки, использовались для выявления пневмонии и других легочных осложнений.

Результаты исследования. Из 25 исследуемых детей, 9 перенесли COVID-19 на различных этапах лечения, что составляет 36%. Сравнение с мировыми данными показывает, что этот показатель находится в пределах ожидаемого для детей с ОЛЛ, находящихся на терапии.

Результаты показали, что у детей, перенесших COVID-19, значительно возросла частота инфекционных осложнений. В частности, 5 из 9 детей (55%) развили пневмонию, у 4 детей (44%) были зафиксированы бактериальные инфекции, и у 3 детей (33%) — герпетическая инфекция. Эти осложнения связаны с ослабленным иммунным ответом, вызванным как химиотерапией, так и коронавирусной инфекцией. В результате, время, необходимое для восстановления после курса химиотерапии, увеличилось в среднем на 20%, что также повысило риски для общего состояния детей.

Ключевыми аспектами, влияющими на развитие осложнений, стали:

Увеличение уровня воспаления в организме, что способствовало ухудшению клинической картины (отмечено у 7 из 9 детей — 78%).

Нарушение коагуляции, проявившееся повышением рисков тромбообразования, особенно у детей, находившихся в активной фазе лечения (зафиксировано у 5 из 9 детей — 55%).

Пониженная эффективность химиотерапии в ответ на инфекцию, что потребовало адаптации терапевтических схем (затруднение химиотерапии было отмечено у 4 из 9 детей — 44%).

Особое внимание было уделено времени диагностики и выявления COVID-19 у детей с ОЛЛ. В 3 случаях (33%) инфекция была недооценена из-за сходства симптомов с осложнениями, вызванными химиотерапией, что привело к задержке в начале лечения и увеличению тяжести состояния.

Выводы. Таким образом, результаты исследования подтвердили, что перенесенный COVID-19 является значимым фактором риска для развития осложнений у детей с острым лимфобластным лейкозом. Раннее выявление инфекции и оперативное лечение, а также корректировка химиотерапевтической стратегии, являются важными условиями для уменьшения рисков и улучшения прогнозов для этих пациентов. На основании мировых данных можно утверждать, что риск осложнений в данной группе пациентов может достигать 50% в случае сочетания с COVID-19. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы лучше понять долгосрочные последствия COVID-19 для этой группы детей и разработать рекомендации для оптимизации их лечения.

Азими М., Содиков Н.М.
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТРУДНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ЛИМФОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Заключалась в изучении клинических и лабораторных особенностей постковидного состояния у детей с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ), перенесших коронавирусную инфекцию.

Материал и методы. Исследование проводилось в детском гематологическом отделении Национального медицинского центра Республики Таджикистан с января 2024 года по январь 2025 года. В исследование было включено 45 детей (26 девочек и 19 мальчиков) с диагнозом ОЛЛ. Для диагностики и оценки состояния детей проводились общий и биохимический анализ крови, коагулограмма, определение уровня витамина D, тесты на ВИЧ, гепатиты В и С, определение циркулирующих иммунных комплексов, ИФА на антитела IgM и IgG к SARS-CoV-2, анализы на общий IgE, общий анализ мочи и кала, УЗИ органов брюшной полости и почек, а также ЭКГ.

Результаты исследования. Анализ результатов показал, что у 40% пациентов (18 детей) наблюдалась нетипичная клиническая картина, проявлявшаяся слабовыраженными признаками лейкемии, маскируемыми постковидными изменениями. В 25% случаев (11 детей) выявлены нарушения в коагулограмме, такие как удлинение АЧТВ, повышение уровня фибриногена и D-димера, что требовало дифференциации с ДВС-синдромом и коагулопатиями, ассоциированными с COVID-19.

Снижение уровня витамина D (менее 20 нг/мл) отмечалось у 20% пациентов (9 детей), что могло способствовать угнетению иммунного ответа, ухудшению регуляции воспаления и изменению течения лейкемии. У 15% детей

(7 пациентов) зафиксированы выраженные иммунные реакции в виде повышения общего IgE и циркулирующих иммунных комплексов, что усложняло диагностику вторичных иммунопатологических процессов и требовало дополнительных исследований для исключения иммунной дисрегуляции после COVID-19.

В периферической крови у 60% детей (27 пациентов) выявлялась анемия ($Hb < 100$ г/л), у 70% (32 пациента) – тромбоцитопения ($PLT < 100 \times 10^9$ /л), у 50% (23 пациента) – выраженная нейтропения ($NEU < 1 \times 10^9$ /л). Лейкоцитоз ($> 10 \times 10^9$ /л) наблюдался у 40% пациентов (18 детей), а у 30% (14 детей) – лейкопения. Повышение уровня лактатдегидрогеназы (ЛДГ > 500 Ед/л) зафиксировано у 80% пациентов (36 детей), что свидетельствовало о высокой пролиферативной активности опухолевых клеток.

Выводы. Диагностика острых лимфобластных лейкозов (ОЛЛ) у детей, перенесших COVID-19, представляет собой сложную задачу, поскольку постковидные изменения могут оказывать значительное влияние на систему крови, коагуляцию и иммунный статус. Эти изменения могут маскировать симптомы заболевания или приводить к перекрытию клинической картины, что усложняет своевременное обнаружение ОЛЛ. Для повышения точности диагностики необходимо учитывать влияние коронавирусной инфекции на кроветворение и иммунный ответ. Включение дополнительных лабораторных тестов, таких как анализы на специфические иммунологические маркеры, может значительно повысить эффективность раннего выявления заболевания. Необходимы дальнейшие исследования, направленные на изучение особенностей течения ОЛЛ в группе детей, перенесших COVID-19, для создания более точных диагностических критериев и разработки персонализированных схем лечения, что позволит улучшить прогноз и уменьшить риск осложнений у этой категории пациентов.

Али-заде Ш.Б.

НЕКЛАССИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ: ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНЫХ И АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Х.Дж.Аминова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., доцент Мамаджанова Г.С.

Цель исследования. Оценка неклассических эффектов витамина D и анализ факторов, влияющих на его уровень у детей, с целью совершенствования профилактики частых респираторных и аутоиммунных заболеваний.

Материал и методы. В проспективное исследование были включены 120 детей (возраст 3–12 лет). Проведены клинические осмотры, сбор анамнеза, анкетирование родителей о питании и режиме дня. У всех детей определяли уровень 25(OH)D в сыворотке, показатели общего анализа крови и иммунного статуса. Для статистической обработки результатов применяли пакеты SPSS и Statistica, используя методы описательной статистики и корреляционного анализа с установлением уровня значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. Дефицит витамина D (< 20 нг/мл) выявлен у 60,8% детей, недостаточность (20–30 нг/мл) – у 25,0%. У 56,2% детей с уровнем 25(OH)D ниже 20 нг/мл регистрировались повторные респираторные инфекции (от 5 эпизодов в год), что статистически чаще, чем в группе с нормальным уровнем 25(OH)D ($\chi^2=7,1$; $p < 0,05$). Корреляционный анализ показал отрицательную связь между концентрацией 25(OH)D и показателем частоты респираторных заболеваний ($r=-0,38$; $p=0,02$). У 18,3% детей с дефицитом витамина D выявлялись маркеры аутоиммунных отклонений (повышенный титр антител к щитовидной железе, ANA), против 5,4% в группе без дефицита (ОШ=3,2; 95% ДИ 1,3–7,9). Выявлена тенденция к меньшей сопротивляемости инфекциям у детей с недостаточным уровнем витамина D.

Выводы. У большинства обследованных детей установлен дефицит или недостаточность витамина D, достоверно связанная с частыми респираторными эпизодами и повышенной вероятностью аутоиммунных проявлений. Регулярный мониторинг и своевременная коррекция статуса витамина D у детей позволяют снизить риск развития инфекционных заболеваний и потенциальных аутоиммунных осложнений, подчеркивая необходимость индивидуализированного подхода в педиатрической практике.

Али-заде Ш.Б.

АНАЛИЗ ИНДИКАТОРОВ КОГНИТИВНОГО РАЗВИТИЯ У ШКОЛЬНИКОВ: IQ, ВНИМАНИЕ, КОНЦЕНТРАЦИЯ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Х.Дж.Аминова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., доцент Мамаджанова Г.С.

Цель исследования. Оценить когнитивные способности детей школьного возраста с использованием результатов когнитивных тестов (Матрицы Равена, проба Лурия) как предварительного индикатора умственного развития.

Материал и методы. В исследовании проанализированы предварительные данные, собранные у учащихся 8-го, 9-го и 11-го классов. Для каждой группы рассчитаны средние значения, стандартные отклонения, диапазоны по показателям: возраст, рост, вес, IQ, результаты теста Равена и пробы Лурия. Также выполнены корреляционный анализ, однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA) и построена множественная регрессионная модель, включающая демографические переменные и результаты когнитивных тестов. В дальнейшем планируется интеграция данных об уровне витамина D.

Результаты исследования. В выборке 8-го класса ($N=25$) средний возраст учеников составляет $14,00 \pm 0,58$ года, по результатам теста Равена $\bar{x} = 45,00 \pm 10,49$, а по IQ – $\bar{x} = 101,88 \pm 11,17$, $Me=98,5$, проба Лурия $\bar{x} = 3,36 \pm 0,73$. В

выборке 9-го класса (N=34) средний возраст составил $15,06 \pm 0,34$ года, а результат теста Равена – $41,88 \pm 8,16$, IQ $\bar{x} = 98,09 \pm 12,12$, Me=98, пробы Лурия - $\bar{x} = 3,58 \pm 0,50$. В выборке 11-го класса (N=26) средний возраст $17,04 \pm 0,53$ года, где средний результат теста Равена составляет $43,43 \pm 9,38$, а средний IQ – $101,48 \pm 14,00$, Me=98, проба Лурия $\bar{x} = 3,50 \pm 0,63$. Было отмечено, что процент учеников с результатами значительно ниже среднего для своей возрастной группы в каждом классе составил: 8-й класс – около 12,5% учеников, 9-й класс – примерно 16,7% учеников, 11-й класс – приблизительно 17,4% учеников.

В группах 11-го и 8-го классов выявлены статистически значимые различия в когнитивных показателях (ANOVA, $p < 0,05$). Множественная регрессия показала, что результаты пробы Лурия являются значимыми предикторами результатов теста Равена. В проведенном анализе разницы по IQ между мальчиками и девочками оказались статистически незначимыми ($p > 0,05$), что свидетельствует об отсутствии значимой корреляции между полом и IQ в нашем исследовании. По нашим данным физические показатели (рост и вес) демонстрируют лишь слабую положительную взаимосвязь с когнитивными показателями (результаты теста Равена и проба Лурия), при этом статистическая значимость этой взаимосвязи не достигнута (например, корреляция между ростом и результатами теста Равена около 0,20, $p > 0,05$). Но мы считаем, что дополнительные данные (интеграция уровня витамина D) могут изменить общую картину. Предварительные данные создают базу для последующей оценки вклада уровня витамина D в модель когнитивного развития.

Выводы. Полученные предварительные результаты свидетельствуют о наличии значимых взаимосвязей между когнитивными показателями и интеллектуальным уровнем школьников. Включение данных об уровне витамина D в дальнейший анализ позволит уточнить его влияние на когнитивные функции, что имеет практическое значение для разработки профилактических программ, направленных на оптимизацию умственного развития детей.

Алишеровна Н.А.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Кафедра детских болезней №1 имени проф. Х.Дж. Аминова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - старший преподаватель Махмудова М.М.

Цель исследования. Выявить основные клинические признаки гипербилирубинемии у недоношенных детей в раннем неонатальном периоде.

Материал и методы. В данную работу вошли все 200 недоношенных детей с весом от 2200 гр и ниже, рожденных с 2021 по 2023 гг. в МК «Истиклол».

Результаты исследования. За этот период гипербилирубинемия развилась у 66 (33%) новорожденных. Сбор анамнеза показало, что 4 (2%) из 200 детей родились после применения вспомогательных репродуктивных технологий, 33 (16,5%) являются плодами многоплодной беременности. Выживаемость в данной группе 73,5% (147). Энтеральное питание, в том числе и с трофической целью, начиналось с первого дня жизни. С первого дня жизни, учитывая непереносимость сцеженного грудного молока, назначалось полностью сбалансированное парентеральное питание. Уровень билирубина измерялся при первых признаках иктеричности кожных покровов. Параллельно определялся уровень гемоглобина в капиллярной и венозной крови, возможные тесты на определение инфекции также проводилось ультразвуковое исследование головного мозга. Уровень общего билирубина через 24 ч после рождения в среднем составил 102 ± 12 мкмоль/л, через 48 ч 123 ± 28 мкмоль/л, 72 ч – 154 ± 23 мкмоль/л. Максимальный уровень билирубина выше 220 мкмоль/л наблюдался только у девяти недоношенных ($222 - 243$ мкмоль/л с гестационным возрастом больше 30 недель и весом 1350–1500 г).

Выводы. У недоношенных детей при рождении своевременный контроль за уровнем сывороточного билирубина является одним из важных критериев дальнейшего физического и психомоторного развития ребенка.

Алишеровна Н.А.

ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №1 ТГМУ имени профессора Х.Дж. Аминова
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - д.м.н., доцент Мамаджанова Г.С.

Целью исследования данной работы явилось изучить клинические особенности сердечно-сосудистой системы у новорожденных детей.

Материал и методы. Под нашим наблюдением 218 детей, родившихся в асфиксии. Все дети наблюдались неонатологом, невропатологом им проводились общий анализ крови, мочи, УЗИ мозга, УЗИ сердца, ЭКГ.

Результаты исследования. У всех наблюдаемых детей был отягощенный анамнез. Клиническая картина характеризовалась: глазной симптоматикой/косоглазие, нистагм, тремор рук, общим беспокойством. У этой группы больных отмечалась клиника функционального изменения сердца, которая характеризовалась рядом объективных признаков поражения сердца: тоны приглушены, тахикардия, аритмия, функциональный систолический шум, но границы сердца были в пределах нормы и нестойкие изменения формы одного или двух зубцов ЭКГ /QRS/. Но у 16 (12%) детей симптомы сердечной недостаточности и изменения со стороны сердца укладывались в клинику миокардиодистрофии. У 12 детей отмечалась кардиореспираторная депрессия. Синдром характеризовался угнетением основных жизненных функций – брадикардия, понижения мышечного тонуса, нарушение дыхания, гипотония, 33 детям был выставлен диагноз функциональные кардиопатии, а у 1 – фиброзластоз.

Выводы. У детей с перинатальной энцефалопатией отмечались различные кардиопатии с перинатальной эн-

цефалопатией, которые часто протекают с сердечной недостаточностью, что и является причиной летальных исходов у детей.

Аминджанова Д.Р., Умарова Дж. Ш.

СОСТОЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА У ДЕТЕЙ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19 (ПО МАТЕРИАЛАМ Г. ДУШАНБЕ)

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Г.М.Саидмурадова

Цель исследования. Изучение состояния некоторых показателей гемостаза у детей с новой коронавирусной инфекцией Ковид-19.

Материал и методы. При обследовании обратившихся (1313) детей в ГУ «ГКБДИБ» г. Душанбе РТ с ОРВИ в 2023 году на новую коронавирусную инфекцию Ковид-19 (НКВИ), лишь у 21 (1,6%) диагностирован положительный результат. Лабораторная диагностика всем детям с НКВИ была проведена в Референс лаборатории МЗ и СЗН РТ с применением метода ПЦР, общий клинический анализ крови и скрининг-коагулограммы проведён в лаборатории ГУ «ГКБДИБ».

Результаты исследования. Заболевание НКВИ у 12(57,1%) детей протекало в среднетяжёлой, у 9 (42,9%) в тяжёлой форме. Из числа детей с тяжёлыми формами болезни, 6(28,6%) детей в первые дни заболевания были госпитализированы в отделение реанимации, причём у всех (100%) диагностирована пневмония, у 4(19,0%) синдром нейротоксикоза в виде энцефалической реакции с кратковременной потерей сознания, у 2(9,5%) геморрагический синдром, сопровождающийся петехиальной сыпью на ручках.

У детей с тяжёлыми формами болезни и геморрагическим синдромом за счет развития коагулопатии потребления отмечены уменьшением тромбоцитов до 200 и удлинением времени свёртывания крови более 10 минут, снижением протромбинового индекса ниже 70%, тромбинового времени ниже 15 секунд, количества фибриногена до 2 мг/л. У 4 (44,4%) детей с тяжёлыми формами НКВИ сопровождающийся пневмонией и геморрагическим синдромом были отмечены увеличение Д-димера более 500 нг/л, фибриногена более 4 г/л, С-реактивного белка более 3 мг/л, лимфоцитопению меньше $3 \times 10^9/\text{л}$, удлинение протромбинового времени более 5 минут и уменьшение количества тромбоцитов ниже 150.000 клеток на 1 мкл. крови. У большинства 8 (66,7%) детей со среднетяжёлой формой НКВИ число тромбоцитов в клиническом анализе крови оставались в пределах нормы, у 4 (33,3%) детей повышенным (до $506 \cdot 10^9/\text{л}$). Умеренная тромбоцитопения: минимально до $28 \cdot 10^9/\text{л}$ отмечалась в единичных случаях 3 (25%) при остром течении НКВИ при любых показателях коагулограммы. Лечение всех детей с НКВИ проводилось согласно соответствующим протоколам включающая в себя симптоматическое лечение противовирусными препаратами в виде Анаферона детского и Эргоферон, а также антибиотики (амоксциллин/клавулановая кислота, респираторные фторхинолоны – левофлоксацин, моксифлоксацин, цефалоспорины 3 и 4 поколения) были назначены при пневмонии. Лечение детей с тяжёлыми формами НКВИ проводилось в отделении реанимации, с применением антикоагулянтных и дезагрегантных препаратов и с привлечением врача-детского гематолога.

Выводы. Лабораторное подтверждение коагулопатии имело место у каждого третьего обследованного с НКВИ ребенка при любой степени тяжести заболевания, но имело склонность к нарастанию по мере утяжеления процесса: у каждого третьего — при среднетяжелой, и в 3/4 случаев — при тяжелом течении заболевания.

Амрихудоева К.К.

ЛИПОМАТОЗНО- ПАСТОЗНАЯ ФОРМА ПАРАТРОФИИ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №1 имени проф. Аминова Х.Дж. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., доцент Мамаджанова Г.С.

Цель исследования. Изучение клинических особенностей и методов диагностики паратрофии в сочетании с эндокринными нарушениями у ребёнка.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе отделения для маловесных детей. Обследован ребёнок 11 месяцев с паратрофией и эндокринными нарушениями. Проведены клинический осмотр, аускультация, пальпация, анализ истории болезни, изучены лабораторные и инструментальные методы обследования. Анамнез собран у матери, проведена всесторонняя клиническая оценка.

Результаты исследования. Пациентка Адиккулова, девочка 11 месяцев, поступила в отделение для детей с нарушением питания с массой тела 9600 г и ростом 68 см. При поступлении отмечены фоновое состояние анемии и рахит, диагностированные на основании клинического осмотра и лабораторных анализов. Со стороны центральной нервной системы: выявлены признаки задержки физического и нейропсихического развития, а также микроцефалия. При осмотре кожи: отмечена бледность кожных покровов, высыпаний нет, тургор тканей снижен из-за выраженной отёчности. Со стороны скелета: зафиксирована деформация черепа. Дыхательная система: дыхание не затруднено, хрипов нет, при перкуссии — ясный лёгочный звук. Сердечно-сосудистая система: выслушиваются систолический шум и тахикардия. Желудочно-кишечный тракт: язык сухой, отмечаются вздутие живота, метеоризм и диарея. При пальпации — увеличение печени на 1 см ниже края рёбер, селезёнка не пальпируется. Кал желтоватый, с частыми сгустками. Мочевыделительная система: почки не пальпируются, половые органы развиты согласно возрасту.

Выводы. У ребёнка, на фоне гипотиреоза, наблюдается липоматозно- пастозный вид паратрофии. Влияние внутриутробных инфекций, таких как цитомегаловирус и герпесвирус, способствовало развитию микроцефалии и задержки психомоторного развития. Язвы, возникающие из-за нарушения целостности кожи, связаны с иммуноде-

фицитом. Эти результаты подчеркивают важность ранней диагностики гипотиреоза у грудных детей для предотвращения серьёзных нарушений.

Анакулов Х.Б., Мирзоев М.Н., Рахмонов Ш.Х.
МУКОВИСЦИДОЗ У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПЕДИАТРА
Кафедра детских болезней №2, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель: к.м.н., доцент Шарипова М.М.

Цель исследования. Изучение особенностей течения смешанной формы муковисцидоза у детей.

Материал и методы. Под наблюдением было 6 больных со смешанной формой муковисцидоза, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении ГУ НМЦРТ «Шифобахш» с 2022 по 2024 годы. В зависимости от течения муковисцидоза дети были разделены на 2 группы, первую группу составили 4 больных в стадии субкомпенсации, во вторую группу вошли 2 больных в стадии декомпенсации. Обследование провели методом генетического тестирования мутации гена CFTR.

Результаты исследования. Муковисцидоз – редкое заболевание: в среднем на 10 000 детей только 1 ребёнок рождается с муковисцидозом. Вероятность болезни зависит от наличия у родителей мутаций в CFTR. Если мутация гена имеется у обоих родителей, вероятность рождения больного муковисцидозом составляет 25%. Муковисцидоз чаще проявляется в грудном возрасте. Несмотря на полиморфизм клинических проявлений, имеет триаду синдромов: респираторный (обструктивный), кишечный (диспепсический) и дистрофический (по типу гипотрофии). При осмотре больных были выявлены выраженная дистрофия (у 83%), задержка роста (у 55%), бледность кожных покровов, цианоз, вплоть до акроцианоза, большой вздутый живот, деформация грудной клетки. А также у 60% больных наблюдалась деформация пальцев рук в виде «барабанных палочек» и ногтей «часовых стёкол» как следствие тяжёлой хронической гипоксии. Обструктивный синдром наблюдался в 83% случаев, а повышение сахара в крови и гепатолиенальный синдром в 17% случаев. Стул у больных был жидкий, обильный, частый, зловонный. В копрограмме – выраженная стеаторея, креаторея и очень низкая активность трипсина в кале. Протокол скрининга на муковисцидоз включал четыре этапа, причём только первые три являются обязательными:

- первое определение концентрации иммунореактивного трипсина;
- повторное определение концентрации иммунореактивного трипсина;
- проведение потового теста;
- ДНК-диагностика.

К сожалению, в нашей республике из этих методов для установления диагноза муковисцидоза используется только ДНК-диагностика, которая включает в себя лишь 5 типов генов, остальные 100 типов из-за отсутствия реагентов невозможно определить. Большое значение для диагностики муковисцидоза придают семейному анамнезу, в ходе сбора которого необходимо уточнить наличие: установленного диагноза или симптомов муковисцидоза у родных братьев или сестёр; схожих клинических проявлений у близких родственников; - смерть детей на первом году жизни.

Выводы. Таким образом, наше исследование показало, что у детей первого года жизни в странах с низким уровнем развития не всегда удаётся диагностировать на ранних стадиях заболевания, что приводит к более поздней диагностике с запоздалой заменой терапии, и часто диагноз устанавливается лишь в стадии суб- или декомпенсации, что усугубляет и так неблагоприятный прогноз.

Аслидинов Ш.Б.
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО БРОНХИОЛИТА
Кафедра педиатрии лечебного факультета СамГМУ. Узбекистан.
Научный руководитель – DSc, доцент Гарифулина Л.М.

Цель исследования. Определить основные факторы риска тяжелого течения острого бронхiolита на современном этапе.

Материал и методы. В исследовании приняли 38 детей с острым бронхiolитом в возрасте от 2 месяцев до 2-х лет. Проанализировано влияние дополнительных факторов риска тяжелого течения острого бронхiolита на развитие клинической симптоматики, лабораторных изменений и тяжесть течения заболевания. Связь количественных переменных оценивалась с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Результаты исследования. В оценке тяжести острого бронхiolита нами также была применена Шкала тяжести острого бронхiolита (ESBA). Общая выборка больных детей распределилась следующим образом: дети с легкой степенью составили 13,1% (5), со средней степенью тяжести 50% (19) и 36,8% (14) детей составили группу с тяжелой степенью острого бронхiolита. При этом средняя балльная оценка в группе с тяжелой степенью составила $11,36 \pm 0,34$ баллов, в средней $6,84 \pm 0,21$ баллов и $3,4 \pm 0,4$ баллов в группе детей с легкой степенью тяжести острого бронхiolита, что было статистически меньше по сравнению со средней тяжестью и тяжелой степенью острого бронхiolита ($p < 0,001$). Нами определено влияние дополнительных факторов риска на тяжесть течения острого бронхiolита у детей раннего возраста. Соотношение между степенью тяжести острого бронхiolита по шкале ESBA показала наличие достоверной отрицательной корреляционной связи с недоношенностью ($r = -0,788$; $p < 0,01$), низким социальным уровнем семьи ($r = -0,6$; $p < 0,05$), продолжительность грудного вскармливания ($r = -0,603$; $p < 0,05$) и снижением массы тела при белково-энергетической недостаточности ($r = -0,568$; $p < 0,05$) и положительную достоверную связь с высокой частотой пассивного курения ($r = +0,586$; $p < 0,05$), мужским полом ($r = +0,604$ $p < 0,05$). Проведенный корреляционный анализ выявил статистически значимую отрицательную корреляцию таких признаков, как недоно-

шенность ($r=-0,705$; $p<0,01$), масса тела при рождении ($r=-0,631$; $p<0,01$), и гестационный возраст к моменту рождения ($r=-0,700$; $p<0,01$), продолжительность грудного вскармливания ($r=-0,554$; $p<0,05$) и степень ДН, а также положительную корреляционную связь между степенью ДН и следующими факторами: рождение за 6 мес. и менее до начала сезона РСВ-инфекции ($r=+0,592$; $p<0,05$), многоплодная беременность ($r=+0,512$; $p<0,05$), мужской пол ($r=+0,647$; $p<0,01$). Таким образом, предикторами развития тяжелого острого бронхолита и ДН у детей раннего возраста - являются недоношенность, низкая масса тела при рождении, многоплодная беременность, рождение за 6 мес. и менее до начала сезона РСВ-инфекции, наличие белково-энергетической недостаточности, прекращение грудного вскармливания в течение первых 2 мес. жизни, мужской пол. В качестве фактора риска тяжелого течения острого бронхолита с необходимостью кислородотерапии рассматривается возраст пациента менее 3 месяцев жизни на момент начала заболевания, ($r=-0,603$; $p<0,05$). Анализ характера вскармливания детей болеющих острым бронхолитом выявил достоверную отрицательную корреляционную связь между ранним прекращением грудного вскармливания (до 2 мес.) и потребностью в кислородотерапии ($r=-0,801$; $p<0,01$). Необходимость в кислородотерапии также зависела и от наличия случаев пассивного курения в семьях детей с острым бронхолитом ($r=+0,703$; $p<0,01$), что еще раз подтверждает о значительном отрицательном влиянии пассивного курения на здоровье ребенка.

Выводы. В качестве предикторов тяжелого течения острого бронхолита у детей выступают такие факторы как недоношенность, низкая масса тела при рождении, многоплодная беременность, а также малая продолжительность грудного вскармливания и мужской пол.

Атласова М.Х.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Центр ментального здоровья Инсайт. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., врач высшей категории Умарова М.Ф.

Цель исследования. Изучить целесообразность применения транскраниальной микрополяризации (ТКМП) головного мозга у пациентов с эпи – синдромом и эпилепсией.

Материал и методы. Исследования проводились с сентября 2022 г. по декабрь 2024 г. в центре ментального здоровья Инсайт в г. Душанбе. Под наблюдением находились 101 пациент от 1 года до 12 лет с диагнозами ПГИЭ, ЗППР, ЗРР, РАС, СДВГ, ДЦП. Из них 12% пациентов с установленным диагнозом эпилепсия, находящиеся на противосудорожной терапии. У 88% пациентов зарегистрирована эпилептиформная активность на ЭЭГ без клинических проявлений. Все пациенты получали 10-дневный курс транскраниальной микрополяризации в режиме эпизиндром (катод- теменные проекции, анод – задневисочные проекции). 70% пациентов получали повторные курсы транскраниальной микрополяризации с интервалом 3 месяца.

Результаты исследования. После получения терапии (ТКМП) у 35% пациентов отмечалось улучшение в мелкой и крупной моторике, у 33,1% налаживание режима сна и бодрствования, у 34,3 % пациентов наблюдалось улучшение когнитивных функций, в 38% случаев – улучшение речевых навыков, у 35,6% пациентов - улучшение коммуникации и адаптивности, 36,8% пациентов - невилирование признаков гиперактивности, у 29,5% - улучшение навыков обучения. Положительная динамика ЭЭГ картины – невилирование эпи-активности отмечалось у 47% пациентов, у 53% пациентов отмечалось улучшение фоновой картины ЭЭГ, у 33% пациентов сохраняется эпи-активность на ЭЭГ, но при этом отмечается улучшение клинической картины заболевания.

Выводы. Применение методики транскраниальной микрополяризации у пациентов с эпилепсией способствует восстановлению и улучшению социально значимых навыков, а также сокращение сроков реабилитации.

Ахматов М.А., Муродова М.Д., Омонова М.Ш.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК ЗНАЧИМЫЙ ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Кафедра 2 педиатрии Самаркандского государственного медицинского университета. Узбекистан.

Научный руководитель – д.м.н., доцент Юлдашев Б.А.

Цель исследования. Определить роль артериальной гипертензии в развитии кардиоваскулярных нарушений у детей с хронической болезнью почек.

Материал и методы. Нами обследовано 260 детей с хронической болезнью почек в возрасте от 5 до 17 лет. Причинами развития хронической почечной патологии была в 56,8% случаях хроническая гломерулярная патология и в 43,2% случаях врожденные аномалии мочевыделительной системы. Проведенные клинико-лабораторные и инструментальные исследования, позволили разделить пациентов были на две группы. В первую группу вошло 122 ребенка с диагностированными изменениями со стороны сердечно-сосудистой системы, во вторую группу вошли 138 больных, у которых эти изменения отсутствовали.

Результаты исследования. В патогенезе артериальной гипертензии ведущая роль отведена ренин-ангиотензин-альдостероновой системе, пусковым механизмом служит гибель нефрона как структурной единицы. В результате повреждения части нефрона, оставшиеся нефроны подвергаются функциональной перестройке с развитием внутривенечковой гипертензии и гиперфильтрации, которые в дальнейшем приводят к возникновению вторичной артериальной гипертензии. Повышение артериального давления вовлекает в патологический процесс сердечно-сосудистую систему, что крайне неблагоприятно отражается на течении основного заболевания и является причиной летальных исходов. Артериальная гипертензия является проявлением сердечно-сосудистого поражения и одним из важнейших факторов кардиоваскулярного риска. Так у детей 1 группы показатели артериального давления соответ-

ствующее норме отмечались у 10,7% детей с хронической болезни почек, тогда как во 2 группе у 54,3% ($p < 0,01$). У 23,0% детей с кардиоваскулярными нарушениями на фоне хронической болезни почек отмечался уровень артериального давления в пределах нормально повышенного соответствующего 90-95 перцентилю, тогда как во 2 группе только этот процент повышался почти в 2 раза (45,7% против 23,0%). Повышение артериального давления свыше 95 перцентили отмечалось в 66,4% при кардиоваскулярных нарушениях на фоне хронической болезни почек, т.е. у детей 1 группы, тогда как во 2 группе таких пациентов не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, у детей с хронической болезнью почек основным фактором риска развития кардиоваскулярных нарушений является повышение артериального давления свыше 95 перцентиль. Артериальная гипертензия способствует прогрессирующему сердечно-сосудистому поражению и является одним из важнейших факторов развития кардиоренального синдрома при хронической почечной патологии у детей.

Ахмедов Н.И., Нуралиева Г.М.

ИСТИФОДАБАРИИ ПРОПРАНОЛОЛ ДАР ТАБОБАТИ КЎДАКОНИ ДОРОИ БЕМОРИҲОИ ДИЛ БО ФРАКСИЯИ ПАРТОИШИ ПАСТ

Кафедраи бемориҳои кӯдакони №2 МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”. Тоҷикистон.

Роҳбари илмӣ – н.и.т., дотсент Давлатова С.Н.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши самаранокии пропранолол дар табобати кӯдакони дорои бемориҳои дил ва таъсири он дар баланд бардоштани фраксияи партоиши дил.

Мавод ва усулҳо. Дар 6 моҳи соли 2024 дар МД ММТ ҚТ “Шифобахш” дар 26 кӯдаки беморе, ки фраксияи партоиши дилашон паст буд, пропранолол ва дигоксин истифода бурда шуд. Кӯдакон бо ташхиси кардиомиопатияи дилататсионӣ ва кардити ғайриврематикӣ бистарӣ буданд. Синну соли беморон аз 1 то 16 сола буда, аз онҳо 16 нафарро духтарон (61,5%) ва 10 нафарро писарон (38,5%) ташкил медоданд. Беморон шартан ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд. Дар гурӯҳи аввали беморон пропранолол ва спиронолактон ва дар гурӯҳи дигар дигоксин дар якҷоягӣ бо спиронолактон истифода бурда шуд. Дар ҳамаи беморон бо усули ЭхоКГ фраксияи партоиши дил муайян карда шуд. Ба беморон сабти барқии дил, рентгенографияи кафаси сина, ултрасадои узвҳои дохилибатнӣ низ гузаронида шуд. Аз таҳлилҳои лабораторӣ таҳлили умумии хун, пешоб ва наҷосат, таҳлили биохимиявии хун, коагулограмма, таҳлилҳои вирусологӣ-ВНМО, Гепатити В ва С, SARS Cov2 (IgG ва IgM), ва Д-димер муайян карда шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Ҳолати умумии беморон ҳангоми бистарӣ аз ҳисоби бемории асосӣ вазнин буд. Дар онҳо норасогии қори дил, кабудии секунҷаи лабу даҳон, сустии умумии бадан, зудмондашавӣ, тахикардия ва тахипноэ мушоҳида мешуданд. Баъди гузаронидани ЭхоКГ дар 18 (69%) бемор кардиомиопатияи дилататсионӣ ва дар 8 (31%) нафар кардити ғайриврематикӣ ташхисгузори карда шуд. Дар 16 бемор (61,5%) фраксияи партоиш аз 32% то 40% ва дар 10 нафар (38,5%) - аз 41% то 49%-ро ташкил медод. Инчунин норасогии дарғоти митралии дараҷаи 1 ва 2 ва гипертрофияи меъдачаи рост муайян гашт. Дар акси рентгении кафаси сина дар аксари ҳолат пневмонияи мавқеӣ ҷой дошт. Дар ЭКГ-тахикардияи синусӣ, экстрасистолияҳо, васеъшавии комплекси QRS, вайроншавии реполяризатсияи меъдачаи чап, каме пастшавии дандонаи R ва манфишавии дандонаи T ба назар мерасид. Қобили қайд аст, ки дар 15 бемор таҳлили хун барои SARS Cov2 IgG мусбӣ арзёбӣ шуд; дар ин гурӯҳ беморон таҳлили Д-димер низ хеле баланд буд (547-16544). Дар таҳлили умумии хун эритроцитҳо 3.80-4.60 млн, Hb 114-142 г/л, лейкоцитҳо 5-14 ҳазор, СТЭ-2-23 мм/соат буд. Дар табобати беморон бета-блокаторҳо (пропранолол), гликозидҳои дил (дигоксин), диуретикҳо (верошпирон, фуросемид), комплекси витаминҳо, антикоагулянтҳо (гепарин), антибиотикҳо, пробиотикҳо, маводҳои зиддизамбуруғӣ (флуконазол) истифода бурда шуданд. Давомнокии истифодабарии пропранолол дар 11 бемор аз 10 то 15 рӯз ва дар 6 бемор - аз 15 то 30 рӯзро ташкил дод. Пас аз он дар беморон муоинаи такрории ЭхоКГ гузаронида шуд. Дар натиҷаи табобат бо пропранолол ва дигоксин дар беморон чунин натиҷаҳо ба даст омад: дар гурӯҳи аввал фраксияи партоиш аз 4% то 19% яъне аз 32 то 36% ва аз 37 то 56% мутаносибан афзуд. Дар гурӯҳи дуюм (9 бемор) бошад, ин нишондод аз 2% то 8% яъне аз 32% то 34% ва аз 45% то 53% баландтар шуд.

Хусола. Дар табобати кӯдакони гирифтори бемориҳои дил бо фраксияи партоиши паст дар қатори гликозидҳои дил (дигоксин) бета-блокаторҳо ба монанди пропранолол метавонанд самаранок бошанд. Пропранолол барои кам кардани сарбории дил тавассути назорати суръати таппиши дил ва паст кардани фишори хун кӯмак мекунад. Аммо истифодаи ин маводҳо бояд таҳти назорати қатъӣ қарор гирифта, танҳо пас аз ташхиси ҳамаҷониба таъин карда шавад.

Ахмедов Н.И., Хусенова М.С., Нуралиева Г.М.

ҲОЛАТИ КЛИНИКИИ СКЛЕРОДЕРМИЯИ МАВҚЕӢ ДАР КӢДАК

Кафедраи бемориҳои кӯдакони №2 МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тоҷикистон.

Роҳбари илмӣ – н.и.т., дотсент Давлатова С.Н.

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои склеродермияи мавқеӣ дар кӯдаки синни томақтабӣ.

Мавод ва усулҳо. Кӯдак Г., 6 сола, тули 2 сол бемор мебошад. Саршавии беморӣ бо дамидани сурхиҳо ва пусппартоӣ дар қафи дастон шурӯъ шуда баъдан ба қафи пойҳо ва тамоми бадан паҳн шуд. Бемор чанд маротиба дар ҷои истиқомат табобат мегирад, беҳбудӣ дида нашудааст. Ба беморхонаи клиникаи шаҳрии бемориҳои пуст муроҷиат намуда, тӯли яку ним сол табобат гирифтааст. Дар он беморхона пас аз гузаронидани биопсия ба бемор “Псориаз” ташхисгузорӣ карда мешавад. Дар 1 моҳи охир дубора авҷгирии беморӣ дида шудааст, беморро ба шӯъбаи қабули соматикӣ кӯдакони МД ММТ ҚТ “Шифобахш” дастрас намуда, пас аз муоинаи табиби атфол дар шӯъбаи кардиоревматологӣ бистарӣ намуданд. Дар шӯъба ба бемор ташхиси “Склеродермияи мавқеӣ” ва “Псориаз”

гузошта шуд. Тибки накша чунин тахлилҳо гузаронида шуданд: тахлили умумии хун, пешоб, начосат, тахлили биохимиявии хун, тахлилҳои хос барои бемориҳои системавӣ, рентгени қафаси сина ва батн, томографияи компютери шушҳо, видеобронхоскопия, ултрасадои узвҳои батн, ЭхоКГ ва ЭКГ.

Натиҷаҳои тадқиқот. Ҳолати умумии бемор ҳангоми бистарӣ вазнин буд. Дар бемор маҳдудияти ҳаракат дар буғумҳои ангуштони даст, оринҷ, зону ва ангуштони пой дида мешуд, вале он на буғумҳо, балки склерози пӯст ва сахтшавии мушакҳо вобастагӣ дошт. Дар пӯсти дастон, қафаси сина, шикам ва пойҳо папулаҳои ҳамвори гулобии сурхчатоб, ки сарҳадҳои муайян доштанд, дида мешуд. Инчунин дар бемор ҷо-ҷо сахтшавии пӯсти бадан, ки ранги чилонок дошт, мушоҳида мешуд. Дасту пойҳо аксар вақт сард буд. Ҳангоми аускултатсияи шушҳо нафаскашӣ дурушт бо хирросҳои хушқу намнок шунида мешуд. Аломатҳои Пастернатский аз ҳарду тараф мусбӣ. Дар тахлили умумии хун эритроцитҳо-4.40 млн, Hb-142 г/л, лейкоцитҳо-7.4 ҳазор, СТЭ-15 мм/соат буд. Дар тахлили биохимиявии хун-сафедаи умумӣ-60 г/л, сафедаи С-реактивӣ-32.0 мг/л, мочевино ва креатинин дар меъёр, оҳан-12.6 ммол/л, АЛАТ-86 воҳид/л, АСАТ-73 воҳид/л, билирубини умумӣ-16 мкмол/л, қанди хун-5.5 ммол/л, витамини Д-9.61, антистрептолизин-71.3 МЕ/мл, туршии пешоб-201 мкмол/л, фактори ревматоидӣ-10.2МЕ/мл. Тахлили Хедделсон ва Райт-манфӣ. Дар тахлили умумии пешоб-ранг нимшаффофӣ зард, сафеда-0.066%, лейкоцитҳо-19-23. Тахлили хун барои SARS Cov2 - IgG-мусбӣ арзёбӣ шуд. Дар ултрасадои узвҳои батн-пиелонефрити дутарафа, тағйироти возеҳ дар паренхимаи гурдаҳо ва ғадуди зерӣ меъда. Дар ЭхоКГ-пролапси дарғоти митралӣ. Дар ЭКГ-тахикардияи синусӣ. Аз тахлилҳои хос-АСП-7.0, ANA-0.12. Баъд аз муайян гаштани тахлилҳо ба бемор чунин ташхис гузошта шуд: Склеродермияи мавкей. Бронхит. Пиелонефрит. Барои табобати бемор чунин маводҳои доруворӣ истифода бурда шуд: дипроспан, сефтриаксон, метотрексат, кислотаи фолат, аспаркам, малҳами гепарин ва троксевазин. Пас аз табобат бемор бо бехтаршавӣ ба хона ҷавоб дода шуд.

Хулоса. Склеродермияи мавкей бемории музмини бофтаи пайвастанда мебошад, ки бо осеби бартаришавӣ пӯст тавсиф мешавад. Беморӣ бо осеби ками узвҳои дохилӣ ё тамоман бе осеби онҳо рух медиҳад. Дар кӯдаки муоинашуда на танҳо пӯст, балки бофтаҳои ҷарбии зерӣ пӯст, мушакҳо ва пайвандҳо низ зарар ёфтаанд, аммо дар айни замон осебҳои узвҳои дарунӣ ӯ надоранд. Дар бофтаҳои нарми бемор тағйироти атрофикӣ ва склеротикӣ дағал ба назар мерасанд, ки муоинаи ҳамаҷониба ва муолиҷаи пурраи мувофиқро бо мақсади пешгирии оризаҳо талаб менамоянд.

Аҳмедов Н.И., Курбанов Ч.И.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Ка- федра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н

Цель исследования. Выявить частоту встречаемости врожденных пороков сердца с легочной гипертензией (ЛГ) у детей.

Материал и методы. В ходе настоящего исследования нами был проведен ретроспективный анализ историй болезней за 2022-2024 годы. у 88 детей в возрасте от 1 до 5 лет с ВПС, находящихся в ГУ НМИЦ «Шифобахш» детском кардиоревматологическом отделении. Контингент детей был сформирован методом слепого отбора, в число наблюдавшихся включались все дети с ВПС, осложненные с ВЛГ, которые подготавливались к оперативной коррекции порока. В исследовании дети были разделены на возрастные категории 1-3 года-1 группа 53 (60%) и 3-5 лет-2 группа-от 4- до 5 лет. Методы исследования включали ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенографию, общий анализ крови, биохимический анализ крови.

Результаты исследования. В ходе обследования был выявлен преморбидный фон у детей; белково-энергетическая недостаточность-37%, рахит-28%, анемия-20%, синдром раздраженного кишечника-15%. Это связано с тяжелым клиническим течением порока, выраженной сердечной недостаточностью и, как следствие, наличием дефицита веса у детей с ВПС. При сборе анамнеза у матерей детей выявлено что, в 72% случаев имело место неблагоприятное течение беременности, в 79% случаев были указания на патологическое протекание родов, у 11% детей в перинатальном периоде были отмечены признаки повреждения центральной нервной системы (родовая травма, асфиксия). В результате проведенного обследования, было диагностировано, что ЛГ встречалась у 48(54.5%) пациентов различной степени. Из них у 27 (56.2%)-пациентов была диагностирована ЛГ 1 степени, у 8 (16.7%) -ЛГ 2 степени, у 10 (20.8%)-ЛГ 3 степени, у 3 (6.2%)-ЛГ 4 степени. Анализ вида порока при развитии ЛГ показал, что врожденные пороки сердца с изолированным шунтом крови на уровне межжелудочковой перегородки обнаружены в 37% случаев, пороки с шунтом крови на уровне предсердий лишь в 13% случаев, а сочетанные пороки сердца до 40% случаев. В нашей практике больше наблюдалась ЛГ I степени у пациентов, с ДМЖП-у 44,1%. Мы отметили, что у детей с ДМЖП III-IV степень ЛГ имела в 15 % случаев. В большей части среди пациентов с ДМПП у 3/5 (60%) отмечалось ЛГ I степени. У 2/3 (66,6%) пациентов отмечалось ЛГ II степени. У равных пациентов с ДМЖП+ДМПП отмечалось ЛГ I-II степени. У 5% пациентов с ОАП отмечалось ЛГ I степени.

Выводы. Таким образом, анализ показал, что развитие ЛГ при ВПС встречалось у детей с изолированным шунтом крови на уровне межжелудочковой перегородки в 37% случаев, пороки с шунтом крови на уровне предсердий лишь в 13% случаев, а сочетанные пороки сердца до 40% случаев.

Аҳмадзода З.М., Холиқмуродзода С.Д., Маматкулова Г.А.
МУШКИЛИҲО ВА РОҲҲОИ ҲАЛ ДАР КӢДАКОНИ ЗУД-ЗУД БЕМОРИШАВАНДА
Кафедраи ТАБК МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”. Тоҷикистон.
Роҳбари илмӣ – н.и.т., дотсент Абдуллоева Н.А.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши омилҳои хавф, ки ба ташаккули кӯдакони зуд-зуд бемор мусоидат мекунад.

Маъвод ва усулҳо. Таҳқиқот дар байни 146 кӯдаки зуд-зуд бемор дар синни 1-7 сола гузаронида шуд, ки аксарияти онҳо (67,2%) кӯдакони хурдсол буданд. Ҳамаи беморон дар давраи беморӣ ва инчунин дар давраҳои нисбатан солимӣ таҳти назорат қарор доштанд. Ду қуллаи синӣ барои ташаккули ҳолати кӯдакони зуд-зуд бемор муайян карда шуд: аввалин дар 1,5-2,5 солагӣ ва дуюм дар 4-7 солагӣ.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Ҳангоми муоинаи клиникаи кӯдакон, диққати махсус ба маълумоти анамнези модар ва кӯдак дода шуд, то омилҳои хавфро, ки ба рушди бемориҳои зуд-зуд оварда мерасонанд, муайян кунанд.

Таҳлили натиҷаҳои бадастомада нишон дод, ки дар 74% (50%) занон ҳомиладорӣ бо токсикози барвақтӣ ва дер давр мекард. 57 (40%) модарон бемориҳои сабуки музмин (пиелонефрити музмин, тонзиллити музмин, ревама-тизм ва ғайра) доштанд. Қариб ҳамаи занон дар давраи ҳомиладорӣ камхунӣ доштанд.

Ҳамин тавр, аксари модарони кӯдакони тадқиқшуда анамнези акушерии номусоид доштанд, ки ба рушди чанин ва ташаккули функсияҳои узвҳо ва системаҳои он таъсири манфӣ мерасонд. Ба андешаи мо, ин яке аз сабабҳои асосии рушди бемориҳои зуд-зуд дар кӯдакони синни барвақт буд. Хусусияти ғизои кӯдакони ширмак низ таъсири назаррас дошт. Дар байни кӯдакони таҳти таҳқиқот, қариб ҳамаи онҳо дар соли аввал ғизои носолим (шири модар ё омехтаҳои ғизоӣ) мегирифтанд, ислоҳи намакҳои минералӣ ва витаминҳо анҷом дода намешуд. Ғизодиҳии иловагӣ нодуруст ё умуман анҷом дода нашуда буд. Дар кӯдаконе, ки бо омехтаҳои мутобикшуда ғизо мегирифтанд, гирифтешавӣ ба сироятҳои роҳҳои нафас 2,5 маротиба зиёд буд, дар ҳоле ки дар кӯдаконе, ки бо омехтаҳои номутобик ғизо мегирифтанд, ин нишондод 6 маротиба зиёд буд. Ғайр аз ин, омилҳои дигари пасткунандаи муқовимати организм ва мусоидаткунандаи рушди бемориҳо низ мушоҳида шуданд. Аз ҷумла, вайрон кардани қоидаҳои гузаронидани вакцинаҳои профилактикӣ ва тамоси кӯдакон бо микроорганизмҳои сироятӣ дар муассисаҳои таълимӣ яке аз сабабҳои асосии бемориҳои сироятии зуд-зуд гардид. Таъсири назарраси дигар дар рушди бемориҳо доштани манбаъҳои сирояти музмин дар бадан буд. Аксарияти кӯдакони гурӯҳи таҳқиқотӣ аз модароне таваллуд ёфта буданд, ки бемориҳои музмини сироятӣ доштанд (тонзиллити музмин, пиелонефрити музмин). Такрори бемориҳо дар набу-дани табобати ислоҳкунанда ба ташаккули манбаъҳои сирояти музмин мусоидат кард.

Хулосаҳо. Ҳамин тавр, омилҳои хавф, ки ба ташаккули кӯдакони зуд-зуд бемор мусоидат мекунад, иборатанд аз: Ихтилофоти саломати модар ҳангоми ҳомиладорӣ; Ғизодиҳии номатлуби кӯдакон дар соли аввали ҳаёт; Вайрон кардани қоидаҳои гузаронидани вакцинаҳои профилактикӣ; Ҳузури манбаъҳои сирояти музмин дар бадани кӯдак.

Ашурова А.К.
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ЭНТЕРОКОЛИТОМ

Кафедра педиатрии детских болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Бабаева Л.А.

Цель исследования. Оптимизация терапии энтероколита у детей грудного возраста в зависимости от микробного пейзажа.

Материал и методы. Проведено проспективное исследование 36 детей грудного возраста с энтероколитом средней степени тяжести, подтвержденным результатами бактериологического исследования в стационарных условиях отделения детей раннего возраста ГУ «Медицинский комплекс Истиклол». Соотношение мальчиков и девочек составило 2,5:1. Основными критериями изучения были анамнестические данные, клинико-лабораторные и микробиологические методы исследования.

Результаты исследования. Из анамнеза жизни было выявлено: на естественном вскармливании находилось 33,3% детей, на искусственном – 50%, на частичном грудном вскармливании – 16,7% больных. У 55,6% детей отмечался отягощенный преморбидный фон (гипотрофия, рахит, анемия). Больные поступили в отделение на 2-3 сутки от начала заболевания. Клинические проявления отличались полиморфизмом и протекали по типу энтерита (5,6%), энтероколита (58,3%), гастроэнтероколита (25%), колита (11,1%). До поступления в стационар 41,7% больных получали антибактериальные препараты. В 19,4% случаев отсутствовала прибавка массы тела. Повышение температуры до субфебрильных цифр, слабость, вялость отмечались у 33,3% детей. У всех больных был нарушен аппетит. Со слов родителей наличие патологических примесей в стуле в виде слизи наблюдалось у 75% детей. В 38,9% случаев наблюдались срыгивания, частота которых увеличилась во время болезни у 16,7% детей. Рвота отмечалась в 25% случаев. Лабораторно в крови отмечался лейкоцитоз (44,4%), эозинофилия (33,3%). В 57,8% случаев была диагностирована анемия различной степени тяжести. При бактериологическом исследовании кала положительный результат был получен в 83,3% (n=30) случаев, где была выделена - E. Coli. Больные были подразделены на 2 группы. I группа (n=15) получала макмирор из расчета 20 мг/кг массы тела x 2 раза в сутки в течение 10 дней. II группа (n=15) получала макмирор + колипротейный бактериофаг за 1 час до еды, до 6 месяцев по 5 мл, от 6 месяцев до 1 года по 10 мл x 3 раза в сутки в течение 10 дней. По результатам исследования было выявлено, что у больных II группы, получающих комбинированную терапию, симптомы заболевания (лихорадка, диарея, рвота) купировались в 1,5 раза быстрее по сравнению с больными I группы. Элиминация E. Coli на 10-е сутки проводимого лечения при комбинированной терапии (макмирор + колипротейный бактериофаг) достигнута у 66,7% пациентов, а при монотерапии (макмирор) у 33,3% больных.

Выводы. Комбинированная терапия детей грудного возраста, страдающих энтероколитом, с использованием антибактериального препарата макмирор в сочетании с колипротейным бактериофагом повышает эффективность проводимого лечения, увеличивает элиминацию возбудителя, сокращает продолжительность клинических симптомов, а также снижает частоту осложнений.

Ашурова А.К., Муродов Г.З., Иброхимзода Г.А.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Бабаева Л.А.

Цель исследования. Изучение эффективности антибактериальной терапии у детей школьного возраста с хроническим пиелонефритом.

Материал и методы. Было обследовано 50 детей школьного возраста с хроническим пиелонефритом (хПН) на базе детского нефрологического отделения ГУ «Медицинский комплекс Истиклол». Девочек было больше (60%), мальчиков (40%). Диагноз хПН основывался на клинко-лабораторных и инструментальных данных с учётом анамнеза. Состояние органов МВС оценивали по результатам УЗИ, экскреторной урографии, цистоскопии (по показаниям). Образцы мочи на бактериурию и чувствительность к антибиотикам (АБ) забирали до начала антибактериальной терапии (АБТ). Оценивали клинко-лабораторный статус до назначения АБ препаратов и на 10 день АБТ по следующим параметрам - наличие клинической симптоматики (лихорадка, дизурические расстройства, болевой синдром), изменения в общем анализе крови (лейкоцитоз, нейтрофилёз, повышение СОЭ), мочевого синдром (лейкоцитурия, бактериурия, протеинурия). На 10 день АБТ результаты лечения оценивали как полную клинко-лабораторную ремиссию, частичную клинко-лабораторную ремиссию, отсутствие эффекта.

Результаты исследования. В этиологической структуре хПН лидирующим возбудителем была *E.coli* (48%), затем *St. aureus* (30%), *Proteus mirabilis* (10%), *Streptococcus spp.* (6%), *Candida* (4%), *Klebsiella* (2%). АБТ была назначена с учётом выделенного возбудителя и его чувствительности к АБ препаратам. При выборе эмпирической стартовой терапии руководствовались антибиотиками, обладающими высокой эффективностью в отношении *E.coli*. Была установлена высокая чувствительность *E.coli* к цефалоспорином III и IV поколения, аминогликозидам и фторхинолонам, тогда как к защищённым пенициллинам и цефалоспорином II поколения, штаммы *E.coli* имели резистентность более 23%, что не позволяло использовать их в качестве стартового АБ препарата. Высокая чувствительность *E.coli* к хинолонам позволяла использовать их для проведения противорецидивной терапии. *St. aureus* имел чувствительность к защищённым пенициллинам, цефалоспорином II-III поколения, ванкомицину, фторхинолонам, нитрофуранам. *Proteus mirabilis* - был одним из самых сложных возбудителей в плане подбора АБТ, так как имел высокую резистентность (> 52%) ко всем цефалоспорином III-IV поколения (за исключением цефтазидима, цефепима), аминогликозидам. Для его лечения, помимо цефтазидима и цефепима, назначали фторхинолоны (детям старше 16 лет) и хинолоны. Для лечения инфекции, вызванной *Streptococcus spp.*, использовали амоксициллин, защищённые пенициллины и нитрофураны, чувствительность к которым составила более 90%. При лечении *Candida* назначали флуконазол в возрастной дозировке, чувствительность к которому составила 100%. Была получена высокая чувствительность *Klebsiella spp.* к гентамицину, фторхинолонам, налидиксовой кислоте и фуразидину.

Выводы. Проведённый микробиологический мониторинг с изучением резистентности возбудителей хронического пиелонефрита у детей школьного возраста позволил целенаправленно провести эмпирическую и этиотропную антибактериальную терапию с использованием в качестве стартовых такие препараты, как цефалоспорины III-IV поколения, аминогликозиды, фторхинолоны (детям старше 16 лет), с последующей коррекцией лечения в зависимости от выделенного возбудителя и его чувствительности к антибактериальным препаратам.

Ашурова Н.П., Гиёсов А.А.

ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО БРОНХИОЛИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель - к.м.н., доцент Хайдарова О.Ф.

Цель исследования. Изучить течение острого бронхiolита у детей раннего возраста.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 30 историй болезни в возрасте от 3 месяцев до 2 лет. Больные находились на лечении в ГУ комплекса здоровья «Истиклол» в пульмонологическом отделении. Диагностика основывалась на комплексе клинко-лабораторных данных, динамика которых под влиянием проводимой терапии служила оценочным критерием эффективности лечения. Принимались во внимания: анамнез, клинические показатели исследования (общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи), рентгенограмма органов грудной клетки.

Результаты исследования. Неблагоприятный преморбидный фон оказывал влияние на течение острого бронхiolита, из 30 обследованных детей у 12 (40%) бронхiolит протекал на фоне паратрофии, у 15 (50%) - на фоне анемии. Из анамнеза было выявлено, что почти у всех детей на первом году жизни проводилось нерациональное питание (вскармливание): не назначалась коррекция минеральными солями и витаминами, прикормы проводились несвоевременно или вообще не проводились. Аллергические проявления в основном были у детей на фоне паратрофии. Ведущим в клинике острого бронхiolита явилось астматическое дыхание с удлинённой фазой выдоха. Участие вспомогательных мускулатур в акте дыхания (напряжение крыльев носа, втяжение межреберных промежутков), цианозом, спастическим, иногда мучительным кашлем с трудным отхождением мокроты, дыхательной недостаточ-

ностью. Аускультативно на фоне жесткого дыхания выслушивалось множество сухих свистящих и влажных хрипов с обеих сторон. Со стороны лабораторных данных: в общем анализе крови у 15 (50%) отмечалась гипохромная анемия (снижение гемоглобина ниже 110г/л, цветного показателя ниже 0,8), лейкоцитоз или лейкопения в зависимости от этиологии бронхиолита. В биохимическом анализе крови были выявлены низкие показатели сывороточного железа (5-7 мкмоль/л). На рентгенограмме отмечалось усиление легочного рисунка, отсутствием очагов легочной инфильтрации. Лечение было комплексным и направлено на борьбу с бронхиальной обструкцией. Питание было сбалансированным с учетом паратрофии и анемии. Для снятия астмоидного дыхания назначался эуфеллин (2,4%-ный раствор 5-10мг/кг в/в на 0,9%-ном физиологическом растворе), папаверин (2%-ный раствор по 0,2мл/год жизни), в тяжелых случаях назначались стероидные препараты из расчета 1-2 мг/кг массы с коротким курсом в течении 3-х дней с постепенным снижением дозы. Антибактериальное лечение проводилось строго по показанию. Эффективным являлось назначение увлажненного кислорода и паросодовых ингаляций, а также проводилось симптоматическое лечение.

Выводы. Течение острого бронхиолита у детей раннего возраста зависит от преморбидного фона, наиболее тяжелее протекал острый бронхиолит у детей на фоне паратрофии.

Ашурова Н.П., Разокова К.Р.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Бабаева Л.А.

Цель исследования. Оценить эффективность применения ингаляционной терапии у детей с бронхообструктивным синдромом.

Материал и методы. Обследовано 60 детей в возрасте от 3 мес. до 3-х лет с диагнозом обструктивный бронхит, находившихся на стационарном лечении в отделении детской аллергологии и иммунологии ГУ «Медицинский комплекс Истиклол». Проведены - физикальное исследование с применением стандартных методик, а также лабораторно-инструментальные методы исследования (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, КЩС, рентгенологическое исследование органов грудной клетки). Тяжесть бронхообструктивного синдрома (БОС) оценивали по степени дыхательной недостаточности (ДН). Критерии исключения – больные с ДН III степени. Для купирования приступа применяли ингаляционную терапию с небутамолом через компрессорный небулайзер. Пациенты были подразделены на 2 группы: I группу составили дети с ДН I степени (n=30), II группу – с ДН II степени (n=30). Соотношение мальчиков и девочек составило 1:1.

Результаты исследования. Эффективность проводимой терапии оценивали по частоте дыхания (ЧД) через 20 минут после ингаляции с небутамолом. Уменьшение ЧД на 10-15 дыхательных движений в 1 минуту от исходной, положительная аускультативная картина – уменьшение количества сухих хрипов, разрешение участков гиповентиляции оценивали, как хороший эффект. В случае отсутствия положительной динамики, назначали системные кортикостероиды и парентеральное введение эуфиллина. Предрасполагающими факторами развития ОБ у обследованных нами детей являлись – анатомо-физиологические особенности дыхательной системы, в частности, гиперплазия железистой ткани, секрция вязкой мокроты, узость дыхательных путей, слабое развитие дыхательной мускулатуры, низкая коллатеральная вентиляция, недостаточность местного иммунитета и особенности строения диафрагмы. Небутамол - селективный агонист β -2-адренорецепторов, который в терапевтических дозах действует на β -2-адренорецепторы бронхиальной мускулатуры с минимальным или полным отсутствием действия на β -1-адренорецепторы сердца. После ингаляционного применения от 10%-20% введенной дозы достигает нижних отделов дыхательных путей, которая абсорбируется в ткани легких и попадает в кровоток, но не метаболизируется в легких. Начало действия препарата приходится на 4-5 минуту после ингаляции, продолжительность действия составляет 4-6 часов. В ходе проведенной ингаляционной терапии небутамолом с использованием небулайзера отмечалось купирование симптомом ДН у детей I группы и в 53,3% случаев у детей II группы. 46,7% пациентам II группы потребовалось проводить внутривенную инфузию эуфиллина. Одним из звеньев патогенеза бронхиальной обструкции является воспаление слизистой бронхов, поэтому монотерапия небутамолом зачастую не может ликвидировать симптомы заболевания. Вследствие чего с целью противовоспалительной терапии 16,7% больным II группы применяли системные глюкокортикоиды.

Выводы. Ингаляционная терапия БОС небутамолом с использованием небулайзера при ОБ у детей раннего возраста полностью купирует симптомы дыхательной недостаточности легкой степени и в 2 раза уменьшает использование внутривенной инфузии эуфиллина у детей со средней степенью дыхательной недостаточности. Проведение ингаляционной терапии с небутамолом позволяет снизить применение глюкокортикоидов у больных с БОС. Применение небулайзера позволило сократить сроки пребывания детей в стационаре на 50%.

Ашурова Н.П., Разокова К.Р.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Бабаева Л.А.

Цель исследования. Оценить эффективность применения ингаляционной терапии у детей с бронхообструктивным синдромом.

Материал и методы. Обследовано 60 детей в возрасте от 3 мес. до 3-х лет с диагнозом обструктивный бронхит, находившихся на стационарном лечении в отделении детской аллергологии и иммунологии ГУ «Медицинский комплекс Истиклол». Проведены - физикальное исследование с применением стандартных методик, а также лабораторно-инструментальные методы исследования (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, КЩС, рентгенологическое исследование органов грудной клетки). Тяжесть бронхообструктивного синдрома (БОС) оценивали по степени дыхательной недостаточности (ДН). Критерии исключения – больные с ДН III степени. Для купирования приступа применяли ингаляционную терапию с небутамолом через компрессорный небулайзер. Пациенты были подразделены на 2 группы: I группу составили дети с ДН I степени (n=30), II группу – с ДН II степени (n=30). Соотношение мальчиков и девочек составило 1:1.

Результаты исследования. Эффективность проводимой терапии оценивали по частоте дыхания (ЧД) через 20 минут после ингаляции с небутамолом. Уменьшение ЧД на 10-15 дыхательных движений в 1 минуту от исходной, положительная аускультативная картина – уменьшение количества сухих хрипов, разрешение участков гиповентиляции оценивали, как хороший эффект. В случае отсутствия положительной динамики, назначали системные кортикостероиды и парентеральное введение эуфиллина. Предрасполагающими факторами развития ОБ у обследованными нами детей являлись – анатомо-физиологические особенности дыхательной системы, в частности, гиперплазия железистой ткани, секреция вязкой мокроты, узость дыхательных путей, слабое развитие дыхательной мускулатуры, низкая коллатеральная вентиляция, недостаточность местного иммунитета и особенности строения диафрагмы. Небутамол - селективный агонист β -2-адренорецепторов, который в терапевтических дозах действует на β -2-адренорецепторы бронхиальной мускулатуры с минимальным или полным отсутствием действия на β -1-адренорецепторы сердца. После ингаляционного применения от 10%-20% введенной дозы достигает нижних отделов дыхательных путей, которая абсорбируется в ткани легких и попадает в кровоток, но не метаболизируется в легких. Начало действия препарата приходится на 4-5 минут после ингаляции, продолжительность действия составляет 4-6 часов. В ходе проведенной ингаляционной терапии небутамолом с использованием небулайзера отмечалось купирование симптомом ДН у детей I группы и в 53,3% случаев у детей II группы. 46,7% пациентам II группы потребовалось проводить внутривенную инфузию эуфиллина. Одним из звеньев патогенеза бронхиальной обструкции является воспаление слизистой бронхов, поэтому монотерапия небутамолом зачастую не может ликвидировать симптомы заболевания. Вследствие чего с целью противовоспалительной терапии 16,7% больным II группы применяли системные глюкокортикостероиды.

Выводы. Ингаляционная терапия БОС небутамолом с использованием небулайзера при ОБ у детей раннего возраста полностью купирует симптомы дыхательной недостаточности лёгкой степени и в 2 раза уменьшает использование внутривенной инфузии эуфиллина у детей со средней степенью дыхательной недостаточности. Проведение ингаляционной терапии с небутамолом позволяет снизить применение глюкокортикостероидов у больных с БОС. Применение небулайзера позволило сократить сроки пребывания детей в стационаре на 50%.

Бакоев Ф.С.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АКТИВНЫХ И ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН: УСПЕВАЕМОСТЬ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ

Кафедра детских болезней №1 имени проф. Х.Дж Аминова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - д.м.н., профессор Додхох Дж.С.

Цель исследования. Цель исследования – определить влияние активных методов обучения по предмету «Педиатрия» на успеваемость и удовлетворённость студентов, сравнив их с результатами при применении традиционных (пассивных) методик.

Материал и методы. Исследование проводилось на кафедре детских болезней №1 имени проф. Х. Дж.Аминова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино Таджикистан в рамках учебного цикла по 16 дней. В анализе участвовали 204 студента 4-го курса, разделённые на две группы: 104 студента, обучавшиеся по активной методике, и 100 студентов, получавших пассивное обучение. Результаты измерялись посредством оценки устного экзамена (по 100-балльной системе) и онлайн-опроса, в ходе которого студенты оценивали общую удовлетворённость занятиями, понятность материала и вовлечённость в учебный процесс, а также фиксировалась итоговая оценка.

Результаты исследования. Студенты, обучавшиеся по активным методам, показали высокие результаты. Так, медиана удовлетворённости составила 92% (диапазон 80–92%, межквартильный интервал 88–92%), понятность материала – 95% (диапазон 80–95%, межквартильный интервал 90–95%), вовлечённость – 93% (диапазон 80–93%, межквартильный интервал 88–93%). В результате этого итоговая экзаменационная оценка была на уровне медианы 90 баллов (межквартильный интервал 70–100), при этом минимальная оценка составляла 50 баллов у 4,8% (n=5) обучающихся, и максимальная – 100 баллов у 28,9% (n=30) обучающихся. В тоже время, в группах, где применялись пассивные методы обучения, медиана удовлетворённости, понятности и вовлечённости составила 70% (с узким диапазоном от 70 до 75% для первых двух и фиксированное значение 70% для вовлечённости), что статистически значимо было ниже, чем в группах с активными формами обучения (p < 0,001 для всех трёх параметров). В итоге, экзаменационная оценка была на уровне медианы 75 баллов (межквартильный интервал 60–90), что также статистически значимо ниже, чем в группе с активными формами образования (p < 0,001). При этом минимальная оценка составила 0 баллов у 3,0% (n=3) обучающихся, а максимальная - 100 баллов у 13,0% (n=13) обучающихся. Также была выявлена очень высокая корреляционная связь между методами обучения и удовлетворённостью (r = 0,91; p < 0,001); между методами обучения и понятностью (r = 0,92; p < 0,001); между методами обучения и вовлечённостью (r = 0,95; p < 0,001). Результаты исследования показали, что в группе с пассивными методами обучения оценки варьируют в большом диапазоне, распределяясь равномерно, что отражает различную заинтересованность студентов в предмете,

в то время как активные методы обучения вовлекают всех студентов в процесс усвоения предмета.

Выводы. Активные методы обучения существенно повышают успеваемость и удовлетворённость студентов по предмету «Педиатрия». Применение интерактивных заданий, групповых дискуссий и клинических кейсов приводит к более высокому восприятию материала и лучшим экзаменационным результатам по сравнению с традиционными лекционными подходами. Данные результаты подтверждают эффективность активной методики и обосновывают её широкое внедрение в образовательный процесс медицинских вузов.

Баходуров Н.Д., Норбутаев М.Б., Мирзозода А.Ю.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИБП АДАЛИМУМАБ VS. ЭТАНЕРЦЕПТ В ТЕРАПИИ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Кафедра детских болезней № 1 им профессора Х.Дж. Аминова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - Али-заде Ш.Б.

Цель исследования. Представить обзор данных литературы по эффективности и безопасности двух генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) — адалимумаба и этанерцепта — применяемых в терапии ювенильного идиопатического артрита (ЮИА), а также обозначить основные факторы, влияющие на выбор конкретного препарата в педиатрической практике.

Материал и методы. Для подготовки обзора были изучены отечественные и зарубежные публикации в доступных библиографических базах (PubMed, eLibrary, Medline, Cyberleninka), опубликованные в период с 2015 по 2025 г. Критериями включения служили статьи и клинические рекомендации, содержащие прямые или косвенные данные о применении адалимумаба и этанерцепта у детей с различными формами ЮИА. Особое внимание уделено эффективности (сокращение клинических признаков воспаления, улучшение функционального состояния) и безопасности (частота побочных эффектов, инфекционных осложнений). Результаты проанализированы методом контекстного анализа и сравнительной оценки опубликованных клинических исследований и мета-анализов.

Результаты исследования. Согласно данным ряда исследователей, оба препарата (адалимумаб и этанерцепт) демонстрируют высокую клиническую эффективность при полиартикулярной форме ЮИА. При этом некоторыми авторами отмечается, что адалимумаб может обеспечивать более выраженную динамику снижения воспалительной активности (по уровню С-реактивного белка и СОЭ), особенно у пациентов с системной формой заболевания, однако статистически значимых различий в крупных исследованиях не выявлено. Отмечалось, что профиль безопасности адалимумаба и этанерцепта во многом сопоставим. Наиболее частыми неблагоприятными реакциями являются локальные реакции в месте инъекций, а также лёгкие инфекционные эпизоды. Тяжёлые осложнения (анafilаксия, оппортунистические инфекции) регистрируются крайне редко. Однако, отмечается высокий риск реактивации туберкулеза, в связи с чем настоятельно рекомендуется проведение фтизиатрического осмотра до инициации терапии.

Выбор ГИБП в клинической практике зависит от индивидуальных особенностей течения ЮИА, возраста пациента, ответа на предыдущую базисную терапию (метотрексат, глюкокортикостероиды), а также доступности препаратов и экономических факторов. Согласно мнению специалистов, при ЮИА с сопутствующим увеитом адалимумаб является препаратом выбора. Некоторые авторы указывают на возможную лучшую переносимость этанерцепта при наличии сопутствующих аутоиммунных состояний, в то время как адалимумаб может демонстрировать более выраженный эффект при выраженном суставном воспалении. Международные ревматологические сообщества (ACR, EULAR) рекомендуют оба препарата как эффективные варианты второй линии терапии при отсутствии адекватного ответа на метотрексат. Вместе с тем продолжительность терапии и необходимость комбинации с другими базисными средствами (например, низкими дозами ГКС) определяется строго индивидуально.

Выводы. Опубликованные исследования свидетельствуют о сравнительно высокой эффективности как адалимумаба, так и этанерцепта в терапии ЮИА, причём статистически значимого превосходства одного препарата над другим в большинстве мета-анализов не выявлено. Профиль безопасности обоих препаратов характеризуется низкой частотой серьёзных осложнений, при этом необходим регулярный мониторинг состояния пациентов (особенно в отношении риска инфекций). Выбор конкретного ГИБП в условиях терапии ЮИА определяется формой заболевания, индивидуальными особенностями пациента и клинической реакцией на предыдущую терапию, а также наличием ограничений в доступности препаратов. Дальнейшие многоцентровые рандомизированные исследования, а также накопление реального клинического опыта позволят уточнить оптимальные алгоритмы применения адалимумаба и этанерцепта в зависимости от фенотипа ЮИА и факторов риска у конкретного пациента.

Бахруллозода С.Б., Шарипова М.М., Лим М.В.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МУКОПОЛИСАХАРИДОЗА VI ТИПА У ДЕТЕЙ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Давлатова С.Н.

Цель исследования. Изучить особенности клинических проявлений мукополисахаридоза VI типа (синдром Марото-Лами) у детей на примере клинического случая.

Материал и методы. Больная О., 2 года 11 месяцев, находилась на стационарном лечении в отделении детской пульмонологии по поводу пневмонии. Были проведены следующие лабораторные и инструментальные методы исследования: биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ крови, определение уровня гликозаминогликанов в моче, определение уровня активности ферментов в лейкоцитах, молекулярно-генетический анализ гена

ARSB, рентгенография грудной клетки, рентгенография скелета.

Результаты исследования. Больная поступила в отделение с жалобами на повышение температуры тела, периоральный цианоз, похолодание конечностей, приступообразный кашель, слабость, беспокойство, нарушение сна. При осмотре состояние ребёнка тяжёлое. Наблюдаются гепатолиенальный, колитический, анемический синдромы. Цвет кожных покровов бледный, тусклый. Дыхание через нос затруднено, наблюдается одышка смешанного характера. Аускультативно выслушиваются влажные хрипы на фоне ослабленного дыхания. Перкуторно определяется некоторое притупление перкуторного звука. Живот вздут, пальпаторно определяется увеличение печени и селезёнки. У ребёнка отмечаются характерные **признаки мукополисахаридоза**: диспропорция в строении скелета, отставание в росте, грубые черты лица - большой нос, западение переносицы, пухлые губы, маленькие зубы с большими зубными промежутками, большой язык с полуоткрытым ртом, ротовое дыхание; деформация черепа в виде лодочного кия - скароцефалия, грубые волосы, умеренный гирсутизм. Кроме этого отмечены толстые плечи, короткая шея, выраженный грудной кифоз, короткие конечности, ограничение движения в тазобедренном суставе. Интеллект и поведенческие реакции не нарушены. У ребёнка отмечаются частые респираторные инфекции, со стороны желудочно-кишечного тракта-синдром раздражённого кишечника. Лабораторные данные: биохимический анализ крови: калий-3,50 ммоль/л, Са- 1,95 ммоль/л, креатинин и мочевины в норме, Mg- 0,68 ммоль/л, Na- 136,8 ммоль/л, СРБ- 12,0 мг/л, общий белок- 50 г/л, печёночные ферменты в норме, глюкоза- 3,10 ммоль/л. Коагулограмма: протромбиновое время-16 сек., протромбиновый индекс-92%, фибриноген-199,0 г/л, фибрин-9,0%, АВР-74сек, тромботест-3ст, этанол тест- отриц. В моче повышена экскреция дерматансульфата. Определение активности N-ацетилогалактозамин-4-сульфатазы (арилсульфатаза В) в изолированных лейкоцитах снижена. Молекулярно-генетическое исследование: определена мутация в гене ARSB. Рентгенография грудной клетки: двухсторонняя очаговая пневмония. Рентгенография скелета: множественные дизостозы, дисплазия головки бедренных костей. На основании анамнеза, клинического осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов исследования был выставлен диагноз: Двухсторонняя очаговая пневмония. Дыхательная недостаточность II степени. **Мукополисахаридоз VI типа, синдром Марото-Лами.** В лечении было назначено: цефотаксим, амикацин, ламбродин, циклоферон.

Выводы. Синдром Марото-Лами - это редкое генетическое заболевание, которое обычно проявляется в раннем возрасте и связано с нарушением функции фермента арилсульфатазы В. Клиническая картина имеет ряд особенностей: кожные проявления, пороки развития костей, проблемы с внутренними органами, неврологические расстройства. Поскольку синдром является генетическим, полное излечение невозможно. Однако комплексное лечение значительно облегчает течение болезни и предупреждает тяжёлые осложнения.

Бахруллозода С.Б., Хакбердиев У.Ч., Субхонова А.А.

ПОЛИСЕГМЕНТАРНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Изучить современные методы диагностики полисегментарной пневмонии у детей грудного возраста.

Материал и методы. Больная СН 8 месяцев поступила в 3 ДСО с диагнозом «Двухсторонняя полисегментарная» пневмония. Дыхательная недостаточность 2 степени. Энтероколит неясной этиологии с эксикозом 1 степени. Гипертония 2 степени. Сепсис? Были проведены следующие лабораторные и инструментальные исследования: Общий анализ крови, общий анализ мочи, общий анализ кала, коагулограмма, кровь на Ig E, аспергиллез, рентген грудной клетки, КТ, фибробронхоскопия, Эхо-КГ, нейросонография. Общее состояние ребёнка было тяжёлое.

Результаты исследования. Пациент в отделении была под наблюдением месяца, поступила в отделение с жалобами на тошноту, кашель, одышку, хрипы, цианоз носогубного треугольника, беспокойство, нарушение сна, снижение аппетита, потерю веса. Со слов матери ребёнок болеет уже месяц, получала амбулаторное лечение (препараты виферон, небутамол, дексаметазон, аэрофлот, ноофен, ламбродин и др), но безрезультатно. При осмотре состояние ребёнка тяжёлый, за счёт основного заболевания, общей интоксикации, колитический синдром, гипорексии, неврологические симптомы. Бледность кожных покровов и слизистых оболочек, пжк слаборазвита, дыхание через нос свободное, живот мягкий умеренно вздут. Аускультация: выслушивается жёсткое дыхание с влажными мелко и крупнопузырьчатыми хрипами. Перкуссия: притупление перкуторного звука. Рентген грудной клетки- очаговая пневмония двухсторонняя. КТ- признаки двухсторонней бронхопневмонии с преимущественным поражением верхних сегментов лёгких, более выраженная справа. Фибробронхоскопия-катаральный эндобронхит 1 степени, обструктивная форма. ЭхоКГ-регургитация на клапан легочной артерии. Нейросонография-признаки внутричерепной гипертензии. Общий анализ крови: Нв- 117г/л, эр-3.80, лей-9.00, ней-4.00, СОЭ-20. Общий анализ мочи: лей-5-8, белок-0.033. Общий анализ кал: без выраженных изменений. Ig E -1.16(норма), Аспергиллез-отриц. Коагулограмма: фибрин-20, фибриноген-444.0(04.12.24), фиб. -30, фиб-ген-666.0(09.12.24), фиб. -26, фиб-ген-577.2(13.12.24), фиб. -8, фиб-ген-177.6(16.12.24), фиб. -11.0, фиб-ген-244.0(18.12.24). Лечение. Амикацин, Ампициллин сульбактам, Левоцитеридин, Цефепим, Бисептол, Амброксол, Пульмикорт, Небутамол, Химотрипсин, Лактобактерин, Дексаметазон, Флюконазол, Контривен, Гепарин, Рингер, Реополиглюкин.

Выводы. Современные методы диагностики играют ключевую роль в раннем и точном выявлении полисегментарной пневмонии у детей, что важно для эффективного лечения и предотвращения осложнений.

Боев Б.Х., Мирзоев В.И., Шарифова А.Ш.
ВТОРИЧНЫЙ СИНДРОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Давлатова С.Н.

Цель исследования. Изучить клинические проявления, причины и диагностические подходы к выявлению вторичного синдрома мальабсорбции у детей раннего возраста, а также проанализировать факторы риска, влияющие на развитие заболевания в условиях Таджикистана.

Материал и методы. Исследование проведено в условиях ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», в карантинно-диагностическом отделении. Обследованы 120 детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет, обратившихся с жалобами на хроническое нарушение пищеварения и задержку физического развития. В исследование включены дети с вторичным синдромом мальабсорбции, связанным с нарушениями питания и заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Применялись следующие методы диагностики: ОАК, биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, ферритин), копрологический анализ, анализ крови на уровень витаминов и микроэлементов, иммунологическое тестирование, анализ на дисбактериоз с идентификацией микробного спектра. Из инструментальных методов проводилось УЗИ органов брюшной полости.

Результаты исследования. Особое внимание уделено характеру питания: у 72% детей питание не соответствовало возрастным потребностям и в основном состояло из легкоусвояемых углеводов, таких как неадаптированные смеси, сухое молоко, печенье, хлеб и сгущенное молоко. Клинические проявления синдрома мальабсорбции включали хронические нарушения стула у 86% (103 детей), снижение аппетита, отставание в массе тела с признаками гипотрофии I степени у 55% детей (66 случаев), II степени – у 31% (38 детей), III степени – у 14% (16 детей). Также объективно отмечались сухость и шелушение кожи, бледность кожи и слизистых оболочек, ломкость волос и ногтей, отеки на нижних конечностях. Лабораторные исследования выявили снижение общего белка у 35% детей (63 случая) со средним значением 50 ± 8 г/л, уровня альбумина у 30% детей (54 случая) и низкий уровень ферритина у 50% детей, что свидетельствовало о дефиците белка и железа. Дефицит витамина D (<20 нг/мл) обнаружен у 60% детей, а недостаток витамина B12 (<200 пг/мл) – у 20% детей. Гипохромная анемия выявлена у 52% пациентов со средним уровнем гемоглобина 85 ± 10 г/л. Копрологический анализ у 70% детей показал стеаторею и наличие непереваренных остатков крахмала, что указывает на нарушение ферментативной функции кишечника. Бактериологический посев кала выявил рост *Klebsiella* у 45% детей, *E. Coli* – у 40%, *Staphylococcus aureus* – у 25%, а грибы рода *Candida* выявлены у 18% детей, что подтверждало выраженные нарушения кишечной микрофлоры и дисбиоз. УЗИ-органов брюшной полости выявило расширение кишечных петель, утолщение стенки, увеличение перистальтики кишечника и лимфаденопатию, что подтверждает наличие воспалительных изменений. Отмечалась гепатоспленомегалия с диффузным изменением паренхимы органов.

Выводы. Вторичный синдром мальабсорбции у детей раннего возраста в условиях Таджикистана преимущественно связан с перенесенными кишечными инфекциями, нарушениями питания и выраженным дисбиозом кишечника на фоне роста условно-патогенной флоры и, часто грибов рода *Candida*. Клинические проявления синдрома включают хронические нарушения стула, отставание в физическом развитии и признаки дефицита микронутриентов. Комплексная диагностика позволяет своевременно выявить и оценить степень нарушений. Основными факторами риска являются несбалансированное питание, перенесенные кишечные инфекции и хронические воспалительные заболевания кишечника. Для снижения распространенности синдрома мальабсорбции необходимо улучшить качество питания детей путём внедрения образовательных программ для матерей, особенно в сельских регионах, и повышения доступности специализированной медицинской помощи.

Бойкузиева Р.А., Зувайдова М. М., Ахмедова Р. К.
БРОНХООБСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ОТЯГОЩЕННОМ ПРЕМОРБИДНОМ ФОНЕ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н, доцент Абдуллаева Н. А.

Цель исследования. Изучить клинические проявления обструктивного бронхита у детей раннего возраста в зависимости от преморбидного фона.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 120 историй болезней детей раннего возраста с обструктивным бронхитом на отягощенном преморбидном фоне. Из них с острым бронхитом было 48(40%) больных, с обструктивным бронхитом-57(47%) больных, с бронхиолитом-15(13%) больных.

Результаты исследования. Из 120 обследованных больных 43 детей страдали аллергическими диатезами. Аллергические проявления в основном наблюдались в группе больных с обструктивным бронхитом и бронхиолитом. Заболевание наиболее тяжело протекало у детей на фоне хронического расстройства питания по типу паратрофии, что составило 13%. Почти у всех больных заболевание началось остро. В анамнезе обращало внимание то, что дети часто страдали простудными заболеваниями, что способствовало снижению реактивности организма. Обструктивный синдром хронически проявлялся навязчивым кашлем, одышкой смешанного характера, цианозом носогубного треугольника, вздутием грудной клетки, коробчатым оттенком перкуторного звука, обилием разнокалиберных влажных и рассеянных сухих свистящих хрипов в легких. Явление обструкции дольше держались при наличии аллергического диатеза и расстройства питания по типу паратрофии, и уменьшались к концу недели, а при чистом обструктивном бронхите улучшение отмечались на 2-3 день заболевания. Изменение деятельности сердечно-сосудистой системы наблюдались у детей с бронхиолитом и выражались в появлении тахикардии, приглушении тонов сердца.

При рентгенологическом исследовании грудной клетки отмечались вздутие легочной ткани, усиление сосудистого рисунка и отсутствие очагов воспалительной инфильтрации. Продолжительность острого бронхита составила 7-10 дней, обструктивного 7-12 дней, бронхолита 2 недели, причем при наличии неблагоприятного преморбидного фона заболевание протекало более продолжительно.

Выводы. Течение бронхообструктивного синдрома в значительной мере зависит от преморбидного фона. Проявление аллергического диатеза встречались в основном при обструктивном синдроме и наиболее тяжело протекали при хроническом расстройстве питания по типу паратрофии.

Болтенкова Д.С., Бусько И.О.
ПРЕХОДЯЩАЯ ГИПОГАММАГЛОБУЛИНЕМИЯ У ДЕТЕЙ

Кафедра факультетской и поликлинической педиатрии с курсом ФДПО "Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова". Россия
Научный руководитель – Деева Ю.В.

Цель исследования. Исследовать вопрос переходящей иммуноглобулинемии на примере клинического случая пациента А, выяснить основные принципы ведения детей с данной патологией.

Материал и методы. Анализ клинического случая и первичной медицинской документации.

Результаты исследования. Диагноз транзиторной иммуноглобулинемии по данным обследования подтвержден, проведена диетотерапия, на фоне нее отмечается улучшение лабораторных показателей (снижение овня кальпротектина в 6 раз, повышение уровней иммуноглобулинов). У ребенка повысилось качество жизни, количество госпитализаций в инфекционное отделение сократилось до нуля (за предыдущие полгода количество таких госпитализаций составило 8 раз).

Выводы. ТПГИ - заболевание, характеризующееся временным снижением IgG и IgA ниже возрастных норм, возникающее у детей раннего возраста, не требующее лечения! Педиатру как первичному звену, которое сталкивается с большинством количеством иммунодефицитных состояний в жизни ребенка впервые, не следует забывать о том, что ПИД могут маскироваться под масками многих других патологических состояний (в частности, частых респираторных и ЛОР-заболеваний). В нашем случае переходящая гипогаммаглобулинемия скрывалась под маской частых кишечных инфекций. На фоне проведенного лечения состояние ребенка в разы улучшилось, прекратились постоянные госпитализации, также ребенок начал набирать массу, таким образом, качество жизни повысилось.

Валиханова М.Б.
ЭФФЕКТЫ БРОНХОДИЛАТОРОВ ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХОЭКТАЗМИ С ОГРАНИЧЕНИЕМ ВОЗДУШНОГО ПОТОКА, ОСНОВАННЫЕ НА РЕАКЦИИ БРОНХОДИЛАТОРОВ НА БАЗЕЛИН

Кафедра педиатрии №1 Ферганского медицинского института общественного здоровья. Узбекистан.
Научный руководитель - старший преподаватель Ахмедова Е.А.

Цель исследования. Изучение связи между положительным исходным уровнем BDR и улучшением функции легких после длительной (3-12 месяцев) терапии бронходилататорами у пациентов с бронхоэктазами и ограничением воздушного потока.

Материал и методы. Были ретроспективно проанализированы медицинские карты 166 пациентов с клинически стабильными бронхоэктатическими заболеваниями, которым проводилась базовая спирометрия до и после приема бронхолитиков и повторная спирометрия после 3-12 месяцев терапии бронхолитиками. Для анализа пациенты были разделены на две группы: "отвечающие" и "плохо реагирующие", исходя из достижения по крайней мере 12% и 200 мл объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) после терапии бронходилататорами по сравнению с исходным уровнем ОФВ.

Результаты исследования. В общей сложности 57 пациентов (34,3%) приняли участие в исследовании. У этих пациентов исходно было больше шансов получить положительный ответ на BDR, чем у тех, кто плохо реагировал (38,6% [22 из 57] против 18,3% [20 из 109], $P=0,004$). Эта связь сохранялась и после корректировки на другие мешающие факторы (скорректированное отношение шансов 2,298, $P=0,034$). Тем не менее, мы обнаружили, что ОФВ1 значительно улучшилось после длительной терапии бронходилататорами, даже у пациентов без положительного BDR на исходном уровне (изменение ОФВ1 на 130 мл, межквартильный диапазон от -10 до 250 мл; $P=0,001$).

Выводы. Таким образом, мы пришли к выводу, что положительный исходный уровень BDR был независимым прогностическим фактором улучшения функции легких после длительной терапии бронходилататорами у пациентов с бронхоэктазами и ограничением воздушного потока. Мы также полагаем, что клиницистам следует рассмотреть возможность проведения длительной терапии бронходилататорами у пациентов с низким уровнем BDR на начальном этапе, поскольку это может привести к положительному эффекту.

Гайратова Н.Н., Шукурзода С.Ш., Хасанов Н.Д.
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СРЕДИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
Кафедра нормальной и патологической физиологии ГОУ "ХГМУ". Таджикистан.
Научный руководитель – Алиев А.А.

Цель исследования. Изучение особенностей и частоты встречаемости бронхиальной астмы у детей раннего возраста в Дангаринском районе за период 2024 года.

Материал и методы. Нами было обследовано 261 больной раннего возраста центральной больницы Дангаринского района. Из них 170 человек (65%) составили женщины 91 человек (35%) составили мужчины. Возрастной диапазон был представлен больными от 1 до 5 лет. Основными методами исследования выявления бронхиальной астмы стали общий анализ крови, анализ мочи, микроскопия и бак-посев мокроты, спирография с бронхолитиками, рентгенография и компьютерная томография органов грудной клетки. Золотым стандартом для выявления бронхиальной астмы служат спирометрические исследования (спирография, пикфлоуметрия).

Результаты исследования. Из общего числа обследуемых пациентов был выявлен 261 случай заболеваемости бронхиальной астмой. Из них 170 (65,11%) были женщины и 61 (34,89%) составили мужчины. Результаты показали, что у больных наблюдается повышенная скорость оседания эритроцитов и эозинофила, увеличена концентрация палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов, выявлены кристаллы Шарко-Лейдена, спирали Куршмана, рентгенография грудной клетки и тд.

Выводы. Таким образом, среди факторов риска преобладает генетическая предрасположенность, домашние аллергены, вирусные и бактериальные инфекции, загрязнение воздуха, стресс и эмоциональные переживания и некоторые лекарственные средства. Причина у каждого пациента бывает индивидуальная, характеризующая, разнообразием.

**Гайратова Н.Н., Шукурова Х.Э., Гофилова М.З.
СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА АУТИЗМ**

Кафедра нормальной и патологической физиологии ГОУ “ХГМУ”. Таджикистан.

Научный руководитель – Назаров Дж.Т.

Цель исследования. Оценить современные подходы к диагностике, раннему выявлению и коррекции расстройств аутистического спектра (РАС) у детей, определить роль педиатра, методы скрининга и актуальные рекомендации для оптимизации раннего вмешательства и медицинского сопровождения.

Материал и методы. Исследование носило аналитический характер и включало обзор научных публикаций, клинических рекомендаций и нормативных документов по диагностике и ведению РАС. Было проведено анкетирование 10 педиатров Дангаринского района для оценки уровня осведомленности и практических навыков по раннему выявлению аутизма, используемых диагностических методов (М-CHAT-R, CARS, ADOS) и доступных ресурсов коррекционной помощи. Диагностика аутизма у детей включает наблюдение за поведением, стандартизированные тесты, медицинские и генетические обследования. Выявлены ключевые барьеры и направления для совершенствования диагностики и медицинского сопровождения детей с РАС.

Результаты исследования. Анализ современных данных подтвердил, что ранняя диагностика РАС играет решающую роль в успешной коррекции и социальной адаптации ребёнка. Однако выявлены проблемы: лишь 62% педиатров регулярно используют скрининговые тесты (М-CHAT-R, CARS и др.), 35% отмечают нехватку времени для детального осмотра, 40% указывают на сложный доступ к узким специалистам, 58% испытывают дефицит знаний о современных методах диагностики, только 27% направляют семьи на поведенческую терапию. Эти данные подчеркивают необходимость повышения осведомленности врачей, внедрения скрининга в рутинную практику и улучшения междисциплинарного взаимодействия для эффективного оказания помощи детям с РАС.

Выводы. Ранняя диагностика и коррекция РАС требуют комплексного подхода, включающего активное участие педиатров, повышение их компетентности, совершенствование скрининговых программ и улучшения междисциплинарного взаимодействия для повышения доступности специализированной помощи детям с аутизмом.

**Гисева П., Мунираи Олим, Тагоева Д.
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СУСТАВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ**

Кафедра педиатрии ГОУ ХГМУ. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Кузибаева Н.К.

Цель исследования. Изучение клинических аспектов раннего суставного синдрома у детей как ревматического, так и неревматического характера.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 60 детей в возрасте от 3 до 14 лет, находившихся на стационарном лечении в детском кардиоревматологическом отделении НМЦ «Шифобахш» за период с 2015 по 2016 гг. Больные были распределены на 4-группы: 1-группа-больные с ревматоидным артритом (23), вторая - ревматизм (6), третья-инфекционно-аллергический артрит (20) четвертая группа - с вегето-сосудистой дистонией (11). Наряду с общеклиническими методами, всем больным проводились инструментальные методы исследования (Рентгенография костей и суставов, Эхо КГ).

Результаты исследования. Большинство больных с ревматическими (ревматизм, ревматоидный артрит) и неревматическими (инфекционно-аллергический артрит, Вегето-сосудистая дистония) заболеваниями связывало начало (или рецидив) с острой нозоглоточной инфекцией: ангиной, фарингитом, вирусной инфекцией. Часть больных считали причиной заболевания травму суставов, охлаждение. У 15 детей с вегето-сосудистой дистонией причину артралгии не удалось выяснить. У больных с ревматоидным артритом, ревматизмом и инфекционно-аллергическим артритом суставной синдром с самого начала проявился артритом. Так у детей с ревматоидным артритом у 11 начался с моноартрита коленного- у 5 олигоартрита коленных и голеностопных или лучезапястных, у 3- мелких суставов кистей и стопы. У 12 детей ревматоидный артрит начался с полиартралгии, но уже через 3-6 месяцев у них также развился полиартрит. У всех больных с ревматоидным артритом с самого начала суставной синдром сопровождался утренней скованностью. Из суставов чаще поражались коленные, голеностопные, реже тазобедренные, у 1/3 и лучезапястные локтевые.

У больных с ревматизмом суставной синдром наблюдался у всех детей. При этом суставы были припухшими, покрасневшими, горячими, резко болезненными при малейших движениях. Особенностью ревматического артрита являлись острое течение и кратковременность поражения суставов. Преимущественной локализацией артрита - крупные и средние суставы. У двух больных наблюдались выраженные артралгии, возникшие через две недели после ангины, которые исчезли через 3-5 дней после лечения. У данной группы больных отмечалась полная обратимость клинических изменений в суставах после лечения. У 20 детей с инфекционно-аллергическим артритом суставной синдром представлен у 12 больных с олигоартритом коленных и голеностопных суставов, моноартрита голеностопного, полиартрита суставов верхних и нижних конечностей. Как правило, острые явления экссудативного воспаления развивались после перенесённой вирусной, стрептококковой инфекции или на фоне глистной инвазии, которые полностью исчезли от 2-х недель до 1,5 месяцев после лечения. У 6 детей отмечался рецидив полиартрита в течение одного года. У детей в вегето-сосудистой дистонией суставной синдром представлен артралгиями, у части детей в сочетании с миалгиями крупных суставов нижних конечностей (коленные и голеностопные суставы в сочетании с мышцами бедра и голени). Как правило, у большинства больных артралгии отмечались преимущественно по ночам, при этом боли, начавшись с вечерних часов, постепенно нарастали в интенсивности, а с наступления утра, постепенно исчезли. Характерным признаком для данной группы больных явилось уменьшение интенсивности болевого синдрома во время массажа суставов и мышц. В отличие от детей с ревматическими болезнями местные изменения в виде гиперемии и гипертермии в области суставов у всех детей отсутствовали только у 6 детей старшего возраста отмечались незначительный мраморный рисунок и лёгкая синюшность дистальных отделов конечностей.

Выводы. Таким образом, знание особенностей суставного синдрома с учётом клинико-лабораторных показателей необходимо для своевременной постановки правильного диагноза и назначения дифференцированного адекватного лечения.

Гиёсов А.А.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ НЕФРОГЕННОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Бабаева Л.А.

Цель исследования. Изучить прогностическое значение нефрогенной анемии у детей и подходы к её ранней диагностике и лечению.

Материал и методы. Проведен ретро- и проспективный анализ историй болезни 46 детей с ХБП III-V стадии в возрасте 6-17 лет, находящихся на стационарном лечении в детском нефрологическом отделении ГУ «Медицинский комплекс Истиклол». Исследовали уровень гемоглобина (Hb), показатели функции почек (мочевина, креатинин, скорость клубочковой фильтрации по формуле Шварца), показатели обмена железа (сывороточное железо, ферритин, трансферрин) под контролем лечения препаратами железа и эритропоэтином.

Результаты исследования. Критериями диагностики нефрогенной анемии считали снижение уровней Hb < 110 г/л и количества ретикулоцитов, эритроцитарные индексы MCV и MCH в пределах нормы, что соответствовало нормоцитарному и нормохромному характеру анемии, а также наличие функционального дефицита железа. Абсолютный дефицит железа диагностировали по снижению уровня ферритина <100 мкг/л, а функциональный дефицит - по снижению содержания сывороточного железа <9 мкмоль/л и насыщение трансферрина (TSAT) <20%. Согласно рекомендациям, K/DOQI, целевым уровнем Hb считали 110-120 г/л. В ходе проведенного исследования были выявлены следующие причины ХБП – врожденные структурные и урологические нарушения органов мочевыделительной системы (n=30; 65,2%), приобретенные гломерулярные болезни (n=11; 23,9%), мочекаменная болезнь (n=5; 10,9%). По результатам проведенного исследования выявлено, что распространённость анемии была максимальной у детей с ХБП V-й стадии (73,9%), уровень Hb у них был ниже, чем у детей с ХБП III – IV стадии. У пациентов с ХБП V-й стадии также наблюдался низкий уровень трансферрина (< 200 мг/дл). У больных с ХБП III стадии анемия была выявлена у 15 больных (32,6%). В подавляющем большинстве случаев у пациентов этой группы были выявлены признаки абсолютного железодефицита, уровень ферритина был минимальным. В 52,2% случаев (n=24) была назначена терапия препаратом рекомбинантного человеческого эритропоэтина (20 МЕ/кг 3 раза в неделю). Доза ЭПО также корректировалась в соответствии с уровнем Hb. В 32,6% случаев (n=15) внутривенно вводили Гематофер (0,5-2 мг/кг на введение) от 1 до 3 раз в месяц. В 15,2% случаев (n=7) лечение проводили препаратами железа (феррум лек) в дозе 3-5 мг/кг/сутки по элементарному железу. В 10,9% случаев (n=5) пациентам, поступившим в тяжелом состоянии с глубокой анемией, было проведено переливание эритроцитарной массы. Проведенное лечение показало, что распространённость анемии и железодефицита существенно не изменилась у детей с ХБП III – V стадии, не получающих диализ. У больных на заместительной почечной терапии было достигнуто снижение распространённости анемии и функционального дефицита железа.

Выводы. Результаты исследования показали, что распространённость нефрогенной анемии зависит от стадии ХБП и достигает 73,9% у детей с ХБП V-й стадии. Абсолютный железодефицит чаще наблюдается у больных с ХБП III стадии, а частота функционального дефицита железа не меняется в зависимости от стадии ХБП. Пациентам с ХБП III-й стадии, даже при отсутствии анемии, рекомендуется проводить курсы терапии пероральными препаратами железа с целью лечения функционального железодефицита. Пациентам V-й стадии целесообразно парентеральное введение препаратов железа. Учитывая коррекцию факторов, которые могут вызывать резистентность к терапии препаратами ЭПО, их дозировку следует повышать до достижения клинического эффекта. Выявление патологии на ранней стадии, своевременно назначенное лечение, а также динамический контроль показателей крови позволит минимизировать осложнения и повысить качество жизни больных.

Гиёсов А.А., Муродова А.Э., Шарипов З.Х.
САБАБҲОИ ПАЙДОИШИ ПИЛОРСПАЗМ ДАР КЌДАКОН

Кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кўдакони МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”. Тоҷикистон.
Роҳбари илмӣ – н.и.т., дотсент Раҳманова Г.А.

Мақсади таҳқиқот. Омўзиши сабабҳои пайдоиши пилороспазм дар кўдакони синну соли гуногун.

Мавод ва усулҳо. Барои ҳалли ин мушкилот таҳлили ретроспективи 18 нафар таърихи беморон, ки аз моҳи январи соли 2023 то моҳи декабри соли 2024 дар маҷмааи тандурустии «Истиқлол» дар шўъбаи гастроэнтерологияи кўдакони барои муоина ва табобат гирифта шудаанд аз ҷумла 11 кўдакони синни ширхура (61,1%) ва 7 кўдаки калонсол (38,9%) гузаронида шуд. Усулҳои тадқиқотӣ маълумоти анамнезӣ, ки аз суханони модарони кўдакони бемор ҷамъовар карда шудаанд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Аз таҳлили маълумотҳои анамнезӣ маълум гардид, ки дар байни кўдакони синни ширхура 4 нафар (36,4%) ҳангоми таваллуд захмдор шудаанд; дар 9 кўдак (81,8%) модарон аз камхунӣ дар давраи ҳомиладорӣ шикоят кардаанд ва ин кўдакон аломатҳои гипоксияи дохили батнӣ ва дар 6 модар ҳомиладорӣ дар заминаи пиелонефрит гузаштааст; 2 модар ҳангоми ҳомиладорӣ ба меваҳои ситрусӣ аллергия доштанд. Кўдакони калонсолро (аз 6 то 15 сола) вобаста аз этиологияи пилороспазм ба 2 намуд тақсим кардем: аввалиндараҷа ва дууминдараҷа. Сабабҳои навъи аввалиндараҷа стресс дар 2 кўдак (28,6%), зиёдшавии фаъолияти ҷисмонӣ дар 5 бемор (71,2%); дар 4 нафар писарбачагони 14-15 сола (57,1%), захролудшавии бадан вобаста аз тамокукашӣ буд. Таҳлили маълумоти анамнези беморони гирифтори стенози дуумдараҷаи пилорикӣ мавҷудияти патологияи меъда дар шакли гастрит дар 6 кўдак (85,7%) ва захми меъда дар 1 кўдаки бемор (14,3%) муайян карда шуд; Гастроскопия дар 2 кўдак (28,6%) полипҳо дар меъда ва дар 3 кўдак (42,8%) дар баробари гастрит холесистити музмин ошкор карда шуд.

Хулосаҳо. Ҳамин тариқ, сабабҳои пилороспазм дар кўдакони синни ширхура, аз пилороспазми кўдакони калонсол фарқ мекунад. Дар кўдакони синни ширхура сабабҳои пилороспазм асосан аз вазъи саломати модари ҳомиладор вобаста аст, аз ин рӯ сари вақт муайян кардан ва табобати занони ҳомиладор бо камхунӣ, барқарорсозии ошўбҳои музмини сироят, таваллудт салоҳиятдор боиси кам шудани ин беморӣ оварда мерасонад. Дар гурӯҳи кўдакони калонсол сабабҳои асосии пилороспазми аввалиндараҷа асосан стресс, зиёдшавии фаъолияти ҷисмонӣ ва захролудшавӣ мебошанд. Сабабҳои навъи дуумдараҷаи пилороспазм аз мавҷудияти тағйироти патологӣ дар системаи ҳозима бевосита аз ҳӯрокҳои истеъмолшуда вобастагӣ дорад.

Гиёсов А.А., Муродов Г.З.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКА БИФИФОРМ У ДЕТЕЙ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Бабаева Л.А.

Цель исследования. Оценить эффективность применения препарата Бифиформ у детей с дисбактериозом.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 40 детей в возрасте от 3 месяцев до 4-х лет с подтвержденным диагнозом дисбактериоз кишечника, обратившихся с жалобами со слов родителей на нарушения пищеварения. Всем детям были проведены копрологические и бактериологические исследования кала. Дети были разделены на 2 группы: I группу составили дети в возрасте от 2 месяцев до 2-х лет (n=20), которые получали пробиотик Бифиформ бэби; II группу составили дети с 2 до 4-х лет (n=20), которые получали Бифиформ в капсулах. Девочек было больше (57,5%), чем мальчиков (42,5%).

Результаты исследования. После перенесенных острых кишечных инфекций и лямблиоза кишечника у наблюдаемых нами детей отмечались кишечные дисфункции. В 37,5% случаев дисбактериоз наблюдался после проведенной антибактериальной терапии. У 52,5% детей отмечался дисбактериоз, ассоциированный с условно-патогенной флорой. В связи с чем, возможно, клиника дисбактериоза в виде кишечных дисфункций была обусловлена активизацией условно-патогенных микроорганизмов, а не только снижением уровня нормальной микрофлоры. В ходе проведения микробного пейзажа кала в обеих группах преобладала условно-патогенная флора – стафилококк, энтеробактер, кандиды, протей и их ассоциации. Основными жалобами являлись – колики (47,5%), вздутие живота (45%), учащение стула до 3-5 раз в сутки (67,5%), снижение аппетита (40%). Склонность к запорам и недостаточная прибавка массы тела наблюдалась в 32,5% случаев. В качестве пробиотика назначали препарат Бифиформ, который является субстратом для естественного приживания и размножения бактерий в кишечнике, обладает высокой ферментативной (лактазной) и антагонистической активностью по отношению к патогенным и условно-патогенным бактериям, а также оказывает положительное воздействие на нормализацию количественного и качественного состава микрофлоры тонкого и толстого кишечника. Дети I группы получали Бифиформ бэби (масляный раствор, содержащий не менее 160 мг порошка с *Bifidobacterium BB-12*, *Streptococcus thermophilus* TH-4), который назначается с первых дней жизни, по 0,5 г (1 доза) в сутки во время еды. Дети II группы получали Бифиформ, применяется с 2-х летнего возраста, по 1 капсуле 2 раза в сутки в течение 10 дней. Эффективность пробиотика оценивали через 10 дней и через 1 месяц после его назначения по клинической симптоматике, а также результатам копрологических и бактериологических исследований кала. Анализируя клиническую эффективность Бифиформа в обеих группах, была установлена его эффективность в отношении улучшения состояния детей, купирования метеоризма и схваткообразных болей, нормализации стула, а также санации условно-патогенной микрофлоры кишечника.

Выводы. Проведенные исследования доказывают необходимость применения пробиотиков, в частности препарата Бифиформ, который способствует нормализации микрофлоры кишечника, подавлению условно-патогенной микрофлоры, а также обладает иммуномодулирующим эффектом. Назначение пробиотика Бифиформ приводит к стойкому купированию симптомов дисбактериоза и повышению уровня бифидобактерий.

Давлатова Дж.Дж.

НАРУШЕНИЯ СНА У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Х.Дж. Аминова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - старший преподаватель Бакоев Ф.С.

Цель исследования. Изучить особенности сна у детей с ожирением I и II степени.

Материал и методы. Нами были обследованы 55 школьников младших классов в возрасте 7-9 лет. Из них 25 детей имели нормальный индекс массы тела, 5 детей — избыточный вес, 15 детей с ожирением I степени и 15 — с ожирением II степени.

Результаты исследования. Установлены достоверно часто встречаемые жалобы детей с ожирением, как дефицит сна, нарушения поведения во время сна, 7 детей беспокойный сон. Ночные пробуждения встречались реже у 7 (32,5%) и 5 (23,3%) детей 2-й и 1-й групп без достоверных различий. В дни школьных занятий необходимость вставать рано на фоне «поздних засыпаний» у детей приводит к дефициту сна, что в дальнейшем сопровождается нарушениями успеваемости в школе, метаболическими расстройствами с нарастанием веса. Частота нарушений сна у детей с ожирением: по восходящей частоте выявлены нарушения процесса засыпания, нарушения поведения во время сна. Провокаторами нарушения сна у детей данного возраста являются пристрастия к гаджетам, просмотру телевизора, играм на компьютере, напиткам, содержащим кофеин. У детей с нормальным весом и снижением их по мере нарастания веса: у детей с избыточным весом — 19,3%, с ожирением I степени — 16,6% и с ожирением II степени — 13,2%. Субъективная оценка дневной сонливости показала избыточную сонливость у детей со II степенью ожирения.

Выводы. Нарушения сна у детей с ожирением клинически проявлялись трудностями процесса засыпания и утреннего пробуждения, а также изменениями поведения во время сна (беспокойный сон, ночные пробуждения, снохождение) с достоверной частотой у детей с ожирением II степени.

Давлатова Дж.Дж.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ПНЕВМОНИИ

Кафедра детских болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., доцент Мамаджанова Г.С.

Цель исследования. Оптимизировать интенсивность терапии на основе имеющихся нарушений гемодинамики у детей раннего возраста при тяжелой пневмонии.

Материал и методы. Нами проведено исследование у 47 больных детей, поступивших с токсикосептической формой острых респираторных инфекций, которые получили терапию в отделении реанимации и интенсивной терапии ОКБ им. Б. Вохидов г.Бохтар Хатлонской области.

Результаты исследований. Результаты исследования показало, что из наблюдаемых больных у 31(66%) - выражение клиники дыхательной недостаточности 2 и 3 степени. Для улучшения обменных процессов в сердечных клетках назначали глюкозу с инсулином, препараты калия, АТФ, а также назначали унитиол 5% - 5мг/кг веса и антиоксиданты актовегин, токоферола ацетат. С целью снижения потребности в кислороде и обеспечения седативного эффекта применяли также ГОМК (60-100 мг/кг), дроперидол (0,3-0,5 мг/кг). При лечении сосудистой недостаточности в первую очередь необходимо восстановить объем циркулирующей крови (дефицит около 5-30%). При имеющихся нарушениях свертывающей системы явление ДВС, назначали свежзамороженную плазму.

Выводы. Таким образом, при проведении комплекса лечебных мероприятий тяжелой формы пневмонии у детей раннего возраста был доказан клинически эффективный результат коррекции нарушения дыхания, гемодинамики и снижения летального исхода у данных больных.

Давранов Э.А., Сайфуллаева М.Х.

ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ МАГНИТОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Кафедра педиатрии лечебного факультета СамГМУ. Узбекистан.

Научный руководитель – PhD, ассистент Ашурова М.Ж.

Цель исследования. Оценка эффективности транскраниальной физиотерапии в лечении детей с ожирением.

Материал и методы. Исследования проведены на базе семейных поликлиник города Самарканда (Узбекистан). В исследовании приняли участие 64 ребенка в возрасте от 7 до 18 лет (средний возраст детей $12,16 \pm 0,69$ лет), с экзогенно-конституциональным ожирением. Применяли транскраниальную магнитотерапию (ТкМТ) и транскраниальную электростимуляцию (ТЭС). Магнитотерапию бегущим магнитным полем проводили в диапазоне частот сканирования 1–12 Гц. ТЭС осуществлялась с выходным напряжением 15–20 В и средним током не более 25 мА. Пачки импульсов следовали с частотой 50–80 Гц. Курс лечения состоял из 15 ежедневных процедур.

Результаты исследования. Для оценки эффективности и оптимизации метода коррекции выявленных нарушений все дети с ожирением были разделены на две подгруппы. Первую подгруппу составили 30 детей, которым проводилась плацебо-физиотерапия (при выключенном аппарате). Данной категории детей было проведено мотивационное обучение по контролю веса, с ориентацией на ведение здорового образа жизни. Во вторую подгруппу вошли 34 пациента, которые наряду с мотивационного обучения по снижению массы тела получали ТкМТ и ТЭС. В первую очередь нам представило интерес оценить чувство голода, которое у детей имевших чувство голода соответственно 5 баллам получивших ТкМТ и ТЭС при частоте 47% до лечения, после лечения составило 23,5%, что имело статистически достоверную разницу ($P < 0,05$), частота детей имевших чувство голода на 4 балла повысилась с

29,4% до 44,1%, также и увеличилась частота детей имевших чувств голода на 3 балла (с 20,6% до 26,5%) и на 2 балла (3,0% до 8,8%). У детей получивших плацебо терапию, наблюдалась положительная динамика, но доверительных границ она не имела. Со статистически достоверной динамикой уменьшалась частота одышки (с 79,4% до 61,8%; $p \leq 0,05$) и повышенной потливости (с 85,2% до 64,7%; $p \leq 0,05$). В обеих подгруппах наблюдалось снижение массы тела, которое достоверно снизилось в группе получивших транскраниальную физиотерапию с $68,46 \pm 1,6$ кг до $62,13 \pm 1,31$ кг ($p \leq 0,05$), соответственно снизился ИМТ $29,61 \pm 0,83$ кг/м² до $27,13 \pm 0,10$ кг/м² ($p \leq 0,05$). При этом достоверного снижения ОТ ни в одной группе достигнуто не было, что свидетельствуют о том, что для устранения абдоминального ожирения требуется дополнительное вмешательство. Из лабораторных изменений у детей получивших ТкМТ и ТЭС отмечалась статистически положительная достоверная динамика в отношении инсулина крови $53,21 \pm 1,55$ пмоль/л до $39,58 \pm 2,17$ пмоль/л ($p \leq 0,05$), при этом индекс НОМА-R достоверно не изменился. Показатели липидного обмена также имели положительную динамику, так достоверно снизился уровень триглицеридов крови с $1,11 \pm 0,03$ до $0,83 \pm 0,01$ ммоль/л ($p \leq 0,05$). В отношении гормона лептина и грелина был достигнут положительный эффект который выразился в снижении лептина с $29,12 \pm 2,00$ ng/ml до $23,14 \pm 1,87$ ng/ml ($p \leq 0,05$) и повышении уровня грелина с $8,3 \pm 0,45$ pg/ml до $11,3 \pm 0,63$ pg/ml ($p \leq 0,05$). Уровень пептида YY3-36 имел тенденцию к увеличению, но достоверной разницы не имел, что по видимому говорит о более глубоком изменении обмена пептида YY3-36, и требует более длительного лечения и комплексного подхода к лечению.

Выводы. Предложенное лечение, включающее транскраниальную магнитотерапию и электростимуляцию на фоне мотивационного обучения по снижению веса, способствует уменьшению массы тела, что сопровождается улучшением клинических, биохимических и гормональных показателей.

Ежков Д.В.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У РЕБЁНКА 16 ЛЕТ

Кафедра факультетской и поликлинической педиатрии с курсом педиатрии ФДПО ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова». Россия

Научный руководитель - ассистент Пизнюр И.В.

Цель исследования. Представление клинического случая неспецифического язвенного колита у ребёнка И. 16 лет.

Материал и методы. Анализ клинического случая и первичной медицинской документации ребенка И. 16 лет

Результаты исследования. Пациент И., 2008 г. Мальчик от 4 беременности, 2 родов. При рождении масса тела - 3500 г, длина тела - 54 см, оценка по шкале Апгар - 8/9 баллов. В январе 2021 г. ребёнок обратился в ГБУ РО «Областная детская клиническая больница им. Н.В. Дмитриевой» г. Рязани с жалобами на примесь кровь в кале. В общем анализе крови (ОАК) от 10.01.2021 г. - анемия 1 степени. В биохимическом анализе крови от 10.01.2021 г. - сывороточное железо - 5,5 мкмоль/л. Анализ кала на кальпротектин от 11.01.2021 г. - 886 мкг/г. При ректороманоскопии от 14.01.2021 г. выявлены петехиальные кровоизлияния. Колоноскопия от 15.01.2021 г. - геморрагический проктосигмоидит. Результат биопсии - слизистая толстой кишки с умеренным отёком и диффузной лимфоплазматической инфильтрацией. Выставлен клинический диагноз: Язвенный колит, проктосигмоидит, лёгкая степень активности. Железодефицитная анемия I степени. Выписан на терапии: Сульфасалазин перорально 750 мг 4 р/д длительно и ректально 500 мг 2 р/д - 3 недели, Мальтофер 200мг в сутки - 1 месяц.

При обследовании в ГБУЗ г. Москвы «Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова» в ОАК от 01.04.2021 г.: анемия 1 степени. Анализ кала на кальпротектин от 01.04.2021 г. - 826 мкг/г. Назначен месалазин 2,5 г/сут. В апреле 2022 г. пациент госпитализирован из-за увеличения частоты обострений заболевания, назначен Инфликсимаб в дозе 5 мг/кг по схеме.

Анализ кала на кальпротектин от 15.04.2024 г. - 600 мкг/г. Колоноскопия от 15.04.24 г.: катаральный проктосигмоидит. На фоне проводимой терапии снизилась частота обострений заболевания. Ведется динамическое наблюдение.

Выводы. Данный клинический случай продемонстрировал, что язвенный колит имеет высокую степень вариабельности клинической картины. Врачи-педиатры играют важную роль в диагностике и терапии данной патологии.

Жанатханкызы А., Сабырова Д.К.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОЙ ТЫСЯЧИ ДНЕЙ. ПРОЕКТ "НУТРИБАЛА"

Кафедра нутрициологии имени академика Т.Шарманова «КазНМУ им С.Д.Асфендиярова». Казахстан.

Научный руководитель - Чуенбекова А.Б.

Цель исследования. Разработка образовательного ресурса, основанного на научных данных о питании ребенка в первые 1000 дней жизни. Данный ресурс ориентирован на повышение уровня осведомленности родителей, медицинских работников и других заинтересованных сторон.

Материал и методы. Для изучения питания детей раннего возраста и информированности матерей было проведено социальное анкетирование. В опросе было всего 46 вопросов. Опрос состоял из 4 разделов и был составлен на платформе Google Forms. Опрос проводился среди 100 матерей, имеющих детей в возрасте до 2 лет, в поликлиниках города Алматы.

Результаты исследования. В исследовании приняли участие 100 женщин, которые добровольно дали согласие на прохождение анкетирования. Возрастные характеристики опрошенных матерей: 30-39 лет - 62,5%, 40 лет - 12,5%, 18-29 лет - 25%. Уровень образования: высшее образование - 75%, среднее школьное - 12,5%, среднее про-

фессиональное – 12,5%. Прибавленная масса тела во время беременности: 5-10 кг – 50%, 10-15 кг – 13%, 15-20 кг – 13%, 20 кг и более – 20%. Прием витаминно-минеральных комплексов при беременности: принимали – 75%, из них 50% матерей принимали витаминно-минеральные комплексы всю беременность, 33% матерей принимали только в 1 - триместре, 17% в 2 - триместре. Опрос включал вопросы о частоте употребления отдельных пищевых продуктов во время беременности и кормления грудью. Ответы, полученные в результате опроса, следующие: молочные продукты: ежедневно – 27%, несколько раз в неделю – 40%, реже – 33%. Молоко: ежедневно – 47%, несколько раз в неделю – 27%, реже – 26%. Овощи: ежедневно – 64%, несколько раз в неделю – 21%, реже – 15%. Фрукты: ежедневно – 47%, несколько раз в неделю – 27%, реже – 26%. Мясо и курица: ежедневно – 40%, несколько раз в неделю – 33%, реже – 26%. Рыба: ежедневно – 4%, несколько раз в неделю – 11%, реже – 85%. Морепродукты: ежедневно – 0%, несколько раз в неделю – 5%, реже – 95%. Злаки: ежедневно – 53%, несколько раз в неделю – 33%, реже – 14%. Соль: ежедневно – 80%, несколько раз в неделю – 20%. Сахар: ежедневно – 35%, несколько раз в неделю – 33%, реже – 32%. Кондитерские изделия: ежедневно – 20%, несколько раз в неделю – 27%, реже – 53%. Фастфуд: ежедневно – 5%, несколько раз в неделю – 27%, реже – 68%. Потребление продуктов в период лактации в целом схоже с периодом беременности. Незначительно снизилось ежедневное потребление молока (40%), мяса (37%) и кондитерских изделий (15%). Рыба и морепродукты по-прежнему употребляются редко (более 80% не едят их или едят реже раза в неделю). Фастфуд употребляют чаще: ежедневно – 6%, несколько раз в неделю – 30%. Продолжительность исключительно грудного вскармливания: 6 месяцев – 62%, 4 месяца – 13%, 2 месяца – 25%. Срок введения дополнительного прикорма: 38% ввели в 4-5 месяцев, 38% ввели в 6-7 месяцев, 24% ввели в 8-11 месяцев. Тип пищи, с которой начинается прикорм: у 50% детей прикорм начался с однокомпонентного овощного пюре, у 38% с молочной смеси, у 12% с однокомпонентного фруктового пюре. Источники получения информации о питании: 62,5% матерей получают информацию из интернета, 25% от педиатров, 12,5% вовсе не изучают тему питания.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости проведения просветительской работы среди родителей по вопросам питания в первые 1000 дней жизни ребенка. Разработка проекта "НутриБала" позволит предоставить доступ к научно обоснованной информации, что может способствовать формированию здоровых пищевых привычек и снижению риска развития алиментарно-зависимых заболеваний в будущем.

Зайнудинова П.К., Каримова М.Х., Камолова З.Н.

СТЕПЕНЬ ИЗМЕНЕНИЙ ТРОМБОЦИТАРНОГО И СЫВОРОТОЧНОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Исмоилов К. И.

Цель исследования. Изучение степени изменений тромбоцитарного и сыровоточного звена гемостаза у новорожденных детей с внутриутробной инфекцией.

Материал и методы. Были обследованы 60 детей в неонатальном периоде, находившихся на лечении в отделении патологии новорожденных ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» с внутриутробными инфекциями. Первую группу составили 38 (63,3%) новорожденных с тяжелым течением ВУИ. Вторая группа сформирована из 22 (36,7) детей с очень тяжелым течением смешанной ВУИ. Контрольную группу составили 30 относительно здоровых детей с аналогичным возрастным – антропометрическими данными и без геморрагических изменений, отрицательными результатами анализов на внутриутробную инфекцию. Выполнены развернутый клинический и биохимический анализ крови, проведены коагуляционные тесты. Для подтверждения наличия ВУИ в сыворотке крови новорожденных и их матерей иммуноферментным методом определялись антигены и иммуноглобулины М и G к возбудителям TORCH – инфекции.

Результаты исследования. При серологическом исследовании крови наблюдаемых новорожденных с ВУИ на предмет TORCH – инфекции обнаружилось положительные титры (более 1:800) маркеров ЦМВ инфекции у 21 (35%), ЦМВИ и вирус простого герпеса – у 29(48,3%), ЦМВИ и хламидий – у 6 (10%), ЦМВИ + токсоплазма у 4 (6,6%) обследуемых больных.

У детей первой группы показатели фибриногена ($151,4 \pm 4,1$) и тромботеста ($3,53 \pm 0,25$) были достоверно снижены, а уровень фибрина был незначительно снижен ($8,9 \pm 1,9$), ВСК по Ли Уайту у данной группы больных с ВУИ имели тенденцию к удлинению кровотечения ($9,1 \pm 1,4$) и была выявлена умеренная склонность к увеличению АВР ($83,1 \pm 1,3$) по сравнению с аналогичным показателем контрольной группы ($p < 0,05$). АЧТВ ($81,9 \pm 1,55$) и фибринолитическая активность ($221, 5 \pm 7,1$) имело длительное течение по сравнению с этими же показателями детей контрольной группы ($p < 0, 05$ $p < 0, 001$).

Эти же показатели у детей второй группы имели более глубокие и выраженные отклонения в параметрах свертывающей системы крови. ВСК по Ли Уайту и АВР была существенно удлинена ($11,93 \pm 1,4$) ($90,69 \pm 2,1$) по сравнению с детьми контрольной группы ($p < 0, 001$). Тогда как содержание фибриногена в плазме крови у детей было достоверно ниже ($111,41 \pm 10,2$), а показатели АЧТВ ($84,90 \pm 2,11$) были существенно удлинены, было также обнаружено более заметное снижение средней величины фибринолитической активности ($161,7 \pm 5,1$) по сравнению с аналогичными данными детей контрольной группы ($p < 0, 001$).

Таким образом выявлены степени изменений показателей гемостаза у новорожденных и маловесных детей с геморрагическими нарушениями в раннем и позднем неонатальном периоде: более низкое количество тромбоцитов в крови у недоношенных детей, значительно высокие показатели гранулярности тромбоцитов, в большей степени увеличенное АЧТВ и сниженный протромбиновый индекс.

Выводы. Беременность у матерей новорожденных реализовавшейся ВУИ чаще осложнялись многоводием, выкидышем, фетоплацентарной недостаточностью, синдромом задержки развития плода, рождением недоношенных

детей, преждевременным отхождением околоплодных вод. Внедрение полученных результатов в практику поможет своевременно оценить состояние гемостаза у доношенных и недоношенных новорожденных для прогнозирования и снижения риска развития геморрагических осложнений как в раннем, так и позднем неонатальном периоде.

Методы терапии детей с нарушениями звеньев гемостаза на фоне ВУИ, должны быть комплексными, дифференцированными и проводиться с использованием как специфической, так и неспецифической терапии.

Зисева Ш.К., Содикзода А.М., Файзуллоев Ф.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ДЕТЕЙ

¹Кафедра детских болезней № 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

²ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Таджибоева З.А.

Цель исследования. Определить клинические особенности и оптимальные подходы к диагностике и лечению дилатационной кардиомиопатии у детей.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 10 детей с диагнозом дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) в возрасте от 2 до 16 лет, находившихся на стационарном лечении в кардиоревматологическом отделении Национального медицинского центра «Шифобахш». Всем детям проводились клинические и биохимические исследования, в том числе инструментальные: электрокардиография (ЭКГ) и эхокардиография (ЭХО).

Результаты исследования. У больных уточнялись характер жалоб, длительность заболевания, причины сопутствующей патологии. Дети раннего возраста поступали с жалобами на одышку, кашель, цианоз, общую слабость, снижение аппетита, потливость, аритмию, отеки на нижних конечностях и увеличение живота. Дети старшего возраста жаловались лишь на слабость, тяжесть и боли в области сердца, быструю утомляемость.

При объективном осмотре отмечены: цианоз носогубного треугольника, пульсация яремных вен, хрипы в легких, тахикардия, ритм галопа, короткий систолический шум на верхушке и в 5 точке, увеличение печени до 3-5 см, пастозность и отечность нижних конечностей.

При исследовании ЭКГ у всех больных выявлены тахикардия, желудочковая экстрасистолия у 2 детей. Признаки гипертрофии левого желудочка и нарушение реполяризации желудочков у всех детей.

При ЭхоКГ исследовании у детей с дилатационной кардиомиопатией выявлено снижение фракции выброса левого желудочка от 20-40% (у всех больных). Расширение полостей сердца у 90% обследованных детей. Гипертрофия миокарда левого желудочка отмечена у 3 детей, недостаточность митрального клапана различной степени - у 80%.

На рентгенограмме грудной клетки: усиление легочного рисунка, кардиомегалия у всех больных, кардиоторакальный индекс составляет более 55%.

Дети получали сердечные гликозиды, радреноблокаторы, гормоны, препараты калия, метоболитики, диуретики, симптоматическую терапию, с улучшением были выписаны под наблюдение кардиолога 7 детей. Однако у 3 детей наступил летальный исход от тромбоэмболии легочной артерии.

Выводы. Таким образом дилатационная кардиомиопатия относится к наиболее тяжелым заболеваниям миокарда, характеризуется крайне высокой инвалидностью и смертностью. Ранняя диагностика и лечение детей с дилатационной кардиомиопатией повышает качество жизни пациентов.

Зиятдинова М., Манап К., Калиева Г.С.

КАТЕГОРИИ ДЕТЕЙ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Кафедра педиатрии и неонатологии НАО «Карагандинский медицинский университет». Казахстан.

Научный руководитель – PhD, ассоциированный профессор Жумаканова К.С.

Цель исследования. Изучение категорий детей, нуждающихся в паллиативной помощи.

Материал и методы. Объектом исследования явились медицинские карты КМИС больных детей г. Караганды и Темиртау с нулевым реабилитационным потенциалом, нуждающихся в оказании паллиативной помощи.

Результаты исследования. Проведен анализ 132 медицинских карт в КМИС детей г. Караганды и Темиртау с неонкологической патологией, в. ч 10 пациентов с орфанными заболеваниями. Отдельно выделена группа 26 больных (из 151 ребенка с онкологией) с онкологическими заболеваниями – всего 158 детей. Все дети имели нулевой реабилитационный потенциал. Максимальный возраст детей составил 17 лет, минимальный – 1 год. Средний возраст детей, нуждающихся в ПП с неонкологической патологией составил 9 лет 7 месяцев, с онкологической патологией – 8,5 лет. По половому различию в оказании ПП больше нуждаются мальчики - (62,7%) по сравнению с девочками – 37,3%. Среди детей с неонкологической патологией, больше всего пациентов оказалось с заболеваниями нервной системы - 67%, меньше с орфанными заболеваниями - 8%. В состав «прочие заболевания» (25% детей) вошли: врожденные пороки развития (ВПР), генетические заболевания, непроходимость пищевода, осложнения после химического ожога пищевода с наложением гастростомы, кардиомиопатии, бронхолегочная дисплазия, сепсис, несовершенный остеогенез. От всех больных 5,7% - детей с неврологической патологией, 34% - с орфанными 3% - с прочими заболеваниями нуждаются в оказании ПП. В структуре онкологических заболеваний преобладают дети с острым лимфобластным лейкозом, со злокачественными новообразованиями головного мозга и нейробластомой. 17% детям с онкологической патологией так же требуется проведение ПП.

Изучение международного опыта оказания ППД показало, что большое значение для определения паллиативного статуса имеет ранжирование больных детей на широкие категории и группы, Использовали Международной

классификации основных групп пациентов, подлежащих педиатрической паллиативной помощи, предложенной Европейской Ассоциацией Паллиативной Помощи (АСТ/EAPS 2009) Большая часть детей 64% относится к 4 категории - это больные с необратимыми, но не прогрессирующими состояниями. 17% детей с опасными для жизни состояниями, при которых лечение возможно, но может оказаться не эффективным и доступ к услугам ПП может быть необходим из-за сложности потребностей пациентов, они отнесены к 1 категории. 11,4% детей с прогрессирующими состояниями без вариантов лечения, лечение которых является исключительно паллиативным и обычно может длиться в течение многих лет вошли в 3 категорию. Меньше всего детей включено во 2 категорию - 7,6%, это дети с состояниями, при которых преждевременная смерть неизбежна; однако возможны длительные периоды интенсивного лечения, направленные на продление жизни и обеспечение хорошего качества жизни.

Выводы. По нашим данным, приблизительно 67% детей с неврологической патологией, 8% - с орфанными, 25% с прочими заболеваниями и все 100% онкологических больных в РК будут нуждаться в паллиативной помощи. ПП таким пациентам может потребоваться на любом этапе, у них возможны непредсказуемые и периодические эпизоды ухода.

Зоирова Г.Х., Сатторов С.О., Курбонмамадов Н.С.
ТЯЖЁЛАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
Симуляционный центр ГОУ “ХГМУ”. Таджикистан.
Научный руководитель - Сатторов М.А.

Цель исследования. Изучить эффективность интенсивной терапии с учетом имеющихся гемодинамических нарушений у детей раннего возраста с тяжёлой пневмонией.

Материал и методы. В январе 2025 года на базе Вахшской районной центральной больницы нами проведено обследование 54 больных детей, поступивших с токсико-септической формой острых респираторных инфекций и находившихся на лечении в отделении интенсивной терапии. Среди пациентов было 25(46,29%) мальчиков и 29 (53,7) девочек, возраст которых составил от 8 до 16 лет.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что из числа наблюдаемых больных у 36 (64,28%) ребёнка имелись клинические проявления дыхательной недостаточности 2 и 3 степени. Для улучшения обменных процессов в клетках сердца применяли глюкозу с инсулином, препараты калия, АТФ, унитиол 5% и антиоксидант актовегин, а также токоферола ацетат. Для снижения потребности в кислороде и оказания седативного эффекта также использовали ГОМК (60–100 мг/кг) и дроперидол (0,3–0,5 мг/кг). При лечении проводили сосудистой недостаточности восстановление объём циркулирующей крови с помощью инфузионной терапии. При нарушениях свертывающей системы крови, явлениях ДВС-синдрома назначали свежзамороженную плазму.

Выводы. Таким образом, при проведении комплекса лечебных мероприятий во время тяжёлой пневмонии у детей раннего возраста продемонстрирован клинически эффективный результат коррекции дыхательной недостаточности, восстановления гемодинамики и снижения летальности.

Зоирова Г.Х., Хамроев М.Ф., Холов А.И., Талабзода Х.М.
ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ КАК ОСНОВНОЙ ЭТАП ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА
Кафедра хирургических дисциплин №1 ГОУ “ХГМУ”.
Кафедра хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., Холзода Ш.И.

Цель исследования. Оценить эффективность гормональной терапии как подготовительного этапа перед хирургическим лечением у детей с нарушением формирования пола.

Материал и методы. Исследование проведено на базе отделения реконструктивно-пластической микрохирургии РНЦССХ города Душанбе. В исследование были включены 12 пациентов в возрасте от 4 до 12 лет (средний возраст $6,5 \pm 2,1$ лет) с диагнозом нарушения формирования пола. Родители больных обратились за период с 2020 по 2025 годы. До начала гормональной терапии у всех пациентов определяли уровень половых гормонов: лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), эстрадиола, тестостерона и хорионического гонадотропина человека (ХГЧ). После проведения кариотипирования определяли пол пациентов и назначали гормональную терапию в течение 1 месяца. Лечение заключалось в нанесении препарата AndroGel (тестостерон-10мг/г) в дозе 5 г. один раз в день на область гениталий и медиальную сторону бедра.

Результаты исследования. После месяца гормональной терапии у детей с мужским кариотипом (46, XY) наблюдалось значительное улучшение развития наружных половых органов, что приближало их к нормальному мужскому фенотипу. У 5 больных с диагнозом нарушения формирования пола выявили односторонний крипторхизм, у 2 больных — двусторонний. После гормонотерапии эктопированное яичко у данных пациентов опустилось в мошонку. Данный этап терапии позволил создать оптимальные условия для последующего хирургического лечения, улучшив анатомические параметры тканей и снизив риск осложнений.

Выводы. Таким образом, гормональная терапия в предоперационном периоде является важным этапом подготовки детей с нарушением формирования пола, позволяя добиться более благоприятных анатомо-физиологических условий для хирургической коррекции. Дальнейшие исследования должны учитывать длительность гормонального воздействия для оптимизации результатов лечения.

Изатзода Р.М., Мадамонов Ш.Ш.
ТРИГГЕРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА (ВПС)
Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н

Цель исследования. Изучить триггеры качества жизни пациентов с врождёнными пороками сердца (ВПС)

Материал и методы. Пациентка: девочка 6 месяцев с диагнозом Дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) и открытое овальное окно (ООО). С момента рождения отмечались признаки быстрой утомляемости при кормлении, низкий набор веса, а также периодические эпизоды одышки. При аускультации сердца был выявлен систолический шум, что стало показанием для проведения дополнительных исследований. Методы диагностики включали:

Эхокардиография (ЭХО-КГ): позволила выявить дефект межпредсердной перегородки размером 7 мм с обратным кровотоком слева направо, что является характерным для ДМПП и указывает на наличие значительной перегрузки правых отделов сердца.

Электрокардиография (ЭКГ): выявила признаки перегрузки правых отделов сердца, что свидетельствует о хроническом увеличении объема крови, поступающего в правое предсердие и правый желудочек.

Рентгенография грудной клетки: показала умеренное увеличение размеров сердца, что является характерным признаком перегрузки правых отделов. На основании этих данных было принято решение о проведении эндоваскулярного закрытия дефекта с использованием окклюдера, что является современным и малотравматичным методом хирургического вмешательства, позволяющим значительно сократить время восстановления и минимизировать риски послеоперационных осложнений.

Результаты исследования. Эндоваскулярное закрытие дефекта межпредсердной перегородки было выполнено без осложнений. После вмешательства в первые сутки наблюдалась стабилизация гемодинамики, что подтвердило успешность операции. В течение первого месяца после операции пациентка продемонстрировала значительное улучшение физической активности. Была отмечена нормализация набора веса, что является важным показателем улучшения общего состояния ребенка. Контрольная ЭХО-КГ через 3 месяца после операции показала полное закрытие дефекта, отсутствие сброса крови и нормализацию работы сердца. Также было зафиксировано отсутствие признаков перегрузки правых отделов, что свидетельствует о положительном эффекте вмешательства. Эти результаты подчеркивают высокую эффективность эндоваскулярных методов лечения, которые обеспечивают быструю стабилизацию состояния и восстановление нормальной функции сердца.

Выводы. Данный случай подтверждает важность ранней диагностики и лечения врожденных пороков сердца, таких как ДМПП. Раннее вмешательство предотвращает прогрессирование сердечной недостаточности и осложнений. Эндоваскулярное закрытие дефекта с помощью окклюдера эффективно и малотравматично, снижая риск осложнений и ускоряя восстановление. Это вмешательство нормализует сердечную функцию, предотвращает перегрузку правых отделов сердца и улучшает качество жизни пациента. Своевременная диагностика и современные методы лечения значительно улучшают прогноз.

Изтлеуова Г.Т.
ФУЛЬМИНАНТНОЕ ТЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ У РЕБЁНКА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ С РАЗВИТИЕМ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА

Кафедра педиатрии и неонатологии НАО «Карагандинский медицинский университет». Казахстан.
Научный руководитель - ассоциированный профессор, PhD Жумаканова К.С.

Цель исследования. Оценка особенностей течения, диагностики и эффективности комплексного лечения тяжелого сепсиса у ребенка раннего возраста с полиорганными осложнениями.

Материал и методы. Исследование основано на анализе клинического случая - пациента в возрасте 1 года, госпитализированного в отделение реанимации и интенсивной терапии в крайне тяжелом состоянии. Жалобы при поступлении включали одышку, стонущее дыхание, множественную рвоту, диарею, выраженную гипертермию (до 39°C), отказ от еды и питья. В рамках комплексного обследования были проведены:

Общий анализ крови (выраженный лейкоцитоз, анемия, тромбоцитопения). Биохимический анализ крови (гипопротеинемия, повышение уровня С-реактивного белка, гипокалиемия, дисфункция почек). Коагулограмма (ДВС-синдром, гиперкоагуляция). Прокальцитониновый тест (значительное повышение – 53,31 нг/мл, что подтверждает выраженный системный воспалительный процесс). Бактериологические посевы крови, мокроты, плевральной жидкости (*Candida krusei*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus pneumoniae*, *Candida albicans*). Рентгенография органов грудной клетки (диагностирована двусторонняя полисегментарная пневмония с массивным правосторонним плевральным выпотом).

Динамический мониторинг состояния пациента позволил своевременно корректировать терапию. На фоне лечения отмечена положительная клиническая и лабораторная динамика, что позволило стабилизировать состояние ребенка и перевести его на дальнейшее лечение в профильное отделение.

Результаты исследования. На основании данных обследования был установлен диагноз: Сепсис неуточненной этиологии (ПКТ – 53,31 нг/мл), осложненный острым пиелонефритом, ДВС-синдромом, инфекционно-токсическим шоком, тромбозом дистальных артерий пальцев кистей, тяжелой внебольничной полисегментарной пневмонией, двусторонним плевритом и двусторонним гнойным средним отитом. В ходе лечения проводилась интенсивная антибактериальная терапия (Левифлоксацин, Линезолид, антимикотики), инфузионная терапия, антикоагулянтная терапия (гепарин), кислородотерапия, плевральная пункция с дренированием. В динамике отмечено

улучшение состояния пациента: стабилизация гемодинамики, регресс дыхательной недостаточности, уменьшение воспалительных маркеров, снижение уровня прокальцитонина (до 0,105 нг/мл к моменту выписки), улучшение рентгенологической картины.

Выводы. Сепсис у детей раннего возраста представляет собой жизнеугрожающее состояние, характеризующееся высокой вероятностью развития полиорганной недостаточности и требует немедленного комплексного подхода к диагностике и лечению. В данном клиническом случае раннее выявление критического состояния, активная мультидисциплинарная тактика, включающая своевременную антибактериальную, инфузионную и антикоагулянтную терапию, кислородную поддержку и хирургическое вмешательство, позволили достичь положительной динамики и стабилизации состояния ребенка. Данный случай подчеркивает важность ранней диагностики сепсиса, динамического мониторинга лабораторных показателей и гибкости в выборе антибактериальной терапии с учетом чувствительности возбудителей.

Исаева Г.А., Утежанова А.М., Исакова Б.А

АНТЕНАТАЛЬНЫЕ И НЕОНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЖЕЛТУХИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ОДНОГО ГОДА НА УРОВНЕ ПМСП

Кафедра амбулаторной поликлинической педиатрии КазНМУ имени С.Дж. Асфендиярова. Казахстан.

Научные руководители – д.м.н., профессор Сейсебаева Р.Ж., к.м.н ассоциированный профессор Нурғалиева Ж.Ж.

Цель исследования. Настоящее исследование направлено на выявление антенатальных и неонатальных факторов риска, способствующих развитию желтухи у детей в возрасте до одного года на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Материал и методы. Исследование было проведено на базе КГП на ПХВ Городская поликлиника №15 города Алматы в период с сентября 2024 года по февраль 2025 года. В ходе исследования были собраны данные 98 детей, разделенных на две группы: основную, состоящую из детей с затяжной желтухой, и контрольную, включающую детей с физиологической желтухой. Данные для анализа были извлечены из медицинских карт беременных женщин и выписок из роддома. Статистический анализ проводился с применением программного пакета R. В связи с небольшим объемом выборки использовались бивариантные анализы для выявления взаимосвязей между антенатальными и неонатальными факторами риска.

Результаты исследования. В ходе анализа были выявлены ключевые факторы риска. Средний возраст матерей составил 32,38 года, и 40% матерей в основной группе были старше 35 лет, что указывает на наличие статистически значимой связи между повышенным возрастом матери и риском затяжной желтухи. Анемия у матерей была выявлена у 55,67% случаев, что коррелировало с повышением уровней билирубина у детей. Кроме того, у 44,33% матерей был выявлен ранний токсикоз, что также может быть фактором риска затяжной желтухи у детей в неонатальном периоде. Гипогалактия, возникающая в первые недели после родов наблюдаемая у 41,24% случаев, что существенно увеличивало риск развития затяжной желтухи. Также 26,8% детей потеряли более 10% от своей массы тела в первые дни жизни, что может быть фактором риска.

Выводы. Установленные антенатальные и неонатальные факторы риска могут служить основой для разработки рекомендаций по мониторингу состояния новорожденных и улучшению диагностики желтухи на уровне ПМСП. Оптимизация алгоритмов диагностики с учетом выявленных факторов может значительно повысить качество медицинской помощи и снизить заболеваемость желтухой среди детей в возрасте до одного года. Данные результаты подчеркивают необходимость дальнейших исследований в данной области для совершенствования клинической практики и повышения эффективности профилактических мер.

Исматуллоева Н.И.

АТИПИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ДИАГНОСТИКА

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Рахманова Г.А.

Цель исследования. Изучение клинических особенностей атипичной пневмонии у детей, а также анализ методов диагностики данного заболевания. Особое внимание уделяется различиям между атипичной и типичной пневмонией, особенностям течения заболевания и диагностическим трудностям в педиатрической практике.

Материал и методы. Для проведения исследования использовались следующие методы: клиническое наблюдение, ПЦР-анализ для выявления возбудителей (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, вирусы), а также рентгенография и КТ грудной клетки для оценки состояния легочной ткани. Материалы исследования включают данные 150 детей в возрасте от 1 до 14 лет, госпитализированных с диагнозом пневмония в 2024 году.

Результаты исследования. Атипичная пневмония у детей проявляется длительным кашлем, лихорадкой, одышкой и общей слабостью. Основными возбудителями заболевания являются *Mycoplasma pneumoniae* (45% случаев), вирусы (грипп, респираторный синцитиальный вирус -35%) и реже *Chlamydia pneumoniae*. Рентгенография грудной клетки позволяет выявить характерные инфильтраты, а ПЦР-диагностика является наиболее точным методом для определения возбудителя. Важность дифференциальной диагностики заключалась в исключении вирусных инфекций верхних дыхательных путей и бронхолитов, что иногда затрудняет постановку диагноза.

Выводы. Атипичная пневмония у детей имеет широкий спектр клинических проявлений и требует комплексного подхода к диагностике. Совмещение клинических данных с результатами лабораторных и инструментальных исследований позволяет повысить точность диагноза. Раннее выявление патогена и правильная диагностика обеспечивают эффективное лечение и снижение риска осложнений.

Исоева М.Ф., Раджабов М.М.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ЛЕЧЕНИЕ ГРИППА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ (ПО МАТЕРИАЛАМ Г. ДУШАНБЕ)

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Саидмуродова Г.М.

Цель исследования. Изучение клиники и течения гриппа у детей раннего возраста.

Материал и методы. Из числа (2810) обследованных детей на грипп, лишь у 117 (4,1%) диагноз был положительным, причём у 68(58,1%) подтверждён тип А, у 49 (41,9%) тип В. Под наблюдением находились 41 госпитализированных детей с диагнозом грипп в ГУ «ГКБДИБ» г. Душанбе РТ. Диагноз гриппа был выставлен на основании определения вирусных антигенов в мазках-отпечатках со слизистой полости носа и ротоглотки методом ПЦР, проведенных в Референс лаборатории МЗ и СЗН РТ.

Результаты исследования. Заболевание гриппом у детей первого года жизни начиналось постепенно с фебрильной лихорадки до 38,5—39,5°C со слабо выраженными катаральными проявлениями в виде сопения носом, покашливания и симптомами интоксикации, проявляющиеся беспокойством, вялостью, отказом от груди. Усиление интоксикации на фоне вторичных метаболических нарушений у 22 (53,6%) детей привели к повторной рвоте, у 27(65,8%) к развитию нейротоксического синдрома в виде энцефалической реакции с кратковременной потерей сознания, у 7(17,1%) детей к менингоэнцефалическим реакциям сопровождающиеся судорогами и ригидностью затылочных мышц, у 15(36,6%) детей менингизмом. У всех (100%) детей с гриппом отмечены выбухание большого родничка и инверсия сна, у 30(73,2%) психомоторное возбуждение, у 38(92,7%) диарея. У 12(29,3%) детей диагностирован геморрагический синдром за счет развития коагулопатии потребления с уменьшением тромбоцитов до 200 и удлинением времени свёртывания крови более 5 минут, снижением протромбинового индекса ниже 70%, тромбинового времени ниже 15 секунд, количества фибриногена 2 мг/л.

Лечение детей с гриппом проводилось согласно соответствующим протоколам включающая в себя симптоматическое лечение противовирусными препаратами в виде Анаферона детского и Эргоферон, а также антибиотики (амоксциллин/клавулановая кислота, респираторные фторхинолоны – левофлоксацин, моксифлоксацин, цефалоспорины 3 и 4 поколения) были назначены при пневмонии. Лечение детей с тяжёлыми формами гриппа проводилось в отделении интенсивной терапии. Осложнения были выявлены у большинства 29(70,7%) детей первого года жизни в виде вторичной бактериальной пневмонии, бронхита у 12(29,3%), причём у всех с наличием бронхообструктивного синдрома.

Выводы. Клиническое течение гриппа у детей первого года жизни имело свои особенности со слабо выраженными катаральными проявлениями вначале заболевания и развитием нейротоксикоза у 65,8% и геморрагического синдрома в периоде разгара, а также развитием осложнений со стороны органов дыхания у 70,7% детей. Лечение детей с гриппом проводилось согласно соответствующим протоколам, в виде симптоматической терапии, противовирусных препаратов (Анаферона детского и Эргоферона), а также антибиотиков.

Исоева М., Маджоннова М.Дж., Исоева М.Ф.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭТИОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – старший преподаватель Мамадьярова М.Г.

Цель исследования. Изучить эффективность препарата «Нифуроксазид» у детей при диареях.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 170 детей до 5 лет, у которых была диагностирована инфекционная диарея, чаще секреторного типа. Больные поступали в стационар на 1-е — 3-и сутки заболевания. У детей в 62 % случаев заболевание протекало в виде острого гастроэнтерита, у 38 % — острого гастроэнтероколита. Диарейный синдром на момент поступления был у всех детей. Под нашим наблюдением находились две группы пациентов: 1-я группа (n = 79) — дети, получавшие базисную терапию, и 2-я группа (n = 91) — дети, получавшие нифуроксазид в соответствующих дозах в комплексе с базисной терапией.

Результаты исследования. Нифуроксазид использовался в комплексной терапии 3–5 суток, препарат отменяли через 2 суток после нормализации стула. Средняя продолжительность диарейного синдрома у детей, получавших нифуроксазид, сократилась почти в 2 раза по сравнению с группой контроля. Скорость купирования других симптомов (лихорадка, рвота, снижение аппетита, эксикоз) была выше у больных детей, получавших нифуроксазид ($P < 0,001$). Кратность рвоты значительно уменьшилась, сроки пребывания в стационаре сократились в среднем в 2 раза в группе пациентов, получавших нифуроксазид, по сравнению с контрольной группой ($P < 0,001$).

Диарея представляет собой серьезную проблему для людей всех возрастов, но особенно — для детей, в первую очередь в связи с угрозой развития тяжелой гипогидратации организма и метаболических расстройств, порой угрожающих жизни пациента. У любого человека эпизоды диареи различной продолжительности и тяжести развиваются неоднократно. Так, у ребенка в возрасте до 5 лет в среднем наблюдается 2–3 случая диареи в год. Число эпизодов диареи не поддается подсчету, но ежегодно в мире, по данным международных организаций, связанных с системой здравоохранения, от диареи погибает около 5 млн детей.

Нифуроксазид – производное нитрофурана, оказывает противобактериальное действие, в отношении желудочно-кишечных грамположительных бактерий. Не нарушает равновесие кишечной микрофлоры. При острой бактериальной диарее восстанавливает эубиоз кишечника. При инфицировании энтеротропными вирусами препятствует развитию бактериальной суперинфекции. После перорального применения нифуроксазида практически не всасыва-

ется из пищеварительного тракта, и свое антибактериальное действие оказывает исключительно в просвете кишечника.

С учетом высокой скорости развития дегидратации у ребенка крайне необходимо начинать лечение с первого дня инфекции, не дожидаясь результатов анализов.

Выводы. При применении нифуроксазида наступило быстрое и эффективное выздоровление. Препарат сохраняет и помогает восстановить нормальную микрофлору кишечника, не адсорбируется из желудочно-кишечного тракта, 99 % принятой дозы остается в кишечнике и оказывает там свое антимикробное действие.

Ишмирзоев Д.Р.

КРИТЕРИИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ГРИППА У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Х.Дж. Аминова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Хотамова М.Н.

Цель исследования. Выявить критерии тяжелой формы гриппозной инфекции, применимые в амбулаторно-поликлинической практике.

Материал и методы. Обследовано 46 детей с гриппом в возрасте от 5 до 17 лет, на базе ГУ МК «Истиклол».

Результаты исследования. Учитывая возрастные особенности лейкоцитарной формулы, пациенты были разделены на две группы – 1-5 лет и группу детей старше 5 лет. Грипп протекал в среднетяжелой форме у 35 детей (77,8%) и у 10 пациентов (22,2%) в тяжелой. Тяжесть состояния была обусловлена наличием бактериальных осложнений в виде пневмонии, гайморита, а также проявлениями интоксикационного синдрома в виде нейротоксикоза. У пациентов в возрасте 1-5 лет, имеющих тяжелую форму гриппозной инфекции, установлено статистически значимое повышение нейтрофильно-лимфоцитарного индекса до 2,1 по сравнению с детьми со среднетяжелой формой заболевания 0,8 ($p < 0,05$). У детей старше 5 лет с тяжелой формой гриппозной инфекции статистически значимо повышался нейтрофильно-лимфоцитарный индекс до 8,2 по сравнению с детьми со среднетяжелой формой заболевания 4,2 ($p < 0,05$).

Выводы. Проведенное исследование позволяет предложить дополнительные критерии тяжелого течения гриппозной инфекции – повышение клеточного индекса у детей старше 5 лет, повышение нейтрофильно-лимфоцитарного у детей любого возраста. Данные показатели доступны для использования в амбулаторно-поликлинической практике.

Ишмирзоев Д.Р.

ЗНАЧЕНИЕ ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ С ОЖИРЕНИЕМ

Кафедра детских болезней №1 им профессора Х.Дж. Аминова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - Бадалова З.А.

Цель исследования. Проанализировать изменения уровня витамина D у детей с ожирением.

Материал и методы. В течение 2-х лет с 2020 г по 2023 г. проведено обследование 60 пациентов с конституциональным ожирением в возрасте 10–17 лет, проживающих в Душанбе. Всем пациентам для оценки статуса витамина D определяли концентрацию в сыворотке крови. Группу сравнения составили 20 детей, не имеющих хронической патологии и избытка массы тела.

Результаты исследования. Низкая обеспеченность витамином D в той или иной степени отмечается у 23 (38,3%) пациентов с ожирением, целевой уровень витамина D был выявлен у 27 (7,5%) пациентов. Значения витамина D у детей с ожирением были статистически значимо ниже, чем у детей группы контроля ($p < 0,001$). Средний уровень витамина D летом и осенью значимо отличался от уровня витамина D зимой ($p < 0,05$) и весной ($p < 0,001$) соответственно. В летне-осенний период максимальный уровень витамина D отмечается с июля по октябрь включительно. С ноября обеспеченность падает до уровня зимне-осеннего периода. Наличие у 21 пациента с ожирением предопределяет дефицит эндогенного витамина D даже в летний период. Самые низкие значения витамина регистрируются в зимне-весенний период. Уровень витамина D достигает минимальных значений в весенние месяцы.

Выводы. Результаты проведенного исследования продемонстрировали, что вне зависимости от сезона дети с ожирением имеют круглогодичную в той или иной степени низкую обеспеченность витамином D, более выраженную, чем в популяции детей в целом. Таким образом, коррекция уровня витамина D у детей с ожирением необходима.

Каландарова М., Гуллаев М.К.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА (ПО МАТЕРИАЛАМ Г. ДУШАНБЕ)

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель - к.м.н., доцент Саидмурадова Г.М.

Цель исследования. Изучение клинических признаков и принципов терапии острых кишечных инфекций у детей раннего возраста

Материал и методы. Из общего числа детей (66) детей раннего возраста госпитализированных в отделениях ГУ «ГКБДИБ» г. Душанбе с диагнозом острая кишечная инфекция (ОКИ), энтеропатогенные эшерихиозы (ЭПЭ) были диагностированы у 4 (6,4%), стафилококковая инфекция у 18 (27,2%), условно-патогенная микрофлора

(УПМ) у 24 (36,4%) детей. Этиология кишечных инфекций была подтверждена лабораторно, методом бактериологического исследования кала на патогенную и условно-патогенную микрофлору, где были высеяны колонии: *Eshirihia coli*, клебсиеллы и *Staphylococcus aureus*. Возрастная структура ОКИ показала, что детей до 6-месяцев было 18 (27,2%), до года 24(36,4%), до 2-х лет 24(36,4%), причём мальков было больше 34 (51,5%), чем девочек 32 (48,5%).

Результаты исследования. Из числа госпитализированных детей раннего возраста с ОКИ в первые 3-е суток обратились 16(24,2%), от 3 до 5-ти суток – 38(57,5%), позже 5-суток от начала заболевания - 12 (18,3%). Из анамнеза детей с ОКИ было выявлено, что только 13(19,7%) детей находились на грудном, а 21(31,8%) на искусственном и 34(51,5%) на смешанном вскармливании, причём большинство 39(59,1%) пользовались сосками – пустышками, а за 30(45,4%) детьми ухаживали кроме матерей другие члены семьи. Симптомы интоксикации в виде повышения температуры до 37-38 °С отмечены у 12(18,2%), 38°С и выше у 30(45,4%), более 39°С у- 42(63,6%), тошнота и однократная рвота у 15(22,7%), многократная рвота у 51(77,3%), слабость у 60(90,9%), беспокойство и возбудимость у 56(84,8%) детей. Жидкий стул со слизью жёлтого цвета установлен у 24(36,4%), со слизью зелёного цвета у 42(63,6%), причём у большинства 40(60,6%) детей при поступлении частота диареи составляла от 7-ми до 10-ти раз, у 21(31,8%) - до 5-6 раз, у 4(6,1%) более 10 раз за сутки. При пальпации области живота большинство 45(68,2%) детей реагировали плачем, причём у 40(60,7%) -отмечено урчание, у 24(36,4%) - вздутие. Из-за частой диареи и многократной рвоты у большинства 44 (66,7%) детей отмечались тяжёлое (В), у 22(33,3%) умеренное обезвоживание. Лечение детей с ОКИ проведено согласно утверждённым клиническим протоколам, в зависимости от вида диарей, причём 39(59,1%) с тяжёлым обезвоживанием была проведена регидратационная терапия по плану «В», 27(40,9%) детям с умеренным обезвоживанием по плану «Б» и всех отпаивали регидроном, в зависимости от возраста детей давали препарат цинка. Антибактериальная терапия была назначена в зависимости от чувствительности возбудителей, дезинтоксикация проведена в зависимости от степени интоксикации, ферментотерапия в зависимости от данных признаков переваривания вкопрограмме. С целью улучшения микрофлоры кишечника детям раннего возраста с ЭПЭ и УПМ были назначены Энжамин по 5 мл 2 раза в сутки, Лактоджи по 1 капсуле 1 - 2 раз в сутки, а детям со стафилококковой диареей Примафаг ПИО жидкий по 5 мл.-2-3 раза в сутки, а также ферменты Крезам по 1-2 капсуле в сутки во время еды, при рвоте смекта по 1-2 порошку -2-3 раза в сутки.

Выводы. Таким образом, ОКИ чаще отмечены у детей раннего возраста находящихся на смешанном и искусственном вскармливании и вне зависимости от вида возбудителей у всех проявляется клинически симптомами интоксикации, у 66,7% тяжёлым обезвоживанием, в связи с этим регидратационная терапия была проведена по плану «В», антибиотики в зависимости от чувствительности возбудителя, а также с целью улучшения микрофлоры кишечника биопрепараты и фаготерапия.

Каландарова М., Маджонова М.Дж.

ОСОБЕННОСТИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., доцент Ходжаева Н.М.

Цель исследования. Изучение особенностей течения ветряной оспы у детей дошкольного возраста.

Материал и методы. Проведен анализ 33 истории болезни детей, госпитализированных в ГБУЗ «СКДИБ» г. Краснодара за период с марта по декабрь 2022 г., с диагнозом- ветряная оспа. Из них дети до года составили 18,1%, от 1-го до 3 лет – 47,3%, от 4-х до 6 лет – 34,6%, возрастной состав был представлен 17 (51,5%) мальчиками и 16 (48,5%) – девочек. По степени тяжести преобладали средне-тяжелые формы заболевания, в частности, у 21 пациента (63,3%) – средней тяжести, у 8 детей (24,2%) – тяжелая. Легкое течение заболевания отмечалось только у 4 (12,1%) больных. Диагноз ветряной оспы у всех больных был подтвержден лабораторно методом иммуноферментного анализа с обнаружением иммуноглобулинов класса М в сыворотке крови специфических антител *Varicella Zoster Virus*.

Результаты исследования. У большинства пациентов преобладал выраженным интоксикационным синдромом (72%), у 28% – отмечался катаральный синдром в виде назофарингита, стоматита, бронхита. Подсыпания экзантем сопровождалось повышением температуры у всех детей, у 18,3% детей наблюдался кожный зуд. Умеренная экзантема наблюдалась у 66,7% детей, обильная - у 16,7%. Везикулезные высыпания на слизистых ротовой полости отмечалась у 13% детей, у 1,8% детей на конъюнктиве глаз и сопровождалась болями, слезотечением. Продолжительность высыпаний от 3 до 5 дней отмечалась у 58,3% детей; 6-8 и более дней – у 25%.

Для детей раннего возраста – 6 (18,2%) характерной явилась дисфункция кишечника (жидкий стул до 3–5 раз в сутки энтеритического характера). Клиническая картина у всех больных протекала типично, с характерными клиническими симптомами и стадийностью инфекционного процесса, только в 4-х случаях наблюдалось осложнение в виде очаговой пневмонии.

Ветряная оспа встречается повсеместно и является чрезвычайно контагиозным заболеванием со 100-процентной восприимчивостью. Последние годы, проблема ветряной оспы связана с ростом заболеваемости среди детей дошкольного возраста. К одной из основных причин неблагополучия является отсутствие плановой иммунизации против ветряной оспы у детей.

Выводы. На современном этапе клиническая картина ветряной оспы у детей дошкольного возраста протекает с типичными клиническими проявлениями, но при этом преобладают средне-тяжелые формы заболевания. Учитывая особенности эпидемиологического процесса ветряной оспы, утяжеление течения инфекции, необходимо внести в основной Национальный календарь профилактических прививок вакцинацию против ветряной оспы.

Каракулова С., Саидова Д., Дусматов Д.
ХАРАКТЕРИСТИКА АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ЭНУРЕЗОМ

Кафедра педиатрии ГОУ “ХГМУ”. Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Кузибаева Н.К.

Цель исследования. Изучить характеристику аномалий развития почек у детей с энурезом.

Материал и методы. Под наблюдением находились 40 детей в возрасте 10-15 лет, находившихся под наблюдением в детском отделении НМИЦ «Шифобахш» за период с 2015-2016 гг. Все дети были разделены на 2 группы. Поступившие госпитализированы с различными аномалиями развития почек и с энурезом. Первично жалобы предъявляли по поводу энуреза. Аномалии развития почек выявлены при дополнительном обследовании. Всем детям был проведен сбор анамнеза, клинично-инструментальное исследование, консультация специалистов.

Результаты исследования. Анализ проведенных исследований выявил, что все у всех матерей в анамнезе наблюдался отягощенный акушерский анамнез. Выявлено наличие соматической и генитальной патологии, перенесенных инфекций во время беременности. Все дети родились из условий хронической внутриутробной гипоксии, с наличием перенесенной перинатальной энцефалопатией. Определено, что 50 % детей родились от матерей с хроническим пиелонефритом в анамнезе. Чаще всего в этой группе матерей паритет составил 3 и более родов. Матери больных детей не имели удовлетворенных материально-бытовых условий проживания, и чаще это были сельские жители. При сборе анамнеза выявлено, что в исследуемой группе детей матери чаще (65 %) страдали эклампсией и преэклампсией во время беременности. Установлено, что ведущими изменениями со стороны органов мочевой системы с энурезом были: двусторонняя пиелоктазия — у 10 (50%) детей в первой группе и у 15 (75%) во второй группе; односторонняя пиелоктазия — у 5 (25%) в первой группе и у 3 (25%) во второй группе; нефроптоз — у 5 (25%) в первой группе и у 2 (10%) во второй; повышенная подвижность почек — у 5 (25%) в первой группе и только у 1 (5%) во второй; УЗИ-признаки удвоения ЧЛС — у 2 (10%) детей в каждой группе; ветвистый тип строения синусов почек — у 2 (10%) в первой группе и у 2 (10%) детей во второй группе. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс выявлен только у 1 (5%) детей из первой группы. Необходимо отметить, что у 80 % детей на фоне всех патологий выявлен пиелонефрит. Всем детям была рекомендована консультация детского невролога, по поводу энуреза. Лечение проводили совместно, основного заболевания и неврологического.

Выводы. У детей с энурезом часто выявляются малые аномалии почек и мочевыводящих путей. Наиболее часто — двух- и односторонняя пиелоктазия, повышенная подвижность почек и нефроптоз.

Карджавова Г.А., Сирожитдинов Ш.С., Ниязов Д.М.
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ БРОНХООБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра 1-Педиатрии и неонатологии Самаркандского медицинского университета. Узбекистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Закирова Б.И.

Целью исследования. Изучение значимости факторов риска в формировании острой бронхообструкции у детей раннего возраста.

Материал и методы. Изучены клинично-анамнестические данные обследования 60 детей раннего возраста с острым бронхитом (ОБ) и острым обструктивным бронхитом (ООБ), госпитализированных в отделениях детской реанимации и II экстренной педиатрии СФ РНЦЭМП. Анализированы течение беременности и родов у матери, течение периода новорожденности у детей, характер вскармливания, физическое и нервно-психическое развитие ребенка.

Результаты исследования. Согласно анализу факторов перинатального риска треть матерей имели осложненное течение беременности. Частота осложнений беременности встречалась в 1,8 раз чаще у матерей, дети которых были подвержены острой бронхиальной обструкции. У 91,7% матерей беременность протекала с анемией. Дети, рожденные от матерей с тяжелой анемией, в 1,9 раза чаще болели ОРЗ, сопровождающимся острой бронхообструкцией. На момент беременности и родов 36,7% матерей имели хронические заболевания (хронический тонзиллит, гайморит, хронический пиелонефрит). Частота хронической материнской заболеваемости не имела различий у больных с ОБ и ООБ. Роды были физиологическими 31,7% матерей, в остальных 68,3% случаях отмечен длительный безводный период, слабость родовой деятельности, стремительные роды. Патологическое течение родов в 2 раза чаще встречалось у матерей, дети которых были подвержены развитию острой бронхиальной обструкции. 91,7% детей родились доношенными, со средней массой при рождении от 2800,0 до 4100,0 грамм (3470±332), длиной тела 51,6±0,8 см. Недоношенных детей с весом ниже 2500 было 8,3 %. У 25% больных наследственность отягощена по атопии (бронхиальная астма, атопический дерматит), причем это в 2,7 раз чаще отмечалась у детей с ООБ. 32 (53,3%) ребенка находились на грудном и 28 (46,7%) – на смешанном/искусственном вскармливании. Длительность грудного вскармливания в среднем составила 4,8±0,7 месяца. В возрасте 3-6 месяцев дети переведены на смешанное/искусственное вскармливание. У каждого третьего больного отмечено одностороннее питание, у каждого второго ребенка не соблюдались сроки введения прикорма и докорма, в 6,7% случаях был ранний перевод на смешанное/искусственное вскармливание и у них ООБ протекал в 3 раза чаще, чем при грудном вскармливании. Низкий процент грудного вскармливания может быть одним из предрасполагающих факторов для развития респираторной патологии у ребенка первого года жизни. Сопутствующими заболеваниями у детей с острой бронхообструкцией чаще являлись атопический дерматит и перинатальное поражение ЦНС (3 и 2,7 раз соответственно), рахит (21,7%), паратрофия (31,7%). В 26,7% случаях бронхообструкция зарегистрирована на фоне анемии, гипотрофии и атопического дерматита. В течение одного месяца повторно заболели 5 детей, а 7 больных перенесли заболевание 3 и более раз. У 93,3% больных диагностирована анемия различной степени тяжести, предрасполагающая к развитию острой

бронхо-обструкции. На первом месяце жизни переболели ОРЗ 8 детей, причем в 2 раза чаще эти дети впоследствии болели острым обструктивным бронхитом. Гематологические сдвиги чаще обнаружены у детей, находящихся на раннем смешанном\искусственном вскармливании.

Выводы. Острая бронхо-обструкция протекает в 3 раза чаще ($p < 0.005$) и тяжелее на фоне преморбидных состояний у детей, находящихся на смешанном\искусственном вскармливании.

Кодиров А.Х., Фирузова Ф.Ф.

УПОРНАЯ ДИАРЕЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Давлатова С.Н.

Цель исследования. Изучить основные этиологические факторы, клинические проявления и подходы к лечению упорной диареи у детей раннего возраста с целью оптимизации диагностики и терапии.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 50 детей раннего возраста с упорной диареей, которые находились на стационарном лечении в карантинно-диагностическом отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». У всех детей проводился сбор анамнеза, включающий выяснение условий питания, использования молочных смесей, сроков обращения за медицинской помощью и особенностей предыдущего лечения. А также проводились лабораторные методы исследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови (определение уровня электролитов, белковых фракций), анализ мочи, копрограмма, бактериологическое исследование кала с определением чувствительности к антибиотикам. Инструментальные методы включали ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

Результаты исследования. Из анамнеза выяснилось, что 50% (25) детей находились на неправильном и некачественном питании, 30% (15) детей обратились за медицинской помощью поздно, 10% (5) больных проводили самолечение и 10% (5) детей получили неправильное и не комплексное лечение до поступления в стационар. Общее состояние детей оценивалось как средне-тяжелое и тяжелое. Продолжительность диареи была более двух недель. У всех пациентов отмечалась выраженная симптоматика интоксикации, включающая повышение температуры тела, общую слабость, снижение аппетита, бледность. У большинства детей были выявлены признаки обезвоживания разной степени тяжести, такие как, сухость кожи и слизистых оболочек, снижение эластичности и тургора кожи, снижение тонуса мышц, западение большого родничка (у грудных детей), у некоторых отмечались безбелковые отеки и снижение массы тела.

Из дополнительных методов исследования: в общем анализе крови отмечались лейкоцитоз (12-15 тыс.) и ускорение СОЭ до 15-25мм/ч. Биохимический анализ крови показал снижение уровня калия до 3,0ммоль/л и натрия до 130ммоль/л, гипопроотеинемия (общий белок от 42 до 50г/л) и гипоальбуминемия до 25-30г/л (норма 35-50г/л). В копрограмме непереваренные мышечные волокна, остатки клетчатки, большое количество слизи, нейтральные жиры и жирные кислоты. При бактериологическом исследовании кала у 70% детей был выделен один или несколько условно-патогенных и патогенных микроорганизмов, такие как *Escherichia coli* в 40% случаев, *Klebsiella* выявлена у 30% детей, *Staphylococcus aureus* отмечен у 20%. У 20% пациентов рост микрофлоры отсутствовал, что может быть связано с вирусной этиологией диареи или предварительным приемом антибиотиков. Была высокая чувствительность большинства микроорганизмов к карбапенемам и аминогликозидам. Все дети получили регидратационную терапию (оральную, парентеральную с применением кристаллоидов и коллоидов в соотношении 3:1), антибиотики (при инфекционной природе диареи), пробиотики, диетотерапию, цинк 5-7 мг/сут., препараты калия и кальция, по показаниям плазмо- и альбуминотрансфузии.

Выводы. В результате исследования установлено, что упорная диарея у детей раннего возраста обусловлена многофакторными причинами, среди которых ведущую роль играют нарушения питания, дисбактериоз кишечника и инфекционные агенты. Своевременная коррекция водно-электролитных нарушений, адекватная антибактериальная терапия, применение пробиотиков и коррекция питания играют ключевую роль в лечении упорной диареи у детей. Комплексный подход к диагностике и терапии позволяет снизить риск развития осложнений, что в конечном итоге способствует повышению эффективности лечения и улучшению прогноза у детей раннего возраста.

Кодиров Ш.И., Тешаев Ф.Р.

ОСОБЕННОСТИ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ НЕЙРОТОКСИКОЗЕ

Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Шарипова М.М.

Цель исследования. Изучение особенностей кислотно-основного состояния у детей при нейротоксикозе на различных стадиях.

Материал и методы. Под наблюдением было 24 больных в возрасте от 2 месяцев до 3 лет, на разных стадиях течения заболеваний, находившихся на стационарном лечении в ОИТ ГУ НМЦРТ «Шифобахш» с ноября 2024 года по январь 2025 года. В зависимости от течения нейротоксикоза дети были разделены на 3 группы: в первую группу входили 8 больных с нейротоксикозом 1-стадии, во вторую - 8 больных с нейротоксикозом 2-стадии и в третью группу вошли 8 детей с нейротоксикозом 3-стадии. Всем больным, кроме обще-клинических методов исследования проводили исследования КОС на аппарате ABL 800.

Результаты исследования. Нейротоксикоз - наиболее частый и тяжелый вариант токсикозов у детей, обусловленный отеком и набуханием мозга, и характеризующийся преобладанием неврологических расстройств на фоне прогрессирующей недостаточности периферической гемодинамики. Существуют 2 фазы нейротоксикоза, которые

характеризовались 3-мя стадиями:

1-стадия - характеризовалась очень высокой лихорадкой, беспокойством и психомоторным возбуждением. Лёгкая ацидемия $pH < 7,35$.

2-стадия - температура оставалась повышенной, стойкой, злокачественной. Наблюдались неврологические расстройства, недостаточность периферического кровотока и нарушение терморегуляции, протекал с ДН, преренальной ОПН, парез кишечника и ДВС синдромом. Метаболический ацидоз $pH < 7,10$.

3-стадия - наблюдались сопор или кома, судороги тонико-клонического характера, в основном нарушающие работу дыхательной системы и сердца, температура 40 град. С и выше, мраморный оттенок кожи, петехии, падение АД, анурия, рвота «кофейной гущей». Метаболический ацидоз $pH < 6,9$.

Для нейротоксикоза нашим обследованным пациентам характерны нарастающий метаболический ацидоз, транминерализация и различные стадии ДВС. Ацидоз нарушал энерго-обеспеченность клеток, в результате снижалась активность Na, K, АТФ-азы, что препятствует возврату калия из внеклеточной жидкости в клетку и способствовал гипокалиемии, т.е. обеднению тканей калием. При pH крови ниже 7,25 возникал спазм сосудов малого круга, а при pH ниже 7,1 угнеталась сократимость миокарда и возникало расстройство мозгового кровообращения.

При всех видах ацидоза кривая диссоциация оксигемоглобина смещалась вправо, т.е., сродство гемоглобина к кислороду и его оксигенация в лёгких уменьшалась.

Выводы. Таким образом, наше исследование показало, что у детей с нейротоксикозом в 3-стадии, чем глубокое отклонение значения КОС, тем труднее вывести больного из состояния. Своевременная постановка диагноза и умение правильно анализировать и разбираться с данными значениями КОС на разных стадиях болезни даёт более чёткое направление в схеме лечения больного.

Комилов И.А., Исоева М.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ И ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПОДЪЁМА ЗАБОЛЕВАНИЯ (ПО МАТЕРИАЛАМ Г. ДУШАНБЕ)

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Саидмурадова Г.М.

Цель исследования. Изучение этиологической и возрастной структуры острых респираторных инфекций в период эпидемического подъёма заболевания.

Материал и методы. Под наблюдением находились 206 детей госпитализированных детей в ГУ «ГКБДИБ» г. Душанбе Республики Таджикистан (РТ) за январь месяц 2025 года с выраженными катаральными проявлениями и признаками общей интоксикации. Этиологическая расшифровка острых респираторных инфекций (ОРИ) была проведена на основании выявления вирусных и бактериальных антигенов в мазках-отпечатках со слизистой полости носа и ротоглотки, которые были проведены на базах Референс лаборатории МЗ и СЗН РТ и ГУ «НИИ профилактической медицины» МЗ и с.з.н. РТ.

Результаты исследования. На основании статистических данных за 2024 год по РТ отмечено повышение показателей заболеваемости ОРИ до 94028 случаев, что составляло 913,46 на 100000 населения, причём чаще среди детей (67917 случаев) и сравнительно с 2023 годом увеличилось до 24376 случаев. Следует отметить, что за январь – сентябрь месяцы 2024 года среди населения РТ было зарегистрировано 48880 случаев ОРИ, а в зимний период 19037 случаев. Заболеваемость ОРИ среди населения города Душанбе в 2024 составила 1588,8, среди детей 166,30 на 100000 населения.

Среди госпитализированных детей преобладали дети до года 131 (63,6%), чем в возрастной группе от года до 3-х лет 50 (24,3%), 3-6 лет 13 (6,3%), младшего школьного возраста 8 (5,1%) и подросткового возраста 4 (3,1%). Из числа всех детей (206) этиология ОРИ была диагностирована у 68 (33,0%), причём у 43 (63,2%) выявлена вирусная, у 24 (35,3%) отмечена бактериальная флора, а у 1 (1,5%) ребёнка смешанная (вирусно-бактериальная флора).

Этиологическая структура ОРИ среди детей с вирусной инфекцией (43) показала, что были относительно чаще диагностированы риновирусная и респираторно-синтициальная инфекции (PCV) (по 14 (32,6%) случаев, соответственно), чем аденовирусная инфекция 6 (13,9%), грипп 5 (11,6%), энтеровирусная инфекция 2 (4,7%), бокавирусная и парагрипп (по 1 (2,3%) случаю, соответственно). ОРИ вирусной природы относительно чаще 29 (67,4%) отмечено у детей в возрасте до года, чем у детей от года до 3-х лет 8 (18,6%) и от 4 до 7 лет 4 (9,3%).

Среди детей с ОРИ бактериальной этиологии (24), у 13 (54,2%) диагностирована стрептококковая инфекция (*Streptococcus pneumoniae*), у 11 (45,8%) - гемофильная палочка Пфайффера (*Haemophilus influenzae*) и лишь у 1 (1,5%) ребёнка одновременно PCV и *Streptococcus pneumoniae*. Гемофильная палочка Пфайффера выделена у 11 (45,8%) детей до одного года, а *Streptococcus pneumoniae* у 13 (54,2%) детей более старшего возраста.

Из анамнеза жизни детей первого года жизни с ОРИ и выделенной бактериальной флорой установлено, что по различным причинам не получили пентавалентную вакцину.

Выводы. В период эпидемической вспышки ОРИ в РТ доминировала вирусная (63,2%), чем бактериальная (35,3%) инфекция. Среди ОРИ вирусной этиологии преобладали риновирусы (65,1%) и PCV (54,2%), а при бактериальных инфекциях - стрептококковая инфекция (54,2%) и гемофильная палочка Пфайффера (45,8%). Заболевание ОРИ как вирусной, так и бактериальной флорой чаще 63,6% было зарегистрировано среди детей до одного года, которые не были привиты пентавалентной вакциной, в которую входит и профилактика от Hib.

Комилов И.А., Маджонова М. Дж., Амиркулова Л.Т.
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГАСТРОЭНТЕРОКОЛИТА СТАФИЛОКОККОВОЙ ЭТИОЛОГИИ
У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - д.м.н., доцент Ходжаева Н.М.

Цель исследования. Изучение клинической характеристики гастроэнтероколита стафилококковой этиологии у детей.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 49 детей раннего детского возраста. Среди них дети от 3 мес. до 1 года составили 24 человек (49%), от 1 г до 2 лет – 20 человек (41%), дети от 2 до 3 лет – 5 человек (10%). На 2 – ой день болезни поступило 12 больных (25%), на 5 – 6 день 20 (41%), 17 больных (34%) поступили на 7 день заболевания. У пациентов наблюдалась лихорадка, симптомы интоксикации, рвота, анемия. После бактериологического исследования каловых масс у всех больных были обнаружены колонии *S.aureus*.

Результаты исследования. У всех поступивших наблюдалось острое начало болезни. Лихорадка выше 38,5°C была у 45 больных (92%), у 4 больных (8%) температура не превышала 37,0°C. У всех больных наблюдалась диарея, которая имела водянистый характер и желтый или зеленовато – желтый цвет, примесь слизи, редко прожилки крови, у всех больных был нарушен аппетит, все больные были раздражены и капризны, боли в животе отмечены у 22 больных (45%), тошнота и рвота у 42 детей (86%), у 32 (76%) – х она была многократной, у 10 (24%) – однократная. Обезвоживание развилось у 17 (35%) детей. У 9 больных развились симптомы нейротоксикоза. Из сопутствующей патологии у 11 (22%) детей наблюдалась гипотрофия 1 – 2 степеней, пневмония у 5 больных (10%), анемия у 22 больных (45%), бронхит – 6 больных (12%), сепсис 18 больных (37%).

Выводы. Гастроэнтероколит стафилококковой этиологии у детей раннего детского возраста протекает с диареей у 49 детей (100%) с характерными особенностями, тошнотой и рвотой у 42 детей (86%), быстрым развитием эксикоза у 17 детей (35%). Гастроэнтероколит стафилококковой этиологии у детей раннего возраста часто развивался на фоне серьезной сопутствующей патологии.

Комилов И.А., Амиркулова Л.Т., Маджонова М.Дж.
ОСОБЕННОСТИ КЛЕТОЧНОГО ИММУННОГО ОТВЕТА ПРИ КОКЛЮШЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ТЯЖЁЛОЙ ФОРМЕ КОКЛЮША

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - д.м.н., доцент Ходжаева Н.М.

Цель исследования. Изучить особенности клеточного иммунного ответа при коклюше у детей раннего возраста.

Материал и методы. Под наблюдением находились 12 больных с тяжёлой формой коклюша, в возрасте от 1 года до 3 лет (основная группа), госпитализированных в детское инфекционное отделение ГМЦ г. Душанбе в период 2017-2018гг. Контрольную группу составили 15 практически здоровых детей аналогичного возраста с благоприятным преморбидным фоном. Для достижения поставленной цели проводилась оценка эпидемиологического анамнеза, характерной клинической картины заболевания, а также лабораторные данные. Дополнительные методы исследования включали: лабораторную верификацию диагноза методом ПЦР (полимеразная цепная реакция). Количественное определение лейкоцитов и лимфоцитов проводилось на автоматическом гематологическом анализаторе BC -5800 mindray. Определение количества лимфоцитов и их субпопуляций проводили с помощью набора моноклональных антител (производства научно-производственного центра Мед Био Спектр г. Москва): CD-3 T- клетки, CD-4 T хелперы, CD-8 T- супрессоры, CD-95 рецептор апоптоза, укомплектованных иммуноферментными конъюгатами вторичных антител для учёта результатов методом световой микроскопии, двукратно в период разгара болезни и период ранней реконвалесценции.

Результаты исследования. При сравнительной оценке анализа субпопуляционной структуры лимфоцитов, нами было установлено, что у детей раннего возраста при коклюше отмечается относительная депрессия клеточного звена иммунитета при тяжёлой форме болезни. Так, при тяжёлой форме коклюша в периоде разгара болезни наблюдалось угнетение показателей Т-клеточного звена иммунитета у детей раннего возраста CD 3⁺ -42,5±4,5%, CD4⁺ -25,0±2,0%, CD 8⁺ -16,5±0,5% и CD 95⁺ -19,0±2,0%, по сравнению с контрольной группой (CD 3⁺ - 57,6±2,2%, CD4⁺ -46,1±1,6 %, CD 8⁺ -24,7±1,8% и CD 95⁺ - 30,13±4,34%). Нужно отметить, что показатели Т-лимфоцитов на фоне проводимой терапии повышаются в периоде ранней реконвалесценции, при тяжёлой форме болезни, но не достигают контрольных величин.

Выводы. Таким образом, представление о дисбалансе субпопуляции Т клеток уже не одно десятилетие рассматривается в качестве основы для развития иммунопатологии. Проведённые исследования показателей клеточного иммунитета позволили выявить дисбаланс иммунного ответа, что свидетельствует о наличии вторичного иммунодефицита и требует своевременной иммунокорригирующей терапии.

Кондюров Е.Э.
АУТОИММУННЫЙ ГЕПАТИТ 2 ТИПА У ДЕВОЧКИ 12 ЛЕТ

ФГБОУ ВО «Рязанский Государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова». Россия
Научный руководитель - Деева Ю.В.

Цель исследования. Представить клинический случай развития аутоиммунного гепатита на фоне сахарного диабета I типа у девочки 12 лет.

Материал и методы. Анализ первичной медицинской документации (форма 112/у), обзор медицинской литературы

Результаты исследования. Пациентка М. 12 лет поступила в инфекционное отделение ОДКБ ГБУ РО «ОДКБ им. Н.В. Дмитриевой» г. Рязани. с жалобами на тошноту, рвоту, желтушность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, снижение аппетита. При обследовании были выявлены: гипербилирубинемия, синдром холестаза и цитолиза. Была определена иммунологическая активность anti-LKM1. При проведении МРТ брюшной полости выявлено цирротические изменения печени, портальная гипертензия, спленомегалия, асцит. На основании результатов проведенных исследований девочке был поставлен диагноз аутоиммунный гепатит II типа. Пациентка была госпитализирована в ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» г. Москвы, где был подтвержден диагноз. Была назначена терапия системными глюкокортикостероидами (преднизолон в дозировке 30мг/сут). В настоящее время девочка находится в стабильном состоянии, на фоне получаемой терапии удалось остановить прогрессирования цирроза, что позволило уменьшить дозировку преднизолона до 5 мг\сут.

Выводы. Приведенный нами клинический случай демонстрирует, что ранняя диагностика АИГ II типа и своевременно назначенное лечение позволяет остановить прогрессирование фиброза печени и достичь стойкой ремиссии. Наличие сопутствующей патологии, затрудняет подбор терапии, а именно, лечение системными глюкокортикостероидами, что усугубляет течение сопутствующего заболевания.

Кравец М.Д.

ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ О ВЛИЯНИИ НА ОРГАНИЗМ ВЕЙП-СИСТЕМ

Кафедра факультетской и поликлинической педиатрии ФГБОУ ВО

«Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова». Россия.

Научный руководитель - Пизнюр И. В.

Цель исследования. Оценить осведомленность детского населения о влиянии на организм вейп-систем.

Материал и методы. В ходе работы проводилось анкетирование детей в возрасте от 12 до 17 лет (n=250), обучающихся в МАОУ СШ №51 г. Липецка, с использованием разработанной анкеты, которая включала закрытые вопросы. Обработка проводилась с помощью программы Microsoft Excel. Статистически значимые различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Среди респондентов участвующих в анкетировании мальчики составили 38,0% (n=95), девочки – 62,0% (n=155). Использовали вейп-системы – 11,24% (n=28) опрошенных. Большая часть опрошенных понимает, что вейп-системы наносят вред организму – 92,4% (n=231) и преимущественно дыхательной системе – 80,0% (n=200). При ответе на вопрос, «какой ароматизатор наносит наибольший вред на организм?» только 31,2% детей (n=78) указали, что все вредны. Большинство опрошенных узнали о вреде вейп-систем из интернет источников – 74,8% (n=187) и только 12,4% детей (n=31) от медицинских работников. О недостаточных знаниях о вреде вейп-систем на организм указали 50,0% респондентов (n=14), использующие вейп-системы, и 45,0% опрошенных (n=111), не использующие вейп-системы.

Выводы. Среди опрошенных школьников 11,2% используют электронные сигареты, 25,0% из них – младше 15 лет. Большинство школьников знают о вредном влиянии вейпинга на организм человека, часть из них ощутили на себе его негативное влияние, однако это незначительно повлияло на их отказ от электронных сигарет.

Кузиев Д.В.

ДИНАМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Отделение ПТД и кафедры поликлинической педиатрии АГМИ им. Ю. Атабекова. Узбекистан.

Научный руководитель - д.т.н., профессор Алиев А. Л.

Цель исследования. Динамический анализ этиологии внебольничных пневмоний у детей дошкольного возраста в условиях детского стационара.

Материал и методы. Исследование основано на результатах наблюдений за течением внебольничных пневмоний у 120 детей в возрасте от 3 до 7 лет в период с 2020 по 2024 годы. При этом большую часть группы составили дети в возрасте от 3 до 5 лет — 54% (64 ребенка). Средний срок пребывания больных в стационаре составил 12 дней, что согласуется с медико-экономическими стандартами.

Результаты исследования. Среди обследованных 120 детей у 68 (57,1%) был выявлен определенный возбудитель. Случаи неverified возбудителя (42,9%) внебольничной пневмонии связаны, по-видимому, с тем, что до поступления в стационар дети получали антибиотикотерапию. Как показали результаты проведенного обследования, за последние 6 лет в этиологической структуре внебольничных пневмоний произошли изменения. Среди бактериальных возбудителей внебольничной пневмонии у детей дошкольного возраста *Streptococcus pneumoniae* выявляется чаще, чем *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*. Частота *Staphylococcus aureus* как возбудителя внебольничной пневмонии существенно уменьшилась — с 16% до 3,33%. Распространенность *Streptococcus pyogenes* была почти одинаковой, с незначительными колебаниями. Как показало проведенное исследование, внебольничная пневмония, обусловленная *Mycoplasma pneumoniae*, у детей дошкольного возраста чаще имеет тяжелое течение, сопровождается высокой температурой и токсикозом. Выявлен семейный характер заболевания микоплазменной пневмонией, когда в одной семье одновременно болели несколько человек, что не характерно для пневмоний, обусловленных бактериальным возбудителем. Особенностью сезонного подъема заболеваемости пневмонией

было то, что лечение (симптоматическое, жаропонижающие, отхаркивающие, пероральные полусинтетические пенициллины) на догоспитальном этапе у всех поступивших в стационар детей оказалось безуспешным. Дети поступали в стационар на поздних сроках заболевания, в среднем на $14 \pm 2,5$ день болезни, что подтверждало отсутствие эффекта от лечения в амбулаторных условиях. Начало заболевания характеризовалось стремительным ухудшением клинической картины. Отмечалось повышение температуры тела до $38-39^{\circ}\text{C}$, которое сохранялось до 8-10 дней, с последующим снижением до субфебрильных значений. Лихорадка сопровождалась наличием токсикоза, отмечалась бледность кожных покровов, адинамия, анорексия, головная боль. У детей в возрасте 3-7 лет нередко лихорадка сопровождалась рвотой 52% (13 человек). Были выражены катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей. Кашель в первые 10 дней заболевания был сухим, изнурительным. К концу 2 недели заболевания кашель становился малопродуктивным, приступообразным. Наличие сухого приступообразного кашля не провоцировало развитие симптомов дыхательной недостаточности. Одышка смешанного характера отмечалась крайне редко. Физикальные данные у детей с пневмонией, обусловленной *Mycoplasma pneumoniae*, были весьма скудные. Разнокалиберные влажные хрипы прослушивались над областью обеих легких, участки укорочения перкуторного звука почти не регистрировались.

Выводы. Проведенный анализ этиологических факторов развития внебольничных пневмоний у детей дошкольного возраста позволил выявить ряд особенностей течения заболевания в зависимости от характера возбудителя. Исходя из этого, выбор стартового антибиотика в лечении внебольничных пневмоний должен основываться на клинико-эпидемиологических особенностях течения современных пневмоний.

Кузиева Шахло Шавкат кизи

ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИИ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ЛАТЕНТНЫХ И МАНИФЕСТНЫХ ФОРМАХ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Кафедра педиатрии -1 Бухарского государственного медицинского института. Узбекистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Тураев.Т.Т.

Цель исследования. За последние годы распространенность железодефицитной анемии среди детей в Узбекистане колеблется от 35% до 82%. Длительная анемия у детей раннего возраста приводит к нарушению миелинизации нервных волокон, нарушению формирования структур мозга и необратимым изменениям в психическом развитии. Хотя данные о анемии у детей раннего возраста широко представлены в литературе, исследования этого заболевания у детей этого возраста в Бухарской области не проводились.

Материал и методы. В исследовании использовались наблюдательные, лабораторные и статистические методы. Мы использовали гематологический анализатор (МЭК-6550K). Для исследования были взяты: RBC, концентрация Hb, РК, количество ретикулоцитов, гематокрит (Ht); MCV, MCH, MCHC, RDW-CV и RDW-SD. Наиболее точным и чувствительным показателем запасов железа в организме является уровень ферритина в сыворотке крови. Нами использован метод иммунотурбидиметрии (Ferritin Latex P3H 2019/3867). Содержание сывороточного железа и общую железосвязывающую способность крови (ОЖСК) определяли с помощью специальных наборов реагентов фирмы LACHEMA. Исследование проводилось среди детей раннего возраста в Бухарском городском «Детском многопрофильном медицинском центре» и Бухарской городской семейной поликлинике № 4. В ходе исследования было отобрано 430 детей дошкольного возраста, которые были разделены на 2 группы.

Результаты исследования. Обследовано 390 детей 1-й основной группы и 40 детей 2-й контрольной группы, которые были практически здоровы. Из них анемия выявлена у 355 детей, или 79,8%, в том числе состояние дефицита железа (СДЖ) у 290 детей (81,6%). При клиническом и параклиническом исследовании 290 детей скрытый дефицит железа был выявлен у 149 (51,3%), а манифестный дефицит железа выявлен у 141 (48,7%) детей. По степени тяжести манифестной формы железодефицитной анемии 1 степень выявлена у 57 (40,4%), 2 степень у 73 (51,7%), 3 степень у 11 (7,8%) детей. По результатам исследования из 57 детей с анемией 1 - степени у 45 наблюдался только микроцитоз, а у 2 - как микроцитоз, так и пойкилоцитоз. У остальных детей изменений в морфологии эритроцитов не наблюдалось. Из 73 детей с анемией 2 - степени у 58 наблюдался как микроцитоз, так и пойкилоцитоз (эллиптоциты, сфероциты), а у 3 - микроцитоз, пойкилоцитоз и ретикулоцитоз. У 11 детей выявлен только микроцитоз, а у остальных 4 детей ретикулоцитоз выявлен в сочетании с микроцитозом и пойкилоцитозом. При железодефицитной анемии 1 - степени отмечено снижение уровня сывороточного железа более чем на 16%, при 2 степени на 33%, при 3 - степени более чем на 42%.

Выводы. При анализе морфологии эритроцитов в мазках крови выявлено значительное увеличение количества гипоанизохромных эритроцитов, особенно при анемии 2-й и 3-й степени. Это изменение морфологии эритроцитов сопровождалось изменением количества ретикулоцитов. Согласно полученным результатам, среднее значение MCV составило 71,7 фл у пациентов с латентным дефицитом железа и 65,1 фл у пациентов с явным дефицитом железа. MCH составило 27,1 нг и 22,4 нг в латентном и явном дефиците железа соответственно. MCHC - средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах, при латентной форме составила 36,9 г/дл, а при манифестной форме 31,45 г/дл. Исходя из этого, можно сказать, что по мере нарастания степени анемии нарастают и морфологические изменения эритроцитов. На основании вышеизложенных мы пришли к выводу, что при анемии в раннем детском возрасте не следует ориентироваться только на содержание эритроцитов и гемоглобина. Определение гематокрита также очень важно, так как это позволяет оценить не только массу эритроцитов, но и размер эритроцитов и их морфологию.

Курбонов Ч.И., Зисева Ш.К., Файзуллоев Ф.А
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

¹Кафедра детских болезней № 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

²ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Определить клинические особенности и оптимальные подходы к диагностике и лечению ювенильного ревматоидного артрита (ЮРА)

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 10 детей с диагнозом ювенильный ревматоидный артрит в возрасте от 3 до 16 лет, находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении Национального медицинского центра «Шифобахш». Всем детям проводились клинические и биохимические исследования, а точнее инструментальные методы: общий анализ крови (ОАК) биохимический анализ крови (СРБ, РФ, АЦЦП), иммунологические тесты, рентгенография суставов.

Результаты исследования. У больных уточнялись характер жалоб, длительность заболевания, наличие сопутствующей патологии. Дети раннего возраста поступали с жалобами на повышенную температуру тела, боль и скованность в суставах (особенно по утрам), отеки, ограничение подвижности. Дети старшего возраста жаловались на утреннюю скованность, усталость, боль в крупных и мелких суставах, общую слабость.

При осмотре отмечены: Припухлость и болезненность суставов (коленные, голеностопные, лучезапястные, межфаланговые), скованность движений, хромота. Повышение температуры тела (у 60% детей). Атрофия мышц в пораженных конечностях. Снижение массы тела у 4 детей. Деформация суставов у 2 детей.

Инструментальные исследования: ОАК: у всех пациентов - повышение СОЭ (от 25 до 60 мм/ч), умеренная анемия, лейкоцитоз. Биохимия крови: повышение С-реактивного белка (СРБ) имелось у 80% пациентов, ревматоидного фактора (РФ) - у 4 детей, антикарбамилированных пептидов (АЦЦП) - у 3 детей. Рентгенография суставов: у 6 детей - признаки эрозивного поражения, у 2 - выраженное сужение суставной щели. УЗИ суставов: выявлено воспаление синовиальной оболочки у 90% детей.

МРТ: У 3 детей - признаки раннего остеопороза, эрозии костей. Комплексная терапия включала: нестероидные противовоспалительные препараты, противоревматические, глюкокортикостероиды а также ЛФК и массаж. После проведенной терапии у 6 детей отмечено значительное улучшение, снижение воспалительной активности, у 3 детей сохранились признаки хронического воспаления, требующие продолжения лечения а у 1 ребенка заболевание прогрессировало с развитием суставных контрактур.

Выводы. Ювенильный ревматоидный артрит - это тяжелое воспалительное заболевание, приводящее к инвалидизации детей. Ранняя диагностика, комплексное лечение и своевременная реабилитация позволяют значительно улучшить качество жизни пациентов.

Курбонова А.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С ОВЗ

Центр ментального здоровья Инсайт г. Душанбе. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н, врач высшей категории Умарова М.Ф

Цель исследования. Оценка эффективности применения биоакустической коррекции (БАК) в комплексной терапии детей с ОВЗ.

Материал и методы. За период с 2023г по 2025г терапию БАК получили 445 детей в возрасте от 1,6 л до 18 л. Среди них: дети с нарушением поведения и общения 40,1%, с задержкой психического развития 23,6%, с умственной отсталостью 14,4%, с комплексными нарушениями психофизического развития 8,3%, дети с нарушением речи 7,5%, с нарушением опорно-двигательного аппарата 6,1%.

Курс терапии состоял из 10-15 сеансов, продолжительностью 20 мин. Повторные курсы проводились с интервалами 2-2,5 мес. До начала терапии и после окончания курса проводилась комплексная оценка ЭЭГ, а также параметров нейропсихологического и психомоторного состояния пациента.

Результаты исследования. Результаты проведенных исследований показали, что у преимущественного большинства детей получавших биоакустическую коррекцию головного мозга, отмечалась положительная динамика. В частности: у 40,1% пациентов отмечалось нормализация параметров электроэнцефалограммы (снижении уровня асимметрии ЭЭГ, снижении уровня бета-активности, увеличения уровня альфа-ритма и снижении уровня медленноволновых компонентов в лобных и височных отведениях), у 55,3% детей улучшение психоэмоционального состояния (снижение утомляемости, вялости, истощаемости, раздражительности, невротичности, депрессивности, повышение уровня бодрствования, ясности сознания), у 35,5 % пациентов отмечалось нормализации режима и качества сна, у 25,3% улучшение пищевого поведения, у 45% детей уменьшении импульсивности, тикозных гиперкинезов, двигательной гиперактивности, у 54,3% активация и улучшение качества речи, улучшении коммуникативных навыков в 45 % случаев, улучшении мелкой и крупной моторики в 35,5 %, активация и улучшение высших психических функций у 50,5 % пациентов (улучшение навыков обучения, памяти, внимания, мышления), у 38,5 % нормализации поведения (уменьшении проявлений агрессии, аутоагрессии, страхов, повышении познавательной активности, интереса к сверстникам).

Выводы: Методика биоакустической коррекции показало достаточную эффективность в нейрореабилитации детей с ОВЗ, являясь эффективным, неинвазивным и немедикаментозным методом реабилитации, направленным на восстановление функционального состояния центральной нервной системы и мобилизацию естественных резер-

вов организма, способствует повышению эффективности медицинской реабилитации в комплексной терапии, а при ряде заболеваний может использоваться самостоятельно. БАК- весьма перспективная методика, способная ускорить сроки реабилитации, однако, требующая дальнейших научных исследований.

Магзумов А.Д.

ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Кафедра детских болезней №1 им. профессора Х.Дж. Аминова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - ассистент кафедры Бакоев Ф.С.

Цель исследования. Оценить факторы риска ожирения у детей и подростков с различной массой тела.

Материал и методы. В исследование включены 70 подростков 10–17 лет, 52% девочек и 48% мальчиков. Проведен анализ антропометрических данных подростков. С учетом веса, роста, возраста и пола подростки разделены на 3 группы. В 1 группу включены 34 подростка с избыточной массой тела, во 2 группу с ожирением 19 подростков, в 3 группу включены 27 подростков с нормальной массой тела.

Результаты исследования. Нарушения пищевого поведения диагностировали во всех трех группах детей и подростков: в группе с нормальной массой тела в 56%, в группе детей с избыточной массой тела – в 69%. В группе подростков с избыточной массой тела в 64% случаев встречался ограничительный тип ожирения, в 18% эмоциональный тип и экстернальный в 63% случаев. У подростков с ожирением эмоциональные нарушения диагностировались в 2 раза чаще, в сравнении с двумя другими группами: 35%, против 18% у подростков с избыточной массой тела и 19% в группе контроля - в 27% случаев.

Выводы. Нарушения пищевого поведения диагностированы у подростков всех групп вне зависимости от массы тела, но с различной частотой. Для подростков с нормальной массой тела наиболее характерен экстернальный тип, в группах с избыточной массой тела и ожирением типичным является преобладание ограничительного типа, что способствует дальнейшему набору массы.

Мадамонов Ш. Ш., Рахимбек М., Рахматулов А.Ш

МИКРОСФЕРОЦИТАРНАЯ АНЕМИЯ МИНКОВСКОГО-ШАФФАРА

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

Научный руководитель - к.м.н. доцент Ходжаева Н.Н

Цель исследования. Изучение особенностей клинического течения, диагностики и подходов к лечению микросфероцитарной анемии (наследственного микросфероцитоза) у детей раннего возраста на примере пациентки 1 года 7 месяцев.

Материал и методы. Пациентка 1 года 7 месяцев, направлена в стационар с жалобами матери на нарастающую бледность, желтушность кожи и склер, снижение аппетита, а также периодические боли в области живота. Комплексное обследование включало:

- Общий анализ крови (гемоглобин, MCH, MCV, RDW).
- Микроскопию мазка периферической крови.
- Осмотический тест на морфологию эритроцитов.
- Биохимический анализ крови (уровни общего и неконъюгированного билирубина, ЛДГ).
- УЗИ органов брюшной полости с акцентом на размеры селезенки.

Результаты исследования. В анализе крови выявлена гипохромная анемия тяжелой степени (гемоглобин — 65 г/л, MCH (средний объем гемоглобина в эритроците) — 27,6пг, MCV(средний объем эритроцита) — 76,6 фл), повышение RDW-26% и ретикулоцитоз-12%. При микроскопии периферической крови отмечено наличие до 25% микросфероцитов, характерных по уменьшенному диаметру и отсутствию центрального просветления.

Тест на осмотическую резистентность продемонстрировал ранний гемолиз эритроцитов при гипотоническом воздействии. Биохимический анализ выявил гипербилирубинемия (общий билирубин — 49,3 мкмоль/л, неконъюгированный — 37 мкмоль/л) и повышение уровня лактатдегидрогеназы (ЛДГ). Ультразвуковое исследование зафиксировало увеличение селезенки до 3,5 см.

Пациентке назначена трансфузия отмытых эритроцитов 10мл/кг, поддерживающая терапия фолиевой кислотой (1-2 мг/сут), витамином Е 10% по 5 капель в день, рекомендован мониторинг показателей гемолиза и ультразвуковое наблюдение за динамикой размеров селезенки. Спленэктомия не рекомендуется до достижения 5-летнего возраста из-за высокого риска инфекционных осложнений.

Выводы. Микросфероцитарная анемия у детей раннего возраста характеризуется сложным течением и требует мультидисциплинарного подхода к диагностике. Основными диагностическими инструментами являются мазок периферической крови, осмотический тест на морфологию эритроцитов и биохимический анализ на маркеры гемолиза. Генетическая диагностика позволяет подтвердить этиологию заболевания и идентифицировать мутации, ассоциированные с нарушением мембраны эритроцитов.

Терапевтические подходы включают длительное применение фолиевой кислоты для стимуляции эритропоэза и профилактики дефицита, контроль гемолитических кризов, своевременную вакцинацию для снижения риска инфекций. Оптимальные сроки для проведения спленэктомии варьируются в зависимости от тяжести заболевания, роста селезенки и частоты гемолитических кризов.

Мадамонов Ш.Ш., Шарипова М.М., Рахимбек М.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ
Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Давлатова С. Н.

Цель исследования. Оценка эффективности применения ингаляционных методов лечения у детей с заболеваниями дыхательных путей, сопровождающихся обструктивным синдромом.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 45 пациентов в возрасте от 2 мес. до 7 лет с обструкцией дыхательных путей на фоне пневмонии (n=21), обструктивного бронхита (n=19) и бронхиальной астмы (n=5).

Результаты исследования. Пациенты были разделены на 3 группы: первая группа включала 28 детей: 14 - с пневмонией, 14 - с обструктивным бронхитом, которым в дополнение к основной терапии использовали салбутамол (небутамол) в дозе 0.1–0.15 мг/кг через небулайзер 3–4 раза/сут. Вторую группу составили 12 пациентов: из них 5 больных было с пневмонией, 7 - обструктивным бронхитом. В лечение кроме основной терапии был подключён беродуал в дозе 0.1–0.2 мл/кг, 3 раза в сут., т.е. 0,5мл (10 капель) + 2.0 хлорида натрия. Третья группа включала 5 больных с бронхиальной астмой (средней и тяжёлой степени). В эту группу кроме основной терапии был подключён пульмикорт 0.25% и 0.5% раствор в объёме 2.0 мл + 2.0 мл хлорида натрия.

Критериями эффективности ингаляционной терапии послужили время купирования обструкции, динамика сатурации крови кислородом (SpO_2), ЧД, время регресса хрипов, продолжительность госпитализации, а также динамика клинических показателей. Так, у пациентов первой группы улучшение состояния наступало на 2-3 день. Уменьшение хрипов отмечено к 48–72 часам у 24 пациентов (85.71%), нормализация $SpO_2 >95\%$ в течении 36-48 часов - у 26 пациентов (92.85%), среднее снижение ЧД: с 45 ± 3 до 28 ± 2 дых. движений в мин. на 3-4 день.

У пациентов второй группы, которым использовали беродуал, улучшение состояния наблюдалось в виде регресса обструкции к 48 часам у 9 пациентов (75%); повышение $SpO_2 >95\%$ к 48-72 часам - у 10 пациентов (83.33%), снижение ЧД с 42 ± 4 до 30 ± 3 дых. движений в мин. через 2 дня.

У пациентов третьей группы, которым был подключён пульмикорт, наблюдалось улучшение состояние в виде снижения ДН у 3 пациентов (60%) к 3-м суткам. Уменьшение дыхательной недостаточности у детей с обструктивным бронхитом и бронхиальной астмой средней и тяжёлой степени отмечено на 2-3 дня раньше, в отличие от детей, не получивших ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС). Побочные эффекты, такие как образование пенистой мокроты при применении беродуала, ограничили его использование у детей грудного возраста (до 1 года).

Выводы. В группе детей, получавших небутамол, наблюдалась высокая эффективность купирования обструкции дыхательных путей: улучшение состояния наступало на 2-3 день в 85,7% случаев, с нормализацией сатурации крови кислородом в 92,85% случаев, что свидетельствует об его высокой эффективности. В связи с этим, салбутамол рекомендуется в качестве препарата первой линии при острых обструктивных состояниях. В группе больных, лечившихся беродуалом, улучшение состояния было зафиксировано в 75% случаев в течение 48 часов, с нормализацией SpO_2 у 83,33% пациентов, что подтверждает его эффективность при более умеренной степени обструкции. Применение пульмикорта в группе пациентов с бронхиальной астмой привело к снижению дыхательной недостаточности на 2-3 дня раньше, по сравнению с пациентами, не получавшими ИГКС. Однако его использование показано исключительно в случае тяжёлых и хронических обструктивных заболеваний, не поддающихся лечению только β -адреномimetиками.

Маджонova М. Дж., Комилов И.А., Амиркулова Л.Т.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ
Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - д.м.н., доцент Ходжаева Н.М.

Цель исследования. Изучить клинические особенности коклюша у детей первого года жизни.

Материал и методы. Под наблюдением находились 30 детей в возрасте до 1 года, поступивших в детское инфекционное отделение ГМЦ г. Душанбе. Новорожденных детей было 7, от 1 до 2 месяцев – 9, с 2 месяцев до 1 года – 14. Детей из сельской местности было 13, из города – 12. Диагноз заболевания устанавливался, преимущественно, по клиническим данным, лабораторная верификация – методом ИФА только у 5 (20%) больных.

Результаты исследования. Из 14 детей, которые должны были быть вакцинированы против коклюша, согласно Национальному календарю иммунизации, были привиты однократно – 2 (14,3%) больных, двукратно – 3 (21,4%), т.е. примерно 1/3 пациентов. Кроме того, ни один из наблюдаемых нами больных не получил полный курс вакцинации в декретированные сроки. У 80% детей установлены внутрисемейные контакты с больными, у остальных – источник инфекции определить не удалось. У большинства детей заболевание протекало на неблагоприятном преморбидном фоне (перинатальная энцефалопатия – (72%), гипотрофия, рахит (52%)). Коклюш у 28 детей (92%) протекал в тяжелой форме и только у 2 (8%) больных в среднетяжелой. Осложнения констатированы у 84% больных, из них в 30% случаев – коклюшная энцефалопатия, в остальных - бронхиты, очаговые пневмонии. Все больные поступили в стационар в периоде спазматического кашля. Катаральный период был непродолжительным, в среднем $3,4 \pm 0,8$ дней, а у новорожденных детей – заболевание началось с приступообразного кашля. Основными клиническими маркерами коклюша были: частый приступообразный кашель с выраженным цианозом лица, без репризов, задержками дыхания и апноэ, частота которого была выше у больных первых 6 месяцев жизни. Приступы кашля завершались рвотой. В 16% случаев наблюдался диарейный синдром. Частота приступов кашля в среднем достигала $36,5 \pm 3,8$. Самочувствие детей в межприступный период оценивалось тяжелым. У новорожденных детей и 5 больных до 2 месяцев жизни на-

блюдался судорожный синдром. Продолжительность спазматического периода составила $19,8 \pm 3,2$ дней.

Выводы. Таким образом, коклюш у детей первого года жизни протекает тяжело, с коротким катаральным периодом, приступообразным кашлем без репризов, с частым развитием апноэ и осложнениями со стороны респираторного тракта и центральной нервной системы.

Маджонova М.Дж., Мирзоев Л.М.

КЛИНИКА СОЧЕТАННЫХ ЭШЕРИХИОЗНО – ПРОТЕЙНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ (ПО МАТЕРИАЛАМ Г. ДУШАНБЕ)

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель - к.м.н., доцент Саидмурадова Г.М.

Цель исследования. Изучение клинических особенностей, сочетанных эшерихиозно – протейных кишечных инфекций у детей.

Материал и методы. Нами были разработаны 36 историй болезни больных детей, госпитализированных в ГУ «ГКБДИБ» г. Душанбе с диагнозом ОКИ смешанной эшерихиозно-протейной этиологии. Диагноз был подтверждён бактериологическим исследованием кала патогенных эшерихий и протей вульгариса до начала лечения антибактериальными препаратами. Возрастная структура выглядела следующим образом: детей от 3-х до 6-ти месяцев было 10(27,8%), от 6-ти месяцев до 1 года – 21(58,3%), от 1-го до 3 –х лет – 5(13,9%), причём только 6(16,7%) детей находились на исключительно грудном вскармливании, 19(52,8%) на искусственном, 11(30,5%) на смешанном вскармливании.

Результаты исследования. При поступлении в стационар, до получения результатов бактериологических посевов кала, по клиническим проявлениям 30(83,3%) детям был выставлен диагноз «острый гастроэнтерит». 6 (16,7%) детям «острый гастроэнтероколит» неуточненной этиологии. У большинства 26(72,2%) больных госпитализированных детей отмечено острое начало болезни с развитием клинических симптомов в течение 1 –2-х дней, а у 10(27,8%) детей заболевание более 3-х дней. Симптомы интоксикации у большинства 24(75%) детей были значительно выраженными. У большинства 30 (83,3%) детей отмечена фебрильная лихорадка, причём у 6(16,7%) лихорадка достигала высоких цифр (выше $39,0^{\circ}\text{C}$), что наряду с диареей и рвотой обуславливало тяжелое состояние детей. У всех детей (100%) отмечалась рвота, сочетающаяся у 24(66,7%) детей с тошнотой и срыгиванием, причём однократная рвота выявлена у 12(33,3%), многократная рвота у 24 (66,7%) детей, причём у большинства 28(77,8 %) рвота наблюдалась на протяжении 2 –х дней и лишь у 8(22,2%) детей длилась более 3-х дней. Характер стула у всех больных детей был патологическим, с преобладанием водянистой диареи у 30 (83,3%), энтероколитный с примесью слизи у 6-ти (16,7%) и диарея с частотой менее 10 раз за сутки отмечена у 22 (61,1%) и более 10 раз – у 14(38,1%). Длительность диареи свыше 7 дней наблюдалась у 25(69,4%) детей, причём стул жёлто-зелёного цвета отмечался у 7-ти (19,4%), жёлтый – у 21(58,3%), зелёный со слизью у 8 (22,2%) детей и у 29(80,6%) детей стул был зловонным запахом. У 31(86,1%) детей определены признаки тяжелого и только у 5 (13,9%) умеренного обезвоживания. В течении болезни тяжёлая форма отмечена у большинства у 28 (77,8%), среднетяжелая – у 5 (13,9%) и лёгкая форма у 3 (8,3%) детей. Детям с тяжёлым обезвоживанием была проведена регидратация по плану «В», с умеренным обезвоживанием по плану «Б». Антибиотики были назначены в зависимости от чувствительности возбудителей и с целью улучшения микрофлоры кишечника детям были назначены Энжамин по 5 мл 2 раза в сутки, Лактоджи по 1 капсуле 1 - 2 раз в сутки и ферменты Крезам по 1-2 капсуле в сутки во время еды.

Выводы. У большинства (72,2%) детей клиника смешанной эшерихиозно-протейной кишечной инфекции проявлялась: острым началом, фебрильной лихорадкой (83,3%), наличием рвоты (100%), диареи (100%), что привела к развитию тяжёлого обезвоживания (66,7%) и тяжёлых (77,8%) форм заболевания.

Маджонova М.Дж., Амиркулова Л.Т., Нарзуллоева М.Ш.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ КОРИ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ВСПЫШКИ

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., доцент Ходжаева Н.М.

Цель исследования. Изучить клиническое течение кори у детей и взрослых в период эпидемической вспышки в республике Таджикистан.

Материал и метод. Всего под наблюдением находились 233 больных, из них 210 (90,1%) детей, 23 (9,9%) взрослых с корью, госпитализированных в инфекционные отделения ГМЦ г. Душанбе имени Ахмедова Карима за 2019-2020 годы. Из числа больных детей, дети дошкольного возраста составили 145 (69,1%), причём 2(1,2%) - до года, 90 (62,1%) - раннего возраста, 55(37,9%) от 3 – х до 6 лет, а 65(30,9%) - школьного возраста. Диагноз кори был выставлен на основании эпидемиологической ситуации по заболеванию, данных клинических признаков заболевания, а также серологических методов исследования.

Результаты исследования. Из числа поступивших больных с корью в стационар детей раннего возраста было 90 (62,2%), от 3 до 6 лет 55(38,8%). Из анамнеза больных детей установлено, что непривитых было больше 140 (66,7%), причём их числа 35 (25%) детей были в возрасте от 2 месяцев до одного года, которые не получили вакцинацию от кори по возрасту. У большинства 66,7% детей температура тела была стабильной, а в 33,3% случаях наблюдался незначительный подъём до $38,5-39,0^{\circ}\text{C}$ и в 83,3% случаях болезнь протекала без разгара. У 76,7% детей грудного возраста была нарушена этапность высыпания, с восходящей последовательностью, одновременно распространялась по всему телу, а затем переходила на лицо и время высыпаний уменьшалось до одних суток. У большинства (57%) детей сыпь напоминала краснушную сыпь и не сливалась между собой, была мелкой и на обычном фоне

кожи и только у 43,3% детей сыпь имела сплошной характер, причём у половины (50%) из них было отмечено обильное шелушение. Корь у детей до года протекала со слабовыраженными симптомами с тяжёлым формам болезни. У всех детей до года в периоде разгара была выявлена диарея, у (70%) тяжёлые пневмонии. у 3(10%) детей отмечен синдром крупа. Корь у детей от года до 3-х лет протекала с некоторыми особенностями. Продромальный период чаще у 22 (60%) был сокращён до 1 — 2 дней или вообще отсутствовал, а у 18 (45%) детей продолжался 5 — 7 дней. У большей части детей 31 (77,5%) температура была субфебрильной или нормальной и только у 9(22,5%) поднималась до высоких цифр. Катаральный период был укороченным и продолжался всего лишь 1-2 дня, проявляясь у большинства 30(75%) детей незначительным слабо выраженным конъюнктивитом и ринитом. **Слизистая оболочка полости рта** оставалась умеренно гиперемизированной и гладкой, у большинства детей 35(87,5%) детей с проявлениями пятен Бельского—Филатова—Коплика. В периоде высыпания нарастали симптомы интоксикации с поражением органов дыхания, кровообращения, желудочно-кишечного тракта и центральной нервной системы. У 42,5% детей отмечены поражения ЦНС, (27,5%) случаях отмечались судороги, менингеальный синдром и потеря сознания. Уже в периоде высыпания были отмечены осложнения, у 25 (62,5%) в виде тяжёлых пневмоний, у 15 (37,5%) отитов, у 10 (25%) стоматитов. В периоде угасания сыпи у всех детей оставалась пигментация, которая сохранялась 7-15 дней. Шелушение было отмечено только у 4(10%) детей.

Выводы. Таким образом, в зависимости от возрастной структуры клиника кори имела свои особенности. Тяжелые формы преобладали у детей первого года жизни. Отличие от эпидемической вспышки 2017 года в период последней эпидемической вспышки (2019-2020 гг.) корь имела тенденцию к повзрослению (41,9 %).

Мамаджарова М.Г., Маджонова М.Дж., Исоева М.Ф.
СОВРЕМЕННЫЕ ПРОТИВОКАШЛЕВЫЕ СРЕДСТВА В ТЕРАПИИ ОРВИ У ДЕТЕЙ
Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - д.м.н., доцент Ходжаева Н.М.

Цель исследования. Оценка эффективности препарата ренгалина в лечении больных с ОРВИ.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 40 больных с острыми респираторными вирусными заболеваниями, в возрасте от 3 до 17 лет, госпитализированных в детское инфекционное отделение ГУ ГКБДИБ г. Душанбе в период 2021г. В зависимости от методов терапии больные были разделены на две группы: 1-я группа (контрольная) получала базисную терапию, 2-я группа (основная), наряду с базисной терапией, в течение 3-х дней получали ренгалин (в таблетках).

Результаты исследования. На фоне проводимой терапии в обеих группах отмечалось клиническое улучшение состояния. Включение в терапию препарата ренгалина приводило к более существенному уменьшению продолжительности и выраженности основных клинических симптомов болезни, по сравнению с контрольной группой. Общее продолжительность кашля у пациентов основной группы составила $6,0 \pm 1,2$ суток по сравнению группы контроля $8,2 \pm 1,0$ суток. В дневные часы кашель сохранялся дольше чем ночью у большинства детей. Среднее продолжительность дневного кашля на фоне применения ренгалина составила $5,9 \pm 1,0$ суток, а контрольная группа – $7,9 \pm 1,2$ суток. Продолжительность ночного кашля в среднем было $5,0 \pm 1,5$ и $6,9 \pm 1,2$ суток соответственно. Снижение тяжести дневного кашля на фоне применение ренгалина отмечалось начиная с первых суток. Итоговый процент пациентов, у которых на фоне терапии отмечалось полное купирование кашля и в дневное и ночное время суток в группе ренгалина составил 89,9%, в группе контроля 69,9%. По окончании курса терапии эффективность ренгалина был оценен как «выраженный». Побочные эффекты применения препарата не были зафиксированы. Отмечалось хорошее переносимость препарата. Ренгалин не вызывал угнетения дыхания, наркогенного и снотворного эффекта.

Выводы. Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о высоком профиле безопасности и доказанной эффективности препарата Ренгалина. Противокашлевая эффективность препарата заключалось, прежде всего в сокращение периода болезни, в течение которого больных беспокоит кашель.

Мамаризаев И.К.
СОСТОЯНИЕ ПРО- И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ЭНДОТОКСИКОЗОМ

Кафедра педиатрии и неонатологии №1 Самаркандского государственного медицинского университета. Узбекистан.
Научные руководители - DSc, доцент Шавази Н.Н., PhD, доцент Ибрагимова М.Ф.

Цель исследования. Оценить состояние прооксидантных и антиоксидантных систем у новорожденных от матерей с эндотоксикозом.

Материал и методы. Исследование проведено на базе Самаркандского родильного комплекса и детского многопрофильного центра. Обследовано 83 новорожденных: 41 — контрольная группа (здоровые матери), 42 — основная (матери с эндотоксикозом).

Биохимический анализ:

- СОД определяли спектрофотометрически с нитросиним тетразолием.
- Каталазу измеряли иммуноферментным методом (Cloud-Clone Corp, Cat. SEC418Hu).
- МДА и ДК выявляли по реакции с тиобарбитуровой кислотой.

Статистическую обработку проводили с использованием t-критерия Стьюдента ($p < 0.05$).

Результаты исследования. У новорожденных основной группы уровень малонового диальдегида (МДА) достигал 7.73 ± 0.35 мкмоль/л, демонстрируя превышение показателей контрольной группы в 1.5 раза. Концентрация диеновых конъюгатов (ДК) также оказалась значительно выше 33.1 ± 1.6 мкмоль/л, что в 1.6 раза больше значений,

зафиксированных в контрольной группе. Для сравнения, в контрольной группе уровень МДА составлял 5.8 ± 2.1 мкмоль/л, а ДК - 21.2 ± 1.3 мкмоль/л, что подчеркивает выраженный дисбаланс в системе перекисного окисления липидов у новорожденных основной группы.

Анализ антиоксидантной системы выявил снижение активности супероксиддисмутазы (СОД) на 45% в одной группе и на 64% — в другой, что может указывать на истощение одного из ключевых звеньев защиты от окислительного повреждения. При этом активность каталазы, напротив, оказалась повышенной: в первой группе её значение составило 13.57 ± 1.56 кат/л (в 1.7 раза выше контрольных данных), а во второй — 11.32 ± 1.27 кат/л (превышение на 1.4 раза). Такая динамика отражает компенсаторный механизм, направленный на нейтрализацию избыточных активных форм кислорода. Усиление активности каталазы, расщепляющей перекись водорода, вероятно, служит адаптационным ответом организма на фоне снижения функциональной активности СОД, что в совокупности подчеркивает сложность и многокомпонентность антиоксидантной регуляции при окислительном стрессе у новорожденных.

Полученные данные указывают на наличие окислительного стресса у новорожденных основной группы. Повышенный уровень МДА и ДК свидетельствует об активации процессов перекисного окисления липидов, что может привести к повреждению клеточных мембран и нарушению функционирования клеток. Снижение активности СОД, одного из ключевых ферментов антиоксидантной защиты, усугубляет ситуацию, снижая способность организма к нейтрализации свободных радикалов.

Компенсаторное повышение активности каталазы, вероятно, является попыткой организма поддержать баланс и минимизировать последствия окислительного стресса. Однако, этой компенсации может быть недостаточно для полной нейтрализации избыточного количества активных форм кислорода, особенно в условиях незрелости антиоксидантной системы новорожденных.

Выводы. Эндотоксикоз матери провоцирует дисбаланс про- и антиоксидантных систем у новорожденных, усугубляя адаптационные нарушения. Необходимы дальнейшие исследования для разработки методов коррекции выявленных нарушений.

Маматова Г.Б., Музаффарзода Х.М., Расулова С.А.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

Государственное учреждение Национальный медицинский центр Республики Таджикистан
«Шифобахш».

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

Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Таджибоева З.А.

Цель исследования. Изучить современные аспекты диагностики симптоматической артериальной гипертензии у детей.

Материал и методы. Обследовано 28 больных с вторичной артериальной гипертензией (АГ) в возрасте от 4 – х до 13 лет в условиях клиники Национального медицинского центра «Шифобахш». До обращения в клинику «Шифобахш» большинство детей (22), что составило 78,57% лечились амбулаторно по поводу различных заболеваний (патология почек, сердца, вегето – сосудистая дистония) без видимого эффекта. Со слов родителей дети поступали с жалобами на головные боли, головокружения, тошноту, рвоту, шум в ушах, беспокойство, потливость, покраснение лица. Всем больным проводилось общеклинические методы исследования в том числе общий анализ крови, мочи, биохимические: креатинин, мочевины, электролиты, а также профиль АД, ЭКГ, Эхо КГ, ЭЭГ, рентгенография грудной клетки, УЗИ почек и надпочечников, у части детей доплерография сосудов почки и брюшной аорты, Холтер – АД.

Результаты исследования. У всех детей имело место повышение АД от 120/80 до 180/100 мм.рт.ст. в зависимости от возраста. Среди обследованных хронический пиелонефрит в стадии обострения имело место у 12 (42,86%) детей, в том числе у 4-х мочекаменная болезнь и гидронефроз I-II степени, в связи с чем проводилось лечение антибиотиками, уросептиками, при выраженной интоксикации инфузионная терапия. После консультации детского уролога назначено хирургическое лечение. Аномалия развития: сужение лоханочно-мочеточникового сегмента - у 2-х детей (7,14%), кистозное заболевание: солитарная киста почек и поликистоз почек выявлено у 3-х детей (10,71%). У одного больного выявлена феохромоцитома, в связи с чем переведен в специализированное отделение. У двух детей (7,14%) с дилатационной кардиомиопатией и у двух больных (7,14%) с коарктацией аорты выявлено стойкое повышение АД до 160/100 мм.рт.ст. После проведенного лечения (сердечные гликозиды, в-блокаторы, ингибиторы АПФ, диуретики, антигипертензивные) состояние улучшилось, уровень АД снизился до возрастной нормы, однако стабильного снижения не наблюдалось. У 6 (21,43%) детей при тщательном клиническом обследовании выяснить причину АГ не удалось, в связи с чем расценена как первичная (эссенциальная) АГ, после лечения седативными, антигипертензивными препаратами получен положительный эффект.

Выводы. Таким образом тщательное клиническое обследование позволит выявить генез АГ у детей. Одной из ведущих причин развития симптоматической АГ является почечная патология. Своевременная диагностика и лечение симптоматической АГ позволит предотвратить осложнения.

Мансуров М.Ю., Норбутаев М.Б., Баходуров Н.Д.
ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПРИ МЕМБРАНОЗНОМ ДМЖП С УМЕРЕННОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кафедра детских болезней №1 им. профессора Х.Дж. Аминова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – Али-заде Ш.Б.

Цель исследования. Оценить клинические особенности и эффективность медикаментозной терапии у ребенка с мембранозным дефектом межжелудочковой перегородки (ДМЖП) размером 5 мм в сочетании с умеренной легочной гипертензией, а также определить прогноз на фоне ожидаемого спонтанного закрытия дефекта.

Материал и методы. Под наблюдением находилась девочка 1 года 2 месяцев с подтвержденным по данным эхокардиографии мембранозным ДМЖП (5 мм) и умеренной легочной гипертензией (систолическое давление в легочной артерии — 45 мм рт. ст.). Сбор данных включал клинические показатели, антропометрические параметры, результаты лабораторно-инструментальных исследований. На фоне проводимой медикаментозной терапии (диуретики и ингибиторы АПФ) осуществлялось ежемесячное наблюдение за пациентом, контрольные ЭхоКГ — каждые 3 месяца.

Результаты исследования. На протяжении 6 месяцев наблюдения отмечено улучшение клинического статуса ребенка: частота эпизодов тахикардии снизилась на 30%, одышка при нагрузке стала менее выраженной. Наблюдалось увеличение темпов прибавки массы тела (с 130 г/нед. до 180 г/нед.). По данным контрольной эхокардиографии, значимых изменений размера ДМЖП (5 мм) не выявлено, однако уровень давления в легочной артерии снизился в среднем на 5 мм рт. ст., что свидетельствует о тенденции к уменьшению выраженности легочной гипертензии. Осложнений, требующих экстренного хирургического вмешательства, за период наблюдения не зафиксировано. Систематизированные данные позволили детально отследить динамику состояния пациента, своевременно корректировать терапию и обосновывать целесообразность выжидательной тактики.

Выводы. Применение комплексной медикаментозной терапии (диуретики, ингибиторы АПФ) у ребенка с мембранозным ДМЖП 5 мм и умеренной легочной гипертензией способствовало стабилизации клинического состояния и снижению выраженности сердечной недостаточности. Регулярная эхокардиографическая оценка и анализ клинико-гемодинамических данных подтвердили целесообразность динамического наблюдения при небольшом размере дефекта и умеренной симптоматике, учитывая вероятность его спонтанного закрытия.

Махзумов А.Д.
ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ФЕБРИЛЬНЫХ СУДОРОГ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Х.Дж. Аминова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - старший преподаватель Умаров А.У.

Цель исследования. Изучение особенностей этиопатогенеза фебрильных приступов у детей раннего возраста.

Материал и методы. В исследование было включено 62 пациента в возрасте от 3 месяцев до 36 месяцев. Всем пациентам проводился: иммуноферментный анализ (ИФА) с определением индекса авидности; детекция ДНК вирусов в крови, моче, носоглоточной слизи.

Результаты исследования. Общую выборку составили 59,7% мальчиков и 40,3% девочек. Средний возраст больных - 21,3 месяца. В 45,2% случаев отмечалось рецидивирующее течение ФП. Методом ИФА определены высокие титры антител IgG к ВГЧ 6 типа у 40,3%. В носоглоточной слизи у 4,8% обнаружена ДНК ВПГ 1 и 2 типов, зарегистрирован высокий титр антител IgG в сыворотке крови (1:3200). Среди всех обследованных ДНК ЦМВ в моче обнаружена у 24,2% детей, при этом у 4,8% из них наряду с ДНК ЦМВ обнаружены антитела IgM в сыворотке крови, что свидетельствовало об остром течении ЦМВ — инфекции. У 41,9% больных в высоких титрах ($3,6 \pm 2,47$) были обнаружены антитела IgG к ЦМВ в сыворотке крови. Показатель индекса авидности (ИА) антител к ЦМВ составил $81,1 \pm 3,2\%$, что указывало на обострении латентной формы ЦМВ — инфекции. ИА антител к ВПГ 1 и 2 типов составил $54 \pm 12\%$, указывая на персистенцию вируса в организме. Методом ПЦР-реал тайм определено, что 27,4% пациентов являются носителями ассоциации гомозиготных генотипов по двум высоко продуцирующим аллельным вариантам гена IL-1 β .

Выводы. Проведенный анализ подтверждает ассоциацию активной герпесвирусной микст-инфекции и носительства гомозиготного носительства высоко продуцирующих аллельных вариантов гена IL-1 β .

Махмудова Г.А., Камалова Ш.М., Юлдашева Г.Г.
АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ СКОЛИОЗЕ

Кафедра анатомии и 1- педиатрии Бухарского государственного медицинского института им. Абу Али ибн Сино. Узбекистан.

Научные руководители - Камалова Ш.М. и PhD, доцент Юлдашева Г.Г.

Цель исследования. Изучить антропометрические параметры детей 7-8 летнего возраста со сколиозом, а также сравнить с антропометрическими показателями здоровых детей.

Материал и методы. Исследования проводились в средней школе №23 города Бухары для детей со сколиозом. Исследование проведено у 124 детей (62 мальчиков и 62 девочек) 7-8 лет с идиопатическим сколиозом грудной локализации I – III степеней по Д.Чаклину. Основная группа представлена 62 детьми со сколиозом, контрольная – 62 (31 мальчик и 31 девочка). Проведены антропометрические исследования параметров детей 7-8 летнего возраста в

норме и со сколиотическими отклонениями, с последующими статистическими данными.

Результаты исследования. При изучении показателей и сравнении этих данных обнаружилось, что мальчики со сколиозом 7 летнего возраста ростом ниже в 1,3 раз, а девочки такого же возраста в 1,02 раза. А у детей 8 летнего возраста мужского пола показатели изменились, и разница между детьми со сколиозом и здоровых при росте составил 1,023 раз, а девочки 1,04 раза. При измерении веса выявили, что у детей 7 летнего возраста мужского пола со сколиозом масса тела в 1,22 раз, а у детей женского пола такого же возраста в 1,35 раза больше чем у здоровых детей. Показатель разницы у детей женского и мужского пола 8 летнего возраста показало такой же результат, то есть женский пол превышал свой статистический показатель. Также при измерении параметров грудной клетки 7 летнего возраста женского, а также мужского пола со сколиозом выявили, что окружность груди у детей мужского пола в 1,04 раза, у девочек в 1,08 раза больше чем у здоровых детей. При измерении грудной клетки 8 летнего возраста мужского и женского пола показатель выявил такие же результаты.

Выводы. На основании полученных данных выявлено, что окружность груди детей женского и мужского пола 7 и 8 летнего возраста со сколиозом намного превышает в объеме и размере по сравнению со здоровыми детьми. Это объясняется тем что из – за деформации позвоночного столба и мышц участвующие в образовании грудной клетки со временем деформируется и сама грудная клетка. Это приводит к тому, что некоторые системы, связанные с грудной клеткой, могут в дальнейшем приводить к новым патологиям.

Махсумова Б.А., Узакова У.З., Азими М.

ОСЛОЖНЕНИЯ ХИМИОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ОМЛ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н

Цель исследования. Выявить осложнения, возникающие в процессе лечения ОМЛ.

Материал и методы. В условиях гематологического отделения НМЦ РТ «Шифобахш» с ноября до декабря 2024 года под нашим наблюдением была больная Сангова Фотима в возрасте 5 лет с диагнозом «Острый миелобластный лейкоз». Были проведены следующие методы исследования: гемограмма, миелограмма, биохимический анализ, анализы на ВИЧ-СПИД, гепатит В и С, анализ на Covid-19, исследование ликвора, общий анализ мочи и кала, а также УЗИ и КТ брюшной полости.

Результаты исследования. Со слов матери девочка больна в течение месяца, отмечалась бледность кожных покровов, резкое похудание, боли в животе, слабость, вялость. В последнюю неделю из-за ухудшения состояния они обратились поликлинику по месту жительства, где в общем анализе крови выявлены анемия, тромбоцитопения и лейкоцитоз, были направлены в НМЦ РТ «Шифобахш». Пациентку госпитализировали в отделение гематологии. Общее состояние больной на момент поступления было тяжелым. Тяжесть обусловлена основным заболеванием. Сознание ясное. Цвет кожных покровов очень бледный. Имела место гепатоспленомегалия. Результаты лабораторных данных: Гемограмма: Hb-108г/л Эр-3,60x10¹²/л; Лейк-13,5x10⁹/л; Нейтр-10%; Лимф-80%; Мон-4%; Эоз-2%; Тромб-75x10⁹/л; СОЭ- 16мм/час; Миелограмма: Костномозговой пунктат гиперрегенераторный. Количество бластных клеток увеличено до 38%. Увеличен % промиелоцитов на 30%. Реакция на миелопериоксидазу положительная. Белый росток гиперплазирован на 97%, представлен клетками гранулоцитарного ряда: нейтрофилами и эозинофилами разной степени зрелости. Эозинофильная реакция 6%. Красный росток сужен на 3%. Эритропоэз нормобластический. При обзорном просмотре встретился 1 мегакариоцит без отшнуровки тромбоцитов. Тромбоциты единичные. Биохимический анализ: Общий билирубин-12,8мкмоль/л; связанный билирубин-3,8мкмоль/л; несвязанный билирубин-9,0мкмоль/л; АЛАТ-19,9МЕ\л; АСАТ-21МЕ\л; Креатинин-57мкмоль/л; Мочевина-4,1ммоль/л; Железо-8,40мкмоль/л; Ферритин-108мкг/л; ВИЧ-отр; Гепатит В и С-отр; анализ на Covid-19- антитела к SARS-CoV2 IgG-0,29 КП; антитела к SARS-CoV2 IgM-0,17 КП; Ликвор- Цвет-бесцветный; Прозрачность-прозрачная; pH-5,8; Белок-0,90 г/л; ОАМ: Белок-0,033%; Лейк-2-4; Эр-0-1; Слизь- в малом к-ве; Соль-ураты в малом к-ве; ОАК: Лейк-1-2; Эпителия-0-1; Простейшие и яйца глистов не выявлены; УЗИ-Гепатоспленомегалия. Диффузные изменения паренхимы печени и поджелудочной железы. Гиперплазия мезентриальных л/у. Жидкость межпечельно в незначительной количестве. КТ брюшной полости-Гепатоспленомегалия. Признаки стеатогепатоза печени. Множественные мелкие конкременты желчного пузыря(ЖКБ). Лимфаденопатия брюшной полости: в области ворот печени, парагастральные, панкреатодуоденальной зоны, парааортальные и паракаваальные, межпечельно, забрюшинного пространства и паховых областей. Лечение проводилось по протоколу лечения ОМЛ. Во время проводимой химиотерапии наблюдались такие осложнения как анемия, энтеропатия, алопеция.

Выводы. Таким образом, результаты проведенных исследований показали, что ОМЛ является наиболее тяжелым заболеванием среди онкогематологических болезней детского возраста. Частота возникновения осложнений при проведении химиотерапии очень высока ввиду снижения иммунобиологической реактивности организма ребенка и применения цитостатиков

Махсумова Б.А., Бобоев Г.С.

ТРАНСФОРМАЦИЯ ОПУХОЛИ В ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н

Цель исследования. Выявить этиологические факторы способствующие трансформации опухоли в острый лейкоз.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в детском гематологическом отделении НМЦ РТ «Шифо-

бахш» был больной 2013 года рождения с диагнозом «Аденокарцинома яичек». Были реализованы следующие методы исследования: гемограмма, миелограмма, цитологическое исследование, коагулограмма, анализ на Covid-19, а также УЗИ органов брюшной и грудной полости, а также УЗИ мошонки.

Результаты исследования. Из анамнеза выявлено что ребёнок болен в течение 3 месяцев. Обратились по месту жительства с жалобами на повышение температуры, слабость, вялость бледность кожных покровов а также увеличение, боль и дискомфорт яичка, увеличение паховых л/у. Были направлены в онкологический центр. В общем анализе крови обнаружены анемия, тромбоцитопения и лейкоцитоз. Общее состояние пациента на момент поступления было тяжелое. Тяжесть обусловлена основным заболеванием. Сознание ясное. Кожные покровы резко бледные. Имело место увеличение паховых л/у до 12мм.Отмечалась гепатоспленомегалия. Результаты лабораторных данных: Гемограмма: Hb-76г/л Эр- 2,37х10¹²/л; Лейк-276х10⁹/л; Нейтр-8,8%; Лимф-79%; Мон-11%; Эоз-0%; Тромб-31х10⁹/л; СОЭ- 24мм/час; Бласти 93%; Цитологическое исследование: цитограмма эмбриональной карциномы. Миелограмма: костномозговой пунктат гиперрегенераторный. Количество бластных клеток увеличено до 90% тотально. Бластные клетки в основном представлен макро и мезогенерациями. Реакция на миелопериоксидазу отрицательная. Встретились единичные клетки гранулоцитарного ряда. Единичные клетки красной крови. При обзорном просмотре встретились мегакарициты единичные. Тромбоциты не встретились. Анализ на Covid-19- антитела к SARSCov2 IgG-14,3 КП; антитела к SARSCov2 IgM-0,17 КП; УЗИ-гепатоспленомегалия. В правой плевральной полости около 100 мл жидкости, в левой плевральной полости 180 мл жидкости. В перикарде 70 мл жидкости. В левой грудной клетке образование гетерогенной консистенции размером 100х80 мм. УЗИ мошонки-двухсторонний орхит.

Выводы. Существует немало факторов трансформации онкопатологии в острый лейкоз. В нашем случае, по-видимому, одним из этих факторов трансформации онкологического заболевания в острый лейкоз явилась перенесенная коронавирусная инфекция.

Менглиев Н.А., Мадамонов Ш.Ш., Изатзода Р.М. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕЙРОТОКСИКОЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Давлатова С.Н.

Цель исследования. Оценка особенностей течения и определение факторов риска развития токсической энцефалопатии у детей раннего возраста.

Материал и методы. В исследование включён 41 ребёнок в возрасте от 1 месяца до 3 лет, госпитализированные в отделение интенсивной терапии ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» с диагнозом нейротоксикоз. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от степени тяжести: I степень составили 7 больных (17,1%), II степень - 29 (70,7%), III степень - 5 пациентов (12,2%). Использованы клинические, лабораторные и инструментальные методы диагностики: общий развёрнутый анализ крови, биохимические показатели, коагулограмма, анализ мочи, нейросонография, глазное дно, консультация детского невролога.

Результаты исследования. Из анамнеза жизни выяснилось, что более 80% детей были рождены от матерей с отягощённым акушерским анамнезом (тяжёлые гестозы у матери, родовая травма, рождение в асфиксии, внутриутробные инфекции). Около 20% больных перенесли частые ОРВИ с осложнённым течением, атопический дерматит и т.д. У пациентов с нейротоксикозом I степени (n=7) наблюдались: беспокойство, вялость, тахикардия, гиперрефлексия, гипертонус мышц, повышение температуры тела до 38,5-39,5°C, выбухание и пульсация большого родничка. Лечение включало инфузионную терапию растворами 5% глюкозы, рингера лактата, витамины группы В, антипиретики (парацетамол). Улучшение наступало через 2-3 дня, неврологических нарушений не выявлено. При нейротоксикозе II степени (n=29) наблюдались выраженные нарушения функции ЦНС в виде судорог тонико-клонического характера, гипотонии мышц, тахикардии, а также дыхательные нарушения и злокачественная гипертермия до 39-40°C, акроцианоз, похолодание конечностей, мраморный рисунок кожи, срыгивание и рвота. Лечение таких больных включало оксигенотерапию, инфузионную терапию растворами 10%, реополиглюкина, плазматрансфузия, противосудорожные препараты (20% оксидбутират натрия, диазепам, седуксен, фенобарбитал 10 мг/кг, конвулекс 15 мг/кг, карбамазепин 10-20 мг/кг), глюкокортикостероиды (дексаметазон). Улучшение в состоянии детей отмечено у 86,2% через 5-7 дней, а у 13,8% детей отмечались остаточные неврологические нарушения. У детей с III степенью нейротоксикоза (n=5) наблюдались: кома, обусловленная отёком головного мозга из-за позднего обращения в стационар, арефлексия, полиорганная недостаточность (низкое артериальное давление, нитевидный пульс, анурия). Отмечалась рвота «кофейной гущей», петехии на коже, обусловленные ДВС-синдромом. В терапии таких больных применялась ИВЛ, вазопрессорная поддержка (допамин, норэпинефрин), противоотёчная терапия (маннитол, фуросемид, лазикс), плазматрансфузия, инфузионная терапия (реополиглюкин 10%) и противосудорожные препараты. Улучшение в состоянии отмечено у 60% пациентов, а у 40% наблюдавших детишек остались стойкие неврологические расстройства в виде парезов, параличей и грубой задержки психомоторного, речевого и интеллектуального развития. Эта группа пациентов находится под диспансерным наблюдением у детских неврологов.

Выводы. Течение нейротоксикоза у детей раннего возраста варьировало от лёгких форм с обратимыми нарушениями до жизнеугрожающих состояний. Основными клиническими проявлениями были угнетение сознания, судорожный синдром, нарушения дыхания и гемодинамики. Неблагоприятный преморбидный фон и отягощённый перинатальный период, сочетание кишечной и респираторной инфекции увеличивают риск развития данной патологии. Комплексное лечение, включающее инфузионную терапию, плазматрансфузию, противосудорожные препараты и реанимационные мероприятия, позволило снизить летальность и частоту осложнений.

Мирзозода А.Ю., Баходуров Н.Д., Мансуров М.Ю.

ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ГЕРПЕС-ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕВОЧКИ 9 ЛЕТ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ

Кафедра детских болезней № 1 им профессора Аминова Х.Дж. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - Али-заде Ш.Б.

Цель исследования. Продемонстрировать особенности клинического течения и диагностики генерализованной герпес-вирусной инфекции у девочки 9 лет, перенесшей ветряную оспу, с высокими титрами IgG к цитомегаловирусу (ЦМВ) и вирусу Эпштейна–Барр (ВЭБ), а также оценить эффективность внутривенной терапии ацикловиром в условиях комбинированной герпес-вирусной патологии.

Материал и методы. Под наблюдением находилась девочка 9 лет, у которой через 2 недели после перенесенной ветряной оспы возникли жалобы на болезненные высыпания в области подбородка, боли в горле, кашель и ухудшение общего состояния. При осмотре выявлены: хейлит, везикулярная группирующаяся сыпь на подбородке, инъекция сосудов склер, признаки бронхита и локальные хрипы слева при аускультации. Лабораторные исследования показали высокие титры IgG к ЦМВ и ВЭБ. Дифференциальная диагностика проведена с бактериальными и другими вирусными инфекциями на основании клинических, лабораторных данных и динамики заболевания.

Результаты исследования. Клиническая картина у девочки свидетельствовала о полиэтиологическом герпес-вирусном процессе: ветряная оспа в анамнезе, высокие титры IgG к ЦМВ и ВЭБ, появление везикулярной сыпи вне типичной локализации, а также поражение респираторного тракта (бронхит) и конъюнктивальной оболочки (инъекция сосудов склер). Пациентке была назначена парентеральная терапия ацикловиром в суточной дозе, соответствующей возрасту и весу, с регулярным мониторингом общего состояния и контрольными анализами крови. На фоне лечения в течение 7 дней отмечена положительная динамика: уменьшение количества и интенсивности новых высыпаний; сокращение эпизодов кашля и улучшение аускультативной картины в легких. Осложнений, связанных с терапией ацикловиром, не отмечено. Поддерживающее симптоматическое лечение (ингаляции, поливитамины) способствовало общей стабилизации состояния.

Выводы. Генерализованная герпес-вирусная инфекция после перенесенной ветряной оспы на фоне высоких титров IgG к ЦМВ и ВЭБ может проявляться комбинированным поражением кожи и слизистых (хейлит, везикулярная сыпь), а также дыхательной системы. Внутривенная терапия ацикловиром продемонстрировала эффективность в снижении активности герпес-вирусов, что подтверждалось клиническим улучшением уже в течение первой недели лечения. Своевременное обследование на различные возбудители герпес-вирусной группы важно для уточнения диагноза и выбора адекватной тактики ведения пациентов с атипичным и затяжным течением постинфекционных состояний.

Муродов Г.З.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ И СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ФОСФАТ-ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Бабаева Л.А.

Цель исследования. Изучение диагностических критериев и основных принципов лечения фосфат-диабета у детей.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 38 детей в возрасте от 2 до 5 лет, находящихся на стационарном лечении в I и II детских нефрологических отделениях ГУ «Медицинский комплекс «Истиклол» г. Душанбе. Были изучены клинико-анамнестические параметры, проведен комплекс лабораторно-инструментальных методов исследования, характер и продолжительность проводимой терапии. Наряду с клиническими характеристиками, проводили исследование парциальных функций почек с определением клиренса, экскретируемой фракции кальция и фосфатов, а также других показателей фосфорно-кальциевого обмена.

Результаты исследования. При осмотре отмечалось нарушение общего состояния детей, задержка роста, утиная походка вследствие варусной деформации шейки бедра, снижение мышечного тонуса. В 55,3% (n=21) случаев наблюдалось О-образное, в 39,5% (n=15) - Х-образное и 5,2% (n=2) случаев - саблевидное искривление нижних конечностей. У всех пациентов отмечалась деформация коленных и голеностопных суставов, утолщение костей в области лучезапястных суставов. Со слов родителей в 100% случаев отмечалось позднее прорезывание зубов, боли в костях после физической нагрузки. Психомоторное развитие соответствовало возрасту, дети были замкнутыми и отказывались от общения со сверстниками. Лабораторно в крови были выявлены - гипофосфатемия ($\leq 0,64$ ммоль/л), гипокальциемия ($\leq 1,7$ ммоль/л), активность щелочной фосфатазы была повышена в 4 раза по сравнению с нормой. Отмечалось повышение выделения фосфора с мочой до 5 г/сутки. Рентгенологически обнаруживались те же изменения, характерные для рахита, но патология особенно резко была выражена в костях нижних конечностей. Лечение было направлено на коррекцию метаболических расстройств и профилактику костных деформаций. Учитывали активность процесса и индивидуальную переносимость медикаментов. Основу лечения составляла длительная терапия высокими дозами витамина D, применение препаратов кальция и фосфора, а также лекарственные средства, улучшающие их усвоение в кишечнике. Начальные дозы витамина D составили 10000-20000 МЕ/сутки. Отсутствие симптомов интоксикации, небольшое выделение кальция с мочой являлись показаниями к увеличению дозы витамина D, которую через 4-6 недель увеличивали на 10000-15000 МЕ ежедневно до нормализации уровня фосфора в крови, снижения активности щелочной фосфатазы, исчезновения болей в костях нижних конечностей и восстановления структуры костной ткани. Лечение проводилось под контролем содержания кальция (1 раз/неделю) и неорганиче-

ских фосфатов в крови и моче, активности щелочной фосфатазы крови (каждые 10-14 дней). Параллельно больным назначали внутрь препараты фосфора (1-2 г/сутки), проводилась витаминотерапия. Для улучшения процессов всасывания фосфора и кальция в кишечнике применяли смесь Олбрайта (лимонная кислота 24,0, цитрат натрия 48,0, дистиллированная вода 500,0) по 20-50 мл в сутки в течение 6 месяцев. В процессе лечения ни у одного больного не наблюдался гипervитаминоз D, общее состояние больных улучшилось, ускорились темпы роста, нормализовались/улучшились показатели фосфорно-кальциевого обмена, снизилась активность щелочной фосфатазы. После достижения ремиссии всем детям был назначен лечебный массаж и дозированные физические нагрузки.

Выводы. Раннее выявление данной патологии и своевременно назначенное рациональное лечение снижает риск развития осложнений и необратимых последствий. Необходимо проведение медико-генетического консультирования семей с фосфат-диабетом на стадии планирования беременности, разъяснение родителям возможности рождения больного ребенка и информирование о рисках, последствиях, осложнениях данного заболевания у ребенка.

Муродов Г.З., Ашурова Н.П., Иброхимзода Г.

САБАҲОИ БРОНХИОЛИТИ ШАДИД ДАР КЌДАКОНИ СИННИ ШИРХУРАҒИ

Кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кўдакони МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тоҷикистон.

Роҳбари илмӣ - муаллими калони кафедра Бобоева Х.А.

Мақсади таҳқиқот. Муайян намудани сабабҳои пайдо шавии бронхиолити шадиди кўдакони синни ширхурағӣ дар давраҳои гуногуни сол.

Мавод ва усулҳо. Таҳлили ретроспективи 50 таърихи бемориҳои кўдакони аз 2-моҳа то 1 солу 6 моҳа гузаронида шуд, ки дар шўъбаи пулмонологияи аз моҳи январ то декабри соли 2024 дар маҷмааи тиббии Муассисаи давлатии «Истиқлол» муоина ва муолиҷа бо ташҳиси «Бронхиолити шадид» гузаронида шуда буд. Аз микдори умумии беморон 42 нафар (84%) кўдакони то 1-сола, 8 нафар (16%) аз 1 сола то 1 солу 6 моҳа буданд. Аз онҳо 13 нафарашон (26%) сокинони шаҳр ва 37 нафар (74%) сокинони деҳот буданд. Кўдакони бемор вобаста ба мавсими сол (гарм ва хунук) ба 4 гурӯҳ тақсим карда шуданд: 27 нафар (54%) дар мавсими хунук (аз ноябр то феврал); 16 (32%) беморон дар мавсими баҳорӣ сол (аз март то май) қабул карда шуданд; 3 (6%) кўдакон дар мавсими гарм (аз июн то август) ва 4 (8%) беморон дар мавсими тирамоҳ (аз сентябр то октябр) буданд.

Натиҷаҳои тадқиқот. Маълумотҳои анамнези нишон дод, ки сатҳи баландтарини гирифтورشавӣ ба бронхиолити шадид дар байни кўдакони муоинашуда вобаста ба вақти сол ба давраи аз ноябр то май рост меояд. Сабаби асосӣ ва маъмултарини бронхиолити шадид дар кўдакони синни ширхурағӣ ин: СШРН (41 бемор 82%), дар 9 беморони боқимонда (18%) аномалияҳои конституционӣ (диатези экссудативӣ-катаралӣ ва лимфатико-гипопластикӣ) буд. Дар анамнези ҳаёти 4 беморон (8%) аллергия ба маводҳои доруворӣ ва ҳуҷроворӣ доштанд. Анамнези дохили батнии беморони муоинашуда нишон дод, ки 32 (64%) модарон дар нимаи аввали ҳомиладорӣ ба токсикоз гирифтोर шуда, 2 (4%) модарон таваллуд бо усули кесарӣ сурат гирифтааст. Аз 19 беморони (38%), ки дар деҳот зиндагӣ мекарданд ҳолати иҷтимоиашон ғайриқаноатбахш буд; таҳлили ғизоӣ нишон дод, ки ин кўдакон сари вақт ба парҳез бо ислоҳот ва ҳуҷроҳои иловагӣ дар вақташ ворид карда нашудааст, дар натиҷа фаъолияти иммунологӣ паст шуда, зуд-зуд гирифтори бемории СШРН то 3-5 маротиба дар як сол гардидаанд. Дар 31 (62%) беморон зухуроти рахит дараҷаи 2 ва дар 19 (38%) камғизоӣ дараҷаи 1 ва дар 17 (34%) дараҷаи 2 ошкор шудааст. Тибқи ташҳиси умумии хун, дар 38 нафар (76%) камхунӣ сабук ва дар 13 нафар (26%) нафари муоинашуда камхунӣ миёна ва вазнин мушоҳида шудааст.

Хулосаҳо. Таҳлили маълумотҳо нишон дод, ки сатҳи баланди гирифтورشавӣ ба бронхиолит дар синни аз 2 то 8-10 моҳи ҳаёт ба мушоҳида мерасад. Омилҳои маъмултарини хатари бронхиолити шадид дар кўдакони синни ширхура ин СШРН, аномалияҳои конституционӣ, рахит, камғизоӣ, камхунӣ, инчунин хусусиятҳои равиши ҳомиладорӣ ва таваллуд, шароити зисту зиндагонӣ, ғизодиҳии ғайриқаноатбахш мебошанд.

Муродов Г.З., Разокова К.Р.

ПРИМЕНЕНИЕ Т-АКТИВИНА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - доцент, к.м.н. Хайдарова О.Ф.

Цель исследования. Изучить применение Т-активина у часто болеющих детей

Материал и методы. Обследовано 110 детей в возрасте от 3 до 12 лет, дети были разделены на 2 группы: от 3 до 7 лет- 60 детей (54%) дошкольный и с 7 до 12 лет - 50 детей (46%) школьного возраста. Все больные наблюдались во время заболевания и в период относительного благополучия. Иммунологические исследования проводились с помощью экспресс - методов с использованием крови из пальца. В комплекс экспресс- методов входило: определение Т- лимфоцитов, В-лимфоцитов, фагоцитарная активность нейтрофилов (ФАН), определение содержания сыровоточных иммуноглобулинов классов А, М, G, по методу Манчини.

Результаты исследования. В анамнезе этих детей, особенно в дошкольном возрасте отмечались частые острые респираторные заболевания (6-8 раз в год), причем в 30% случаев острые респираторные заболевания протекали на аллергическом фоне, а в школьном возрасте в 50% случаев на фоне хронического тонзиллита. Нерациональное использование антибиотиков в свою очередь могло способствовать развитию у них вторичной иммунологической недостаточности, о чем свидетельствуют выраженные изменения со стороны показателей клеточного и гуморального иммунитета, а также со стороны факторов неспецифической защиты. При изучении иммунологических показателей в 50% случаев отмечалось снижение клеточного иммунитета и фагоцитарной активности нейтрофилов (ФАН). В качестве иммуномодулятора был использован Т-активин, в виде 5 дневного курса по 1мл в/м 1 раз в сутки,

который оказал положительный эффект. После лечения Т-активин в течении месяца отмечалось нормализация иммунологических показателей.

Выводы. Таким образом у часто болеющих детей при выраженных снижениях иммунологических показателей, положительный эффект получен, когда в комплекс лечения включался иммунокорригирующий препарат Т- активин.

Муродова М.Д., Ньматуллаев Т.Б., Омонова М.Ш.
**СОСУДИСТАЯ ЖЕСТКОСТЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК. ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ
К ДИАГНОСТИКЕ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ**

Кафедра 2 педиатрии Самаркандского государственного медицинского университета. Узбекистан.

Научный руководитель – д.м.н., доцент Юлдашев Б.А.

Цель исследования. Изучить информационную значимость кардиометрии, как неинвазивного метода определения жесткости сосудов и выявить патоморфологические изменения в сосудах миокарда при ХБП у детей.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 122 ребенка с ХБП, этиологическими факторами явились врожденные аномалии развития мочевыделительной системы и хроническая гломерулярная патология. Всем детям применен комплекс клинко-лабораторной и инструментальной диагностики и кардиометрия (прибор «КАР-ДИОКОД») для определения жесткости коронарных сосудов. Морфологические исследования коронарных сосудов сердца основаны на аутопсии 53 детей, причиной смерти которых явилась ХБП терминальной стадии.

Результаты исследования. Внедренный в кардиологическую практику компьютерный гемодинамический анализатор дает новую возможность оперативно получить информацию о показателях центральной и внутрисердечной гемодинамики. В кардиометрии диагностируются параметры гемодинамики, в том числе и индекс жесткости сосудов как показатель эластичности сосудов. Анализ проведенных исследований свидетельствовал об увеличении индекса жесткости сосудов, который у детей с кардиоваскулярными нарушениями на фоне ХБП в среднем составил $6,27 \pm 0,18$ мм.рт.ст./мл., и от показателей нормы ($4,57 \pm 0,09$ мм.рт.ст./мл) данный индекс был повышен в 1,4 раза ($P < 0,01$), что можно констатировать как снижение эластичности сосудов.

Проведенные морфологические исследования свидетельствовали о поражении коронарных сосудов у умерших детей от хронической болезни почек. С прогрессированием заболевания в коронарных сосудах обнаружено поражение эндотелия в виде набухания, уплощения, десквамации эндотелиоцитов, отека, мукоидного набухания базальной и внутренней эластической мембраны. Выявлены пролиферативные изменения со стороны эндотелия и перicytтов, фибриноидных изменений стенок с сужением просвета сосудов. Процесс сводится к гипертрофии стенки и увеличению жесткости сосуда.

Выводы. Кардиометрия, как инновационный метод неинвазивного исследования, позволяет оценить состояние коронарных сосудов сердца при ХБП у детей. Результаты обследования показали, что у детей с хронической почечной патологией отмечается повышенный уровень жесткости сосудов, что предполагает наличие повышенного сердечно-сосудистого риска.

Происходящие патоморфологические изменения в сосудах миокарда при ХБП у детей связаны с эндотелиальной дисфункцией, которая лежит в основе патологической перестройки, приводящей к нарушению сердечно-сосудистой деятельности и может быть причиной летальных исходов.

Мухамедова И.Т.
СЛУЧАЙ КОМОРБИДНОГО ПАЦИЕНТА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПЕДИАТРА

Кафедра факультетской педиатрии с курсом ФДПО ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. Россия.

Научный руководитель – к.м.н., доцент, Стежкина Е.В.

Цель исследования. Анализ течения коморбидных заболеваний у ребенка с врожденной патологией бронхолегочной системы, оперированного в раннем возрасте, с развитием тяжелого атопического заболевания и патологии опорно-двигательного аппарата на примере клинического наблюдения с выявлением особенностей в диагностике и терапии.

Материал и методы. 1. Ретроспективный анализ первичной медицинской документации – амбулаторная карта и выписные эпикризы пациента 12 лет с атопическим дерматитом, аллергическим ринитом и бронхиальной астмой. 2. Личная курация на амбулаторном этапе.

Результаты исследования. Пациент А., 13 лет – имеет врожденный порок развития правого легкого, который был диагностирован внутриутробно. По результатам РКТ в проекции нижней доли правого легкого отмечались структурные изменения легочной ткани – кистозные образования неправильной формы, заполненные воздухом. Был установлен диагноз – врожденный порок развития правого легкого: кистозно-аденоматозная мальформация нижней доли справа. В возрасте 1 месяца произведена нижняя лобэктомия справа с ликвидацией симптомов ДН в послеоперационном периоде.

В течение следующих 2-х лет у ребенка сформировался тяжелый дерматореспираторный синдром: нейродермит с участками постоянного мокнутия и выраженным кожным зудом, тяжелые дыхательные обструкции, персистирующие до нескольких раз в неделю. В период с 2 до 3 лет установлены хронический ринит и бронхиальная астма

К 12 годам у ребенка наблюдается изменение формы грудной клетки в результате нижней правосторонней лобэктомии, а также правосторонний грудопоясничный сколиоз 1 степени.

С 2015 года РКТ без динамики в легких S6 справа – состояние после оперативного лечения, линейные фиб-

розные изменения. Пациент находится на непрерывной базисной терапии БА, без достижения полной ремиссии. При оценке функции внешнего дыхания отмечается прогрессирующее снижение ФЖЕД и ОФВ1, особенно в последние два года. В ходе тщательного сбора анамнеза было выявлено пристрастие к курению электронных сигарет, что на фоне всех заболеваний пациента является критическим фактором.

Выводы. Коморбидность влияет на клинические проявления, диагностику, прогноз и лечение заболеваний у конкретного пациента, формируя индивидуальный характер.

Изучение подобных клинических случаев необходимо для повышения уровня компетенции врача педиатра. Столкнуться с таким непростым пациентом может врач любой специальности, а единых клинических рекомендаций для бесконечного множества вариантов коморбидных патологий - не существует. Врачу приходится опираться на свои знания, клиническое мышление, опыт и нередко обращаться за помощью к коллегам.

Ведение коморбидных пациентов — это командная работа целого ряда специалистов.

Мухаммаднабиева Ф.А., Саидов Х.Ш.

ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ ПРИ РАЗВИТИЕ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА ЗА ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ

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

Научный руководитель - д.м.н., профессор Исмаилов К.И.

Цель исследования. Выявить факторы, приводящие к развитию лейкоза у детей, за последние годы.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 71 детей в возрасте от 3 до 17 лет. Дети были разделены на 2-группы. Первую группу составили 41 ребёнок с впервые выявленным острым лейкозом; во вторую в группу вошли 30 детей с рецидивом болезни. Контрольную группу составили 25 здоровых детей, приближённых к исследуемым группам по возрасту и полу. Комплексное исследование включало в себя общеклиническое и лабораторное обследование.

Результаты исследования. По нашим данным, чаще всего дети поступали после перенесённой вирусной инфекции - 43%, 12% детей были из неблагополучных семей. У четверых детей был онкопроцесс, который перетрансформировался в лейкоз. У 45% детей было иммунодефицитное состояние, клинически острый лимфобластный лейкоз проявлялся в виде геморрагического синдрома, отсутствовал у 88% детей. В 15% случаев геморрагический синдром был основным фактором, который привёл к гибели пациентов из-за массивных кровотечений и кровоизлияний. Самая частая причина гибели пациентов с острым лейкозом - апоплексический удар, лёгочное кровоотечение. По нашим данным и данных зарубежных источников, такое явление связано с несколькими обстоятельствами. Первое, что ведёт к данным последствиям - при острых лейкозах в различных органах и тканях, в том числе в сосудистой стенке, появляются очаги экстрамедуллярного кроветворения. Это говорит о том, что в стенке кровеносного сосуда появляется кроветворная ткань, из-за чего стенка сосуда становится хрупкой, что является базой для геморрагий.

Выводы. Наше исследование показало, что частыми провоцирующими факторами были перенесённые острые респираторные вирусные инфекции верхних дыхательных путей, а также дети поступали с вторичным лейкозом после длительной химиотерапии, у которых был онкопроцесс. Большинство этих детей были из неблагополучных семей. Учитывая вышеизложенное, необходимо изучать факторы, которые способствуют развитию лейкоза и предпринимать профилактические меры, чтобы продлить жизнь этих детей.

Мухитдинова Р.Х., Хамракулова М.Ф., Хасанова М.А.

ЧАРАЁН ВА ТАБОБАТИ ПИЕЛОНЕФРИТҲОИ ШАДИД ВА МУЗМИН ДАР КЌДАКОН

Кафедраи ТАБК “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”. Тоҷикистон.

Роҳбари илмӣ - н.и.т., дотсент Абдуллоева Н.А.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои чараёни клиникӣ ва табобати пиелонефритҳои шадид ва музмин дар кўдакон.

Мавод ва усулҳо. Таҳлили ретроспективи 40 таърихи бемории кўдакони гирифтори пиелонефрит, ки дар шуъбаи нефрологияи Муассисаи давлатии тиббии «Истиқлол» дар давраи солҳои 2024-2025 бистарӣ шудаанд, гузаронида шуд. Аз онҳо: 13 кўдак (32,5%) аз 1 то 3-сола, 16 кўдак (40%) аз 3 то 7-сола ва 11 кўдак (27,5%) аз 7 то 15-сола буданд. Аз миёни беморон, 33 нафар (82,5%) бо пиелонефрити шадид ва 7 нафар (17,5%) бо пиелонефрити музмин таъхис шудаанд. Аз онҳо 28 духтар (70%) ва 12 писар (30%) буданд. Ҳамаи кўдакон таҳти таъхиси умумии хун, таҳлили биохимиявии хун, таҳлили умумии пешоб, кишти пешоб ба флора ва УЗИ гурдаҳо қарор гирифтанд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Аз таърихи беморӣ муайян карда шуд: Омилҳои ирсӣ дар 5 кўдак (12%) мушоҳида шуданд. Омилҳои номусоиди преморбидӣ дар кўдакони синни бармаҳал қайд гардидаанд: камхунӣ – 12 нафар (30%), гипотрофия – 7 нафар (51%), рахит – 11 нафар (84,6%). Дар кўдакони хурдсол беморҳои шадиди роҳҳои нафас ва илтиҳоби узвҳои таносул дар духтарон (вулвит, вулвовагинит) мушоҳида мешуд, дар кўдакони синни калон – беморҳои шадиди роҳҳои нафас ва ангинаҳо. Дар аломатҳои клиникӣ нишонаҳои интоксикатсия (заъф, хастагӣ, бемадорӣ, ихтилоли хоб, баланд шудани ҳарорати бадан), махсусан дар кўдакони хурдсол дида мешуданд. Дар кўдакони синни калон аломати асосӣ дарди минтақаи камар буд (аломатҳои мусбати Пастернатский яктарафа ё дутарафа), ҳамчунин, ихтилоли дизурикӣ (афзоиш ё кам шудани миқдори пешоб), дар ҳоле ки нишонаҳои интоксикатсия камтар ба назар мерасиданд. Дар кўдакони хурдсоли дорои омилҳои номусоид нишонаҳои клиникӣ шадидтар чараён мегирифтанд. Дар таҳлили умумии хун: лейкоцитоз бо тағйири формула ба тарафи чап ва баланд шудани СОЭ мушоҳида шуд. Камхунӣ дар 22 кўдак (55%) муайян гардид. Дар таҳлили умумии пешоб: протеинурияи сабук (камтар аз 1 г/л), лейкоцитурия ва микрогематурия мушоҳида шуданд. Дар таҳлили биохимиявии хун: диспротеинемия (12%), гипокалсемия (84%) муайян гардид. Кишти пешоб аҳамияти асосӣ дошт, ки дар натиҷаи он

аксар вақт *Escherichia coli* (50%) ва *Proteus mirabilis* (7%) ошкор шуданд. Дар натиҷаи УЗИ – аломатҳои пиелонефрит мушоҳида шуданд. Табобати маҷмӯи гузаронида шуд. Вобаста ба дараҷаи вазнинии беморӣ ва фаъолияти раванд, речаи муайян таъин гардид. Дар давраи шадиди беморӣ ва ҳангоми нишонаҳои шадиди интоксикация речаи бистарӣ ва парҳези ҷадвали №5 тавсия дода шуд. Терапияи асосӣ табобати зиддибактериявӣ буд, ки ҳангоми интиҳоби дору захролудии он ба гурда ва ҳассосияти бактерияҳо ба антибиотикҳо ба назар гирифта шуд. Пенициллинҳои муҳофизатшуда (амоксиклав), Сефалоспоринҳои насли 3 (цефтазидим, цефотаксим, цефазолин). Микдори доруҳо мутобик ба синну соли кӯдак таъин гардид. Баъди анҷоми курси антибиотикотерапия, табобат бо уроантисептикҳо (фурагин, фурадонин, нитроксилин ва ғ.) идома ёфт. Инчунин, терапияи патогенетикӣ ва симптоматикӣ гузаронида шуд.

Хулосаҳо. Чараҳои клиникӣ ва табобати пиелонефрит аз синну соли кӯдак ва фаъолияти раванд вобастагӣ дорад. Дар кӯдакони хурдсол нишонаҳои клиникӣ вазнинтар чараён мегирифтанд, хусусан ҳангоми мавҷудияти омилҳои номусоид (камхунӣ, гипотрофия, рахит), назар ба кӯдакони синни калон. Табобати асосӣ аз антибиотикотерапия ва уроантисептикҳо иборат буд.

Наврӯзкулова Ш.Ф.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Х.Дж Аминова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Кабилова Б.Х.

Цель исследования. Проанализировать факторы перинатального риска у новорожденных детей.

Материал и методы. Проведен анализ данных, полученных путем выборки из историй болезни и опроса 180 рожениц, находящихся с детьми на втором этапе выхаживания в стационаре.

Результаты исследования. Все дети родились от матерей, имевших различные факторы риска во время беременности. Доношенных новорожденных родили 100 женщины (1-я группа), недоношенных — 80 женщин (2-я группа). Возраст рожениц был от 18 до 42 лет. У каждой третьей из них настоящая беременность была повторной. Больше половины матерей были в возрасте от 20 до 28 лет, младше 20 и старше 35 лет было 2,9% и 11,4% женщин соответственно. Из числа матерей, родивших преждевременно, было меньше женщин, занимающихся умственным трудом (13,9%), а также женщин, выполняющих тяжелую физическую работу (27,3%). Беременные, не испытывающие воздействия хронического стресса вследствие семейной неустойчивости (45,3%) и занимающиеся интеллектуальной деятельностью - 56,9%, имели лучшие показатели среди факторов риска. Отягощение акушерского анамнеза (бесплодие, выкидыши, аборт, внематочная беременность) было выявлено у 79 женщин. Настоящая беременность чаще всего осложнялась воспалительными гинекологическими заболеваниями, причем значительно чаще у матерей, родивших недоношенных.

Выводы. Нарушения физического и эмоционального состояния женщины во время беременности являются факторами перинатального риска для новорожденного, оказывая опосредованное влияние на состояние его здоровья.

Наврӯзкулова Ш.Ф.

ВЛИЯНИЕ ТЕПЛОВОЙ ЦЕПОЧКИ НА АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Кафедра детских болезней №1 им проф. Х.Дж.Аминова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - старший преподаватель Махмудова М.М.

Цель исследования. Изучить влияние тепловой цепочки и применения метода кенгуру на адаптационные возможности недоношенных новорожденных.

Материал и методы. В клинике НИИ АГ и П под нашим наблюдением находилось 50 недоношенных детей со сроком гистации от 27-37 недель и массой тела 1000 – 2500 г. Под наблюдением были включены младенцы родившийся в средней тяжелой степени и нуждающиеся в интенсивной терапии. Метод кенгуру применялся к 26 недоношенным новорожденным находящимся в палате совместного пребывания.

Результаты исследования. Первая группа 28 недоношенных новорожденных, которые после рождения имели контакт кожа к коже матери в виде выкладывания на живот в течение 2-х часов. Вторая группа 22 недоношенных новорожденных так же имели контакт кожа к коже, но на незначительное время (15 – 20 мин). В первой группе детей во время наблюдения сосательный рефлекс появлялся на 4 – 5 сутки раньше по сравнению со второй группой. Гипотермии не наблюдалась температура была стабильной. Физиологическая потеря восстановилась на 8 – 10 сутки. Дети второй группы дольше находились на зондовом кормлении у двух новорожденных наблюдалась клиника гипогликемии и клиника гипотермии, которая была устранена методом кенгуру. На дальнейшего выхаживания 12 новорожденных из второй группы были переведены в отделения второго этапа выхаживания недоношенных новорожденных детей. В ходе наблюдения за этими детьми реализация инфекции или присоединение госпитальной инфекции не отмечалось. Со стороны матерей был индивидуальный уход и соблюдения принципа «чистые руки».

Выводы. Таким образом, недоношенные дети составляют группу высокого риска по перинатальной заболеваемости и смертности. Индивидуальный уход матери за своим ребенком кроме интенсивного наблюдения и терапии играет важную роль в вопросе выхаживания, формирования психоэмоциональной близости и профилактики назокомиальной инфекции. Одним из звеньев данного ухода является соблюдение тепловой цепочки и применения метода кенгуру.

Нагзибекова Д.Д.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПОТРОФИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Бабаева Л.А.

Цель исследования. Выявить факторы риска развития гипотрофии у детей раннего возраста.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 78 детей с гипотрофией, находившихся на стационарном лечении в отделении маловесных детей ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» за период 2023-2024 гг. До 1 года было 70,5%, с 1 года до 2-х лет - 21,8%, с 2-х до 5 лет - 7,7% больных. Для оценки нутритивного статуса использовали соматометрические методы путём сравнения массо-ростовых и возрастных показателей по таблицам, а также стандартные карты роста центильного распределения показателей веса и роста (ВОЗ, 2006). Критериями изучения были анамнестические, антропометрические и клинико-лабораторные методы исследования. Определяли дефицит массы тела, а также вычисляли индекс Z-score.

Результаты исследования. В ходе проведённого исследования было выявлено, что больных со II стандартным отклонением было - 11,5%, с III - 53,9%, с IV - 34,6% больных. Из анамнеза жизни выявлено, что на естественном вскармливании находилось 25,6% пациентов, на искусственном - 53,9%, на частичном грудном вскармливании - 20,5% детей. Причём в 51,7% случаев были использованы как сладкие, так и кислые неадаптированные молочные смеси, которые абсолютно не годятся для питания детей раннего возраста и вызывают расстройство пищеварения. Недокорм регистрировали у 32 детей (41%), позднее введение прикорма - у 50% пациентов. Анализ антенатальных факторов риска установил, что возраст матерей старше 40 лет составил 37,2%. Отягощённый акушерский анамнез отмечался в 41% случаев, а низкий гестационный возраст составил 23,1%. Нарушение работы центральной нервной системы наблюдалось у 11,5% больных, перенесённые кишечные инфекции, сопровождающиеся диареей и рвотой - у 19,2%, недостаточный уход за ребёнком - у 37,2%, а, перенесённые операции на органах желудочно-кишечного тракта - у 3,8% детей. Нерациональное питание наблюдалось у 35 кормящих матерей (44,9%), из них 12 (34,3%) страдали железодефицитной анемией. В 83,3% случаев отмечалась такая сопутствующая патология, как рахит (75%) и анемия различной степени тяжести (65,3%). В 15,4% случаев выявлено сочетание цитомегаловирусной инфекции с вирусом простого герпеса. Выраженность клинической симптоматики находилась в прямой зависимости от степени гипотрофии. Основными клиническими синдромами гипотрофии являлись: недостаточная упитанность, трофические расстройства, снижение пищевой толерантности, изменение функционального состояния центральной нервной системы, нарушение иммунологической реактивности.

Выводы. Спровоцировать развитие гипотрофии у детей раннего возраста может множество эндо - и экзогенных факторов. Основными факторами являлись - проблемы с питанием, в частности искусственное и частичное грудное вскармливание (74,4%), использование неадаптированных молочных смесей (51,7%), позднее введение прикорма (50%), недокорм (41%), перенесённые кишечные инфекции и операции на органах желудочно-кишечного тракта у детей, недостаточный уход за ребёнком (37,2%), а также нерациональное питание кормящей мамы (44,9%). Возраст матерей старше 40 лет, отягощённый акушерский анамнез в сочетании с низким гестационным возрастом и степенью тяжести перинатальной энцефалопатии неблагоприятно отражаются на адаптационных возможностях ребёнка с быстрым истощением энергетических ресурсов.

Нажмиддинова Д.Д.

ФАКТОРЫ РИСКА РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С МАЛОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Х.Дж. Аминова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - Мирзоева З.И.

Цель исследования. Изучить факторы риска рождения маловесных детей.

Материал и методы. Проанализированы 52 истории развития детей, рожденных преждевременно, с малой массой тела в РО ГУ МК «Истиклол». При анализе медицинской документации учитывались пол, масса тела ребенка при рождении, течение беременности матери, заболевания матери оценка по шкале Апгар при рождении и др.

Результаты исследования. При анализе историй развития 52 детей первого года жизни, родившихся недоношенными, установлено, что 4 ребенка родились с массой тела до 1000 г, 8 — с массой тела 1001-1500 г и 40 — с массой тела 1501-2500 г. Изучение гендерной структуры недоношенных детей показало преобладание мальчиков во всех весовых категориях. К причинам относят ряд факторов: социально-экономические, социально-биологические, клинические и психосоциальные. Наиболее значимыми являются клинические факторы, определяющие состояние здоровья матери и патологический характер течения беременности. У всех женщин, родивших детей с экстремально низкой массой тела (до 1000 г), отмечалась угроза прерывания беременности в ранних сроках, в 75 % случаев (3 женщины) были выкидыши в анамнезе, а также наблюдалась хроническая внутриматочная гипоксия плода, у 2 (50 %) женщин были выявлены анемия, гестоз, кольпит.

Выводы. Несмотря на совершенствование методов интенсивной терапии и респираторной поддержки при выхаживании недоношенных детей сохраняется вероятность высокой смертности и инвалидизации, особенно для недоношенных с экстремально низкой массой тела при рождении.

Назарализода С. Н., Расулова С. А., Сафарова О. З.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Ходжаева Н. Н.

Цель исследования. Выявить особенности клинического течения пневмонии у детей неонатального возраста.

Материал и методы. Больной мальчик 25 дней, поступил в отделение неонатологии с жалобами на повышение температуры до 38°C, одышку, цианоз, беспокойство, вялость. Со слов матери ребенок болеет с рождения, получал амбулаторное лечение, но безрезультатно. При осмотре состояние ребенка тяжелое, за счет основаного заболевания, общей интоксикации, колитического синдрома, неврологической симптоматики, снижения веса. Физиологические рефлексы, орального автоматизма (сосательный, глотательный, поисковый, спирального автоматизма (Моро 1-2 фаза, Бабинский) слабо выражены, неустойчивы. Череп нормальный формы, большой родничок 2-2,5 см. Дыхание через нос затруднено, с участием вспомогательной мускулатуры. Аускультативно выслушиваются жесткое дыхание с звучными сухими и влажными хрипами.

Результаты исследований. Общий анализ крови: Нв- 130г/л, эритроциты- $4,3 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты- $5,00 \cdot 10^9$ /л, нейт.- 7%. Коагулограмма: фибриноген- 2,5г/л, протромбиновая время- 18%. Общий анализ мочи: Лейк. 0-15 в поле зрения, белок- 0,033%. Общий анализ кала: без выраженных изменений. Рентген грудной клетки- двухсторонняя очаговая пневмония. ЭХОКГ - открытое овальное окно 3 мм. УЗИ головного мозга, диффузное гипоксическое изменение структуры головного мозга. УЗИ брюшной полости-диффузное изменение паренхимы печени и селезенки, уплотнение стромы члс обеих почек.

При лечении ребенок получал: антибиотики: β -лактамы (ампициллин сульбактам), ферменты, эубиотики, противогрибковые препараты, метаболитный комплекс, улсофан. Расчет кормления: $1/5/8 = 2430:5:8$.

Выводы. Пневмония у детей неонатального возраста имеет ряд особенностей в клиническом течении, которые отличают её от пневмонии у более старших детей и взрослых. У новорожденных иммунная система еще неполностью развита, что может затруднять распознавание заболевания, а также ускоряет его прогрессирование.

Назарова З.С., Юсупов А.О.
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ (ПО МАТЕРИАЛАМ Г. ДУШАНБЕ)

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Саидмурадова Г.М.

Цель исследования. Изучение клинических признаков пневмоний бактериальной этиологии у детей с острыми респираторными инфекциями.

Материал и методы. Под наблюдением находились 144 детей госпитализированных в первое отделение ГУ «ГКБДИБ» г. Душанбе РТ с признаками дыхательной недостаточности и общей интоксикации. Диагноз ОРИ бактериальной флоры у 24(16,7%) детей выставлен на основании клиники и определения бактериальных антигенов в мазках-отпечатках со слизистой полости носа и ротоглотки, которые были проведены на базе Референс лаборатории МЗ и С.З.Н. РТ. Диагноз пневмонии основывался на общепринятых критериях: синдром токсикоза, дыхательная недостаточность, локальные физикальные данные, инфильтративные изменения на рентгенограмме.

Результаты исследования. Из числа ОРИ бактериальной этиологии (24) у 13(54,2%) детей была диагностирована стрептококковая пневмония (*Streptococcus pneumoniae*), у 11(45,8%) гемофильная палочка Пфайффера (*Haemophilus influenzae*) и лишь у 1 (1,5%) ребёнка одновременно PCV и *Streptococcus pneumoniae*. Из числа детей (24) с бактериальной флорой заболевания диагностирована стрептококковая пневмония (*Streptococcus pneumoniae*) у детей более старшего возраста 13(54,2%) и у всех (100%) пневмония. Возрастная характеристика детей с пневмококковой пневмонией показала, что чаще заболеваемость отмечалась у детей старше 3 лет 13(54,2%), что совпадает с началом посещения ребенком детского сада, а гемофильная палочка Пфайффера (*Haemophilus influenzae*) у детей до года 11(45,8%), что можно связать с непринятой вакцинацией пентавалентной вакциной. Большинство 20(83,3%) детей с бактериальными пневмониями имели отягощенный преморбидный фон, так как относились к группе часто болеющих детей. В анамнезе установлено, что 2(8,3%) детей в возрасте до года имели перинатальное поражение ЦНС, 3(12,5%) - атопический дерматит, аллергический ринит, у 16 (66,7%) - анемию, 2(8,3%), 4(16,7%) детей младшего возраста -гиперплазию вилочковой железы. Признаки инфекционного токсикоза имелись у большинства 17 (70,8%) детей и характеризовались повышением температуры тела до высоких цифр (более 40,0°C), у 7 детей (29,2%), до фебрильных (38,0— 39,9°C) и средняя длительность лихорадочного периода составила $5,6 \pm 3,7$ дней. В начале болезни у 11 детей (45,8%) кашель был малопродуктивным, у 13 (54,2%) сухим. В период разрешения процесса у всех детей характер кашля стал влажным продуктивным, иногда с отделением гнойной мокроты. Ослабленное дыхание имели 15 (62,5%) детей, жесткое дыхание 9(37,5%) и влажные хрипы и крепитацию 18(75%) детей. Признаки дыхательной недостаточности отмечены у 15 детей (62,5%), причём сочетание одышки с периоральным цианозом отмечено у 6 (25%) пациентов в возрасте до 3 лет, с продолжительностью от 1 до 8 дней ($1,3 \pm 2,6$ дней). Тяжелая форма отмечалась у 17 (70,8%), среднетяжелая у 7(29,2%)детей. Тяжесть была обусловлена различными токсическими проявлениями (кардиореспираторный, гипертермический, абдоминальный синдромы).

Выводы. Таким образом, пневмонии бактериальной этиологии при ОРИ протекали с клиническими признаками тяжелой дыхательной недостаточности (62,5%), инфекционного токсикоза (70,8%) у детей с отягощенным анамнезом (83,3%).

Насридинова Н.Н.

ВВЕДЕНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМОЙ
Кафедра детских болезней №1 им. профессора Х.Дж.Аминова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Кабилова Б.Х.

Цель исследования. Изучить ранний период адаптации недоношенных детей (раннее начало, индивидуальный подход к ребенку, комплексность и преемственность при проведении реабилитации).

Материал и методы . В отделении патологии новорожденных в ГУ МК «Истиклол» было обследовано 40 недоношенных детей. Всем детям проводились медикаментозные и не медикаментозные методы реабилитации.

Результаты исследования. Изучены реабилитационные особенности у мальчиков составило - 26 (68%), девочек- 14 (32%). Под наблюдением были новорожденные, которые родились с экстремально малой массой тела 12,5% (5), с очень низкой массой тела 30% (12) и малой массой тела 57,5% недоношенных детей с поражением ЦНС преимущественно с синдромом угнетения на фоне незрелости. Всем новорожденным в плане лечения назначали: антибактериальную, посиндромную (инфузионную, метаболическую, противосудорожную) терапию. На втором этапе выхаживания применялись препараты по улучшению мозгового кровообращения (церебропротекторы, ангиопротекторы) и метоболитная терапия. Всем недоношенным детям парентерально, были введены препараты витаминов, элетролитов и микроэлементов. На фоне проводимой терапии состояние детей улучшилось: улучшились рефлексы, уменьшилась неврологическая симптоматика, дети прибавили в массе тела.

Вывод. Таким образом, всем наблюдаемым недоношенным детям назначалась реабилитационная терапия, медикаментозная и не медикаментозная, которая дала хороший эффект. Все дети были выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Насридинова Н.Н.

НЕВРОЛИЧЕСКИЙ СТАТУС НОВОРОЖДЕННЫХ РОДИВШИХСЯ ОТ ЗАПОЗДАЛЫХ РОДОВ

Кафедра детских болезней №1 имени проф. Х.Дж. Аминова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Кабилова Б.Х.

Цель исследования. Оценить клинико-неврологическое состояние здоровья новорожденных, родившихся от запоздалых родов.

Материал и методы. Под наблюдением было 43 новорожденных родившихся в родильном отделении МК «Истиклол», от матерей с перенесенной беременностью со сроком гестации 41 и более недель.

Результаты исследования. У всех наблюдаемых нами новорожденных были отмечены признаки перенесенности, такие как банные стопочки, руки прачки, сухая, шелушащаяся, дряблая кожа, плотные кости черепа и т.д. Ранний неонатальный период почти у 60 % новорожденных протекал на фоне гипоксии. В тяжелой асфиксии родилось 8 (20%) новорожденных по шкале Апгар от 1 до 4 баллов на 5 минуте, остальные новорожденные родились в умеренной асфиксии, что по шкале Апгар составило от 5 до 7 баллов на 5 минуте. Сбор акушерско-гинекологического анамнеза выявил, что у 12 женщин (48 %) отмечались воспалительные заболевания органов малого таза, у 9 женщин (75%) в анамнезе были самопроизвольный выкидыши и аборт. многоводием у 4 (8,2%), маловодие у 7 (17,8%), преждевременное излитие околоплодных вод у 12(29,6%), почти у всех женщин околоплодные воды были окрашены меконием. Кесарево сечение было проведено 9 женщинам (22,5%), а применение метода вакуум-экстракции плода 14 (34,8%) роженицам.

Выводы. Проведенные исследования показали, что при сроке беременности более 41 недели нарушается состояние плода, увеличивается количество новорожденных, рожденных в асфиксии, и ухудшается течение периода новорожденности.

Ниёзова Д.Ш., Самижонов С.И.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГИПЕРБИРУБИНЕМИИ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Кафедра 1- педиатрии Бухарского государственного медицинского института имени Абу Али ибн Сино. Узбекистан.
Научный руководитель - Ниёзова Д.Ш.

Цель исследования. Изучить клинические особенности течения гипербилирубинемии при перинатальных инфекциях.

Материал и методы. Под наблюдением находились 44 новорожденных. Из них большой процент составили недоношенные 65,9% (29) дети и 36% (15) доношенные. Изучая гендерное различие выявлено 21 недоношенные и 6 доношенные дети мужского пола, Оценка состояния новорожденных проводилась по шкале Апгар и NACS (регистрация нервно-психического статуса новорожденных). Проведены биохимический анализ крови (билирубин, фракции щелочная фосфатаза, АЛТ, АСТ, мочевины, глюкозы). Изучены истории родов матерей, факторы риска реализации перинатальных инфекции, паритет, возраст матерей, трудовая занятость и наличие родственного брака.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что недоношенные новорожденные родились в сроке гестации от 28-36 недель, наибольшее роды произошли в сроке 32 недель (71%). Масса тела обследованных недоношенных детей находились в пределах 1050,0-2351,0, в среднем составило 1700,0 г. Большинство преждевременные роды приняты путём операции кесарева сечения, что составили 23 (79%) случаев.

Поражение печени имело место у всех новорожденных с перинатальными инфекциями; печень была увеличена от 0,5 до 2,5см, у 88% диффузные изменения паренхимы печени, деформация желчного пузыря у 9 детей

(23%), дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП) – у 4 (10,3%).

Во всех новорожденных имело место поражение ЦНС (76,9%); перинатальная энцефалопатия (ПЭП) – 31 случаев (76,9%), гипертензионно-гидроцефальный синдром (ГГС) – 12 (64,4%), перивентрикулярный отек головного мозга (ПВО) – 1 (2,6%), судорожный синдром – 1 (2,6%). Нарушение со стороны желудочно-кишечного тракта выражались в виде срыгивания – 17 (43,6%), вздутия живота – 4 (10,3%), рвоте – 1 (2,6%) случаях. Поражения кровеносной системы (анемия) – 7 случаев (18%). У 5 детей (12,8%) наблюдалось увеличение селезенки, у одного – конъюнктивит и у 7 – гипотрофия II степени (18%).

Выводы. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что гипербилирубинемия в периоде ранней неонатальной адаптации недоношенных и доношенных детей имеют место выраженные изменения в неврологическом статусе, дисфункция гепатобилиарной системы. В этиологии гипербилирубинемии ведущую роль играют перинатальные инфекции, в частности ЦМВ. Гипербилирубинемия более ярким клиническим проявлением протекает у недоношенных детей с риском на ядерную желтуху. Это связано с незрелостью органов и систем, в частности функциональной недостаточностью гепатоцитов и ферментопатией участвующих в обмене билирубина.

Ниязова Ш.О., Азизова П.Г., Махсумова Б.А.

ГИПЕРТЕРМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ СУДОРОГ У ДЕТЕЙ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Изучить связь гипертермического синдрома с развитием фебрильных судорог у детей, определить факторы риска, особенности клинической картины и наиболее эффективные методы профилактики и лечения.

Материал и методы. В детском приёмном отделении НМЦ «Шифобахш» с 2024 по 2025 год было обследовано 20 детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет, с гипертермическим синдромом. Проведен анализ анамнестических данных, клинических проявлений, частоты судорог, а также использованы лабораторные и инструментальные методы диагностики. Оценивалась эффективность применяемой терапии и профилактических мероприятий.

Результаты исследования. Под нашим наблюдением находились 20 детей. Состояние пациентов были тяжелыми и крайне тяжелыми, сопровождалось частыми судорогами. Результаты лабораторно-инструментальных данных: У детей с фебрильными судорогами отмечались повышенные уровни маркеров воспаления (С-реактивный белок, лейкоцитоз), электролитные нарушения (гипонатриемия, гипокальциемия) выявляются у 20-30% детей. Электроэнцефалография показала отсутствие эпилептиформной активности у большинства детей с фебрильными судорогами, подтверждая доброкачественный характер. Нейровизуализация применялась при сложных или атипичных судорогах для исключения структурной патологии мозга. Результаты данных исследований показали, что фебрильные судороги развились у 40% детей с гипертермическим синдромом, преимущественно в возрасте от 6 месяцев до 3 лет. Основными факторами риска судорог стали: Быстрый подъем температуры тела выше 39 °С; генетическая предрасположенность (наличие судорог в семейном анамнезе), неврологические нарушения, выявленные ранее.

Применение антипиретиков (ибупрофен, парацетамол) совместно с немедикаментозными методами (физическое охлаждение) позволило снизить риск повторных судорог на 70%.

У детей с частыми судорогами эффективным оказались применение противосудорожных препаратов, применяемые в условиях стационара.

Выводы. Гипертермический синдром является значимым фактором риска развития судорог у детей, особенно младшего возраста. Для профилактики и снижения частоты судорог необходимы своевременное снижение температуры, индивидуализированный подход к лечению, а также ранняя диагностика предрасполагающих состояний.

Норбутаев М.Б., Мансуров М. Ю., Мирзозода А.Ю

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ГОШЕ

Кафедра детских болезней № 1 им профессора Х.Дж. Аминова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - Али-заде Ш.Б.

Цель исследования. Описать клинический случай болезни Гоше, возникшей при неотягощенной наследственности у девочки 7 месяцев, описать диагностический алгоритм в условиях отсутствия возможности проведения генетического и молекулярного анализа, а также осветить особенности лечения и перспективы энзим-заместительной (генно-инженерной биологической).

Материал и методы. Наблюдалась девочка 7 месяцев с жалобами на вялость, недостаточную прибавку массы тела и частые кровоподтеки при минимальном механическом воздействии на ткани. При физикальном осмотре выявлены бледность кожных покровов, гепатоспленомегалия. По лабораторным данным выявлены тяжелая анемия (Hb 83 г/л) и тромбоцитопения (PLT 167×10^9 /л). Особенностью случая явилась неотягощенная наследственность и трудность в диагностике, обусловленная невозможностью провести полноценные генетические и молекулярные исследования (определение активности β -глюкоцереброзидазы и выявление мутаций в гене GBA). Диагноз был установлен на основании характерных клинико-гематологических признаков и дифференциального исключения других патологий.

Результаты исследования. В условиях ограниченных ресурсов и отсутствия молекулярно-генетического подтверждения диагноз «болезнь Гоше» был поставлен клинически, поддержан результатами лабораторных тестов (тяжелая анемия, тромбоцитопения, гепатоспленомегалия). После постановки диагноза ребенку начала проводиться симптоматическая терапия (коррекция анемии, контроль гемостаза, мониторинг функции печени и селезенки). Спе-

цифическая энзим-заместительная терапия (ЭЗТ), используемая в мировой практике (препараты имиглуцераза, веллаглуцераза альфа, талиглуцераза альфа), оказалась труднодоступной ввиду высоких затрат и дефицита в регионе. Несмотря на это, проводимые мероприятия по поддержке гемопоэза и коррекции анемии привели к некоторой стабилизации состояния ребенка: уменьшилось количество кровоподтеков, повысилась активность девочки, частично улучшились показатели гемоглобина и тромбоцитов. В то же время нарастание гепатоспленомегалии свидетельствовало о необходимости расширить доступ к ЭЗТ для предотвращения дальнейших осложнений.

Выводы. Представленный клинический случай болезни Гоше у девочки 7 месяцев свидетельствует о том, что неотягощенная наследственность не исключает риск развития редких наследственных заболеваний. В условиях ограниченных ресурсов и отсутствия доступного молекулярно-генетического анализа возникли существенные затруднения в быстрой и точной постановке диагноза. Специфическая энзим-заместительная терапия в мировой практике считается «золотым стандартом» лечения болезни Гоше, однако ее применение ограничивается высокой стоимостью и сложностью закупок в регионах с низким уровнем финансирования здравоохранения. Проводимая симптоматическая терапия позволила лишь частично стабилизировать состояние пациента, что подчеркивает критическую важность раннего начала ЭЗТ для улучшения прогноза и предотвращения необратимых органических изменений у больных болезнью Гоше.

Нуралиева Г.М., Сыпало Е.В.

ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ НЕРЕВМАТИЧЕСКОМ КАРДИТЕ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

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

Научный руководитель - д.м.н., профессор Исмоилов К.И.

Цель исследования. Анализ электрокардиографических изменений у детей с тяжёлым течением неревматического кардита и сравнение их с показателями здоровых детей.

Материал и методы. В процесс исследования были вовлечены 40 детей в возрасте от 1 до 5 лет с тяжёлым течением неревматического кардита, госпитализированных в кардиоревматологическом отделении ГУ НМЦ РТ – «Шифобахш» в период с января по декабрь 2024 года. Наряду с проведением физикального осмотра всем детям в течение исследования была проведена электрокардиография с анализом продолжительности интервалов, наличия аритмий и других изменений. Статистические показатели были рассчитаны с помощью компьютерных прикладных программ.

Результаты исследования. Наблюдаемые дети поступили в отделение с жалобами на быструю утомляемость (75,2%), апатию (68,3%), общую слабость (74,3%), одышку (88,7%), повышение температуры тела (91,5%), похудание (56,8%), повышенную потоотделяемость (84,7%), беспокойство (56,5%), акроцианоз (63,2%) и появление отеков на ногах (43,3%) и руках (21,7%). Проведённое электрокардиографическое исследование показало, что у детей с неревматическим кардитом наблюдалось увеличение средней продолжительности интервала PR на $0,04 \pm 0,001$ секунды по сравнению с детьми контрольной группы ($0,04 \pm 0,008$ секунды; $p < 0,01$). У больных детей с неревматическим кардитом отмечалась депрессия сегмента ST, и данный показатель составил $0,03 \pm 0,004$ секунды по сравнению с детьми здоровой группы ($0,01 \pm 0,002$ секунды; $p < 0,05$). При этом отмечалось удлинение интервала QT в среднем на $0,06 \pm 0,009$ секунды по сравнению с детьми контрольной группы ($0,035 \pm 0,002$ секунды; $p < 0,01$). В процессе наблюдения у 30% детей имели место эпизоды предсердной экстрасистолии. Случаи суправентрикулярной тахикардии наблюдались у 15% детей, что указывает на наличие нарушения проводимости и автоматизма, а также ишемии миокарда у данной группы детей в результате воспалительного процесса.

Выводы. ЭКГ-изменения при неревматическом кардите у детей характеризуются увеличением интервалов, свидетельствующих о наличии ишемии, а также эпизодами аритмий, что требует внимательного мониторинга и своевременного вмешательства. Данные результаты подчеркивают важность регулярного ЭКГ-контроля у детей с данным заболеванием для предотвращения серьёзных сердечно-сосудистых осложнений.

Нуриддинова С.С., Содикова О.Ш., Гайбуллаев Ж.Ш.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Кафедра 1-Педиатрии и неонатологии

Самаркандского Государственного медицинского университета. Узбекистан.

Научный руководитель - PhD, доцент Сирожиддинова Х.Н.

Цель исследования. Изучение особенностей клинической картины и лабораторных показателей у больных при различных формах гемолитической болезни новорожденных. С целью снижения инвалидности анализировать данные несовместимости АВО системы и резус конфликта у новорожденных детей.

Материал и методы. Изучены истории болезни и результаты клинико-лабораторного обследования у 35 новорожденных с гемолитической болезнью, из них 19 новорожденных с резус-конфликтной (I группа) системой и 16 новорожденных – с АВО несовместимостью (II группа).

Результаты исследования. Изучение и анализ клинико-лабораторных особенностей новорожденных, поступивших в отделение неонатологии ОДММЦ г. Самарканда показало, что распределение детей по группам крови с резус-конфликтной гемолитической болезнью было следующим: чаще встречалась, А(II) группа крови — у 9-47,3% детей, затем О(I) группа — у 8-42,1% детей, несколько реже В(III) группа — у 2-10,6%, АВ(IV) группа не встречалась. У новорожденных с несовместимостью по антигенной системы АВО также наиболее часто отмечалась А(II)

группа крови — у 8-50% детей, затем O(I) группа — у 6-37,5%, B(III) группа наблюдалась в 2-12,5% случаях. При оценке формы и степени тяжести гемолитической болезни у наблюдавшихся детей выявлено, что 45,8% детей в I группе и 31,6% детей во II группе имели тяжелое течение желтушной формы заболевания, в таком же процентом соотношении встречалось тяжелое течение анемической формы. Средняя тяжесть заболевания была диагностирована у 33,3% новорожденных I группы и 31,6% новорожденных I группы, легкое течение было выявлено, соответственно у 20,9% и 36,8% новорожденных I и II группы. Важнейшим симптомом, характеризующим гемолитическую болезнь новорожденных, является гипербилирубинемия. Гипербилирубинемия может быть безопасной и опасной в зависимости от ее причины и степени повышения уровня билирубина. Некоторые причины желтухи по своей природе опасны независимо от уровня билирубина. Однако, гипербилирубинемия любой этиологии является проблемой при достижении достаточно высокого уровня. Пороговый уровень для данной проблемы зависит от: возраста, степени недоношенности, состояния здоровья. При резус-конфликтной гемолитической болезни у 66,7% новорожденных отмечено раннее её появление, в первые 6 часов жизни, что было чаще, чем при ABO-гемолитической болезни (42,1%).

При ABO гемолитической болезни у 47,9% наблюдаемых желтуха выявлялась в конце первых суток жизни. При анализе уровня билирубина в сравниваемых группах выявлено, что в группе с резус-конфликтной гемолитической болезнью общий билирубин крови составил при легкой форме $34,1 \pm 5,3$ мкмоль/л, при среднетяжелой форме $44,6 \pm 3,4$ мкмоль/л и при тяжелой $78,9 \pm 7,42$ мкмоль/л, при этом почасовой прирост билирубина в среднем составлял $7,3 \pm 6$ мкмоль/л. При несовместимости по антигенам системы ABO, средний уровень билирубина при легкой форме составил $38,9 \pm 4,2$ мкмоль /л, при средней тяжести $42,5 \pm 9,9$ мкмоль/л, и при тяжелой $68,8 \pm 8,3$ мкмоль/л, при этом средний почасовой прирост билирубина составил $7,0 \pm 0,9$ мкмоль/л.

Выводы. Исследования показали, при гемолитической болезни новорожденных по резус-фактору больные рождаются с более тяжелой формой по сравнению с гемолитической болезнью новорожденных по ABO системе, что влияет на интенсивность проведения неотложной терапии. В связи с этим новорожденные с материнской Rh (-) в анализе, должны находиться на строгом диспансерном учете, что несомненно способствует снижению инвалидизации и даже летальному исходу среди детей.

Олими Ф.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ADOS В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Центр ментального здоровья Инсайт. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., врач высшей категории Умарова М.Ф.

Цель исследования. Применение метода ADOS (Autism Diagnostic Observation Shedule) для точной диагностики расстройств аутистического спектра (РАС).

Материал и методы. Метод ADOS (Autism Diagnostic Observation Shedule) - это стандартизированная методика наблюдения для диагностики расстройств аутистического спектра (РАС). Он широко применяется в детской практике для оценки социальных, коммуникативных и поведенческих особенностей ребёнка. Он демонстрирует высокую чувствительность (то есть способность правильно выявлять детей с РАС) и высокую специфичность (способность отличать РАС от других нарушений развития). В период с января 2024 года по январь 2025 года было обследовано 201 детей с подозрением на расстройства аутистического спектра (РАС), с использованием метода ADOS. Основными направляющими специалистами были неврологи (25,8%), специалисты ОО «Ирода» (25,3%), педиатры (10,9%), нейропсихолог (10,9%), а также самообращения (10,9%) и рекомендации знакомых (6,9%). Наибольшая доля обследованных детей относилась к раннему детскому возрасту (1-3 года) - 53,7%, дошкольному (3-6 лет) - 34,3 %, младшему школьному (6-10 лет) - 10,9%, подростковый возраст (10-15 лет) составил 0,99%. Большинство пациентов были из г. Душанбе (79,1%), остальные обратились из регионов Таджикистана.

Результаты исследования. По результатам диагностики ADOS у 10,4 % детей РАС был исключён, у 24,3% выявлена лёгкая степень обеспокоенности, 2 42,2% - средняя, у 20,9% -высокая, а у 1,4% - зафиксирован спектр аутизма. Данные подтверждают эффективность метода ADOS в выявлении РАС и подчёркивают необходимость ранней диагностики для своевременной коррекции.

Выводы. Метод ADOS является эффективным инструментом для диагностики РАС в детской практике. Он помогает получить объективные данные о симптомах ребёнка, но требует комплексного подхода и опытного специалиста для точной интерпретации результатов.

Ондабаева З.М., Махсетбаева Н.С.

СТРУКТУРА ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ НА ФОНЕ ИНДУКЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии». Казахстан.

Научный руководитель - к.м.н. Манжуова Л.Н.

Цель исследования. Изучить частоту, структуру и факторы, способствующие развитию патологии желудочно-кишечного тракта у детей с острым лимфобластным лейкозом, на фоне индукционной химиотерапии.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование (2021-2023 гг.), которое включало больных, получавших химиотерапию по I протоколу программы **AIEOP-2009** в онкогематологических отделениях Научного центра педиатрии и детской хирургии. Изучены медицинские карты 133 детей в возрасте от 1 до 17 лет, больных острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ). Из них мальчики - 73(54,9%), девочки - 60(45,1%). Медиана возраста составила 5,6 (1-16) года. Распределение детей по возрасту показало наибольшую численность в группе детей дошко-

льного возраста. Распределение детей в зависимости от группы риска показало, что основная группа пациентов с ОЛЛ соответствовала группе стандартного риска. Для определения зависимости осложнений от получаемой химиотерапии было проведено сравнение частоты и структуры осложнений на первой (фаза IA) и второй фазе (фаза IB) протокола. Оценивали жалобы, клиническую симптоматику, лабораторные показатели крови у детей. Оценивались ассоциации между клиническими факторами (количество лейкоцитов в крови в период возникшего осложнения, группа риска лечения), абсолютное количество нейтрофилов (АКН) и инфекционными событиями. Для оценки тяжести течения того или иного осложнения использовалась шкала токсичности Национального института рака США, 2-й пересмотр.

Результаты исследования. Сравнение частоты в целом осложнений у детей на 1ой и 2ой фазе терапии ОЛЛ показало превалирование осложнений на 2ой фазе протокола (66,1%), включающей терапию цитарабином. В структуре поражения ЖКТ на фоне терапии ОЛЛ у детей исследуемой группы наиболее частым осложнением оказался стоматит, который встречался почти у половины пациентов (48,1%). Далее в 34,6% случаев (46 детей) диагностирована энтеропатия. Панкреатит был отмечен во время лечения у 39 (29,3%) пациентов. Клинико-лабораторные признаки гепатита наблюдались у 64 (48,1%) пациентов. У 22,5% (30) детей наблюдались склонность к запорам. При анализе тяжести течения стоматита отмечено, что у 54,1% (n=72) детей поражение слизистой оболочки рта соответствовало I степени токсичности, у 38,3% (n=55) стоматит соответствовал II степени токсичности, у 6,7% (n=9) - III степени. Оценена связь между частотой развития стоматита с АКН. Энтеропатия во время лечения, отмечена у 46 (34,6%) пациентов. Наиболее часто 66,1% энтеропатия наблюдалась I степени, что соответствовало клинике у 22,5% был II степени (симптомы), у 7,5% - III степени, у 4,5% - IV степени. У 30 детей лечение основного заболевания сопровождалось склонностью к запорам. Отсутствие самостоятельного стула в течение 3 и более дней чаще у 25 детей, что соответствовало 83,3% от всей группы детей с запорами наблюдалось у детей в I фазе протокола. Такая частота нарушения моторики кишечника вероятнее всего была обусловлена получаемой согласно протоколу терапии препаратом Винкристин.

Выводы. Таким образом, осложнения со стороны ЖКТ являются частыми осложнениями, влияющими на качество жизни больных детей и их терапию. Частота и тяжесть течения осложнений во многом зависят от количества лейкоцитов, а именно от абсолютного количества нейтрофилов. Снижение уровня АКН ниже 1000 клеток/мкл увеличивает риски развития стоматита и энтеропатии. С учётом частоты осложнений на 2ой фазе терапии следует предполагать о более высокой токсичности цитарабина.

Равшанов Ш.У., Гажиян Н.Э.

ЧАСТОТА ПРОЯВЛЕНИЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Кафедра педиатрии лечебного факультета СамГМУ. Узбекистан.

Научный руководитель – DSc, доцент Гарифулина Л.М.

Цель исследования. Определение частоты проявлений метаболического синдрома (МС) у детей с ожирением.

Материал и методы. Базисным компонентом МС служит абдоминальное ожирение (IDF), в связи с чем наши исследования были проведены в группе детей с равномерным ожирением I группа (25 детей) и в сравнительном аспекте с группой детей с абдоминальным ожирением (27 детей). Проведены антропометрические исследования, определен липидный и углеводный спектр крови. Диагноз МС ставился на основании критериев IDF.

Результаты исследования. Показали, что из общего числа детей с АО МС выявлен у 19 (70,3%) детей с ожирением. При этом 8 детей (29,6%) детей зарегистрирован неполный МС (сочетание главного критерия с двумя дополнительными). Сочетание АО с тремя и четырьмя дополнительными компонентами отмечался соответственно в 25,9% и 14,8% случаях. Были зарегистрированы следующие клинические варианты МС, а именно сочетание АО с гипергликемией, повышением ТГ и АД, снижением ХС ЛПВП – 3,7%; сочетание АО с положительным глюкозотолерантным тестом, повышением ТГ и АД, повышением индекса НОМА R – 3,7%; сочетание АО с повышением общего холестерина, снижением ХЛПВП, инсулинорезистентностью, повышением гликированного гемоглобина – 7,4%. Из трех признаков наиболее часто встречалось сочетание АО с инсулинорезистентностью, снижением ХС ЛПВП, и гипертриглицеридемией – 14,8%. Интересен тот факт, что у 8 (29,6%) детей с АО имело место сочетание висцерального ожирения с одним дополнительным компонентом, в связи с чем их можно отнести к группе риска по формированию МС. Также и в I группе с ожирением без наличия АО у 24 % (6) детей имело место сочетание двух и более дополнительных компонентов без АО, что также позволяет рассматривать их как угрожаемых по развитию МС. Следует отметить, что нами было проведено исследование дополнительных критериев метаболического синдрома, а именно наличие микроальбуминурии (МАУ). При исследовании уровня альбумина в моче у больных с равномерным типом ожирения патологическая МАУ выявлена у 5 (20,0%) больных, у 14 (56,0%) пациента находилась в пределах физиологических значений и у 6 (24%) больных отсутствовала. У детей с абдоминальным ожирением патологическая МАУ выявлена у 14 (51,8%) больных (p<0,01 по сравнению с I группой), и у 13 (48,1%) пациента находилась в пределах физиологических значений (p<0,05 по сравнению с первой группой), случаев отсутствия МАУ не наблюдалось. В группе контроля случаев патологической МАУ не наблюдалось, МАУ в пределах физиологической нормы отмечалось у 9 (45, %), в остальных случаях наличие случаев альбумина в моче не наблюдалось. Таким образом у детей с АО во всех случаях отмечалось развитие того или иного осложнения, характеризующегося нарушениями углеводного, липидного обменов и АГ, а также микроальбуминурией, что свидетельствует о высокой частоте осложненного ожирения у детей регионе и необходимости разработки и проведения своевременных диагностических и лечебных и профилактических мероприятий.

Выводы. В основе развития МС у детей лежит эффект воздействия патологии углеводного, липидного обменов, а также пуринового метаболизма. У детей с абдоминальным типом ожирения чаще регистрируется патология углеводного обмена, изменения липидного профиля, при этом данные нарушения формируются с раннего возраста, до клинической ма-

нифестации МС. Установлено, что у детей с АО МС выявлен у 70,3%, при этом наиболее часто регистрируется неполный вариант МС в виде сочетания абдоминального ожирения с двумя дополнительными компонентами (29,6%).

Разокова К.Р.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Бабаева Л.А.

Цель исследования. Изучить клинико-диагностические аспекты бронхиальной астмы у детей.

Материал и методы. Обследовано 25 детей в возрастном диапазоне 7-16 лет с БА разной степени тяжести, находившихся на стационарном лечении в отделении аллергологии и иммунологии ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» г. Душанбе. С инфекционно-аллергической формой было 10 (40%), с атопической - 15 (60%) больных. Мальчиков было больше (64%) девочек (36%). Критерии включения - больные с диагнозом БА, установленным не менее чем за 6 месяцев до начала исследования. Проводилось комплексное клинико-anamnestическое и лабораторно-инструментальное обследование.

Результаты исследования. При сборе анамнеза были выявлены сопутствующие аллергические заболевания – аллергический ринит (72%), атопический дерматит (28%), крапивница (32%). Одним из часто встречающихся признаков у детей с БА был насморк. У 24% пациентов отмечались: заложенность носа и зуд (64%) с обильными водянистыми выделениями, при присоединении вторичной бактериальной инфекции выделения густые, вязкие (12%). При поступлении одним из ведущих симптомов был кашель, который чаще появлялся в ночное время (48%) или ранним утром (40%), у 3 (12%) больных кашель появлялся в любое время суток. В большинстве случаев (72%) сухой кашель появлялся внезапно ночью или утром. У 16 (64%) детей кашель был сухим, мучительным, указывающим на наличие аллергического воспаления в стенке бронхов. Признаком БОС был спастический характер кашля (32%). У 24% детей с вирусной инфекцией отмечался коклюшеподобный кашель. Сухой кашель, переходящий во влажный, с небольшим количеством слизистого секрета отмечался у 12% пациентов. Характерным симптомом являлась экспираторная одышка, появляющаяся внезапно. В 12% случаев отмечалось свистящее дыхание с присоединением одышки через несколько часов или на следующий день. У 15 (60%) больных преобладали симптомы беспокойства, бледность, свистящее дыхание, участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. В 20% случаев наблюдалось шумное, свистящее дыхание, умеренная экспираторная одышка, незначительное втяжение межреберных промежутков. При тяжелом БОС, наблюдавшемся у 2-х больных наблюдался периоральный цианоз, потливости, бочкообразная грудная клетка. Аускультативно выслушивались сухие свистящие, жужжащие хрипы по всем легочным полям (72%). Хрипы носили диффузный характер при среднетяжелом и тяжелом течении заболевания. У больных с легким и среднетяжелым течением болезни выслушивались рассеянные сухие хрипы. Рентгенологические изменения носили обратимый характер. У больных с тяжелым приступом бронхиальной обструкции отмечался признак гиперинфляции и неравномерности вентиляции легких, в 4% случаев наблюдалось усиление интерстициального рисунка. У 40% выявлены перибронхиальные изменения. В стадии ремиссии на рентгенографии легких (76%) отмечался нормальный легочный рисунок.

Выводы. В ходе проведенного исследования были выявлены сопутствующие аллергические заболевания. Оценка респираторных симптомов в качестве проявлений БА, обеспечивает преемственность ведения и наблюдения больных, позволяя назначить базисную терапию и добиться контроля болезни. Результаты проведенной лучевой диагностики показали, что рентгенологические изменения при БА обратимы и ограничиваются признаками усиления интерстициального рисунка, перибронхиальными изменениями и в редких случаях тяжелой неконтролируемой астмы эмфиземой.

Разокова К.Р., Зубайдзода Ш.И., Иброхимзода Г.А.

СИНДРОМ ЛАЙЕЛЛА-ЛАНГА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Бабаева Л.А.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения синдрома Лайелла-Ланга на примере клинического случая.

Материал и методы. Представлено описание клинического случая мальчика Ш., 13 лет, который находился на стационарном лечении в отделении детской аллергологии и иммунологии ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» г. Душанбе с диагнозом: лекарственная аллергия по типу синдрома Лайелла-Ланга (СЛЛ).

Результаты исследования. Жалобы при поступлении: появление сыпи по всему телу, на слизистых оболочках, зуд, болезненность кожи, повышение температуры тела до 40°C, озноб, слабость, раздражительность. Болен 3,5 месяца, когда впервые на лице появились эритематозные зудящие высыпания. Обратились к участковому дерматологу, назначено амбулаторное лечение. Состояние больного ухудшилось - высыпания распространились по всему телу. Обратились в ГЦ кожных и венерических болезней, где был выставлен диагноз: экссудативный распространённый псориаз, прогрессирующая стадия. Назначено амбулаторное лечение, на фоне которого появились: лихорадка; обильная пятнисто-папулезная сыпь с быстрым образованием пузырей и эрозивных поверхностей на лице, туловище, конечностях и половых органах, включая слизистые оболочки губ, полости рта, глаз. Несмотря на ухудшение состояния, Ш. получал лечение на дому. Через неделю был госпитализирован в отделение реанимации ГУ «НМИЦ «Шифобахш», где находился на лечении 3 дня с диагнозом: лекарственная аллергия по типу СЛЛ, стадия десквамации. После проведённого консилиума был переведён в детское отделение аллергологии и иммунологии ГУ «МК Ис-

тиклом». Состояние больного тяжёлое, заторможено. На коже лица, туловища, конечностей и половых органах - полиморфная эритематозная, пятнистая, болезненная при пальпации сыпь, склонная к слиянию. В местах эритематозных пятен - крупные дряблые пузыри с серозным и серозно-кровянистым содержимым, которые быстро разрывались, открывая большие участки кожи с мокнущей и болезненной поверхностью. Отмечался положительный симптом Никольского, кожа напоминала диффузный ожог II-III ст. Эрозивные изменения наблюдались на слизистой рта, губ, носа и половых органах. Склеры инъецированы. Площадь поражения составила 80%. Выражены симптомы интоксикации, обезвоживание. В динамике на эрозивных поверхностях появлялись язвенные образования. В крови отмечался лейкоцитоз, нейтрофилёз с палочкоядерным сдвигом, снижение уровня Hb, Ht, ускоренное СОЭ; гипокальциемия, СРБ=6,60мг/л; коагулопатия потребления. Мочевой синдром характеризовался умеренной протеинурией и незначительной лейкоцитурией. Выявлена положительная РСЛЛ к амикацину, цефтриаксону, цефотаксиму, гентамицину, супрастину, сандиммуну, преднизолону, линкомицину, аналгину, нутрикомпу, торизонту, метотрексату. Уровень общего IgE =240 МЕ/мл. На 7 день госпитализации эпидермис имел тенденцию к отслойке, новых булл не было. Прежние буллы самостоятельно вскрылись с образованием эрозивной поверхности, которая не имела тенденцию к заживлению. На 20 день температура тела повысилась до 39°C. В крови на стерильность высеян St. aureus. Цифры гемоглобина снизились до 58 г/л. Со стороны КЩС - метаболический ацидоз. На УЗИ - токсический гепатит, пиелонефрит. Осмотр офтальмолога - эрозивный кератит. Кератомалиция. Несмотря на проведённое лечение в течение 1,5 месяца, положительной динамики не наблюдалось. Присоединилась полиорганная недостаточность, которая привела к летальному исходу.

Выводы. СЛЛ - тяжёлое, жизнеугрожающее осложнение лекарственной терапии, которая может вызвать анафилактический шок и токсический эпидермальный некролиз. Ранняя диагностика и госпитализация позволяют вовремя создать специальные условия ухода за больными, назначить эффективную терапию с целью предотвращения развития угрожающих жизни ребёнка осложнений, а также улучшить прогноз заболевания.

Разокова К.Р., Рахмонова М.Р., Одинаева Ф.А.

ТАШХИС ВА ПЕШГИРИИ ШАКЛИ ЛИПОМАТОЗЫ ПАСТОЗИИ ПАРАТРОФИЯ ДАР КЌДАКОНИ СИННИ ШИРМАК

Кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кўдакони МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тоҷикистон.
Роҳбари илмӣ - муаллими калони кафедра Хоҷаева О.Т.

Мақсади таҳқиқот. Асоснок кардани ташхис ва пешгирии шакли липоматозӣ-пастозии паратрофия дар кўдакони синни ширмак.

Мавод ва усулҳо. Мавод барои маълумоти таҳлили ретроспективи таърихи бемории 12 кўдаки синни ширмак (аз 3 моҳа то 12 моҳа), ки аз моҳи январи соли 2023 то моҳи августи соли 2024 дар маҷмааи тиббии «Истиқлол» дар шўъбаи аллергологии барои муоина ва табобат гирифта шудаанд. Ҳангоми ташхис, муайян кардани табобат ва пешгирӣ, мо таҳлили муфассали маълумоти анамнестикӣ, натиҷаҳои усулҳои клиникӣ ва лабораторӣ истифода бурдем.

Натиҷаҳои тадқиқот. Ҳама кўдакони муоинашуда аз рӯи дараҷаи паратрофия ба 3 гурӯҳ тақсим карда шуданд. Усулҳои объективи тадқиқот дараҷаи паратрофияро дар ҳама беморон муайян карданд, ки дар 6 бемор (50%) дараҷаи I, дар 4 нафар (33,3%) дараҷаи II-юм ва 2 нафар (16,6%) дараҷаи III-юм гузошта шуда буд. Индекси вазн ва қад ҳисоб карда шуд, ки барои ҳамаи кўдакон нишондод аз 90 боло буд. Дар ташхиси умумии хун муайян карда шуд, ки сатҳи Hb то 90-85 г/л, шумораи эритроцитҳо то $3,5-3,2 \times 10^{12}/л$; суръати тақшоншавии эритроцитҳо-15-21 мм/соат. Дар натиҷаи санҷиши биохимиявии хун паст шудани сатҳи калсий то 1,8-1,6 ммоль/л, Р камтар аз 0,81 ммоль/л, инчунин зиёд шудани сатҳи фосфатазаи ишқорӣ зиёда аз 500 воҳид/л муайян карда шуд. Бо дарназардошти тағйироти клиникӣ ва таҳлилҳои лаборатории муайяншуда, табобат таъин карда шуд, ки пархези махсусро дар бар мегирифт: мо тавсия додем, ҳангоми ҳӯрониши шири сина вақти дар сина мондан то 4-5 дақиқа барои кўдакони бо паратрофияи дараҷаи I-ум кам карда шавад. Ба кўдаконе, ки гирифтори паратрофияи дараҷаҳои II-III ба ғайр аз кам кардани вақти дар сари синаи модар буданаш ҳӯроки иловагӣ дар намуди шўрбои сабзавот бе илова кардани равған дар як шабонарӯз ба андозаи на зиёда аз 120-140 грамм дода шавад. Афшурдаи сабзавот бо микдори ками равған ва бе намак тайёр карда шавад. Дар ҳамин давра ба кўдакон массаж барои барқарор кардани фаъолияти инкишофи ҳаракат таъин карда шуд.

Ҳулосаҳо. Ҳамин тариқ, дар кўдакони гирифтори шакли липоматозӣ-пастозӣ паратрофияҳо пастшавии сатҳи Hb, СТЭ, ва афзоиши микдори фосфатазаи ишқорӣ дар заминаи тағйирёбии Са мушоҳида мешавад. Принсипҳои пешгирии шакли липоматозӣ-пастозии шакли паратрофия дар кўдакони синни ширмак ба маҳдуд кардани мондан дар синаи модар равона карда шаванд, ҳӯроқҳои иловагӣ ба монанди шўрбои сабзавот бе равған ва намак омода карда шаванд, гузаронидани массаж зарур аст.

Расулова С.А.

К ВОПРОСУ КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Исмоилов К.И.

Цель исследования. Изучить клинические особенности и состояние иммунной системы у детей пубертатного возраста страдающих пневмонией.

Материал и методы. Нами обследовано 38 детей, госпитализированных в отделение детской пульмонологии.

гии ГУ НМЦ «Шифобахш» по поводу очаговой, сегментарной и долевого пневмонии в возрасте от 9 до 16 лет. Наряду с общеклиническими методами исследования, бактериального посева мокроты, «золотой стандарт» диагностики рентгенографии органов грудной клетки определяли состояние клеточного иммунитета на 1-3 сутки болезни. Контрольную группу составили 20 условно здоровых детей сходных по возрастному составу с исследуемой группой.

Результаты исследования. Среди больных внебольничной пневмонией выявлено 20 (52,6%) детей с легким течением, у 11 (29%) подростков пневмония была средней тяжести, у 7 (18,4%) подростков выявлена тяжелая пневмония. Острое течение заболевания, которое проявлялось лихорадкой от 38 градусов и выше отмечалось у пациентов с пневмонией средней тяжести и тяжелой степени. Кашель с отделением мокроты, боль в грудной клетке, интоксикационный синдром наблюдались у 84% больных. У пациентов с легким течением внебольничной пневмонии отмечалась стертая клиническая картина заболевания и основными симптомами были слабость и повышенная утомляемость. При изучении иммунного статуса пациентов 1 группы выявлено снижение уровня зрелых CD3 лимфоцитов до $38,7 \pm 1,4\%$ и Т-хелперов (CD4 лимфоцитов до $30,67 \pm 1,02$) ($p < 0,01$). Отмечалось резкое увеличение CD25-лимфоцитов (почти в 2 раза) с рецепторами к ИЛ-2, что свидетельствует об активации иммунного ответа по клеточному типу. В остром периоде наблюдаются изменения в иммунной системе, выявлено достоверно снижение общего количества CD3 лимфоцитов, Т-хелперов и нарушение иммунорегуляторного индекса. В то же время у детей 2-ой группы общее количество CD3 лимфоцитов было значительно ниже ($44,95 \pm 1,78\%$) по сравнению с контрольной группой. Показатели Т-хелперов достигали $34,56\% \pm 1,7\%$, что значительно ниже ($p < 0,05$) аналогичных показателей детей 1-ой и контрольной групп. Выраженное увеличение CD8 лимфоцитов до $28,53 \pm 5,54\%$ ($p < 0,05$) у детей 2-ой группы свидетельствует о напряженности сопротивления первичным и вторичным вирусным инфекциям и усилении супрессорной активности клеточного иммунитета. Значительное повышение NK-клеток на 58% свидетельствует о наличии высокого воспалительного процесса и свидетельствует о вирусно-бактериальной ассоциации пневмонии у данной группы детей. У детей с тяжелым течением пневмонии выявлены нормальные количественные показатели CD3 и CD4 Т-лимфоцитов, но на фоне высоких показателей Т-лимфоцитов с цитотоксической активностью. В то же время наблюдалось повышение Т-лимфоцитов с супрессорной активностью на 59%, способствуя распознаванию и уничтожению клеток, несущих чужеродные антигены. Т-супрессоры секретируют факторы, инактивирующие Т-хелперы, подавляя их функцию. Увеличена активность NK-клеток на 59% ($p < 0,001$) и клеток с рецепторами к ИЛ на 93%.

Выводы. Таким образом, у детей пубертатного возраста при внебольничной пневмонии выявлена напряженность клеточного иммунитета, что проявлялось увеличением Т-лимфоцитов с супрессорной и цитотоксической активностью.

Расулова С.А., Закиллоева Ф.О.

ГИПОТРОФИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

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

Научный руководитель - д.м.н., профессор Исмоилов К.И.

Цель исследования. Изучить клинические особенности течения гипотрофии у детей раннего возраста.

Материал и методы. Мы изучали наиболее типичные клинические симптомы у 96 детей раннего возраста в возрасте от 2 месяцев до 2 лет, страдающих гипотрофией. Обследуемые дети находились на стационарном лечении отделения соматических заболеваний в ГУ НМЦ «Шифобахш». Для определения степени тяжести гипотрофии использовали таблицы Z-score.

Результаты исследования. Первую группу составили 24 ребёнка с гипотрофией I степени (-1 СО). Состояние детей удовлетворительное, отмечалось снижение эластичности кожи и некоторая её бледность, умеренное снижение аппетита (55,2%), наблюдалось истончение подкожно-жировой клетчатки на уровне пупка, грудной клетки (88%). Толерантность ЖКТ к пище не была нарушена. Психомоторное развитие соответствовало возрасту, однако у 17% детей наблюдались беспокойство и раздражительность. Рост детей первой группы соответствовал показателям здоровых детей.

Во вторую группу входили 33 ребёнка с гипотрофией -2 СО по показателю Z-score. Отмечались снижение эластичности кожи, бледность и сухость кожных покровов, тургор мягких тканей, подкожно-жировой слой отсутствовал на животе, груди, спине, был истончён на нижних, затем на верхних конечностях, сохранён на лице (98%), выявлялись мраморность и шелушение кожи, ломкость ногтей и волос. Отмечалась повышенная потливость, размягчение краёв большого родничка, облысение затылка, мышечная гипотония, сколиоз, позднее прорезывание зубов. Снижение эмоционального тонуса и активности ребёнка проявлялись в виде слабости, вялости, апатии. Задержка нервно-психического, двигательного развития и речи наблюдалась у большинства (52%) детей данной группы. Отставание в росте на 2-4 см наблюдалось у большинства (88%) больных. Снижение общей резистентности проявлялось частыми эпизодами ОРВИ, длительным, затяжным и атипичным течением заболеваний. В связи с уменьшением толерантности к пище аппетит снижен. Третью группу составили 39 (-3 СО, -4 СО) больных. Состояние было тяжёлое, внешний вид больных характеризовался крайней степенью истощения. Вид ребёнка напоминал скелет, кожа легко собиралась в складки, не расправлялась, свисала на ягодицах и бёдрах. Подкожно-жировой слой не обнаруживался на животе, груди, спине, верхних и нижних конечностях, комочки Биша отсутствовали (100%). Индекс Чулицкой был равен 0. Наблюдались признаки кальций-пенического варианта рахита. Наблюдались грубые изменения скелета в виде размягчения с односторонним уплощением затылка - краниотабеса, податливость и деформации грудной клетки: «грудь сапожника» или «куриная грудь», втяжение и углубление по ходу прикрепления диафрагмы - «гарри-сонова борозда», искривление ног О и Х образного вида. Рост больных был ниже на 7-10 см от средних возрастных показателей здоровых детей.

Выводы. Таким образом, гипотрофия является последствием несбалансированного обеспечения детского организма макро- и микронутриентами, приводит к глубоким нарушениям обменных процессов, отражаясь на психомоторном и физическом развитии ребёнка.

Рахимбаева А.Б., Хатамов Б.С., Зиятдинова М.З.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Кафедра педиатрии и неонатологии НАО «Карагандинский медицинский университет». Казахстан.

Научный руководитель – Жумаханова К.С.

Цель исследования. Проанализировать современные проблемы вакцинопрофилактики среди детей в Казахстане, выявить ключевые факторы, влияющие на снижение уровня привитости, и разработать стратегии по увеличению охвата вакцинацией.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели использованы следующие методы: 1) Анализ статистических данных ВОЗ, ЮНИСЕФ и Министерства здравоохранения РК за период 2018–2023 гг.; 2) Социологический опрос 1000 родителей детей 0–16 лет в 10 регионах Казахстана (500 городских, 500 сельских); 3) Интервью с 50 педиатрами и эпидемиологами для выявления проблем, связанных с вакцинацией; 4) Изучение публикаций в Scopus, PubMed, РИНЦ по вопросам вакцинопрофилактики.

Результаты исследования. Анализ полученных данных позволил выявить ряд ключевых проблем и тенденций:

1. Снижение уровня вакцинации: В 2023 году уровень вакцинации против кори, краснухи и паротита снизился с 94% до 89%, против дифтерии и столбняка – с 92% до 87%, против полиомиелита – с 90% до 83%. В городах привиты 90% детей, тогда как в сельской местности – только 78%.
2. Основные причины отказов от прививок: 40% родителей отметили недостаток информации и влияние антинаучных мифов о вреде прививок. 30% боятся побочных эффектов и осложнений, не имея достаточных медицинских знаний. 20% подверглись антивакцинальной пропаганде, распространяемой в социальных сетях. 10% сообщили о дефиците вакцин в поликлиниках, особенно в сельской местности.
3. Отношение родителей и медицинского сообщества к вакцинации: 60% родителей доверяют врачам, но только 34% консультируются с ними перед прививкой. 72% родителей, отказавшихся от вакцинации, отмечают, что их решение основано на страхах и недоверии к фармацевтическим компаниям. 87% врачей заявили, что испытывают трудности в убеждении родителей, особенно из-за распространения мифов в интернете.
4. Последствия снижения уровня вакцинации: Среди непривитых детей риск осложнений от кори в 6 раз выше, чем у привитых, а от коклюша – в 8 раз. В Казахстане отмечено увеличение числа госпитализаций с осложнениями после перенесенных инфекционных заболеваний.

Выводы. На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы: В Казахстане отмечается снижение уровня вакцинации среди детей, особенно в сельских регионах. Основные причины отказов – недостаток информации, страхи перед осложнениями, антивакцинальная пропаганда и нехватка вакцин. Снижение уровня вакцинации увеличивает заболеваемость опасными инфекциями и риск осложнений. Необходимо усиление информационной работы с населением, повышение уровня доверия к врачам и цифровизация процесса вакцинации.

Рачабов Э., Назриев А.А

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИОКСИДОНИЙ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ

Кафедра педиатрии ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Научный руководитель - Шарипов А.Д.

Цель исследования. Изучить эффективность препарата «полиоксидоний» при рецидивирующем бронхите у детей

Материал и методы. Проведён анализ 32 историй развития детей (форм № 24) от 1 года до 12 лет, находившихся по поводу рецидивирующего бронхита в семейном центре Хамадонского района.

Результаты исследования. Проведён анализ 32 историй развития детей (форма № 24), которые находились на диспансерном учёте по поводу рецидивирующего бронхита. Рецидивирующий бронхит поставлен на основе рентгенологического обследования, общего анализа крови, бактериологического посева мокроты и результата наблюдения. Из 32 детей, которые находились под наблюдением, 17 из них наряду с антибактериальным, общеукрепляющим и физиотерапевтическим лечением также, получили полиоксидоний. 15 детей из указанных 17 получили лечение в момент обострения. Дети, которые не получили полиоксидоний, рецидив данной болезни, отмечался 3-4 раза в год и они лечились по поводу обострения 10-12 дней. Из 17 детей, которые получили во время обострения наряду с другими препаратами полиоксидоний, частота обострений сократилась до 1-2 раза в год и срок лечения на 6-8 дней.

Вывод. Таким образом, препарат полиоксидоний, усиливая фагоцитарную активность лейкоцитов, улучшает дезинтоксикационную функцию организма, таким образом быстрее наступает выздоровление и частота рецидивов уменьшается вдвое.

Ризоева М.Н., Абдурахманова У.Ш.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У ДЕТЕЙ И
ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Расулова С.А.

Цель исследования. Изучить клинические особенности, диагностические подходы геморрагического васкулита у детей для улучшения понимания этого заболевания, повышения точности диагностики и эффективности терапии.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в НМЦ «Шифобахш» г. Душанбе, находилось 118 детей с диагностированным геморрагическим васкулитом. Были проведены общеклинические и лабораторно-инструментальные методы исследования: общий анализ крови (ОАК), коагулограмма. Биохимические анализы для оценки функции печени и почек (АЛАТ, АСАТ, билирубин, креатинин, уровень мочевины) и общего состояния. Анализ мочи для выявления гематурии и протеинурии. Коагулограмма для оценки гемостаза. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (по показаниям). Использование данных из международных и национальных руководств по диагностике и лечению геморрагического васкулита.

Результаты исследования. Из 118 детей с диагнозом геморрагический васкулит, 88 (75%) продемонстрировали типичные кожные проявления в виде симметричной петехиальной сыпи, иногда в сочетании с эритематозными пятнами, преимущественно локализующимися на разгибательных поверхностях дистальных отделов нижних конечностей, постепенно распространяющиеся на бедра и ягодицы, волнообразного течения. У 70 (60%) пациентов отмечали суставные боли, особенно в коленных и голеностопных суставах. Абдоминальные симптомы (боль в животе, рвота) наблюдались у 56 (48) % детей, из них у 17 (15%) имели место кишечные кровотечения.

Лабораторные исследования: 114 (97%) детей показали изменения в анализах крови: тромбоцитоз $350-400 \times 10^9/\text{л}$ и лейкоцитоз $12.0-18.0 \times 10^9/\text{л}$, нормохромная анемия 1 степени (гемоглобин $90-100 \text{ г/л}$), СОЭ $35-40 \text{ мм/ч}$. Изменения в коагулограмме наблюдались у 112 (95%) детей – фибриноген $444-600$. У 20 (16%) пациентов зафиксированы отклонения в биохимических анализах — повышение уровня креатинина 134 мкмоль/л и мочевины выше 10 ммоль/л , в анализах мочи выявили гематурию и протеинурию, что указывает на вовлечение в патологический процесс почек. В анамнезе у 102 (87%) пациентов заболеванию предшествовала инфекция верхних дыхательных путей, аллергический фон у 29 (25%). В 96% случаев диагноз был установлен на основе клинических проявлений и лабораторных данных без необходимости дополнительных инвазивных процедур. Были проведены исключающие исследования, которые позволили дифференцировать геморрагический васкулит от других заболеваний (тромбоцитопении, тромбоцитопатии, заболевания соединительной ткани и ревматические заболевания). Данные результатов исследования подчеркивают важность своевременной диагностики и индивидуализированного подхода в лечении геморрагического васкулита у детей, а также необходимость дальнейшего мониторинга для предотвращения рецидивов и осложнений.

Выводы. Геморрагический васкулит у детей характеризуется разнообразными клиническими проявлениями, среди которых наиболее распространены кожные высыпания (пурпура), суставные боли и абдоминальные симптомы. Основное внимание в диагностическом процессе следует уделять клиническим проявлениям и лабораторным данным. Успешная диагностика может быть достигнута в большинстве случаев без применения инвазивных методов, что облегчает лечение и повышает комфорт для пациентов. Индивидуальный подход к терапии не менее шести месяцев и своевременное вмешательство существенно улучшают клинический исход у детей. Учитывая риск рецидивов, необходимо длительное наблюдение до года и регулярные контрольные обследования для детей, перенесших геморрагический васкулит, с целью своевременного выявления и коррекции состояния.

Рыбакова М.М.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА У РЕБЁНКА 14 ЛЕТ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Кафедра факультетской и поликлинической педиатрии ФГБОУ ВО

«Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова». Россия

Научный руководитель - ассистент Пизнюр И.В.

Цель исследования. Представление клинического случая сахарного диабета на фоне трансплантации почки у ребёнка 14 лет.

Материал и методы. Анализ клинического случая и первичной медицинской документации ребенка А. 14 лет.

Результаты исследования. Мальчик А. 2010 г. от 2 беременности, протекавшей с угрозой прерывания в 19-20 недель. Преждевременные роды на 34 неделе. Масса при рождении - 2150 г . Длина тела - 45 см . Оценка по шкале Апгар 5/6 баллов. В течение первых дней жизни в общем анализе мочи (ОАМ): протеинурия, лейкоцитурия. В биохимическом анализе крови (БАК): креатинин - $305,7 \text{ мкмоль/л}$, мочевина - $6,66 \text{ ммоль/л}$. УЗИ почек: мультикистоз правой почки, гипоплазия левой почки.

В 2011 г. в «Российская детская клиническая больница ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова» г. Москва по результатам цистографии: пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) IV-Vст. слева. Выставлен диагноз: Хроническая болезнь почек (ХБП) IV ст. Мультикистоз правой почки. ПМР IV-Vст. слева. 25.11.2011 г. произведена эндопластика устья левого мочеточника. До 2022 г. у ребёнка наблюдались эпизоды обострения пиелонефрита, анемии. Получал противорецидивную терапию.

Аллотрансплантация правой трупной почки произведена 27.09.2022 г. Одновременно выполнена нефруретерэктомия справа на базе ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени

Н.И. Пирогова». Рекомендации: такролимус 2 мг 1 р/д постоянно, преднизолон, майфортинк, бисептол, омепразол, амлодипин в возрастных дозах.

В 2023 г. госпитализирован в ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова». Анализ крови на паратиреоидный гормон от 15.05.2023 г.: 221,7 пг/мл (норма 10-65 пг/мл). Гистологическое исследование биоптатов почки от 16.05.2023 г.: фокальный глобальный гломерулосклероз. Интерстициальный фиброз и атрофия канальцев 0-I ст. Очаги острого канальцевого некроза. Диагноз: Отмирание и отторжение трансплантата почки. ХБП II ст. Вторичный гиперпаратиреоз.

Поступил в ГБУ РО «Областная детская клиническая больница им. Н.В. Дмитриевой» с жалобами на повышение уровня глюкозы до 7,6-9,0 ммоль/л натощак, 10-12 ммоль/л после еды. Гликированный гемоглобин от 22.10.2024 г.: 7,0%. Гормональный профиль (22.10.2024 г.): кортизол - 28,8 нмоль/л, С-пептид - 1100 пмоль/л. Диагноз: Сахарный диабет пост трансплантационный, впервые выявленный. Назначен инсулин - Аспарт 2 Ед 3 р/д. В настоящее время состояние ребёнка стабильно, ведётся динамическое наблюдение.

Выводы. Посттрансплантационный сахарный диабет является осложнением у пациентов, перенёсших трансплантацию почки, которое в значительной степени увеличивает риск отторжения трансплантата.

Саидмурадова Г.М., Каримова М.Б.

ПОКАЗАТЕЛИ КОАГУЛЛОГРАММЫ У ДЕТЕЙ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМИ ФОРМАМИ МЕНИГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ (ПО МАТЕРИАЛАМ Г. ДУШАНБЕ)

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Рахмонов Э Р.

Цель исследования. Изучение показателей коагуллограммы у детей с генерализованными формами менигококковой инфекции.

Материал и методы. Из 48 госпитализированных детей в возрасте от 3 месяцев до 18 лет в ГУ «ГКБДИБ г. Душанбе» с менигококковой инфекцией (МИ), нами изучены показатели коагуллограммы 22 (45,8%) детей с генерализованными формами МИ (ГФМИ). Диагноз МИ верифицирован эпидемиологическими, клиническими данными, а также выделением диплококка при бактериальном исследовании носоглоточной слизи, крови и спинномозговой жидкости путём микроскопии с окраской по Грамму, а также исследование показателей коагуллограммы – Протромбинового индекса (ПТИ), активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), содержание фибриногена, количества тромбоцитов, Д-димера, С - реактивного белка проведены в Референс лаборатории МЗ и СЗН РТ.

Результаты исследования. Из числа (22) госпитализированных с ГФМИ, у 16 (69,6%) детей заболевание протекало в виде сочетания менигококцемии с менингитом, у 4 (17,4%) гипертоксической формы, у 3 (13,0%) - менигоэнцефалита. Возрастная структура детей показала, что 2(9,1%) детей- первого года жизни, 4(18,2%) -от года до 3-х лет, 7(31,8%) - от 3 до 6 лет, 3(13,6%) - от 7 до 14 лет, 5(22,7%) - от 14 до 18 лет, причём 15(68,2%) из них составили мальчики, 7 (31,8%) девочки.

Острое начало болезни с выраженными симптомами интоксикации отмечено у всех (100%) детей, причём высокая температура до 39,5-40,3⁰С у 21 (95,4%), а фебрильная температура до 38,5-39,0⁰С лишь у 1(4,5%). Характерный специфический симптом менигококцемии - геморрагическая «звёздчатая» сыпь с некротическими элементами и одновременной высокой до 40,0 - 40,5⁰С лихорадкой отмечалась у 20(91%), причём с первого дня заболевания у 9(40,9%) детей отмечено быстрое появление маленьких точечных высыпаний в виде экхимозов, петехий и гемморагий на коже лица, у 11(50%) сыпь появилась на туловище, нижних конечностях, у 18(81,8%) детей на ягодичках и в области коленных и голеностопных суставов, что указывало на быстрое развитие септического процесса и инфекционно-токсического шока. У данных детей с распространением септического процесса и появлением специфической геморрагической сыпи одновременно отмечались осложнения в виде инфекционно-токсического шока (ИТШ) и ДВС- синдрома. ИТШ 1- степени отмечен у 11(55%), 2-3 степени у 5(25%), 3 степени у 4(20%) больных, ДВС-синдром 1 степени у 11(55%), 2-ой степени у 6(30%), 3-ей степени у 3(15%) детей. У всех детей с ГФМИ среднее содержание тромбоцитов составило 220,6±27,9 х 10⁹ /л, при этом у 4 (18,2%) с гипертоксическими формами содержание тромбоцитов было ниже 150 х 10⁹ /л, и только у 3(13,6%) детей их количество превысило 430 х10⁹ /л. Повышение показателя ПТИ более 1,0 отмечено у 2(9,1%), снижение меньше 0,9 – у 15(68,2%) детей и среднее значение ПТИ составило 0,82±0,1. У 12(54,5%) детей уровень фибриногена превышал 4 г/л и среднее его содержание составило 5,4±0,9 г/л. Среднее значение АЧТВ составило 30,9±3,0 секунды у 14(63,6%) детей, а удлинение более 39 секунд отмечалось у 8(36,4%), повышение Д-димера более 250 нг/л у 5(22,7%), С-реактивного белка более 1-3 мг/л у 17(77,3%) детей.

Выводы. Таким образом. У детей с ГФМИ с осложнениями в виде инфекционно-токсического шока (ИТШ) и ДВС- синдрома, изменения показателей коагуллограммы свидетельствуют о тенденции к развитию гипокоагуляции.

Саидов Х.Ш., Джурсав Д.К., Бурхонова М.Ш.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТЬ ТЕЧЕНИЯ И ГЕНЕЗ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ПРИ ЛЕЙКЕМИЯХ У ДЕТЕЙ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Мухаммаднабиева Ф.А.

Цель исследования. Выяснить злокачественность течения и генез летального исхода при лейкомиях.

Материал и методы. На базе национального медицинского центра «Шифобахш» под наблюдением находи-

лось 43 детей в возрасте от 3 до 16 лет. Контрольную группу составили 5 здоровых детей, приближённых к исследуемым группам по возрасту и полу. Комплексное исследование включало в себя общеклиническое и лабораторное обследование.

Результаты исследования. Злокачественность течения болезни проявлялась в виде резистентности к химиотерапии, пролиферативным и геморрагическим синдромам, а также у 6% детей проявлялся в виде нейролейкоза, у 34% - несвоевременное диагностирование. По данным зарубежных и отечественных авторов лейкоз протекает под маской всех болезней. Нарушения свёртываемости при опухолевых заболеваниях системы крови обусловлены самой неоплазией. Геморрагический синдром отсутствовал у 8% детей с острым лимфобластным лейкозом. В нашем случае летальный исход при злокачественном течении болезни наблюдался в возрасте 6-месячного возраста, до 3 лет и от 10-летнего возраста и выше. В 15% случаев геморрагический синдром был основным фактором, который привёл к гибели пациентов из-за массивных кровотечений и кровоизлияний, так как самая частая причина гибели пациентов с острым лейкозом - апоплексический удар, лёгочное кровотечение. По нашим данным и данных зарубежных источников, такое явление связано с несколькими обстоятельствами. Первое, что ведёт к данным последствиям - при острых лейкозах в различных органах и тканях, в том числе, в сосудистой стенке появляются очаги экстрамедуллярного кроветворения. Это говорит о том, что в стенке кровеносного сосуда появляется кроветворная ткань, из-за чего стенка сосуда становится хрупкой, что является базой для геморрагий. Второе, у пациентов появляется тромбоцитопения, данное явление при условии повреждения сосудистой стенки является основанием для длительного кровотечения.

Выводы. Полученные нами результаты говорят о злокачественности лечения, и летальный исход зависел от давности болезни, резистентности к химиотерапии и от возрастных особенностей, а также присутствии геморрагического и пролиферативного синдромов, которые могут привести к летальному исходу.

Сайлаубаев Е., Оспанова Н., Отарбек А.
ОСТЕОИД –ОСТЕОМА ПЛЮСНЕВОЙ ФАЛАНГИ СТОПЫ У РЕБЁНКА

Кафедра пропедевтики детских болезней «НАО МУС». Казахстан.

Научный руководитель - м.м.н., ассистент Рахимбаева С.Ж.

Цель исследования. Улучшение диагностики и идентификации опухоли, предотвращение ошибок в диагностике, впоследствии - оптимизация сроков лечения, возвращение ребёнка в обычный ритм жизни.

Материалы и методы. Остеод-остеома - одна из разновидностей доброкачественной опухоли костей. Встречается она в 4-11% случаев среди других заболеваний костной системы. Располагается чаще всего в диафизах или метафизах трубчатых костей, фалангах (как в данном случае), позвоночнике. При этом формируется ядро «гнездо» образования, и вокруг происходит образование костной ткани. Проведённый анализ литературы свидетельствует о низкой степени осведомлённости педиатров, семейных врачей в отношении данной костной патологии, её клинических проявлениях.

В данном клиническом случае остеод-остеома располагалась в плюсневой фаланге 3 пальца правой стопы. Использовали клинический осмотр ребёнка, компьютерную томографию, рентгенографию стопы, патоморфологические методы исследования.

Результаты исследования. Ребёнка беспокоила боль в указанной области, длительностью около полугода, не зависела от времени суток и физической нагрузки. Появление боли ни с чем не связывает. В динамике болевой синдром за последние месяцы до обращения усилился, там же визуально появилась припухлость, беспокоила хромота на правую ногу. Применяли самостоятельно ибупрофен и местно пластыри кетотоп для облегчения боли, но ближе к моменту обращения болеутоляющий эффект снизился. Была сделана рентгенография стопы в 2-х проекциях и КТ. Обратились за консультацией к онкогематологу, далее были направлены на обследование и консультацию ортопеда, травматолога. При осмотре отмечается отёчность в области плюсневых фаланг 3 и 4 пальцев правой стопы, при пальпации данной области резкая болезненность. Объём движения в суставах полный. Кожные покровы не изменены. Увеличения периферических лимфатических узлов не наблюдается. Нейроциркуляторных расстройств нет. На рентгенографии правой стопы в 2-х проекциях: булавовидное утолщение диафиза 3 плюсневой кости. На КТ голеностопных суставов и стоп: на уровне 3 плюсневой кости правой стопы определяется веретенообразная деформация средней трети диафиза в виде неравномерного утолщения кортикального слоя от 2,5 до 4,5 мм с признаками неравномерного сужения костномозгового канала. Гистологическое исследование 1 блок-препарата операционно-биопсийного материала (IV категория сложности (Патогистологическое заключение). Патогистологическая картина наиболее соответствует остеод-остеома. В лечении произведено удаление образования. Костная пластика. Гипсовая иммобилизация. Течение послеоперационного периода без осложнений.

Выводы. Данная патология на ранних стадиях имеет скудную симптоматику, не имеет чёткой клинической картины. В условиях поликлиники ценным является информация о длительном болевом синдроме, усиливающееся со временем, ослабевающее под влиянием НПВС. Комплексные исследования: рентгенография, компьютерная томография, патоморфологические методы позволяют идентифицировать доброкачественность опухоли на начальных этапах, т.е. ранняя диагностика и лечение позволяет ребёнку быстрее вернуться к обычной жизни.

Салимзода Н.С.

НЕРЕВМАТИЧЕСКИЙ КАРДИТ КАК ЧАСТОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Изучить частоту, характер и особенности течения неревматического кардита у детей в Республике Таджикистан в контексте постковидного синдрома.

Материал и методы. В исследование были включены 26 детей в возрасте от 2 до 10 лет с диагнозом: Постковидный синдром. Неревматический кардит с тяжелым течением и наличием сопутствующих заболеваний. Обследование проводилось в детском кардиоревматологическом отделении ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» в период с июля 2024 по январь 2025 года. Всем пациентам были выполнены общеклинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, определение уровня Д-димера, ЭКГ, рентген органов грудной клетки, эхокардиография. Диагностика наличия специфических антител (IgM, IgG) к SARS-CoV-2 проводилась методом ИФА.

Результаты исследования. Всего было госпитализировано 32 ребенка с диагнозом Неревматический кардит, из которых у 26 подтвержден постковидный синдром. Дети были распределены по возрастным группам: до 3 лет – 2 ребенка, 3-6 лет – 6 детей, 7-10 лет – 18 детей. Среди пациентов преобладали мальчики – 17 мальчиков и 9 девочек. Основные жалобы включали: лихорадку – у 25 детей, недомогание – у 22 больных, снижение аппетита – у 17 пациентов, головную боль – у 19 больных, одышку – у 22 детей, кашель – у 19 пациентов, потерю веса – у 19 детей, боли в груди – у 16 больных, отеки – у 5 детей. При объективном обследовании выявлены тахикардия – у 17 пациентов, брадикардия – у 2 больных, приглушенность сердечных тонов – у 15 детей. На ЭКГ наблюдались нарушения ритма, нагрузка на левый желудочек, АВ-блокада, нарушения реполяризации, отрицательный зубец Т. Эхокардиография показала увеличение размеров полостей сердца, утолщение стенок, снижение сократимости желудочков. По степени сердечной недостаточности (СН): 1 степень – 7 пациентов, 2А степень – 8 больных, 2Б степень – 11 детей. В периферической крови отмечались: лейкоцитоз – у 10 пациентов, лимфоцитоз – у 13 больных, повышение С-реактивного белка (СРБ) – у 16 детей. Все пациенты имели положительный результат на IgG к SARS-CoV-2 при отрицательном IgM.

Выводы. Полученные результаты подчеркивают необходимость дальнейшего изучения постковидных поражений сердечно-сосудистой системы у детей для разработки эффективных стратегий диагностики и лечения. Неревматический кардит чаще диагностировался у детей старше 7 лет, преимущественно у мальчиков, особенно при наличии сопутствующих заболеваний и поражения легких. Ранняя диагностика патологии требует комплексного подхода с использованием современных инструментальных методов. Это позволяет своевременно корректировать лечение и улучшить прогноз для пациентов.

Салимзода Н.С., Нуралиева Г.М., Файзуллоев Ф.А.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ У ДЕТЕЙ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Давлатова С.Н.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения, проявлений и лабораторных показателей при системной красной волчанке (СКВ) у ребёнка.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в детском кардиоревматологическом отделении с 22.11.2024 по 07.12.2024 года находилась пациентка О., 11 лет. Были проведены сбор анамнеза, осмотр, лабораторные исследования крови и мочи. Для постановки окончательного диагноза использовали специфические тесты на наличие антител к ядерным антигенам (ANA) и антител к двухцепочечной ДНК (анти-dsDNA). Из инструментальных методов проведены ЭКГ и ЭхоКГ, рентген грудной клетки, УЗИ внутренних органов.

Результаты исследования. Девочка поступила с жалобами на высыпания на лице, туловище и конечностях, боль в суставах, гипертермию, выраженную слабость, сердцебиение, снижение аппетита, боль в области сердца, частое мочеиспускание. Из анамнеза заболевания выяснилось, что девочка больна в течение последних 1,5-2 месяцев. Заболевание началось с гипертермии, болезненности суставов, слабости, недомогания, по поводу чего была обследована по месту жительства. Из-за высокого уровня СРБ и антистрептолизина пациентке назначили бициллинотерапию. Вскоре появилось покраснение кожи лица в области скул, и родители обратились в ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш». При обследовании обращает на себя внимание ярко-красное высыпание на лице по типу симптома «бабочки» и красные точечные высыпания на лице, спине, руках, в области ягодиц, боль в коленных и других суставах. Дыхание не учащено. ЧСС-110 уд/мин, тоны сердца ритмичные, слегка приглушены. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастрии, увеличение печени на 3см, селезенки – 2см. В клиническом анализе крови: RBC – 4.09 млн, Hb – 114 г/л, цветовой показатель-0.83, WBC – 7.6 тыс., Neu – 65%, Lym – 29%, Mon – 5%, Eos – 1.0%, Pl-281тыс., СОЭ – 63 мм/ч. Биохимический анализ крови: АсАТ-61.3 ед/л. Уровень Вит Д – 6.32 нг/мл. Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, прозрачность – мутный, белок – 0.066%, лейкоциты – 22-28 в п.зр., эритроциты – 0-1 в п.зр., цилиндры гиалиновые – 3-4 в п.зр., цилиндры зернистые – 18-19 в п.зр., слизь – умеренное количество, соли – ураты. Результаты анализа антител к ядерным антигенам (ANA) положительный – 7.76 (0.00-0.7КП); анализантител к двухцепочечной ДНК (анти-dsDNA) – IgG- 41.93 (0.0-10.0МЕ/мл) оказался высоким. На ЭКГ: синусовая тахикардия, незначительная гипертрофия ЛП и ЛЖ, признаки нарушения реполяризации желудочков. На ЭхоКГ – митральная не-

достаточность. Регургитация 1 степени. Уплотнение митрального клапана. Фракция выброса – 53%. Незначительная гипокинезия левого желудочка. На УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства: гепатоспленомегалия. Диффузные изменения паренхимы печени и селезёнки. Расширение селезёночной вены. Рентгенография легких: острый бронхит. Ребёнку выставлен диагноз: «Системная красная волчанка. Острое течение (дерматит, полиартрит, кардит). Инфекция мочевыводящих путей». Была назначена терапия: преднизолон 1мг/кг 3 дня в/в, затем внутрь, метотрексат 1 мг/кг, аспаркам 175мг по 1 таб. 2 раза в день, кальция глюконат 10% 5 мл-1раз в/в, тавегил 1.0 в/в, амикацин 100 мг 2 раза в/м, однократное введение витамина Д₃ 300000Ед в/м, аскорутин по 1 таб. 3 раза в день. На фоне проведённой терапии состояние ребёнка улучшилось, нивелировались точечные высыпания, симптом "бабочки", улучшилось самочувствие и аппетит пациентки.

Выводы. Результаты исследования показали, что у данной пациентки имеет место классический вариант СКВ с проявлениями дерматита, кардита, полиартрита и позволяют утверждать, что поражение внутренних органов относится к числу частых и наиболее тяжелых проявлений СКВ, что требует всестороннего обследования, точной постановки диагноза с целью выбора правильной тактики лечения и предупреждения грозных осложнений заболевания в детском возрасте.

Санакбай Ж.Ж.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕРАПИИ НЕЙРОБЛАСТОМЫ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней имени профессора Н.А. Барлыбаевой. НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова. Казахстан.

Научный руководитель - к.м.н. Тулебаева А.Б.

Цель исследования. Анализ результатов терапии нейробластомы (НБ) согласно протоколу NB-2004 у детей в клинике НЦПиДХ.

Материал и методы. Анализированы результаты терапии у 150 пациентов с НБ, находившихся на лечении в отделении онкологии и гематологии НЦПиДХ, за период с 2018 по 2022 годы. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программ Excel 2010 и IBM SPSS Statistics 22.0.

Сравнительный анализ проводился по следующим параметрам: пол, возраст при постановке диагноза, локализация опухоли, стадия заболевания, молекулярно-генетические факторы. При распределении по полу из 150 пациентов мальчиков было 78 (52%), девочек - 72 (48%). Средний возраст наблюдаемых пациентов составил 2,2 года: с преобладанием детей от 1-5 лет.

По топографическому расположению опухоли: превалирует локализация в забрюшинном пространстве 122 пациента, в средостении - 14 пациента, в области шеи - 3 пациента, первично-генерализованное - 11 пациентов. Согласно стадированию: 1 стадия - 20 пациентов, 2 стадия - 9 пациентов, 3 стадия - 18 пациентов, 4 стадия, самая распространённая - 93 пациента, стадия 4s – 10 пациентов. При стратификации на группы риска согласно протоколу NB-2004: к группе низкого риска отнесены 33 пациента (22%), к группе промежуточного риска - 18 (12%), к группе высокого риска - 99 пациентов (66%).

Впервые в Республике Казахстан с марта 2022 г. проводится протокол иммунотерапии пациентам с нейробластомой группы высокого риска. Общее количество детей, получивших и в настоящее время получающих препарат Динутуксимаб Бета, на сегодняшний день составляет 13 детей. Из них со стадией III - 1 пациента, остальные с IV стадией. 3 пациента в рецидиве со стабилизацией процесса. Всего было проведено 35 циклов. НЦПиДХ выбрал 10-дневную схему введения препарата.

Результаты исследования. При анализе результатов проведённой терапии по группам риска, ОВ группы наблюдения - 100%, ОВ промежуточной группы риска - 85,7%, ОВ группы высокого риска - 43,1%. ОВ у пациентов с амплификацией гена N-Мус - 23%, что подтверждает негативное влияние данного маркера на течение нейробластомы. Общая пятилетняя выживаемость во всей группе составила - 56,7%.

Выводы. Основной причиной запущенности НБ является слабая онкопедиатрическая настороженность врачей, которые приводят к поздней постановке диагноза и ухудшению прогноза заболевания.

Терапевтический протокол оказался малоэффективным у группы высокого риска, ОВ которой составила 43,1%, что соответствует данным мировых исследований. С 2022 г. в НЦПиДХ впервые внедрена иммунотерапия для пациентов группы высокого риска, что в дальнейшем даёт надежду повысить результаты выживаемости в данной когорте пациентов.

Сапатаева А.С.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ПЛЕВРОПУЛЬМОНАЛЬНАЯ БЛАСТОМА

Кафедра детских болезней имени профессора Н.А. Барлыбаевой. НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова. Казахстан.

Научный руководитель - к.м.н. Тулебаева А.Б.

Цель исследования. Описать клинический случай по плевропульмональной бластоме.

Материал и методы. Пациент Д., 17 лет, поступил с жалобами на кашель, потливость, затруднённое дыхание, одышку, зависимость от кислорода, повышение Т тела до субфебрильных значений в течение 2 недель, потерю в весе до 3 кг, утомляемость, слабость, вялость. Считает себя больным с сентября 2023 г., когда перенёс ОРВИ. Был госпитализирован в ННЦФ по подозрению на туберкулёз. Получил лечение, без динамики. Специфические анализы на туберкулёз - отрицательные. Переведён в НЦПиДХ. Пациенту проведено обследование: оценка лабораторных показателей в динамике, ЭКГ, УЗИ плевральной полости, рентген ОГК, КТ ОГК, КТ ОМТ, трансторакальная пунк-

ционная биопсия, гистология, цитология, микроскопия, иммуногистохимическое исследование.

Результаты исследования. По данным исследований: КТ ОГК - Фиброзные утолщения плевральных листков с кальцинатами. Мезотелиома? Лимфогенный канцероматоз? Участки консолидаций в проекции S3 справа, S2 слева. Жидкость в обеих плевральных полостях, перикардит. Лимфаденопатия внутригрудных, забрюшинных лимфоузлов. КТ ОМТ - кальцинированное образование в забрюшинном пространстве, в проекции левого надпочечника. Точечные кальцинаты в проекции правого надпочечника. Кальцинаты под капсулой левой почки в проекции верхнего полюса. Гепатомегалия. Экссудативный двусторонний плеврит. Цитология - клетки с резко выраженными признаками атипичности. Гистология - метастатическая недифференцированная опухоль плевры. Микроскопия - опухоль солидно-гнездного строения из компактно расположенных примитивных овоидных клеток со скудной цитоплазмой, небольшим ядерным полиморфизмом и гиперхромазией. Заключение ИГХ-исследования - морфологическая картина и иммунофенотип соответствует ППБ, тип 3 (солидный). По выше указанным результатам обследования выставлен диагноз - Плевропульмональная бластома, III тип. Было проведено лечение по блоку I2VAd (протокол CWS-2009).

Выводы. В повседневной практике врача-онкогематолога, ВОП достаточно редко можно встретить пациента с плевропульмональной бластомой. Так как ППБ является крайне редким, высокозлокачественным заболеванием, плохо поддающимся лечению, с высокой вероятностью неблагоприятного исхода. Нужно повысить онконастороженность в диагностике и лечении больных с затяжным течением респираторных инфекций и внедрить для диагностики заболевания молекулярно-генетическое исследование (определение DICER1-мутации).

Сафарова У.Ш., Абдурахманова У.Ш., Султонбеков Н.С.

СПЛЕНЭКТОМИЯ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ТАЛАССЕМИИ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Оценить роль脾切除术 в лечении пациента с наследственной гемолитической анемией.

Материал и методы. В детском гематологическом отделении НМЦ «Шифобахш» на стационарном лечении находился ребенок Б., 2016 г. с диагнозом Наследственная гемолитическая анемия, гомозиготное состояние по β -талассемии. Были проведены следующие лабораторные и инструментальные методы исследования: общий анализ крови, миелограмма, электрофорез гемоглобина, биохимия крови (общий белок, билирубин и его фракции, АЛАТ, АСАТ, железо, ферритин мочевины, креатинин), общий анализ мочи и кала; УЗИ печени и селезенки.

Результаты исследования. Пациент Б., 8 лет был под нашим наблюдением с трёх месяцев с диагнозом Наследственная гемолитическая анемия, гомозиготное состояние β -талассемии. Поступал раз в месяц с гемолитическим кризом. Состояние больного было тяжелым, сопровождалось анемическим, желтушным синдромами и гепатоспленомегалией (печень +5см, селезенка увеличена до малого таза (+7см)). Ребенок отставал в физическом и половом развитии от своих сверстников.

Лабораторные данные. Гемограмма: Эр – $1.2 \cdot 10^{12}$; НВ- 31г/л; НТ-25%; MCV-71.5фл; MCH-17.8; RDW-CV-10.2%; RDW-SD-30,1фл; WBC- $6.5 \cdot 10^9$ /л; Neu- $5.13 \cdot 10^9$ /л; lym- $8.7 \cdot 10^9$ /л; Mon- $0.42 \cdot 10^9$ /л; Eos- $0.01 \cdot 10^9$ /л; Bas- $0.00 \cdot 10^9$ /л; PCT-2,07мл/л; PLT- $173 \cdot 10^9$ /л; MPV-9,0фл; PDW-15,4; P-LCC- $45 \cdot 10^9$ /л; PLCR-19,3%; СОЭ-18мм/час. Миелограмма: костно - мозговой пунктат гиперрегенераторный. Количество бластных клеток не увеличено. Увеличен % промиелоцитов (7%). Белый росток сужен (48%), представлен клетками гранулоцитарного ряда, нейтрофилы и эозинофилы разной степени зрелости. Зрелых лимфоцитов 14 %. Красный росток гиперплазирован (51%). Эритропоэз нормобластический. При обзорном просмотре встретился 1 мегакариоцит, без отшнуровки тромбоцитов, встретилось 1 небольшое скопление тромбоцитов. Электрофорез гемоглобина: HBA₂-8%, HF-35%. Биохимия крови: общий белок-60г/л, общий билирубин- 94.0 мкмоль/л, прямой билирубин-22мкмоль/л, непрямой билирубин-72мкмоль/л, АЛАТ-36 Е/л, АСАТ-29 Е/л, сывороточное железо-32мкмоль/л, ферритин-1715нг/л, креатинин-41.7мкмоль/л, мочевины-4.9ммоль/л. Анализ мочи и кала без особенностей. По результатам УЗИ - гепатоспленомегалия и дополнительная доля селезенки размером 1.1см. Получал консервативную терапию в течение 8 лет: гемотрансфузию 1 раз в месяц, преднизолон, метаболиты, десферал, но последние 6 месяцев гемотрансфузии были 3 раза в месяц. Состояние ребенка ухудшалось и развивался синдром гиперспленизма.

Для снижения высокой гемотрансфузионной зависимости и синдрома гиперспленизма, а также улучшения качества жизни пациента, было рекомендовано провести脾切除术, и ребенок был переведен в отделение детской хирургии. Послеоперационный период проходил без осложнений, с улучшением показателей красной крови (Hb-98 г/л). Заметно улучшилось общее состояние больного по сравнению с дооперационным периодом. Для подъема и сохранения Hb на уровне 105-120 г/л наряду с гемотрансфузией, до и после операции назначался эпрекс из расчета 150ед/кг (в среднем 10000 МЕ) x 3 раза в неделю в течение 2-3 месяцев.

Выводы. При неэффективности консервативной терапии и тяжелой форме наследственной гемолитической анемии – β талассемии, одним из методов лечения является脾切除术, которая проводится с паллиативной целью для снижения высокой гемотрансфузионной зависимости и повышения качества жизни пациента. Удаление селезенки улучшает синтез порфиринов и сокращает запасы железа, способствуя нормализации гемоглобинообразования, позволяет сохранять гемоглобин на высоком уровне в течение продолжительного времени, тем самым способствуя увеличению продолжительности жизни пациента.

Сафарова У.Ш., Шарипова М.М., Содиков А.М.
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ВРОЖДЕННЫХ АПЛАСТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ.

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ходжаева Н. Н.

Цель исследования. Выявить диагностические маркеры для уточнения врожденной апластической анемии Эстрена-Дамешака.

Материал и методы. В детское гематологическое отделение НМИЦ РТ «Шифобахш» поступил 3-х месячный ребенок (первично) со слов матери с жалобами на появление геморрагических высыпаний на лице и слизистых оболочках полости рта, общую слабость, бледность кожи и видимых слизистых оболочек. Для подтверждения диагноза и оценки тяжести состояния больного проведены клинические, морфологические (цитологический и гистологический), а также инструментальные методы исследования.

Результаты исследования. Из анамнеза; ребёнок от первой беременности, роды срочные, родился с весом 3000 гр. Брак родителей неродственный. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез спокоен. Ребенок поступил в тяжелом состоянии. Объективно; кожные покровы бледные, с геморрагическими высыпаниями на лице и слизистых оболочках полости рта, подкожно-жировая клетчатка хорошо развита по всему телу. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, кожа над ними не изменена. Температура тела 36,7°C. Дыхание свободное через нос. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно; ясный легочной звук на всей поверхности легких. Аускультативно дыхание пузрильное, хрипов нет. ЧДД 30 в мин. Перкуторно границы сердца не увеличены. Аускультативно тоны сердца ясные, патологических шумов нет. Ритм правильный. ЧСС 110 в мин. АД 80/50. Язык влажный, горло равномерно бледно-розового цвета. Живот мягкий, безболезненный. Стул оформленный, 1 раз в день, регулярный. Область почек не изменена. Мочеиспускание свободное.

Лабораторно - инструментальные данные. Гемограмма; НВ-109г/л; RBC-3.40*10¹²/л; MCV-82.4фл,мкл*³; MCH-27.0%; CI-0,80; Ret-9%; PLT – 200*10⁹/л; WBC-12.77*10⁹; Neu-19%; пал-2%; сег-17%; Eos-5%; Bas-0; Lym-70%; Mon-6%; ESR-6мм/час; Ht-33.40%.

Миелограмма; костно-мозговой пунктат беден клеточными элементами. Количество бластных клеток не увеличено. Белый росток гипертрофирован 100%, представлен клетками гранулоцитарного ряда. Нейтрофилы и эозинофилы разной степени зрелости. Проходит эозинофильная реакция 10%. Увеличен процент зрелых лимфоцитов 70%. Красный росток клетки не встретился, встретились склеенные эритроциты, жировые пустоты. При обзорном просмотре мегакариоциты не встретились. Тромбоциты не встретились. Биохимия крови; Белок общий-56.2г/л; общий билирубин-7.46мкмоль/л; АЛАТ- 39.0Ед/л; АСАТ-50.3Ед/л. HBsAg-отр; HCV- отр; HIV-отр. Антитела к SARS Cov2 IgM-0.39 КП. Коагулограмма; аутокоагулограмма-11.6сек; тромбиновое время-20,2 сек; МНО-0.82; АЧТВ-22.2 сек; тромботест-IV; фибриноген А- 2.18г/л; протромбин индекс-120%; протромбин по Квику-122.0%; протромбиновое время-10.0сек. Прямая проба Кумбса-отрицательная.

Инструментальные данные. Нейросонография: расширение субарахноидального пространства и межполушарной щели. Узи брюшной полости без особенностей. Эхо-кардиография: митральное регургитация I ст.

К дополнительным и более современным методам исследования относятся: молекулярно – биологическое исследование - флуоресцентная гибридизация insitu (FISH- гибридизация), тест на ломкость хромосом с использованием бифункционального алкилирующего агента (диэпоксидбутан).

На основе анамнеза, клиники и лабораторных методов исследования был выставлен клинический диагноз; врожденная апластическая анемия Эстрена-Дамешака.

Выводы. Болезнь Эстрена-Дамешака относится к редким видам врожденной апластической анемии, которая требует своевременной диагностики. Выявленный нами клинический случай подтверждает, что несмотря на невысокую частоту встречаемости, практикующим врачам важно знать о данной патологии, уметь своевременно диагностировать её и дифференцировать с другими заболеваниями кроветворной системы.

Содикзода А.М., Файзуллоев Ф.А., Курбонов Ч.И.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ГРУДНОГО ВОЗРАСТА.

1. Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».
2. ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии». Таджикистан.
Научный руководитель к.м.н., доцент Таджибоева З.А.

Цель исследования. Изучить особенности течения и лечения детей раннего возраста с пароксизмальной тахикардией.

Материал и методы. Проведен анализ 12 больных с пароксизмальной тахикардией (ПТ) от периода новорожденности до 3-х лет. Большинство больных поступали с приступами ПТ в отделение реанимации, за исключением 3-х новорожденных, которые поступили в отделение новорожденных. Всем детям проводились общепринятые клинические исследования, в том числе ЭКГ и ЭХОКГ.

Результаты исследования. Среди основных причин ПТ были экстракардиальные: гипоксически-ишемическая энцефалопатия у 6-детей, врожденный порок сердца у 3, у 2-х кардит и у одного больного синдром WPW. Приступ ПТ диагностирован на основании внезапно возникающего приступа сердцебиения продолжительностью от нескольких минут до нескольких часов и даже суток (у одного больного) с частотой от 180 до 280 в одну минуту.

Клинически: у всех детей проявлялось выраженным беспокойством, отказом от еды, рвотой, одышкой, стоноющим дыханием.

На ЭКГ отмечались суправентрикулярная форма ПТ с частотой от 180 до 280 в 1 минуту, слиянием зубцов РТ, комплекс QRS был не изменён. После снятия приступа ПТ на ЭКГ отмечались признаки нарушения реполяризации желудочков в виде снижения сегмента ST, уплощения зубца Т.

У одного больного укорочение интервала PQ и наличие зазубрины на восходящем колене зубца R, что указывало на синдром WPW.

Для купирования приступа ПТ использовали АТФ из расчета 0,1 мг на кг, при неэффективности повторяли через 30 мин. У 4-х больных был кратковременный эффект, у 3-х детей приступ купировался после проведенной нейровегетативной блокады (сибазон, ГОМК). При отсутствии эффекта вводили верапамил 0,1 мг/кг детям старше 1-го года жизни. У 5-ти в связи с длительными повторными приступами ПТ назначали в/в капельно кордарон 5-10 мг/кг. После купирования приступа ПТ назначались кардио-метаболические препараты (оротат калия, L-карнитин, рибоксин).

Выводы. Таким образом в большинстве случаев приступы ПТ у детей раннего возраста развиваются при отсутствии органических поражений сердца и при своевременной диагностике и лечении имеют благоприятный исход.

Субхонова А.А., Хакбердиев У.Ч., Бахруллозода С.Б

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА С ЭКССУДАТИВНО - КАТАРАЛЬНЫМ ДИАТЕЗОМ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Изучить особенности течения обструктивного бронхита у детей с экссудативно - катаральным диатезом.

Материал и методы. Представлен клинический случай ребенка с обструктивным бронхитом в сочетании с экссудативно - катаральным диатезом. Для подтверждения диагноза и оценки тяжести состояния больного проведены клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты исследования. В отделении 3 ДСО ГУ Национальный медицинский центр «Шифобахш» поступил 4-мес. ребенок с жалобами со слов матери на повышение температуры, одышку, цианоз носогубного треугольника, тошноту, вздутие живота, снижение аппетита, похолодание конечностей. Ребенок от 4 беременности и родов с массой тела - 3500 гр. Роды прошли тяжело, с асфиксией. Околоплодные воды зелёные, многоводие. Ребенок поступил в тяжёлом состоянии. Кожа и слизистые оболочки бледные, зев гиперемирован. Пищу получает через назогастральный зонд. Дыхание через нос затруднено. Аускультативно выслушивается жёсткое дыхание, с сухими и влажными хрипами. ОАКрови: Гемоглобин - 133 г/л; Эритроцит - $4,30 \cdot 10^{12}$ г/л; Лейкоцит - $14,80 \cdot 10^9$ г/л; Нейтрофил - $4,0 \cdot 10^9$ г/л; Нейтрофилы - 21,0%; Лимфоциты - 69,0%; Моноциты - 4,0%; Эозинофилы - 2,0%; СОЭ - 2,0 мм/ч. Биохимия крови: С-реактивный белок - 10,0 мг/л; Са - 1,95 ммоль/л; Креатинин - 52,4 мкмоль/л. ОАМочи: Белок - 0,066 г/л; Лейкоциты - 22 - 27 в поле зрения; Эритроциты - 0,1 в поле зрения; Слизь - малое количество; Соли - ураты. ОАК: Лейкоциты - 3-5 в поле зрения; без серьезных изменений. Антитела на аспергиллез: отр. Анализ крови для опр. IgE - 8,5 (до 12 МЕ/л). Рентген грудной клетки: Острый бронхит. Пневмоторакс кишечника. Нейросонография: умеренное расширение субарахноидального пространства. УЗИ забрюшинного пространства: микролиты в почках. На основании анамнеза, клиники, лабораторных и дополнительных методов исследования был выставлен: обструктивный бронхит. Дыхательная недостаточность 1 степени. Экссудативно - катаральный диатез. В лечении ребенок получал: Ампициллин - Сульбактам, Цефепим, Карбомазепим, Амброксол, Лактобактерин, Флуконазол, ингаляции - Пульмикордом и Небутолом.

Выводы. Обструктивный бронхит на фоне экссудативно - катарального диатеза у детей имеет несколько особенностей: затяжное течение, связанное с гиперреактивностью бронхов и предрасположенностью к аллергическим процессам в бронхах.

Султонбеков Н.С., Курбонбеков Р.Д., Латипов Р.Ф.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛТУШНОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Давлатова С.Н.

Цель исследования. Рассмотреть клинко-лабораторные особенности течения желтух в неонатальном периоде.

Материал и методы. В отделении неонатологии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» с октября по декабрь 2024 года под нашим наблюдением было 34 пациента в возрасте от 2 суток до 30 дней с желтушным синдромом. Среди пациентов было 9 девочек и 25 мальчиков. Все пациенты были разделены на 4 группы: с гемолитической желтухой (ГЖ) был 21 ребёнок, по 4 пациента с конъюгационной (КЖ) и паренхиматозной желтухой (ПЖ), 5 новорожденных с механической желтухой (МЖ). Больным были проведены следующие методы исследования: общий анализ крови (ОАК), коагулограмма, биохимический анализ, бак. посев крови (по необходимости), ВИЧ-СПИД, гепатит В и С, а также рентген грудной клетки, и УЗИ внутренних органов.

Результаты исследования. На момент поступления состояние детей было тяжёлым. У 60% детей желтушность по шкале Крамера соответствовала 5 зоне, у 34% новорожденных - 4 зоне и 6% - 3 зоне, печень была увеличена до 3,5 см из-под края рёберной дуги. Среди детей с ГЖ у 9 была диагностирована гемолитическая болезнь новорожденных по АВО системе, у 8 – по Rh конфликту, у 2 - геморрагическая болезнь новорожденных, ещё у 2 - кефалогематома. В лабораторных исследованиях: ОАК- уровень Hb от 64 до 160 г/л, Эр- от 2.10 до $5,4 \cdot 10^{12}$, в коагулограмме у 2 была отмечена гипокоагуляция (фибрин-7,0, фибриноген-155,0). Биохимия: общий билирубин 175-635 мкмоль/л,

непрямой билирубин (НБ)- 119 - 424 мкмоль/л, прямой билирубин (ПБ)- 56 - 211 мкмоль/л. У 43% больных было отмечено повышение АЛАТ до 96 ед/л, у 57% - повышение АСАТ до 86 ед/л, у 81% новорожденных отмечено повышение СРБ - до 102 мг/л. В терапии 8 пациентам была проведена операция заменного переливания крови. Дети с КЖ были в основном недоношенные со сроком от 32 до 36 недель гестации. ОАК и коагулограмма были в норме. Биохимия: общий билирубин от 213 до 385 мкмоль/л, НБ от 127 до 253 мкмоль/л, ПБ на уровне 86 до 132 мкмоль/л, отмечено повышение АЛАТ до 114 ед/л, АСАТ до 125 ед/л, у 3 новорожденных - увеличения СРБ до 102 мг/л. У одного новорожденного с ПЖ в крови выявлены положительные титры IgM на ЦМВИ, в остальных случаях высеялась E.Coli, St.aureus и Klebsiella. ОАК: лейкоцитоз выше $14 \cdot 10^9$. Биохимия: Общий билирубин - 132 - 299 мкмоль/л, НБ 76 - 263 мкмоль/л, ПБ на уровне 36-98 мкмоль/л, отмечено повышение АЛАТ от 45 до 108 ед/л, АСАТ от 35 до 93 ед/л, повышение СРБ - от 24 до 108 мг/л. У детей с МЖ на УЗИ печени отмечены признаки не функционирующего желчного пузыря, атрезия желчевыводящих путей (АЖВП). ОАК и коагулограмма без изменений. Биохимия: Общий билирубин от 204 до 326 мкмоль/л, НБ - 36 - 70 мкмоль/л, ПБ - 110-256 мкмоль/л, АЛАТ от 52 до 59 ед/л, АСАТ от 40 до 52 ед/л, СРБ в норме. Во всех группах было зафиксировано как снижение общего белка-50г/л, так и альбумина-31 г/л.

Выводы. По результатам нашего исследования чаще всего (в 61% случаев) причиной госпитализации были ГЖ, при которых кроме анемии и увеличения НБ, отмечалось увеличение СРБ, что свидетельствовало о присоединении вторичной инфекции, которая усугубляла течение основного заболевания. Детей с КЖ было 11%, в основном недоношенные, что говорит о недоразвития ферментативной системы печени. У 11% больных с ПЖ увеличение НБ наблюдалось за счет поражения клеток печени на фоне основного заболевания. При МЖ выявилось увеличение ПБ, также АЖВП на УЗИ. Таким образом, наше исследование показывает, что желтушный синдром в неонатальном периоде представляет собой сложный симптомокомплекс, проявляющийся различными клиническими вариантами течения, и требующий индивидуального подхода к каждому пациенту.

**Султонбеков Н.С., Сафарова У.Ш., Тошмамадов Ш.Д.
САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1 ТИПА В ПРАКТИКЕ НЕОНАТОЛОГА**

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Представить особенности клинического проявления сахарного диабета 1 типа в неонатальном периоде.

Материал и методы. В условиях неонатального отделения НМИЦ РТ «Шифобахш» с 05.12.2024 под нашим наблюдением был пациент Т.М. в возрасте 1 месяца 7 дней по 12.12.2024 с диагнозом: Сахарный диабет 1 типа, тяжелое течение. Стафилодермия (Пемфигус новорожденного, псевдофурункулез Фигнера). Очаговая пневмония справа. Недостаточность дыхания 2 степени. Двухсторонний острый пиелонефрит. Ребенку, наряду с общеклиническими, были проведены следующие методы исследования: общий анализ крови, коагулограмма, биохимический анализ, кровь на стерильность, ВИЧ-СПИД, Гепатит В и С, общий анализ мочи и кала, а также рентген грудной клетки.

Результаты исследования. Со слов матери выяснилось следующее, что ребенок от 2-ой беременности и 2-ых родов, в условиях родильного дома в сроке 38 недель гестации с весом 3000. Период беременности проходил с токсикозом в 1 триместр беременности, вульвовагинитом, пиелонефритом, ОРВИ и анемией. Мать отрицает наследственные заболевания в роду. Брак не является кровнородственным. Со слов матери ребенок болен в течение недели, отмечалось появления высыпания на теле, слабое сосание груди, недомогание, тихий крик, заложенность носа, температура, синюшность кожи, выделения пены изо рта. Амбулаторное лечение получал, однако безрезультатно. Из-за ухудшения состояния ребенок был доставлен в НМИЦ «Шифобахш». Пациент был госпитализирован в отделение неонатологии, в палату интенсивной терапии. Общее состояние больного на момент поступления было крайне тяжелым. Тяжесть обусловлена основным заболеванием, неврологией, недостаточностью дыхания, интоксикационным синдромом. Отмечается оглушенность сознания, ребенок вяло реагировал на раздражения и осмотр. Цвет кожных покровов и слизистых бледные, с акроцианозом. На коже видны гнойничковые высыпания, размером от 4мм до 9 мм. В области рук и ног визуализируются высыпания с подсохшими корочками. Дыхание через нос, в акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура грудной клетки. ЧД-72-74 в мин., SPO2- 85% при поступлении. В легких выслушивается жесткое дыхание с мелкопузырчатыми хрипами. ЧСС 172-176 в мин., тоны приглушены. ОАК: Нб-150г/л, Эр-4,60*10¹², Лей-20*10⁹, Ней-2, %Ней-90%, %Лиф-6,0%, коагулограмма без изменений. Мочевина-9,2 ммоль/л, креатинин-138,2 мкмоль/л, СРБ-38 мг/л. HbsAg, HCV, ВИЧ- отр. При посеве из гнойничков высеялась Stf. Augus. Во время поступления уровень глюкозы 14,7, через час 18. Был приглашен детский эндокринолог и были сданы следующие анализы и рекомендации по терапии: суточный мониторинг глюкозы, гликолизированный гемоглабин, амилаза, ОАМ и внутривенное введения короткодействующего инсулина при увеличении глюкозы выше 13. При суточном мониторинговании глюкозы были следующие значения: на первые сутки минимально 14,7 доходило до 24,9, на вторые сутки от 4,0 до 17, на третий день от 8,6 до 16,4, глико-Нб-6,6%, амилаза 108,6, в ОАМ повышение уровня белка-0,099%, плотность мочи 1015, в моче выявлена глюкоза. Несмотря на внутривенное введения инсулина, после окончания действия препарата наблюдалось вновь повышение глюкозы. При повторном осмотре эндокринолога пациенту был поставлен диагноз: Сахарный диабет первого типа.

Выводы. Несмотря на то, что сахарный диабет крайне редко встречается в неонатальном периоде, большое значение имеет скрининг глюкозы в этом возрасте. Так как для манифестации сахарного диабета первого типа, необходим провоцирующий фактор, в нашем случае была пузырчатка. Поскольку сахарный диабет в неонатальном периоде является крайне тяжелым заболеванием, при несвоевременном выявлении он может иметь неблагоприятным исход для новорожденных.

Сухбатуллозода М., Муминова Н.Н., Мирзоев М.Н.
ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н, доцент Шарипова М.М.

Цель исследования. Изучение особенности течения бронхиальной астмы у детей.

Материал и методы. Под нашим наблюдением были 18 детей с бронхиальной астмой в возрасте от 5 до 14 лет, находившиеся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» с 2021 по 2024 годы. В зависимости от возраста дети были разделены на 2 группы, контрольную группу составили 20 здоровых детей соответствующего возраста. Кроме общеклинических методов проводили ЭКГ и ЭхоКГ исследование. Обследование ССС осуществляли методом электрокардиографии (ЭКГ) по общепринятой методике на аппарате «BIOCAREECT-1200» 2004г; ЭхоКГ, проводилось на приборе Vivad 3 (Genera lElectric, США), с секторным датчиком 2,5-5,0 МГц в двумерном М-режимах, импульсно-волновом и цветовом вариантах доплерометрии.

Результаты исследования. Состояние пациентов при поступлении были среднетяжелой и тяжелой степени, сопровождалось ночным кашлем пробуждением, и дети были в состоянии ортопноэ. Результаты лабораторно-инструментальных данных: общий анализ крови: эозинофилы - 5, СОЭ - 10, лейкоциты - 7.0, Ig E - от 240 до 1120. При анализе электрокардиографических данных выявлено существенное изменение биоэлектрической активности миокарда. Характеризуя основные зубцы ЭКГ, следует, прежде всего, отметить деформацию и снижение амплитуды предсердного зубца. Деформация предсердного зубца регистрировалась во многих отведениях и выражалась в его зазубренности и расщепленности. У многих обследованных достаточно часто обнаружены признаки неполной блокады правой ножки пучка Гиса, которая проявлялась в виде зазубренности зубца S в правых грудных отведениях. При обострении БА - показатели диастолической функции на трикуспидальном и полулунных клапанах обнаружили существенное колебание, а в митральном клапане по сравнению с контрольной группой значимых отличий не выявили. Что свидетельствует о способности миокарда сохранять свои эластические свойства и поддерживать нормальное расслабление ПЖ во время приступа БА. Так как обструкция бронхов в участках легких со сниженной вентилицией приводит к гипоксической вазоконстрикции, которая усиливает сопротивление в легочных сосудах.

В лечении использовали: 1. Ингаляционная терапия -b2 адреномиметики короткого действия (небутамол, сальбутамол) -3дня. 2 Системные глюкокортикостероиды в течение 3 дней. 3.Ингибиторы лейкотриеновых рецепторов-Монтелукаст. 4. Ацетилцистеин. По мере улучшения состояния, дети выписались домой под наблюдением семейного врача с использованием флутиказона в течение 3 месяцев по 2 дозы.

Вывод. Таким образом, наши исследование показало, что у детей с бронхиальной астмой среднетяжелой и тяжелой степени, когда повышается тонус стенки легочных сосудов, повышается давления в легких, что способствует увеличению давления в ЛА и способствует систолической перегрузке и снижению диастолической функции ПЖ, с формированием «Corpulmonale», у детей со стажем болезни более 6 лет, при тяжелом течении БА. Следует отметить, что не всегда удастся контролировать БА у детей в связи с нарушением диеты и несоблюдением рекомендаций врача.

Тагоева М.Н.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Мухаммаднабиева Ф.А.

Цель исследования. Изучение распространенности железодефицитной анемии (ЖДА) у детей, определение возрастных групп, подверженных наибольшему риску развития заболевания, анамнез причин ведущих к дефициту железа, а также оценка современных методов диагностики и терапии железодефицитной анемии у детей.

Материал и методы. В исследование были включены 17детей в возрасте от 6 месяцев до 12лет, проходящих лечение в гематологическом отделении НМИЦ РТ «Шифобахш». Были проведены следующие лабораторные и инструментальные методы исследования:ОАК(определение уровня Hb, эритроцитов,гематокрита,ретикулоцитов) анализ на сывороточное железо и ферритин, тест на трансферрин,анализ кала на скрытую кровь,УЗИ брюшной полости, ФГДС.

Результаты исследования. У детей с тяжелой анемией основными клиническими симптомами были бледность кожи, мышечная слабость, головокружение, утомляемость, беспокойство, раздражительность, сухость кожи, тахикардия, запор, понос (из-за нарушения всасывания). Все обследуемые дети в зависимости от причины и сопутствующих заболеваний разделили на 4 группы. Первую группу составили 8 (47,05%) детей с недостаточным поступлением железа с пищей, с средним течением заболевания. Вторая группа включала в себя 4 (23,5%) детей с нарушением всасывания в кишечнике, с тяжелым течением заболевания. Третья группа составила 3(17,6%) детей с потерей крови с тяжелым течением анемия. Последнюю группу 2 (11,7%) детей с нарушение транспорта железа (из-за снижения количества трансфертного белка). Лабораторные данные: Hb<90-85г/л.

Выводы. Железодефицитная анемия у детей может иметь разнообразные причины, требующие различных подходов в диагностике и лечении. Важно учитывать индивидуальные особенности каждого пациента и учитывать, как остальные, так и сопутствующие заболевания. Терапия должна быть направлена не только на восполнение дефицита железа, но и на лечение основного заболевания, вызывавшего анемию.

Тилавова А.К., Шухратова Д.Ш.
ВВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ КАРДИОВАСКУ-
ЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Кафедра 1-Педиатрии и неонатологии
Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан.
Научный руководитель – PhD Карджавова Г.А.

Цель исследования. Оценить эффективность лечебно-профилактических мероприятий у пациентов с бронхиальной астмой со средним и высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Материал и методы. Под наблюдением находились 88 детей с бронхиальной астмой со средним и высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний, требующих лечебных мероприятий. Группа со средним риском составила 38 детей, из которых 8 с тяжелой, 28 с умеренной и 2 с легкой степенью БА. Группу высокого риска составили дети с тяжелой 18 и 12 средней степенью БА.

Результаты исследования. Полученные результаты состояния ССС у детей с БА сравнивали с показателями детей с БА в группе сравнения, которые имели риск развития сердечно-сосудистых нарушений и не получали соответствующего лечения. Группа сравнения сформирована на приеме детского пульмонолога с использованием решающего правила прогнозирования риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Анализ полученных данных показал, что объем базисной терапии у детей с высоким уровнем развития сердечно-сосудистых заболеваний в большинстве случаев (87,5%, $n = 28$, $p < 0,01$) с использованием комбинированной терапии (ингаляционные кортикостероиды и длительно действующие β -2-агонисты (ИГКС и ДДБА)), в том числе фиксированной комбинации (62,5%, $n = 20$) у детей с тяжелой формой астмы (одинаково низкие и средние дозы) у 12,5% детей.

Таким образом, у детей с высоким риском сердечно-сосудистых нарушений развитие бета 2 - адреномиметиков в качестве базисной терапии в 3 раза выше, чем у детей со средним риском. В то же время все дети с неконтролируемой БА использовали (коротко действующие β -2-агонисты) КДБА для купирования симптомов астмы.

При оценке техники ингаляции выяснилось, что 37,7% ($n = 26$) детей выполняли ее неправильно. Использование спейсеров для доставки лекарств при ингаляции было нерегулярным у 42,1% ($n = 29$) детей.

Изменение базисной терапии для достижения контроля над БА было направлено на адекватность ингаляционной терапии, максимально возможное сокращение использования бета 2-агонистов, использование средних доз ИГКС и КДБА по мере необходимости на третьем этапе терапии и комбинация ИГКС + антилейкотриеновые препараты на 4-м этапе. Эффективность терапии определялась через 10-14 дней. Базовая терапия пересматривалась каждые 3 месяца.

Выводы. Таким образом, детям младшего школьного возраста, страдающим БА, необходимо проводить оценку состояния сердечно-сосудистой системы. Комплекс мероприятий должен пройти клиническое обследование и функциональные методы исследования: определение толерантности к физической нагрузке, стандартная ЭКГ, ЭХО-КГ. Детям с высоким и средним риском развития сердечно-сосудистых заболеваний показан комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на достижение контролируемого лечения БА (базисная терапия, включающая факторы риска развития обострений БА), улучшение состояния сердечно-сосудистой системы.

Толибжонова Н.Х.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ГОЛЬДЕНХАРА У 12-ДНЕВНОГО НОВОРОЖДЕННОГО

Кафедра 1-Педиатрии и неонатологии
Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан.
Научный руководитель - Усманова М.Ф.

Цель исследования. Выявить особенности клинической симптоматики врожденной аномалии синдрома Гольденхара у 12-дневного новорожденного поступившего в отделение неонатологии областного детского многопрофильного медицинского центра города Самарканда.

Материал и методы. Изучен клинический случай врожденной аномалии синдрома Гольденхара у 12-дневного новорожденного поступившего в отделения неонатологии областного детского многопрофильного медицинского центра города Самарканда.

Результаты исследования. На сегодняшний день проблема выявления врожденных аномалий не теряет своей актуальности. Особое место среди них занимает синдром Гольденхара (СГ). СГ МКБ-10Q87.0-это редкое врожденное заболевание, связанное с поражением структур, исходящих из первой и второй жаберных дуг. По данным зарубежных авторов частота встречаемости СГ 1 случай на 3500-25000 новорожденных. У мальчиков он встречается в 2 раза чаще, чем у девочек. Этиология изучено недостаточно, возможно аутосомно-доминантный тип. Ген, детерминирующий клинические проявления с СГ, картирован на длинном плече хромосомы 14, в локусе 14q32. Типичными признаками СГ является: аномалия развития лица (гемифациальная микросомия, односторонняя гипоплазия лица, боковая расщелина лица), глаз (эптбульбарный дермоид, колобомы верхних век, радужки, сосудистой оболочки) ушей (микротия, атония, преаурикулярные кожные выросты, слепые свищи).

На базе областного детского многопрофильного медицинского центра в отделении неонатологии 22.10.2024 года в 22:55 часов поступил 12-дневный новорожденный мальчик, для обследования и лечения. Жалобы со слов матери: Затрудненное дыхание, отказ от груди, остановка дыхания, цианоз. Из анамнеза мальчика, рожденного от 3 беременности у женщины 30 лет. В период беременности мать страдала анемией и ОРВИ. Амбулаторно не лечилась скрининг обследование не проходила. Родился в срок. При рождении ребенок сразу не заплакал, был синюшным. Было проведено АВС реанимация. Оценка по шкале АПГАР -7/7 баллов. Мальчик весом 3300 гр и рост 51 см. Не

был привит в роддоме. Выписан из роддома на 5 сутки. Врачом и медсестрой не был проведен патронаж. Из-за ухудшения состояния новорожденный был госпитализирован в отделении неонатологии.

У ребенка обращает на себя внимание одностороннее поражение лица, гипоплазия мышц лица и костей лицевого скелета, атрезия слухового прохода и кондуктивная тугоухость справа, недоразвитие нижней челюсти, высокое готическое небо, широкий рот и был поставлен диагноз «Синдром Гольденхара». Неврологический диагноз поражение центральной нервной системы. Церебральная ишемия II степени с синдромом возбуждения. Диагноз оториноларинголога: атрезия наружного слухового прохода с лево. Так же ребенок страдает с врожденным пороком сердца в виде дефекта межжелудочковой перегородки (ДМЖП-6мм). Также у ребенка наблюдались стигмы дизэмбриогенеза, окуло-аурикуло-вертебральная дисплазия, краниофациальная микросомия.

Выводы. Таким образом, клинический случай свидетельствует о необходимости комплексного обследования беременных женщин и пациентов с синдромом Гольденхара в неонатальном периоде для своевременного проведения лечебно-реабилитационных мероприятий и улучшения качества жизни детей.

Тошкулова М.И., Исмаева И.Ф., Алланазаров А.Б.

СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ

Кафедра 1-Педиатрии и неонатологии

Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан.

Научный руководитель - PhD, доцент Сирожиiddинова Х.Н.

Цель исследования. Определить значение соматического статуса новорожденных при церебральной ишемии в неонатальном периоде.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 50 новорожденных, госпитализированных и амбулаторно лечившихся в отделении неонатологии ОДММЦ г. Самарканда с 2022 по 2023 год. Все дети были распределены на 2 группы: первая группа - 15 новорожденных, с церебральной ишемией гипоксического генеза, вторая группа - 35 новорожденных с церебральной ишемией без гипоксического генеза. Возраст детей составил от 5 дней до 28. Всем обследуемым новорожденным и их матерям проведена оценка акушерского анамнеза, пери- и постнатального периода развития детей. Проводилась оценка физического развития, ЦНС, и клинического статуса, включавшего данные объективного осмотра. Также анализировалась заболеваемость на 28 дней жизни.

Результаты исследования. Структура новорожденных с церебральной ишемией гипоксического генеза I группы составила – 57%. Вентрикуломегалия наблюдалась в – 78 % случаев. Среди новорожденных II группы данная патология не наблюдалась. Анализ акушерского анамнеза матерей обследуемых детей выявил, что анемия в целом встречалась у женщин со средним возрастом – 28 года. Среднее количество беременностей у матерей детей с церебральной ишемией гипоксического генеза составляло 3,3, количество родов – 3. Выявлено отсутствие достоверных различий по анализируемым показателям в обследуемых группах. Однако, отмечалась тенденция к увеличению возраста и количества беременностей у женщин I группы. При анализе антенатального периода выявлено, что в целом осложненное течение беременности наблюдалось более чем у половины матерей (53%). Беременность на фоне анемии (средней и тяжелой степени) и гестоз наблюдались у трети женщин (30 %). Различий в течении антенатального периода в I и II группах выявлено не было. Анализ интранатального периода показал, что у 2/3 матерей роды были срочными (68 %). Три четверти детей (74%) имели массу тела более 2 500 г и срок гестации при рождении больше 37 недель. Недоношенные дети имелись и в I и во II группах. Различия по срокам родоразрешения и сроком гестации между группами отсутствовали. Все доношенные дети с гипоксическим поражением центральной нервной системы имели массу тела $3350,0 \pm 580,4$ г, недоношенные – $2030,0 \pm 320,3$ г, длину тела $51,0 \pm 3,5$ см и $46,0 \pm 4,5$ см соответственно. Отличия в антропометрических показателях между группами выявлены не были. При оценке шкалы Апгар на 1-й минуте средний балл в целом для детей с ВПС составил 6 на 5-й минуте – 7 баллов. Отличий в группах наблюдения выявлено не было. Отсутствие признаков гипоксии (по шкале Апгар 7–10 баллов) на 1–й минуте имела только половина детей (45 %), на 5-й минуте – 2/3 обследуемых (74 %).

Установлено, что на 1-й минуте жизни у детей I группы достоверно чаще встречались признаки гипоксии (шкала Апгар 4–6 баллов) в сравнении с детьми II группы: 84%, и 30,0%, соответственно, на 5-й минуте признаки гипоксии наблюдались у практически равного количества детей I и II групп (34%, и 20,0%, соответственно).

Выводы. Таким образом, беременные женщины с анемией должны относиться к группе риска по рождению детей с церебральной ишемией гипоксического генеза, на 1-ой недели жизни, и находиться под пристальным вниманием акушеров-гинекологов с целью более раннего антенатального выявления гипоксическим поражением центральной нервной системы у вынашиваемых плодов.

Тургунова Х.Ф., Ахмедов Н.И., Содиков А.М.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Изучить состояние социальной и физической активности жизни больных детей с ревматологическими заболеваниями.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 55 детей с ревматологическими заболеваниями, находившихся под наблюдением врача после стационарного лечения. Проведено анкетирование-опросник, в который входили данные по возрасту, полу, анамнезу заболевания, полученном лечении в стационаре, лечении на данном этапе, форме обучения, наличию дополнительных занятий, выполнении домашнего задания, прогулки, занятия спор-

том и ЛФК.

Результаты исследования. За период обследования из всех ревматологических заболеваний, основную массу составили дети с различными вариантами течения ювенильного хронического ревматоидного артрита (95%), остальную группу (5 %) составили больные с диффузными заболеваниями соединительной ткани. По гендерному равенству было больше девочек – 75 %. Средняя продолжительность заболевания составила 6,5 лет. Из обследуемых детей школьниками были 88 %, подростков обучающихся в колледжах было 12%. Дополнительными занятиями в художественных и творческих школах занимались 30%, домашнюю работу ежедневно выполняли 10% пациентов, ежедневные прогулки были у 35 % детей, физические упражнения выполняли 18 % больных.

Выводы. На фоне полученного адекватного лечения, регулярной физической активности качество жизни пациентов с ревматологическими заболеваниями улучшается, а их социальная активность повышается.

Турлан А.Б.

АНАЛИЗ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ТЕРАПИИ В-ЗРЕЛОКЛЕТОЧНЫХ НХЛ У ДЕТЕЙ

АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии». Казахстан.

Научный руководитель - Нуржанова Г. А.

Цель исследования. Изучить частоту и характер инфекционных осложнений у больных В-НХЛ на разных этапах химиотерапии по протоколу В-NHL-M 2004.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование (2018–2024 гг.) 18 больных В-НХЛ (Лимфома/лейкоз Беркитта, ДВККЛ, ПМВКЛ) в возрасте 3-18 лет, получивших 51 курс химиотерапии в Научном центре педиатрии и детской хирургии. Диагноз В-НХЛ у мальчиков встречался в 3,5 раза чаще (77,8%). Возрастная медиана - 14 лет. ДВККЛ преобладала (72,2%), ПМВКЛ - 16,6%, Лимфома Беркитта - 11,1%. Инфекционные осложнения диагностировались на основании клинических данных, лабораторных и инструментальных исследований, данные анализировались в Excel.

Результаты исследования. Инфекционные осложнения чаще возникали после блока А (88,8%), чем после блоков В (61,1%) и С (33,3%), что связано с выраженным иммунодефицитом в индукционной фазе лечения. Чаще поражался ЖКТ (А - 72,2%, В - 64,7%, С - 33,3%), преобладали стоматиты (50,9%) и энтеропатии (13,7%). Инфекции дыхательных путей встречались в 27,7% после блока А, 13,3% - С, 11,1% - В, включая пневмонии (7,8%) и бронхиты (5,8%). Инфекции мочевыводящих путей выявлены у 16,6% пациентов после блока А (цистит - 11,1%, пиелонефрит - 5,5%). Фебрильная нейтропения диагностирована в 27,4% случаев, чаще после блока А (50%). Анализ микробного спектра показал преобладание грамположительной флоры (87,5%) над грамотрицательной (12,5%). Выделены стрептококки (50%) и стафилококки (37,5%). Грамотрицательная флора (*Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*) встречалась в 12,5% случаев. В 6,25% выявлены грибковые инфекции, в 12,5% - смешанная флора. Мультирезистентность выявлена в 62,5% случаев, чаще к цефалоспорином (83,3%) и пенициллинам (79,1%), реже к макролидам (62,5%), карбапенемам (37,5%) и фторхинолонам (25%).

Выводы. Инфекционные осложнения - частая проблема терапии В-НХЛ, особенно после блока А (88,8%). Фебрильная нейтропения чаще развивалась в индукционной фазе. Грамположительная флора преобладает, в 62,5% случаев отмечена мультирезистентность, что требует тщательного мониторинга и разработки новых подходов к профилактике и лечению инфекций у детей с В-НХЛ.

Тухтаева М.А.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АЛЛЕРГИЧЕСКОГО КОНЬЮНКТИВИТА У ДЕТЕЙ

Бухарский государственный медицинский институт. Узбекистан.

Научный руководитель - Нуралиев Н.А.

Цель исследования. Целью настоящего исследования является изучение клинико-иммунологических особенностей аллергического конъюнктивита у детей, определение уровня цитокинов в крови, анализ иммунологических изменений при различных формах заболевания.

Материал и метод. Исследование проводилось в течение 2023-2025 годов на базе Бухарского филиала Республиканского научного специализированного центра аллергологии и Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра микрохирургии глаза. В нем приняли участие 150 детей, страдающих различными формами аллергического конъюнктивита. Все пациенты были разделены на четыре группы: Первая основная группа – больные дети, страдающие аллергическим конъюнктивитом в течение нескольких лет; Вторая основная группа – дети, у которых впервые диагностирован аллергический конъюнктивит; Группу сравнения составили дети с аллергическим конъюнктивитом и другими заболеваниями глаз; Контрольную группу составили здоровые дети без аллергического конъюнктивита.

Всем пациентам были проведены комплексные лабораторные исследования. Анализировался уровень цитокинов в крови, в частности, определялся интерлейкин-4 (ИЛ-4), интерлейкин-6 (ИЛ-6) и другие иммунологические показатели.

Результаты исследования. Согласно полученным результатам: В первой основной группе наблюдались более высокие уровни ИЛ-4 и ИЛ-6. Это связано с длительной продолжительностью аллергической реакции у них. Во второй основной группе наблюдалось повышение уровня ИЛ-4 и ИЛ-6. В группе сравнения иммунологические показатели были вариабельными из-за сочетания аллергического конъюнктивита и других заболеваний глаз. В контрольной группе все показатели были в норме.

Выводы. Исследование показало, что у детей с аллергическим конъюнктивитом наблюдался более высокий уровень ИЛ-4 и ИЛ-6. Иммунологические изменения существенно различаются в зависимости от длительности и тяжести заболевания. На основании этой информации имеется возможность усовершенствовать методы диагностики и лечения аллергического конъюнктивита.

Узакова У.З., Махсумова Б.А.

ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).

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

Научный руководитель - к.м.н доцент Ходжаева Н.Н

Цель исследования. Выявить этиологические факторы пневмонии у детей дошкольного возраста.

Материал и методы. В отделении детской пульмонологии НМЦ "Шифобахш", за период от 01.03.2024 года по 01.03.2025 года исследовались 98 (100%) пациентов с диагнозом Пневмония. Из них 72 (79,5%) пациентов дети дошкольного возраста. Всем детям были проведены следующие обследования: общий анализ крови, коагулограмма, анализ на Covid 19, анализ на ЦМВ и ВЭБ, рентген грудной клетки, общий анализ кала и мочи.

Результаты исследования. Мальчик Х.А поступил в отделение детской пульмонологии с жалобами на повышение температуры тела, кашель, вялость, недомогание, снижение аппетита, одышку. Со слов матери ребёнок из группы часто болеющих детей респираторными заболеваниями верхних дыхательных путей, получал амбулаторное и стационарное лечение, но результаты были временными. При осмотре отмечалась одышка, кашель, затруднённое дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, бледность кожных покровов. При перкуссии выслушивалось притупление перкуторного звука над областью поражения, при аускультации влажные хрипы.

Лабораторные данные. Гемограмма: эр - $5,08 \cdot 10^{12}/л$; Hb-130 г/л; лейкоциты- $6,80 \cdot 10^9/л$; СОЭ - 12мм/ч; Коагулограмма: фибрин-10,0; фибриноген-222,0; IgE общий: 4,25 МЕ/л; антитела к SARS Cov2 IgG: (полож.) -19,29 КП; антитела к SARS Cov2 IgM:(отриц.) 0,33 КП; ЦМВ IgG: (полож.) - 132,6 ОЕ/мл; ВЭБ IgG: отр. (1:100). Рентген грудной клетки: острая правосторонняя пневмония. Анализы кала и мочи без особенностей.

Выводы. Таким образом, пневмония у детей дошкольного возраста является одной из ведущих причин госпитализаций, причём наиболее частыми возбудителями заболевания являются вирусы (РСВ, грипп, аденовирусы) и бактерии (пневмококк, гемофильная палочка). Восприимчивость детей младшего возраста к пневмонии обусловлена особенностями анатомии дыхательных путей и незрелостью иммунной системы. Своевременная диагностика, адекватная терапия и профилактика играют ключевую роль в снижении заболеваемости.

Ульянов К.И., Казаров Д.М., Чапанова А.В.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОРИ У ДЕТЕЙ В РЯЗАНИ В СЕЗОНЕ 2023-2024 гг.

Кафедра факультетской и поликлинической педиатрии с курсом педиатрии ФДПО

ФГБОУ ВО "РязГМУ им академика И.П. Павлова" Минздрава России. Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Стежкина Е. В.

Цель исследования. Изучить клинико-эпидемиологическую характеристику кори и ее осложнений у детей г. Рязани в сезоне 2023-2024 годов.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации (истории болезни 55 детей – форма № №003/у) детей г. Рязани и Рязанской области, госпитализированных в детское боксированное ней-роинфекционное отделение ГБУ РО «ГКБ № 11» за период 2023-2024 гг. с диагнозом «Корь» подтвержденным по ПЦР диагностике или при наличии IgM к вирусу кори.

Результаты исследования. На базе «ГКБ №11» г. Рязани было проведено ретроспективное сплошное когортное описательное исследование за период 2023-2024 гг. Распределение детей по возрасту и полу было с небольшим преобладанием в мужской популяции и среди возрастной категории 1 – 12 лет. При оценке эпидемиологического анамнеза количество вакцинированных детей среди заболевших составило 16,4%. Большинство госпитализированных случаев коревой инфекции имели осложненное течение. Среди осложнений преобладали инфекция мочевыводящих путей – 18,2%, обструктивный ларингит – 10,9%, фебрильные судороги – 1,8% и деструктивная пневмония – 1,8%. В качестве примера осложненной кори приводим клинический случай ребенка первого года жизни с летальным исходом. Мальчик из многодетной непривитой семьи заболел корью в семейном эпидочаге в возрасте 5 месяцев с типичными симптомами. Через две недели после первых признаков кори, возникла вторичная деструктивная пневмония, потребовавшая длительной респираторной поддержки. Пациент проходил лечение в двух клиниках г. Рязани и в отделении торакальной хирургии «РДКБ» г. Москвы. Применялись системная антибактериальная терапия и многоэтапное оперативное вмешательство. В конечном итоге основное заболевание – коревая деструктивная пневмония и ее осложнения, привело к смерти пациента в возрасте 1,5 лет.

Выводы. Коревая инфекция среди детского населения в сезон 2023-2024 гг. в г. Рязани приобрела характер эпидемии. Наиболее тяжёлое течение и осложнения имели невакцинированные дети.

Файзуллоев М.А., Розиев Р.А., Фозилов Ф.Ш.
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЁРЫ И ИСХОДЫ ФОСФАТ-ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ
Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - д.м.н., профессор Якубова З.Х.

Цель исследования. Изучить диагностические маркёры и причины ранней инвалидизации у детей с фосфат - диабетом.

Материал и методы. Под наблюдением находились 10 детей с фосфат - диабетом в возрастном диапазоне от 4 до 9 лет, находившиеся на стационарном лечении в нефрологическом отделении Центра Истиклол. Из них 4 больных первично обратились за помощью к ортопеду, 2 - к эндокринологу по поводу низкого роста и деформации с подозрением на гиперпаратиреоз. Диагноз верифицирован на основе данных семейного анамнеза, клинической картины, лабораторных показателей по содержанию фосфора и кальция (в сыворотке крови и моче), активности щелочной фосфатазы, уровню паратгормона и витамина Д, а также данных рентгенологического исследования.

Результаты исследования. Фосфат-диабет (витамин-Д-резистентный рахит) - один из вариантов наследственной нефропатии, обусловленной дефицитом ферментных систем, регулирующих реабсорбцию фосфатов проксимальных канальцах почек. Частота фосфат - диабета составляет 1:20000 детей по статистике ВОЗ. Основными жалобами были костные деформации, преимущественно нижних конечностей, задержка роста и мышечная слабость отмечены родителями в возрасте 1-2 лет. Семейные случаи с поражением 2-3 детей выявлены в 3-х семьях с наличием близкородственных браков. Второстепенность костных деформаций была идентична (витамин Д) дефицитному рахиту при отсутствии признаков интоксикации и изменений со стороны соматического статуса. Показатели лабораторного тестирования: гипофосфатемия ($<1,35$ ммоль/л), гиперфосфатурия ($\uparrow$ в 2–3 раза), высокая активность щелочной фосфатазы (3–4 раза), паратгормон (норма), витамин Д (норма и $\uparrow$). Предикторы ранней инвалидизации: поздняя диагностика, отсутствие адекватной коррекции метаболического статуса.

Выводы. 1. Повысить информированность семейных врачей и педиатров по фосфат - диабету. 2. Оптимизировать качество диагностики и адекватной коррекции в плане улучшения прогноза патологии и профилактики ранней инвалидизации детей.

Фирузова Ф.Ф.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БАКТЕРИОФАГОВ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ УСЛОВНО - ПАТОГЕННЫМИ
МИКРООРГАНИЗМАМИ

Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Давлатова С.Н.

Цель исследования. Изучить результаты комплексного лечения острых кишечных инфекций (ОКИ), вызванных условно - патогенными микроорганизмами у детей грудного возраста.

Материал и методы Проведено обследование 106 детей в возрасте от 1 месяца до одного года. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от степени тяжести заболевания, легкой и среднетяжелой степени. Детям были назначены антибактериальные препараты и их комбинации с бактериофагом (пиофаг комплексный жидкий). Методы исследования включали ОАК, копрограмму, кал на скрытую кровь, кал на расширенный спектр яиц глистов и простейших, бак посев кала на флору и чувствительность к антибиотикам.

Результаты исследования. Исследование проводилось на базе ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш». Данные были проанализированы по элиминации возбудителя, продолжительности симптомов диареи у пациентов без выраженного обезвоживания. Первая группа состояла из 49 пациентов, которые, получали препарат нифуроксазид. Во вторую группу вошли 57 больных, которые получили комбинацию препарата пиофаг с нифуроксазидом. Клинические проявления у наблюдаемых детей включали повышение температуры тела до $37,5-39^{\circ}\text{C}$, отказ от еды, тошноту, рвоту, резкий запах испражнений, метеоризм, диарею (наличие каловых масс с примесью слизи и крови). Бактериофаг применялся за один час до еды три раза в день. Нередко клинический эффект достигался назначением 2-3 курсов бактериофага по 5 мл в течение 7-10 дней с 3-7 дневным перерывом между курсами. Для защиты бактериофага от действия желудочного сока используется пектиновое покрытие. Изредка применение бактериофага совпадало с ухудшением качества стула из-за массовой гибели чувствительных к нему бактерий. В этом случае для уменьшения интоксикации был назначен энтеросорбент – не ранее 3-4 часов после последнего приема. Статистически значимое достижение всех критериев успешной терапии имела вторая группа пациентов по сравнению с первой. Нормализация микрофлоры, участие бактериофага в поддержании колонизации резистентности и оральной толерантности обеспечивают стабилизацию гуморального и клеточного звеньев иммунитета. При комплексном применении антибактериального препарата и фага бактерий нормализация температуры тела выявлялась на 2 дня раньше во второй группе, стул становился оформленным, в копрограмме было отмечено снижение уровня лейкоцитов, отсутствие бактерий, слизи и крови, йодофильная флора отсутствовала. Выявлено снижение титра условно-патогенных микроорганизмов в фекалиях до уровня менее 10 КОЕ/г.

Выводы. Применение комбинированной терапии (бактериофаги + антимикробные препараты) при ОКИ у детей грудного возраста повышает эффективность элиминации условно-патогенной микрофлоры и способствует купированию клинико – лабораторных симптомов заболевания; позволяет увеличить скорость бактериовыведения в 1,5-2,5 раза, снизить уровень бактерионосительства в 6-20 раз. Использование бактериофагов в комплексной терапии кишечных инфекций у детей первого года жизни является высокоэффективным и безопасным.

Цель исследования. Рассмотреть два клинических случая фосфат-диабета с типичными симптомами, продемонстрировать особенности диагностики, проанализировать эффект от лечения.

Материал и методы. Представлено два клинических случая фосфат-диабета. Первая пациентка 14 лет, наблюдается с двухлетнего возраста. Вторая пациентка 10 лет; диагноз выставлен в 4 года. Наряду с общеклиническими методами исследования, проводились определение уровня кальция и фосфора в крови, генетическое обследование, общий анализ мочи, УЗИ почек, рентгенологическое исследование костей, консультация эндокринолога, нефролога и ортопеда.

Результаты исследования. У первой пациентки общее состояние средней тяжести. Наблюдалась деформация ног и боли в нижних конечностях и суставах, дисгармоничное физическое развитие за счёт отставания в росте (длина тела 145 см). Психомоторное развитие соответствует возрасту. Функция почек не нарушена. Генетиком выявлен аутосомно-доминантный характер патологии. Исследовалась кровь на паратгормон, (51,6пг/мл), который соответствует норме (референтные значения-16-87 пг/мл). В биохимическом анализе крови: ионизированный кальций-1,05 ммоль/л (0,9-1,2 ммоль/л), кальций общий 2,2 ммоль/л (2,2-2,7ммоль/л), фосфор-1,1 ммоль/л (0,8-1,45 ммоль/л), в анализе мочи кальций 1,8 ммоль/л (2,5-7,5 ммоль/л), фосфор 7,4 ммоль/л (12-42 ммоль/л); есть типичная для фосфата – диабета незначительная гипокальциурия, фосфаты в норме. Заключение ортопеда: многоплоскостная многоуровневая деформация нижних конечностей. С момента постановки диагноза девочка получает витамин D и препарат неорганических фосфатов. На данный момент доза витамина D составляет 5000 МЕ, препарат Редукто Специал (в одной таблетке препарата содержится дигидрофосфат калия 602 мг, дигидратмоногидрофосфат натрия 360 мг) девочка получает по 1 таблетке 3 раза в день.

У второй пациентки, 10 лет, состояние средней тяжести, самочувствие не страдает. Периодически жалобы на боли в коленных суставах. Рост 119 см, масса 26 кг (рост соответствует 8 годам). Девочка отстаёт в физическом развитии по росту, тонус мышц нормальный. Отмечается варусная деформация нижних конечностей, плосковальгусная стопа, нарушение походки по типу утиной. Грудная клетка цилиндрической формы. В общем анализе крови и мочи патологических отклонений не выявлено, в биохимическом анализе крови уровень щелочной фосфатазы повышен 654 ед/л, креатинин 49 мкмоль/л, мочевины 2,69 ммоль/л, нарушения экскреторной функции почек не отмечается, кальций общий 1,97 ммоль/л, кальций ионизированный 0,94 ммоль/л, фосфор 1,53 ммоль/л. В моче отмечается нормальное значение фосфатурии и кальциурии. При проведении ДНК-диагностики с панелью наследственных болезней с патологией скелета выявлена мутация в гене COL9A3. Диагноз выставлен в научно-исследовательском клиническом институте педиатрии и детской хирургии имени академика Ю.Е. Вельтищева ФГА-ОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова. В связи с выявленной мутацией COL9A3 исключён синдром Стиклера. Ортопедом рекомендовано хирургическое лечение деформации ног. С момента постановки диагноза фосфат-диабета ребёнок получает препарат Редукто Специал (дигидрофосфаткалия 602 мг+ дигидратмоногидрофосфата натрия 360мг) по ½ таблетке 3 раза внутрь, альфакальцидол по 0,25 мкг 3 раза внутрь.

Выводы. Данные два клинических случая демонстрируют значительное улучшение общего состояния, положительную динамику со стороны костно-мышечной системы и лабораторных показателей детей с фосфат-диабетом на фоне регулярного правильного лечения. Это подтверждается нормальными показателями кальция и фосфора в крови, отсутствием повышенной экскреции фосфора с мочой, положительной динамикой физического развития детей, а также сохранностью функции почек.

Цель исследования. Выявить факторы, способствующие рецидивам бронхита у детей раннего возраста, оценить их влияние на течение заболевания.

Материал и методы. Исследование проводилось с 01.07.2024 по 01.01.2025 годы в Центральной больнице Дангаринского района. В выборку вошли 180 детей (от 6 месяцев до 3 лет) с диагнозом «рецидивирующий бронхит» и историей повторных эпизодов заболевания. Критерии исключения: хронические заболевания сердца и лёгких, а также иммунодефицитные состояния. Исследование носило наблюдательный характер. Диагностика, включала аускультацию (хрипы у 35%, 81 человек), оценку кашля и дыхания, определение уровня С-реактивного белка (повышен у 20%), общий анализ крови (лейкоцитоз и повышение СОЭ у 15%), рентгенографию (признаки хронического воспаления у 30%).

Результаты исследования. В исследовании приняли участие 180 детей раннего возраста с рецидивирующим бронхитом. Выявленные факторы риска: аллергическая предрасположенность у 38% детей, плохие условия проживания у 35%, иммунные нарушения у 20-30%, частые ОРВИ. Клинические, инструментальные методы исследования показали бронхиальную обструкцию у 81 (45%) ребёнка, рентгенологические признаки хронического воспаления бронхов у 27 (15%), повышенный уровень СРБ у 63 (35%). У половины пациентов отмечены лейкоцитоз и повышение СОЭ, у 9 (5%) низкий уровень железа и гемоглобина. Среди обследованных лиц наблюдался затяжной кашель (более 3 недель после заболевания) и отмечен обструктивный синдром. У некоторых детей бронхит сопровождался

снижением веса и анемией.

Выводы. Подтверждена важность устранения факторов риска, таких как: недостаток грудного вскармливания, неблагоприятные бытовые условия, ослабленный иммунитет. Эти факторы требуют внимания для профилактики рецидивов бронхита и улучшения состояния здоровья детей раннего возраста.

Хасанзода С.Х., Икром Т.Ш.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

¹ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ СЗН РТ. Таджикистан.

²ГОО «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить состояние физического развития детей с нормальной и избыточной массой тела.

Материал и методы. Нами было обследовано 45 больных детей, которые находились на стационарном наблюдении в соматических отделениях ГУ Комплекса здоровья «Истиклол». Из общего числа обследованных детей мальчики составляли 28 (62,2%), а девочки 17 (37,7%), из них городских - 31 (68,9%), сельских - 14 (31,1%).

Нами были проведены антропометрические исследования и анкетированы данные детей с использованием оригинальных опросников, построенных согласно современным рекомендациям по питанию и здоровому питьевому режиму. Дети разделены на группы согласно показателю индекса массы тела. Группа первая состояла из детей с нормальной массой тела (индекс массы тела в диапазоне 15-85 перцентиля. В группу вторую вошли дети с избыточной массой тела (индекс массы тела в диапазоне 85 перцентиля. Анализ результатов тестирования проводился с использованием стандартных методов.

Результаты исследования. Установлено, что дети с избыточной массой тела имеют большое количество основных и промежуточных приёмов пищи. Интервал между последним приёмом пищи и сном у детей в популяции составляет $2,05 \pm 0,57$ часа.

Анализ особенностей употребления отдельных групп пищевых продуктов детьми с нормальной и избыточной массой тела показал, что на каждый основной приём пищи дети употребляют продукты из 2-3 групп, но не 5, как рекомендовано. Установлено, что лишь 18 (40%) детей получают овощи ежедневно дважды, а дети с избыточной массой питаются либо нерегулярно, либо не более 1 раза в сутки 36 (80%), у детей с избыточной массой тела употребления фруктов вместо основных приёмов пищи, чем 9 (20%) детей с нормальной массой.

Молочные продукты в ежедневном рационе содержатся у 28 (62%) детей, причем более 2 раз их употребляют лишь дети с избыточной массой тела. Мясные изделия и рыба присутствуют в ежедневном рационе 27 (60) % опрошенных, причём лишь половина употребляет их более 2-х раз в сутки. Обращает на себя внимание тот факт, что нерегулярное использование мясных изделий присуще именно детям с избыточной массой тела (29 (64,4%) против 16 (35,5%). Что касается хлебобулочных изделий, то 30 (66%) детей отдают предпочтение белому хлебу, причём 15 (33%) употребляют его на каждый приём пищи в количестве 3-4 кусков. Промежуточный приём пищи 41 (91%) детей состоит из мучных изделий и сладостей (шоколадки, вафли и т.д.) с достоверной разницей в пользу с избыточной массой тела.

Выводы. 1. Особенности питания дают возможность индивидуально проводить коррекцию стиля жизни детей с избыточной массой и эффективную профилактику её формирования в популяции. 2. Вид питания, независимо от показателя массы тела, не является сбалансированным и не соответствует относительно профилактики хронических заболеваний, а именно в качественном и количественном отношении.

Ходжатова Х.С., Юлдашева Г.Г.

ПРОЯВЛЕНИЕ ВЕГЕТО ВИСЦЕРАЛЬНОГО СИНДРОМА У МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ С ИШЕМИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Кафедра 1- педиатрии «БГМИ им. Абу Али ибн Сино». Узбекистан.

Научный руководитель - доцент PhD кафедры педиатрии Юлдашева Г.Г.

Цель исследования. Изучить клиническое течение гипоксического поражения ЦНС у глубоко недоношенных детей

Материал и методы. Обследованы 60 недоношенных детей родившиеся в сроке гестации 22-37 недель, которые по весовой категории разделены на 3 группы: 1-группа контрольная, недоношенные с малой массой тела (2456-1497,0). 2-группа сравнительная группа с весом от 1010-1450,0 и 3- основная группа состояла из глубоконедоношенных детей, которые имели вес от 612,0-990,0. Всем недоношенным детям поражение ЦНС диагностировано методом нейросонографии головного мозга.

Результаты исследования. Установлены средний вес и возраст в группах. в 1-группе средний вес составил $2045,0 \pm 41,3$ роды произошли в среднем на $35,4 \pm 1,4$ недели гестации. Средний вес во 2 группе составлял $1320,4 \pm 30,5$, роды произошли в среднем на $30,3 \pm 1,5$ недели гестации. В 3 группе находились глубоконедоношенные дети весом в среднем $807,4 \pm 10,5$, роды произошли в сроке $27,1 \pm 1,2$ недели гестации. Результаты обследования показали, что в группе глубоко недоношенных новорожденных с гипоксической энцефалопатией наиболее часто регистрировались ишемически-геморрагические поражения ЦНС, которые составили 71,5% от общего числа новорожденных данной группы и превысили аналогичный результат недоношенных детей I степени в 2,6 раза. У недоношенных 2-группы частота ВЖК была выше по сравнению с недоношенными новорожденными 1-группы и составила 41,6% Тяжелая степень поражения ЦНС отмечалась у 87,5% глубоконедоношенных новорожденных и превышала аналогичные данные у недоношенных новорожденных I группы в 2 раза. В клинической картине тяжелых гипоксических

поражений ЦНС у глубоконедоношенных новорожденных в ранний неонатальный период одним из ведущих синдромов являлся синдром угнетения, который составил 100% и проявлялся гипо- или адинамией, арефлексией, гипотонусом мышц, снижением или отсутствием сосательного рефлекса, «глазной» симптоматикой (плавающее движение глазных яблок, горизонтальный или вертикальный нистагм, сходящееся косоглазие). У недоношенных новорожденных II группы данный синдром встречался реже и составил 90,9%. У детей III группы с тяжелой степенью тяжести поражения ЦНС синдром угнетения также был ведущим и встречался в 100% случаев. При этом у детей II группы сравнения данный синдром наблюдался в 3 раза реже, чем у глубоконедоношенных новорожденных и составил 33,3%. Вегето-висцеральные нарушения отмечались с высокой частотой во всех группах недоношенных новорожденных и характеризовались приглушением сердечных тонов, мраморностью кожных покровов, синдромом рвоты и срыгиваний. Брадикардия регистрировалась только у недоношенных с тяжелым поражением ЦНС основной группы и была выявлена у 10,7% детей.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют, что у глубоконедоношенных новорожденных отмечается наиболее высокая частота тяжелых гипоксических поражений ЦНС и их осложнений. При этом отмечается выраженное снижение ферментативной и неферментативной антиоксидантной системы защиты, что может приводить к повышенной активации процессов перекисного окисления липидов и деструктивным процессам в клетках.

**Хусайнова Ш.К., Ибрагимов Д.Р., Ниязова Д.М.
ПОКАЗАТЕЛИ МОКРОТЫ У ДЕТЕЙ ПРИ БРОНХИТАХ**

Кафедра 1-Педиатрии и неонатологии
Самаркандский медицинский университет. Узбекистан.
Научный руководители - к.м.н., доцент Закирова Б.И., асс. Усманова М.Ф.

Цель исследования. Для прогнозирования течения заболевания изучить характеристику мокроты при остром и рецидивирующем течении обструктивного бронхита у детей.

Материал и методы. Обследованы 58 больных детей в возрасте от 3-х до 5 лет с острым и рецидивирующим течением обструктивного бронхита, поступивших в отделения детской реанимации, I и II экстренной педиатрии СФ РНЦЭМП. I группу составили 30 детей с острым обструктивным бронхитом, II группу - 28 детей с рецидивирующим течением обструктивного бронхита. Нами изучены анамнестические и клинические данные, а также проведено исследование мокроты с окраской по Граму.

Результаты исследования. Анализ клинико-анамнестических данных показал, что при поступлении у 32,7% больных острым бронхитом имелась выраженная одышка экспираторного характера, а у 18,9% смешанного типа. Частота одышки у детей в I группе составила 39,6%, тогда как у больных II группы была выше - 50,0% с усилением в ночное время. У больных II-ой группы ДН 1-2 степеней выявлена в 44,8% случаях и 3 степени - у 3,4% больных, которые были госпитализированы в отделения детской реанимации. С фебрильной температурой тела госпитализировано 63,7% детей в возрасте 3-4 года, с субфебрилитетом поступали в основном (36,2%) дети в возрасте 4-5 лет. Кашель у 51,7% детей имел продуктивный характер, малопродуктивный у 41,4% больных и у 6,9% отсутствовал при поступлении. Исследование мокроты в I группе показало наличие эозинофилов в 29,3% случаях. Из них у 9 (15,5%) больных среднее количество нейтрофилов составило 47, эозинофилов 9. В остальных 13 (22,4%) случаях преобладало нейтрофильно-лимфоцитарное воспаление, где количество нейтрофилов составило $46,4 \pm 12,7$, количество лимфоцитов $14,6 \pm 12,3$. Во II группе наличие эозинофилов в мокроте отмечалось у 36,2% детей. Из них у 12 (20,7%) в мокроте количество нейтрофилов составило 42, эозинофилов 5. В остальных 12 (20,7%) случаях преобладало нейтрофильно-лимфоцитарное воспаление, где количество нейтрофилов составило $56,7 \pm 7,4$, количество лимфоцитов $21,3 \pm 12,6$. При содержании эозинофилов в мокроте 3% и более, аллергическое воспаление считается интенсивным. В ходе проведенного исследования нами была выявлена эозинофилия мокроты у большинства (33-56,9%) детей с аллергическими заболеваниями в анамнезе со средним количеством эозинофилов $6,7 \pm 1,4\%$.

Выводы. Таким образом, патологические изменения мокроты при бронхитах у детей можно рассматривать как прогностически неблагоприятный фактор риска развития рецидивирующего течения обструктивного бронхита с последующей трансформацией в бронхиальную астму.

Хусенова М.С.

ОСОБЕННОСТИ ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСА КРОВИ У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - д.м.н., профессор Исмаилов К.И.

Цель исследования. Оценить состояние перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной системы (АОС) у детей с железодефицитной анемией (ЖДА).

Материал и методы. В исследовании участвовали 38 больных с ЖДА, которые были обследованы в детском гематологическом отделении ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш». Среди них мальчики составили 42,2%, а девочки - 57,8%. Учитывая уровень гемоглобина и эритроцитов в крови, пациентов распределили на соответствующие группы: с ЖДА легкой степени было 12 (31,5%), с ЖДА средней степени 14 (37%) и с ЖДА тяжелой степени 12 (31,5%) соответственно. В группу контроля вошли 20 здоровых детей, соответствующих по половозрастному признаку исследуемым группам.

Исследование проводили на кафедре биохимии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Материалом для анализа служила сыворотка венозной крови, взятая натощак. Определили биомаркер ПОЛ - малоновый диальдегид

(МДА), по методу И.Д. Стальной с применением 2-тиобарбитуровой кислоты и АОС - супероксиддисмутазы (СОД), который выявили по способности фермента ингибировать восстановление тетразолиевых солей (ТНС) в присутствии супероксидного анион-радикала.

Результаты исследования. Как известно, гемоглобин соединяет кислород в капиллярах лёгких, вследствие чего обеспечивает клетки и ткани организма кислородом, в количестве, который необходим для нормального метаболизма. Железо – значимая часть гемоглобина, так как является ключевым компонентом в составе многих белков и энзимов, участвующих в жизненно необходимых обменных процессах (синтез ДНК, транспорт кислорода и электронов для энергообеспечения клеток, а также в окислительно-восстановительных реакциях организма). Среди клинических синдромов ЖДА выделяют два наиболее значимых для диагностики: 1) Сидеропенический включающий в себя все метаболические, адаптационные и функциональные нарушения в виде изменений кожных покровов, волос, ногтей, нарушения функции желудочно-кишечного тракта, мышечную гипотонию, пристрастие к необычным запахам и извращение вкуса, изменения со стороны нервной системы; 2) Анемический, проявляющийся дефицитом гемоглобина в эритроцитах и уменьшением количества эритроцитов в периферической крови, нарушением дыхательной функции крови, транспорта кислорода с развитием тканевой гипоксии.

В результате исследования выявили существенное увеличение уровня МДА у детей с ЖДА тяжёлой ($2,13 \pm 0,09$) и среднетяжёлой ($1,43 \pm 0,09$) степени по сравнению с аналогичным показателем здоровых детей ($0,59 \pm 0,13$) $p < 0,001$, в то время как значения данного показателя у детей с ЖДА лёгкой степени ($0,81 \pm 0,17$) статистически значимо не отличался от контрольной группы $p > 0,05$.

По итогам изучения уровня СОД отмечено снижение данного энзима у больных с тяжёлой анемией ($9,3 \pm 0,6$) по сравнению с контрольной группой ($14,5 \pm 0,4$) $p < 0,001$, однако у детей в группе с анемией лёгкой ($15,5 \pm 0,6$) и среднетяжёлой ($16,4 \pm 0,3$) степени уровень СОД статистически значимо не отличался при сопоставлении со здоровыми детьми $p > 0,05$.

Выводы. Результаты исследования у детей с железодефицитной анемией показали, что по мере нарастания анемии и гипоксии повышается оксидативный стресс в клетках организма, который проявляется увеличением МДА и снижением СОД, что указывает на истощение ресурсов антиоксидантной системы организма. Эти изменения коррелируют с клиническими симптомами анемии, что подчеркивает значимость мониторинга данных биомаркеров для оценки состояния пациента и коррекции терапии.

Хусенова М.С., Фирузова Ф.Ф.

БОЛЕЗНЬ СТИЛЛА У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Давлатова С.Н.

Цель исследования. Демонстрация клинического случая и обозначение значимости своевременной диагностики болезни Стилла у детей в медицинской практике.

Материал и методы. Анализ истории болезни и наблюдение за ребёнком десяти лет с вариантом ювенильного ревматоидного артрита по типу болезни Стилла. Для подтверждения диагноза и оценки тяжести состояния больного проведены полное клиническое обследование, лабораторные и инструментальные методы исследования, а также консультации хирурга и гематолога.

Результаты исследования. В отделение детской кардиоревматологии ГУ Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш» поступил 10-летний мальчик с жалобами на повышение температуры тела до 39°C , боль и ограничение движений в плюснефаланговых суставах кистей, локтевых, коленных суставах, а также лодыжек, боль в области шеи, скованность по утрам, общую слабость, снижение аппетита. Из анамнеза: ребёнок К., от третьей беременности, роды срочные, родился с весом 3000 гр. Брак родителей не родственный. Операций, травм не было. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез спокоен. На фоне амбулаторного лечения пациент не отмечал улучшения, в связи с чем и был госпитализирован. Ребёнок поступил в среднетяжёлом состоянии, сознание ясное. Больной отставал в физическом развитии: масса тела 20 кг, рост -120см. Объективно: кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка слабо развита по всему телу. Периферические лимфоузлы увеличены, безболезненны, кожа над ними не изменена. Температура тела 39°C . Наблюдалось припухлость, боль и ограничение движений в суставах кистей, коленных и голеностопных суставах. Сила мышц снижена, акт сжатия в кулак не полный. Дыхание свободное через нос. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно: ясный легочной звук на всей поверхностью легких. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. Границы сердца не расширены. Тоны сердца слегка приглушены, патологических шумов нет. ЧСС 90 в мин. АД 100/60 мм.рт.ст. Язык влажный, горло красное. Живот мягкий, безболезненный. Стул оформленный, регулярный. Область почек не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочевыделение свободное, безболезненное.

Данные лабораторно-инструментальных методов исследования: Гемограмма: гемоглобин – 71 г/л, эритроциты – $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты – $23,7 \times 10^9/\text{л}$, тромбоциты – $750,0 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы – 77%, лимфоциты – 20%. Биохимия крови: С-реактивный белок – 135 мг/л, креатинин – 42,8 мкмоль/л, мочевина – 4,7 ммоль/л, белок – 58 г/л, АЛАТ – 33,0, АСАТ – 26,0, Билирубин в норме, глюкоза крови – 4,6 ммоль/л, К – 3,6 ммоль/л, Са – 1,93 ммоль/л, Na – 136,7 ммоль/л, Р – 0,9 ммоль/л. Анализ мочи: удельный вес – 1010 г/л, pH – 6,5, белка, лейкоцитов, глюкозы, эритроцитов нет. Антинуклеарный фактор – отрицательный; РФ – отрицательный. ЭКГ и Эхо-КГ: без особенностей. Пункция костного мозга: пунктат норморегенераторный. УЗИ внутренних органов: без особенностей. На основе анамнеза, клиники, лабораторных и дополнительных методов исследования был выставлен клинический диагноз: Системный вариант ювенильного ревматоидного артрита. Болезнь Стилла. Анемия среднетяжёлой степени дефицитного генеза.

Выводы. Болезнь Стилла у детей является редким, но потенциально инвалидизирующим заболеванием, ко-

торое требует своевременной диагностики и профилактики тяжёлых осложнений. Продемонстрированный клинический случай подтверждает, что, несмотря на невысокую частоту встречаемости, данная патология не должна выпадать из дифференциально-диагностического поиска врача.

Чаббаров С.С.

ФАКТОРОВ РИСКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦНС У НОВОРОЖДЕННЫХ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Х.Дж. Аминова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - старший преподаватель Самиева Н.Ш.

Цель исследования. Проанализировать факторы перинатального риска у новорожденных детей.

Материал и методы. Проведен анализ данных, полученных путем выборки из историй болезни и опроса 118 рожениц, находящихся с детьми на втором этапе выхаживания в стационаре.

Результаты исследования. Все дети родились от матерей, имевших перинатальные факторы риска для плода. Доношенных новорожденных родили 62 женщины (1-я группа), недоношенных — 56 человек (2-я группа). Из числа матерей, родивших преждевременно, было меньше женщин, занимающихся умственным трудом (3,0% против 9,6%), и больше женщин, выполняющих тяжелую физическую работу на производстве (27,3% против 11,0%). Среди факторов социально-биологического риска отмечались также и такие, как поздняя постановка на учет (28,7%), отсутствие врачебного наблюдения во время беременности (10,5%). Все роженицы страдали различными соматическими и хроническими инфекционно-воспалительными заболеваниями, обострившимися во время беременности. Отягощение акушерского анамнеза (бесплодие, выкидыши, аборт, внематочная беременность) было выявлено у 69 женщин, причем у большей половины из них (61,2%) предыдущие беременности закончились абортами. Безусловно, это оказывало неблагоприятное воздействие на состояние здоровья как самих женщин, так и их будущих детей.

Выводы. Нарушения физического и эмоционального состояния женщины во время беременности являются факторами перинатального риска для новорожденного, оказывая опосредованное влияние на состояние его здоровья.

Чаббаров С.С.

СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Х.Дж. Аминова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Хотамова М.Н.

Цель исследования. Выявить структуру заболеваемости детей, рожденных с низкой массой тела.

Материал и методы. Нами был проведен ретроспективный анализ историй развития детей в ГУ МК «Истиклол» в родильном отделении за период 2022-2023 годы.

Результаты исследования. В неонатальном периоде у детей с низкой массой тела отмечались респираторный дистресс-синдром, ранняя анемия недоношенных, а также неврологическая симптоматика, обусловленная энцефалопатией токсико-гипоксического генеза. У 2 детей (50 %) сформировалась бронхолегочная дисплазия, еще у 2 новорожденных отмечались клинические проявления врожденных пороков сердца (ОАП, ДМЖП) и внутриутробной инфекции; в единичных случаях была диагностирована ретинопатия новорожденного и желудочковые кровоизлияния. Среди новорожденных детей с низкой массой тела у половины в 4 случаях была выявлена врожденная пневмония у 2 детей (25 %) были диагностированы синдром дыхательных расстройств. С синдромом задержки развития плода, у 6 детей отмечались клиничко-лабораторные проявления анемии недоношенных.

Выводы. Незрелость центральной нервной системы, а также перенесенная тяжелая сопутствующая патология, сопровождающаяся гипоксией и нарушением мозгового кровообращения, в значительной мере определяют дальнейшее психомоторное развитие недоношенных детей на первом году жизни.

Черненко А.П.

ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ: СИНДРОМ ЛЕДДА

Кафедра факультетской и поликлинической педиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Россия

Научный руководитель – Пизнюр И.В.

Цель исследования. Анализ клинической ситуации с целью медицинского образования.

Материал и методы. Анализ первичной медицинской документации пациента Н. 1 месяца 8 дней.

Результаты исследования. Пациент Н, мальчик 1 месяц 8 дней (02.10.2023 года рождения). Ребенок от 1 беременности, протекавшей с токсикозом в 1 триместре. Роды 1, в срок, самостоятельные. При рождении масса тела 2900 г, длина тела 50 см. Шкала Апгар 9/10. Закричал сразу. С рождения активное сосание и редкое срыгивание. Приложили к груди на 1 сутки. На искусственном вскармливании. Аллергологический анамнез: не отягощен. Вакцинация: согласно национальному календарю прививок.

В течение месяца у ребенка отмечались срыгивания, не связанные с кормлением без примеси желчи. Стул самостоятельный, нерегулярный до 1 раза в день. Обращались к участковому педиатру, проводился подбор смеси.

С 10.11.2023 года у ребенка после каждого кормления отмечалась обильная рвота вплоть до рвоты фонтаном, появилась примесь желчи, стул был самостоятельно в течение дня. Вечером мальчик был госпитализирован в ГБУЗ Детская городская клиническая больница святого Владимира, г. Москва в тяжелом состоянии.

При поступлении выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости от 10.11.2023 г. Заклю-

чение: эхо-признаки незавершенного поворота кишечника, заворота средней кишки (синдром Ледда). Проведена операция 13.11.2023 г.: после обработки операционного поля в асептических условиях под интубационным наркозом верхнесрединная лапаротомия. Выписан из стационара 24.11.2023 г. На фоне лечения состояние ребенка с положительной динамикой, есть охотно, в весе прибавляет. Клинический эффект достигнут.

Выводы. Синдром Ледда является одной наиболее частой формой врожденной кишечной непроходимости и мальротации кишечника у новорожденных. Наличие данного заболевания у новорожденных наличие заворота средней кишки является urgentной ситуацией, требующей скорейшей диагностики и лечения. При сборе жалоб, анамнеза заболевания, несмотря на неспецифичность гастроэнтерологических расстройств (многократная рвота, беспокойство ребенка, потеря в массе тела), следует обращать внимание на их рецидивирующий характер.

Чиллаева М.И., Ниязова Ш.О., Адамхонова З.С.
ПРОФИЛАКТИКА БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Определить эффективные подходы к профилактике бронхолегочной дисплазии (БЛД) у детей с акцентом на новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела, находящихся на искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

Материал и методы. Были обследованы истории болезни детей, которые проходили лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных на базе Национального Медицинского Центра Республики Таджикистан г. Душанбе «Шифобахш». В исследование включены 6 новорожденных с массой тела менее 1500 г, находившихся на ИВЛ. Пациенты были разделены на две группы:

Основная группа 3 детей – применялись комплексные меры профилактики БЛД (минимизация времени на ИВЛ, использование щадящих режимов вентиляции, профилактика инфекции, раннее назначение сурфактанта). Контрольная группа 3 детей – стандартная терапия.

Анализ данных медицинских карт (анамнез, респираторная поддержка, медикаментозная терапия). Мониторинг уровня кислорода и параметров искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Оценка влияния профилактических мер (использование сурфактанта, минимизация механической вентиляции, нутритивная поддержка, кортикостероидная терапия).

Результаты исследования. В основной группе частота развития БЛД снизилась по сравнению с контрольной группой. Использование щадящих режимов ИВЛ позволило снизить риск травмы легочной ткани и гипоксических осложнений. Раннее введение сурфактанта способствовало улучшению вентиляционно-перфузионного соотношения и снижению потребности в кислородной поддержке. В группе с профилактикой отмечено меньше случаев инфекционных осложнений. Применение раннего сурфактанта снижает риск развития БЛД на 30%. Минимизация ИВЛ и ранний перевод на неинвазивную респираторную поддержку уменьшает вероятность развития тяжелой формы БЛД. Адекватное питание, включающее обогащенное грудное молоко, способствует лучшему развитию легочной ткани. Назначение низких доз кортикостероидов у детей с высоким риском снижает частоту тяжелых форм БЛД.

Выводы. Комплексный подход к профилактике бронхолегочной дисплазии, включающий раннюю оптимизацию респираторной поддержки и профилактику инфекций, значительно снижает риск развития БЛД у новорожденных с низкой массой тела. Минимизация времени на ИВЛ и использование щадящих режимов вентиляции являются ключевыми компонентами профилактики. Рекомендуется внедрение раннего назначения сурфактанта и строгий контроль за инфекционными осложнениями для улучшения исходов у недоношенных детей.

Чоршанбиев Ч.И., Акбарзода М., Фатоев Б.И.
БРОНХИОЛИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Изучить особенности течения бронхиолита у детей.

Материал и методы. Под нашим наблюдением было 46 пациентов с бронхиолитом в возрасте от 3 месяцев до 2 лет, которые получили стационарное лечение в ГУ НМЦ «Шифобахш» в отделении детской пульмонологии с января 2024 по январь 2025 года. Всем больным помимо общеклинических методов исследования, было проведено рентгенологическое исследование легких и пульсоксиметрия. Полученные результаты исследования были статистически обработаны.

Результаты исследования. Признаки дистресс синдрома включали периоральный цианоз, выраженное втяжение уступчивых мест грудной клетки и дистанционные хрипы. У 7% детей при поступлении повышение температуры не наблюдали, но были выражены признаки гипоксемии и обезвоживания вследствие ограничения приема жидкости и пищи. У 10% больных дыхание было поверхностным, что способствовало развитию респираторного ацидоза. При аускультации выявили свистящее дыхание, удлинённый выдох и мелкопузырчатые хрипы. На рентгенограмме грудной клетки выявили эмфизематозное расширение легких, низкое стояние диафрагмы и выраженный легочный рисунок в области корней легких. У 20% детей обнаружили инфильтраты, обусловленные ателектазом и пневмонией. В общем анализе крови лейкоцитоз от 10 до 15 тыс, и лимфоцитоз от 50 до 70%.

Лечение включало: оксигенотерапию 30-40% кислородом, внутривенное введение жидкостей (под контролем электролитов крови и суточного объема мочи). Бронходилататоры, в частности комбинированные, облегчили симптомы бронхообструкции, кортикостероиды использовали только в тяжелых случаях.

Выводы. Из вышеизложенного следует, что бронхолит у детей является серьёзным осложнением респираторно-синцитиальной инфекции, вируса парагриппа и при неоказании своевременной помощи (оральной регидратации и кислородотерапии), приводит к тяжелой дегидратации, ателектазу и пневмонии. Для постановки диагноза на первичных звеньях достаточно правильной клинической оценки состояния больного и подробно собранного анамнеза заболевания.

Ш.С. Музаффаров, М.А. Исмоилова, Е.В. Сыпало.

СОСТОЯНИЕ КОМПОНЕНТОВ ЦИКЛАЗНОЙ СИСТЕМЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Исмоилов К.И.

Цель исследования. Изучить степени изменения компонентов циклазной системы в организме новорожденных при манифестации специфических внутриутробных инфекций.

Материал и методы. На базе отделения патологии новорожденных ГУ НМЦ РТ - «Шифобахш» под нашим наблюдением находились 60 новорожденных, госпитализированных с положительными титрами антител против возбудителей врожденной цитомегаловирусной, герпетической, хламидийной и токсоплазменной инфекций. В зависимости от степени тяжести течения заболевания наблюдаемые дети были разделены на две группы. В группу с тяжелым течением внутриутробных инфекций вошли 28 (46,6%) доношенных новорожденных с тяжелым течением различных видов инфекций. Вторая группа была сформирована из 32 (53,3%) поздних недоношенных новорожденных с тяжелым течением внутриутробных инфекций. Для оценки состояния циклазной системы организма новорожденных детей с внутриутробными инфекциями были изучены уровни циклического АМФ, ГМФ и их соотношение в сыворотке крови наблюдаемых новорожденных с ВУИ.

Результаты исследования. При поступлении у всех наблюдаемых новорожденных отмечались одышка (84,7%), цианоз носогубного треугольника (81,5%), серо-бледный оттенок кожи (45,6%), выраженный акроцианоз (42%), холодные на ощупь конечности (38%), участие вспомогательной мускулатуры грудной клетки и крыльев носа в акте дыхания (36%), втяжение межреберных промежутков при вдохе (32%) и выдохе (29%), вздутие живота (24%) и снижение оксигенации кожных покровов при пульсоксиметрии (21%).

Исследование компонентов циклазной системы показало, что у новорожденных с тяжелым течением внутриутробных инфекций концентрация цАМФ уменьшилась в 1,6 раза по сравнению с детьми контрольной группы ($12,9 \pm 0,4$ нмоль/л), составив $8,0 \pm 0,2$ нмоль/л. В противоположность этому, показатели цГМФ в сыворотке крови новорожденных данной группы показали относительное увеличение ($6,5 \pm 0,1$ нмоль/л) по сравнению с детьми контрольной группы ($4,5 \pm 0,1$ нмоль/л). При этом было отмечено существенное изменение соотношения цГМФ/цАМФ у детей с тяжелым течением внутриутробных инфекций, по сравнению с детьми контрольной группы ($1,3 \pm 0,04$ против $2,9 \pm 0,044$; $p < 0,05$).

У детей с очень тяжелым течением внутриутробных инфекций наблюдалось значительное уменьшение концентрации цАМФ ($5,16 \pm 0,01$ нмоль/л) по сравнению со здоровыми детьми и детьми первой группы ($12,9 \pm 0,4$ нмоль/л; $8,0 \pm 0,2$ нмоль/л соответственно). Данный показатель у новорожденных с очень тяжелым течением ВУИ был значительно выше ($10,4 \pm 0,03$) по сравнению с аналогичными показателями здоровых новорожденных и детей первой группы ($4,5 \pm 0,1$ нмоль/л; $6,5 \pm 0,1$ нмоль/л соответственно; $p < 0,001$). При этом у новорожденных этой группы средние показатели соотношения цАМФ/цГМФ в сыворотке крови оказались значительно ниже ($0,49 \pm 0,01$ нмоль/л) по сравнению с показателями здоровых и больных детей с тяжелым течением внутриутробных инфекций ($1,3 \pm 0,04$; $2,9 \pm 0,02$ соответственно; $p < 0,001$).

Выводы. В результате манифестации клинических синдромов ВУИ существенно изменилось количество циклазных показателей: наблюдалось уменьшение концентрации цАМФ, и противоположности увеличилась концентрация цГМФ в сыворотке крови новорожденных, что указывает на наличие дисфункции внутриклеточных вторичных мессенджеров на фоне ВУИ. Наиболее значительные изменения параметров циклазной системы отмечались у детей с очень тяжелым течением ВУИ, что свидетельствует о глубоком нарушении функции клеточной биомембраны, внутриклеточной передачи импульсов и нарушении функции других внутриклеточных компонентов жизнедеятельности клетки на фоне тяжелых и осложненных форм ВУИ. Указанные нарушения подчеркивают необходимость назначения своевременной корригирующей терапии ВУИ.

Шамсов Б.А., Файзуллоев Ф.А., Эшова М.Дж.

ОПТИМИЗАЦИЯ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ И КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОРРЕКЦИИ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Набиев З.Н.

Цель исследования. Разработка научно обоснованных и клинически эффективных рекомендаций по нутритивной поддержке детей с врожденными пороками сердца.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 83 ребенка в возрасте от 6 месяцев до 3 лет, которые были разделены на две группы: основную (53 ребенка, получавших специализированную нутритивную поддержку) и контрольную (30 детей, не проходивших целенаправленную коррекцию питания). Для оценки эффективности нутритивных программ был проведен комплексный анализ диетологических подходов, изучены специализированные лечебные смеси (F-75, F-100), разработаны рекомендации по коррекции рациона, частоте и режиму кормления.

Обследование включало антропометрические измерения, лабораторные анализы крови и оценку клинических проявлений нутритивной недостаточности. Дополнительно изучались адаптационные возможности организма к кардиохирургическому вмешательству и общие показатели физической активности. Результаты мониторинга фиксировались в трех временных точках: до начала нутритивной коррекции, через 3 месяца и через 6 месяцев после начала вмешательства.

Результаты исследования. Данные исследования подтвердили положительное влияние нутритивной поддержки на состояние детей с ВПС. В основной группе наблюдалось снижение доли детей с выраженным дефицитом массы тела с 46% до 18%, в то время как в контрольной группе данный показатель оставался высоким (42%). Количество детей с нормальным нутритивным статусом в основной группе увеличилось на 30%, что подтверждает эффективность целенаправленного питания.

Биохимические показатели также претерпели положительные изменения: уровень общего белка увеличился в среднем на 12 г/л, альбумина – на 8 г/л, а гемоглобина – на 15 г/л, что способствовало снижению частоты анемии с 45% до 20%. Стабилизация водно-электролитного баланса выражалась в нормализации уровня натрия и калия в крови, уменьшении проявлений отеков и снижении риска сердечно-сосудистых осложнений. В основной группе также отмечено улучшение аппетита, повышение общей активности и толерантности к физическим нагрузкам, что свидетельствует о более быстром восстановлении и повышении качества жизни пациентов.

Выводы. Таким образом, предложенные методы нутритивной коррекции позволяют не только улучшить нутритивный статус детей с ВПС, но и значительно повысить успешность хирургического лечения, сократить сроки реабилитации и снизить риск послеоперационных осложнений.

Шамсов Б.А., Файзуллоев Ф.А., Тагайкулова М.М.

ВЛИЯНИЕ НУТРИТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ НА ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С ВПС

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Набиев З.Н.

Цель исследования. Оценить влияние специализированной нутритивной поддержки на динамику физического развития детей с врожденными пороками сердца

Материал и методы. Исследование включало всестороннюю оценку физического развития детей с ВПС на разных этапах наблюдения с применением стандартных методов антропометрии. Были проведены измерения роста, массы тела, окружности головы, а также расчет z-индекса ИМТ/возраст в соответствии с рекомендациями ВОЗ. В исследование были включены 83 ребенка в возрасте от 6 месяцев до 3 лет, которые были разделены на две группы: основную (53 ребенка, получавших нутритивную коррекцию) и контрольную (30 детей, не получавших специализированную поддержку).

Мониторинг физического развития осуществлялся в три этапа: первичное обследование перед началом нутритивной коррекции, промежуточное обследование через 3 месяца и итоговое обследование через 6 месяцев. Кроме антропометрических показателей, оценивался характер и частота питания, качество потребляемых продуктов, а также энергетическая ценность рациона.

Результаты исследования. После 6 месяцев нутритивной поддержки в основной группе был зафиксирован средний прирост массы тела на 1,5 кг, тогда как в контрольной группе он составил всего 0,5 кг. Аналогично, рост детей в основной группе увеличился в среднем на 3 см, в то время как в контрольной группе этот показатель был значительно ниже – 1 см. Эти различия были статистически значимыми ($p < 0,05$).

Дополнительно наблюдалось значительное улучшение z-индекса ИМТ/возраст, что указывает на положительные изменения в нутритивном статусе детей. Так, у 15,4% детей первой подгруппы и 30,8% детей второй подгруппы отмечалось повышение этого показателя к средним возрастным нормам, тогда как в контрольной группе значительных изменений не зафиксировано. Также отмечено снижение доли детей с выраженной недостаточностью питания: если на начальном этапе у 46% детей наблюдался выраженный дефицит массы тела (z-ИМТ/возраст ниже -2SD), то после 6 месяцев нутритивной коррекции этот показатель снизился до 18%, что указывает на высокую эффективность разработанных диетологических стратегий.

Выводы. Использование специализированных нутритивных смесей и индивидуализированного подхода к питанию способствует улучшению нутритивного статуса детей, что в свою очередь снижает вероятность послеоперационных осложнений и улучшает общие показатели реабилитации.

Шарапова Н.Э., Исмоилова Д.З., Муродова Д.У.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Кафедра фундаментальной медицины

Азиатский международный университет. Бухара, Узбекистан.

Научный руководитель – и.о. профессора Джалилова З.О.

Цель исследования. Оценить распространенность, клинические проявления, факторы риска и методы коррекции функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей

Материал и методы. Анализ медицинских карт детей с жалобами на функциональные нарушения ЖКТ (функциональная диспепсия, синдром раздраженного кишечника, функциональный запор и др.). Анкетирование родителей и детей – сбор информации о характере питания, психоэмоциональном состоянии, наличии стрессовых факторов. Лабораторные методы – общий анализ крови, биохимический анализ крови (печеночные ферменты, уровень электролитов), анализ кала (копрограмма, дисбактериоз). Инструментальные методы – ультразвуковое исследование

органов брюшной полости, рН-метрия, гастроскопия (по показаниям).

Результаты исследования. 1. Частота функциональных расстройств ЖКТ у детей. У 40–60% детей, обратившихся к гастроэнтерологу, выявляются функциональные нарушения ЖКТ. Наиболее распространены функциональная диспепсия (25%), синдром раздраженного кишечника (20%) и функциональные запоры (30%).

2. Факторы риска. Нарушения питания: несбалансированный рацион, избыточное употребление углеводов и фастфуда у 70% детей. Психосоциальные факторы: стресс, школьные нагрузки, семейные конфликты отмечены у 50% пациентов. Дисбиоз кишечника: изменение состава микрофлоры выявлено у 60% детей с функциональными расстройствами. Наследственная предрасположенность: заболевания ЖКТ у родителей обнаружены у 40% детей с аналогичными симптомами.

3. Клинические проявления. Абдоминальные боли различной локализации (80% случаев). Вздутие и метеоризм (60%), нарушения стула – запоры (30%), диарея (20%), нестабильный стул (20%), тошнота и снижение аппетита (40%).

4. Эффективность методов лечения. Коррекция питания (увеличение клетчатки, ограничение раздражающей пищи) привела к улучшению состояния у 70% детей. Применение пробиотиков нормализовало стул у 60% пациентов с функциональными запорами и диареей. Психотерапевтические методы (когнитивно-поведенческая терапия, релаксационные техники) снизили выраженность симптомов у 50% детей. Медикаментозная терапия (спазмолитики, прокинетики) была эффективна в 65% случаев при выраженном болевом синдроме.

Выводы. Функциональные расстройства ЖКТ широко распространены среди детей и могут существенно снижать качество их жизни. Основные триггеры – неправильное питание, стресс и дисбаланс кишечной микрофлоры. Диагностика должна основываться на Римских критериях IV, исключении органической патологии и анализе факторов риска.

Шарипов М.И., Саидова А.З.

ЧАРАЁНИ КЛИНИКИИ ЭНТЕРОКОЛЛИТҲОИ САБАБАШ СТАФИЛАКОКҲИ ДАР КӮДАКОН

Кафедраи бемориҳои сироятии кӯдакони МДТ “ДДТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”. Тоҷикистон.

Роҳбари илмӣ - Саидмурадова Г.М.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши чараёни клиникӣ энтероколитҳои сабабабаш стафилакоккӣ дар кӯдакон.

Мавод ва усулҳо. Дар зери назорат 36 кӯдаки бо аломатҳои диарея, осеби системаи марказии асаб (СМА), норасоии вазнини гизо, масъунияти паст ва камхунӣ буданд. Муоинаи ташхисгузори микробиологии кишти фазла дар ҳамаи кӯдакон барангезандаи *S. aureus* ва дар 22 нафари онҳо яқҷоя замбурғохоро нишон додааст.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Аз ҳисоби кӯдакони бистарӣ шуда 26(72,2%) нафар баъди 1,5-2 моҳи саршавии беморӣ бистарӣ шудаанд ва 22(61,1%) нафар кӯдак оризаи захролудшавии мағзи сарро доштанд, ки он бо ҳароратбаландии то 38,5 °C -39,5°C, зиёд гаштани адади задани дил то 180 адад дар як дақиқа, брадикардияи аз 90 задан дар як дақиқа поён дар 13 (36,1%) кӯдакон гузашта буд. Дар 13(59,1%) кӯдак захролудшавии майнаи сари дараҷаи якум муоина карда шуд. Дар собиқаи бемории кӯдакон маълум гаштааст, ки яқҷанд маротиба муолиҷаи хусусиро дар беморхонаи кӯдакони қабул кардаанд ва дар зери назорати табиби асабшиноси кӯдакони мебошанд.

Аломатҳои минегаалӣ дар 8(36,3%) кӯдак, бо саҳтшавии мушаки пушти гардан дар 5(22,7%), Керниг дар 3(13,6%) кӯдак муоина карда шуданд. Ҳамаи кӯдакони бистари гардида хушёр буданд, дар 18(86,4%) кӯдак рангпардагии пӯст ҷой дошт. Ба ғайр аз он, дар 14(63,6%) кӯдак илтиҳоби шушҳо бо аломатҳои норасоии дараҷаи 2, дар 8(36,4%) кӯдак садмаи захрии сироятӣ муоина карда шуданд. Дар 7 (31,8%) нафар кӯдак захролудшавии мағзи сари дараҷаи дуюм бо гарангшавӣ, сопор, беҳаракатӣ, ҳароратбаландии доимӣ боло аз 39,5 °C, тахикардия ташхисгузорӣ намуда шуда, аломати варами мағзи сар, дар 6 (27,3%) нафар ихтилоҷҳо муоина шуданд.

Ҳолати шуури кӯдакон вобаста аз рӯи нишондодҳои шкалаи Глазго аз 9 то 12 балл баҳо дода шудааст. Муоинаи маводи ҳароммағзи 3 –е кӯдак баланд гардидани сафедаро қариб, ки 2 маротиба, ки яқҷоя бо плеотситози нейтрофилӣ то 1300 нишон дод. Дар давраи терминалии захролудшавии мағзи сар аломатҳо қабудшавии паҳншуда, камҳаракатӣ, гипотонуси мушакҳо бо гипотермияи <36,5°C, ки ба онҳо аз рӯи нишондодҳои шкалаи Глазго паст аз 8 балл баҳо дода шуд 2(9,1%) нафар кӯдак буданд.

Дар 6(27,3%) кӯдак аломатҳои садмаи гиповолемикӣ ташхисгузорӣ шуд. Муолиҷаи беморӣ ва оризаи онҳо дар кӯдакони бемор аз рӯи протоколҳои ҷойдошта гузаронида шудаанд ва маводҳои антибактериалӣ дар асоси нишонаҳои кишти фазла ва ҳассоснокии стафилакокҳо, муолиҷаи зиддизаҳролудӣ вобаста аз дараҷаи захролудшавӣ, ферментотерапия аз хусусиятҳои ҳазмшавӣ дар копрограмма гузаронида шудаанд. Бо мақсади беҳтар намоеи микрофлораи дохилирӯдавӣ ба кӯдакони хурдсол маводҳои Энжамин 5 мл 2 карата дар шабонарӯз, Лактоджи 1 капсулагӣ 1 – 2 карата/шабонарӯз, ба кӯдакони синни калонтар Примафог ПИО обакӣ 5 мл. 2-3 карата дар шабонарӯз ва ферментҳои Крезам 1-2 капсулагӣ дар шабонарӯз дар вақти ҳуриш, дар вақти қайқунӣ смекта 1-2 ҳока 2-3 карата дар шабонарӯз таин карда шуданд. Баъд аз натиҷаи манфии кишти такрории фазла ва беҳтар ҳосиятҳои фазлавӣ ва нест шудани аломатҳои заҳролудӣ, гиповолемикӣ, кӯдакон дар ҳолати хуб аз беморхона ҷавоб дода шудаанд.

Ҳулосаҳо. Ҳамин тавр, дар 61,1% кӯдакони бо энтероколитҳои сабабабаш стафилакоккӣ беморӣ бештар бо оризаҳои заҳролудшавии мағзи сар дар нафар, дар 63,6% - илтиҳоби шушҳо бо аломатҳои норасоии вазнини нафаскашӣ дараҷаи дуюм, дар 36,4% - садмаи захрии сироятӣ, дар 27,3% кӯдакон садмаи гиповолемикӣ гузашт.

Шарипов М.Ш., Юнусов К.Дж.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОЧЕТАННЫХ ФОРМ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А И КИШЕЧНОГО АМЕБИАЗА У ДЕТЕЙ

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Саидмуродова Г.М.

Цель исследования. Выявить клинические особенности сочетанного течения вирусного гепатита А (ВГА) и кишечного амелиаза у детей.

Материал и методы. Ретроспективно нами проработаны 45 историй болезни госпитализированных детей в возрасте от 2-х до 18 лет в ГУ «ГМЦ №1 им.Карима Ахмедова» г. Душанбе с сочетанной формой заболевания ВГА и кишечного амелиаза. Сочетанная форма кишечных инфекций чаще регистрировалась у неорганизованных детей (84,4%) и в возрастной группе от 2 года до 4-х лет (62,2%). Легкая форма болезни констатирована у 6 (13,3%) детей, среднетяжелая – у 21 (46,7%) и тяжелая – у 18 (40%). Диагноз ВГА верифицирован на основании клиники и выявления (анти-НAV IgM) методом ИФА, а амелиаз выставлен на основании обнаружения в кале *Entamoeba histolytica*.

Результаты исследования. В период эпидемического подъема ВГА в республике Таджикистан (2016 г.) также установлен рост заболеваемости и носительства просветных форм гистолитических среди населения. При микст-инфекции у всех детей отмечалось острое начало болезни с повышения температуры тела до фебрильных цифр и присоединения кишечной дисфункции: частый жидкий стул до 7-8 раз – у 88,9% больных, более 8 раз – у 11,1%; тошнота – у 38 (84,4%), рвота – у 35 (77,8%), боли в животе и жидкий стул темно-зеленого цвета с патологическими примесями - у 100%. У большинства больных (62,2%) кишечная дисфункция сопровождалась симптомами интоксикации (вялость, бледность кожных покровов, отсутствие аппетита, плохой сон, головные боли). У остальных детей (37,8%) симптомы интоксикации присоединились на 2-3 день от начала болезни (2,2±0,5 дней). Через 3-4 дня от начала болезни характер стула у 80% детей стал скудным с примесью кровавой слизи. У большинства больных увеличение размеров печени наблюдалось на 3-4 день заболевания, что настораживало в отношении вирусного гепатита. Температурная реакция в первые дни болезни у 15 (33,3%) детей достигала 39,5-40,5°C; у 20 (44,4%) – 38-39°C и у 10 (22,2%) – отмечался субфебрилитет. При микст-инфекции длительность преджелтушного периода составляла от 3 до 6 дней (3,1±0,4 дней). Желтушный период характеризовался удерживающимися симптомами интоксикации у большинства больных (86,7%) и у части детей – повышенной температурой тела и сохранялась в среднем 11,8±1,9 дней. Продолжительность симптомов интоксикации в целом составляла при сочетанном течении болезни 9,8±0,9 дней. В этом периоде болезни размеры печени достигали 4-6 см из под края реберной дуги, консистенция печени была эластичной, болезненная при пальпации. Нормализация стула при сочетанной патологии происходила медленно в течении 4,8±1,2 дней, а эквиваленты тенезмов наблюдались у 35 (77,8%) детей. Тяжелое обезвоживание при микст-инфекции отмечено у 20 (44,4%) детей. Биохимические сдвиги при микст-инфекции характеризовались гипербилирубинемией до 128,5±19,8 мкм/л и гиперферментемией до 4,3±1,1 ммл/ч.л. Осложнения у больных с сочетанным течением болезни отмечались в 31% случаев, из которых у 1 больного – прекома 1, у 7 (15,6%) – дискинезии желчевыводящих путей, реактивный панкреатит – у 6 (13,1%).

Выводы. Таким образом, сочетанное течение кишечного амелиаза и вирусного гепатита А приводит к утяжелению течения болезни с развитием неблагоприятных исходов, что требует более длительного диспансерного наблюдения с проведением всех клинико-биохимических исследований, при необходимости – ультразвукового исследования печени, желчевыводящей системы, а также исследование копрограммы на наличие цист и вегетативных форм *Entamoeba histolytica*.

Шарипова М.М.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

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

Научный руководитель: д.м.н., профессор Исмоилов К.И.

Цель исследования. Изучение особенностей морфофункциональных состояний сердца у детей с обструктивным бронхитом.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 120 детей с обструктивным бронхитом на стационарном лечении в ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Возраст больных от 5 месяцев до 4 лет. Критерии включения в исследование: дети с среднетяжелой и тяжелой обструкцией, критерии исключения: дети с бронхиальной астмой. Проведены общеклинические исследования и дополнительно ЭКГ и ЭхоКГ. Электрокардиографию (ЭКГ) проводили по общепринятой методике на аппарате «BIOCAREECT-1200», 2004г; ЭхоКГ проводилась на приборе Vivad 3 (Genera IElectric, США), с секторным датчиком 2,5-5,0 МГц в двумерном М-режимах, импульсно-волновом и цветовом вариантах доплерометрии.

Результаты исследования. Обструктивный бронхит у наших обследованных проявлялся симптомами ОРВИ и у более младших детей также наблюдались диспептические явления. Затем нарастали проявления дыхательной недостаточности. У всех больных наблюдался затруднения дыхания. В процесс дыхания включались мышцы шеи и плеч. Возникали на выдохе свистящие хрипы. Выдох затруднялся и удлинялся, что привело к увеличению передне-задний размер грудной клетки; кашель со скудной мокротой, приступообразного характера; у 20% больных наблюдался шейный лимфаденит.

При анализе электрокардиографических данных выявлено существенное изменение биоэлектрической активности миокарда. Характеризуя основные зубцы ЭКГ, следует, прежде всего, отметить деформацию и снижение

амплитуды предсердного зубца. Деформация предсердного зубца регистрировалась во многих отведениях и выражалась в его зазубренности и расщеплённости. У многих обследованных достаточно часто обнаружены признаки неполной блокады правой ножки пучка Гиса, которая проявлялась в виде зазубренности зубца S в правых грудных отведениях. По данным эхокардиографии при обструктивном бронхите, показатели диастолической функции на трикуспидальном и полулунных клапанах обнаружили существенное колебание, а в митральном клапане по сравнению с контрольной группой значимых отличий не выявили. Что свидетельствует о способности миокарда сохранять свои эластические свойства и поддерживать нормальное расслабление ПЖ во время обструктивного бронхита. Так как обструкция бронхов в участках лёгких со сниженной вентилиацией приводит к гипоксической вазоконстрикции, которая усиливает сопротивление в лёгочных сосудах.

Выводы. Таким образом, наше исследование показало, что у детей с обструктивным бронхитом, среднетяжёлой и тяжёлой степени, когда повышается тонус стенки лёгочных сосудов, повышается давления в лёгких, что способствует увеличению давления в ЛА и систолической перегрузке, и снижению диастолической функции ПЖ. Изменения биоэлектрической активности сердца проявлялся в виде: деформации и снижения амплитуды предсердного зубца.

**Шарифзода З.У., Сайдалиев Ш.Ш.
РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ У ДЕТЕЙ**

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Бабаева Л.А.

Цель исследования. Изучение особенностей течения рассеянного склероза у детей на примере клинического случая.

Материал и методы. Представлено описание клинического случая девочки О., 11 лет, находящейся на стационарном лечении в детском неврологическом отделении ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» с диагнозом: рассеянный склероз, период обострения. Проведены клиничко-анамнестические и лабораторно-инструментальные методы исследования.

Результаты исследования. Из анамнеза: болеет в течение года. Заболевание началось с головных болей, онемения и слабости в движениях левой руки и левой ноги. Получала амбулаторное лечение, после чего состояние улучшилось, двигательная активность, со слов мамы, восстановилась. Полная диагностика не проводилась. За 3 дня до поступления в стационар усилилась слабость в левой руке и нижних конечностях, наблюдалось резкое ухудшение интеллектуального функционирования, отставала в учёбе от сверстников. За медицинской помощью обратились в ГУ «МК Истиклол», куда была госпитализирована на обследование и лечение, и впервые был выставлен диагноз: рассеянный склероз. Жалобы при поступлении: головная боль, слабость в движениях левой руки и нижних конечностях, опущение угла рта слева, затруднённая речь, затруднённое глотание, неконтролируемое слюноотделение, неустойчивость в положении стоя, утомляемость. Из анамнеза: от 2 беременности и 2-х физиологических родов. Раннее развитие соответствовало возрасту. Объективно - вялая, слабо контактна и дезориентирована. Речь затруднена, отвечает на простые вопросы односложно. Отмечается незначительное снижение когнитивных функций. Со стороны других органов и систем без патологии. Неврологический статус: при обследовании черепных нервов выявлен центральный парез лицевого нерва слева и лёгкий бульбарный синдром (глоточно-нёбные рефлексы слабо выражены). Тонус мышц в конечностях в пределах нормы, сухожильные рефлексы левой руки и нижних конечностей повышены. Мышечная сила в левой руке - 2,0 балла, в нижних конечностях - 3,5 балла. Патологические стопные знаки положительные. Чувствительность сохранена. Функция тазовых органов не нарушена. В позе Ромберга неустойчива. Движения неуклюжие, ходьба затруднена. В крови отмечается лейкоцитоз ($14,3 \times 10^9/\text{л}$). На МРТ головного мозга - многоочаговое поражение белого вещества обоих полушарий, характерное для сосудистых и дистрофических изменений. На МРТ грудного отдела спинного мозга очаги не обнаружены. На фоне проведённого комплексного лечения, включая пульс-терапию метилпреднизолоном (1000 мг), общее состояние О. улучшилось. Центральный парез лицевого нерва слева стал менее выраженным, отмечается умеренный гемипарез левой руки (3,5 балла) и нижних конечностей (4 балла). Снижение когнитивных функций сохраняется. На фоне стабилизации состояния О. была выписана под наблюдение участкового невролога с дальнейшей реабилитацией.

Выводы. Клинический пример демонстрирует особенности течения рассеянного склероза с рецидивирующими обострениями, сопровождающимися разнообразной симптоматикой - от нарушения двигательной активности до снижения когнитивных функций. Своевременная диагностика и рациональная терапия способствуют стабилизации состояния больных. Полученные данные подтверждают необходимость комплексного обследования при подозрении на рассеянный склероз, что позволяет оперативно корректировать лечение и проводить адекватную реабилитацию.

Шарифов Ф.М.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИЕТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С АСТЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Х.Дж. Аминова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., Бадалова З.А.

Целью исследования. Изучить эффективность коррекции в комплексе реабилитационно-восстановительных мероприятий у детей с астеническим синдромом.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 75 детей с астеническими расстройствами разного генеза. Для оценки симптомов астенического синдрома и их динамики использовались: опросник Вейна. Для расчёта энергетической ценности рациона применяли нормы потребности в пищевых веществах и энергии.

Результаты исследования. На начало исследования у детей отмечались жалобы общую слабость, истощаемость, вялость, дневную сонливость. В группе детей определялось достоверно значимое уменьшение чувства повышенной утомляемости, сохранилось только у 5 (12,5%) детей после комплексной реабилитации, сердцебиения у 6 (15,6%) детей до начала лечебно-восстановительных мероприятий, миалгий - у 3 (6,25%) детей на начало исследования, раздражительности - у 4 (9,4%) детей при первоначальном тестировании, головной боли - у 5 (10,4%) детей. Достоверно статистически значимо уменьшились только два показателя: повышенная утомляемость, которая на момент начала исследования регистрировалась у всех детей и стала определяться только у 12 (33,3%) в конце, а также раздражительность, встречавшаяся у 22 (61,1%) обследуемых в начале и у 11 (30,6%) детей в конце.

Выводы. Полученные данные демонстрируют целесообразность использования нейродиетологии в комплексных лечебно-восстановительных мероприятиях при астеническом синдроме у детей.

Шарифов Ф.М.

ДИАГНОСТИКА И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Х.Дж. Аминова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - старший преподаватель Умаров Х.У.

Цель исследования. Выявить и изучить раннюю диагностику осложнений поздней геморрагической болезни новорожденных.

Материал и методы. Проведен анализ 108 случаев лечения пациентов с внутримозговыми кровоизлияниями на фоне витамин-К зависимого геморрагического синдрома, находившихся на лечении в ГМЦ.

Результаты исследования. Основными клиническими симптомами явились — кровоточивость из пупочной ранки - 6 %, судороги в 17 % случаев, желтушность кожных покровов (у 76 %). Лабораторные критерии — в 80 % снижение гемоглобина ниже 100 г/л, в биохимическом анализе крови печеночные пробы повышены в 90 % случаев, повышение билирубина 75,5 случаев, в коагулограмме — в 100 % случаев характерно снижение протромбинового индекса до 50 % и ниже, снижение уровня фибриногена. % случаев развились минимальные неврологические расстройства и в 25 % случаев развились грубые неврологические нарушения.

Выводы. Внутримозговые кровоизлияния являются тяжелым осложнением витамин-К зависимого геморрагического синдрома у детей раннего возраста, требующим экстренной реанимационной помощи. При появлении симптоматики острой внутримозговой гипертензии у пациентов в возрасте от 1 до 2-х мес. необходимо исключить внутримозговое кровоизлияние.

Шокирова Д.Р., Абдурахманова У.Ш.

ОЦЕНКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ШКАЛ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Давлатова С.Н.

Цель исследования. Провести объективную оценку болевого синдрома у детей раннего и старшего возраста с использованием шкал оценки боли.

Материал и методы. Анализ литературных источников по данной проблематике. Изучение пособий и практических рекомендаций по программе паллиативной помощи детям.

Результаты исследования. Измерение боли – один из ведущих принципов ведения болевого синдрома, является сложной задачей на практике. Проводить измерение боли у детей сложнее, чем у взрослых, но это осуществимо. Врачам для постановки диагноза нужны подробности и объективная информация о силе болевых ощущений. Для этого используют шкалы для оценки боли. Шкала интенсивности боли — это инструмент, который позволяет наглядно оценить степень своих болевых ощущений по определенной числовой или визуальной системе. Использование шкалы боли крайне важно в медицинской практике. Она помогает пациенту точнее охарактеризовать боль, а врачу — объективно оценить его состояние, подобрать правильное лечение и отслеживать динамику.

Существует несколько видов шкал, используемых в практике:

- Числовая рейтинговая шкала (NRS) — ряд чисел от 0 до 10, где 0 — отсутствие боли, а 10 — максимально возможная боль.
- Визуально-аналоговая шкала (VAS) — отрезок длиной 10 см, где начало — отсутствие боли, а конец — нестерпимая боль. Каждый отрезок имеет свою классификацию, а число округляется до целого. Например, отрезок до 2 см означает слабую боль.
- Вербальная шкала (VRS) — определение боли, по некоторым словам, боли нет (0), слабая боль (1), умеренная (2), сильная (3), очень сильная (4) и нестерпимая (невыносимая) боль (5). Человеку необходимо выбрать слово, которое более точно характеризует его ощущения.
- Шкала лиц (FPS, Вонга-Бейкера) используется для детей от 3 до 7 лет. Определение боли по картинкам с изображениями, которые слева направо располагаются от самого спокойного и радостного лица до самого грустного, выражающего сильную боль. Лицо, которое выберет человек, отражает степень его боли.
- Шкала Oucher- аналог предыдущей шкалы.
- Шкала Эланда (Eland body tool) - интенсивность боли определяется по цветам и определяет локализацию: красный-сильная боль, оранжевый-умеренная, желтая-слабая боль.
- NIPS-Neonatal infant Pain Scale- используют для оценки боли у детей в возрасте до 1 года. Шкалу могут запол-

нить родители, ориентируясь на выражение лица ребёнка, на плач, дыхание, положение верхних и нижних конечностей, состояние сознания. Сумма баллов выше трёх означает наличие боли.

- FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) - эта поведенческая шкала применяется для детей в возрасте до 3 лет. Она учитывает выражение лица ребёнка, положение или подвижность ног, характер крика и то, насколько ребёнок поддаётся успокоению. Боль оценивается по десятибалльной шкале, чем выше оценка, тем сильнее боль, и тем хуже себя чувствует ребёнок.

Выводы. Оценка боли с помощью шкал позволяет объективно измерить её интенсивность, помогает врачам лучше понимать состояние пациента и контролировать эффективность терапии. Для оценки боли у разных возрастных групп применяют различные шкалы: взрослые могут осознанно описать свою боль, тогда как у детей и младенцев её оценивают через поведенческие реакции. Выбор шкалы зависит от возраста и способности пациента к самовыражению, что помогает врачам объективно оценить боль и подобрать адекватное лечение.

Шомаматов Ш.А., Хусейнзода Н.Ф.

КЛИНИКА СОЧЕТАННЫХ ЭШЕРИХИОЗНО-ПРОТЕЙНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ (ПО МАТЕРИАЛАМ Г. ДУШАНБЕ)

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Г.М.Саидмурадова

Цель исследования. Изучение клинических особенностей сочетанных эшерихиозно – протейных кишечных инфекций у детей.

Материал и методы. Нами были разработаны 36 историй болезни больных детей, госпитализированных в ГУ «ГКБДИБ» г. Душанбе с диагнозом ОКИ смешанной эшерихиозно – протейной этиологии. Диагноз был подтверждён бактериологическим исследованием кала патогенных эшерихий и протей вальгариса до начала лечения антибактериальными препаратами. Возрастная структура выглядела следующим образом: детей от 3-х до 6-ти месяцев было 10(27,8%), от 6-ти месяцев до 1 года –21(58,3%), от 1-го до 3 –х лет –5(13,9)%, причём только 6(16,7%) детей находились на исключительно грудном вскармливании, 19(52,8%) на искусственном, 11(30,5%) на смешанном вскармливании.

Результаты исследования. При поступлении в стационар, до получения результатов бактериологических посевов кала, по клиническим проявлениям 30(83,3%) детям был выставлен диагноз «острый гастроэнтерит». 6 (16,7%) детям «острый гастроэнтероколит» неуточненной этиологии. У большинства 26(72,2%) больных госпитализированных детей отмечено острое начало болезни с развитием клинических симптомов в течение 1 -2-х дней, а у 10(27,8%) детей заболевание более 3-х дней. Симптомы интоксикации у большинства 24(75%) детей были значительно выраженными. У большинства 30 (83,3%) детей отмечена фебрильная лихорадка, причём у 6(16,7%) лихорадка достигала высоких цифр (выше 39,0°C), что наряду с диареей и рвотой обуславливало тяжелое состояние детей. У всех детей (100%) отмечалась рвота, сочетающаяся у 24(66,7%) детей с тошнотой и срыгиванием, причём однократная рвота выявлена у 12(33,3%), многократная рвота у 24 (66,7%) детей, причём у большинства 28(77,8 %) рвота наблюдалась на протяжении 2 –х дней и лишь у 8(22,2%) детей длилась более 3-х дней. Характер стула у всех больных детей был патологическим, с преобладанием водянистой диареи у 30 (83,3%), энтероколитный с примесью слизи у 6-ти (16,7%) и диарея с частотой менее 10 раз за сутки отмечена у 22 (61,1%) и более 10 раз – у 14(38,1%). Длительность диареи свыше 7 дней наблюдалась у 25(69,4%) детей, причём стул жёлто-зелёного цвета отмечался у 7-ти (19,4%), жёлтый – у 21(58,3%), зелёный со слизью у 8 (22,2%) детей и у 29(80,6%) детей стул был зловонным запахом. У 31(86,1%) детей определены признаки тяжелого и только у 5 (13,9%) умеренного обезвоживания. В течении болезни тяжёлая форма отмечена у большинства у 28 (77,8%), среднетяжелая – у 5 (13,9%) и лёгкая форма у 3 (8,3%) детей. Детям с тяжёлым обезвоживанием была проведена регидратация по плану «В», с умеренным обезвоживанием по плану «Б». Антибиотики были назначены в зависимости от чувствительности возбудителей и с целью улучшения микрофлоры кишечника детям были назначены Энжамин по 5 мл 2 раза в сутки, Лактоджи по 1 капсуле 1 - 2 раз в сутки и ферменты Крезам по 1-2 капсуле в сутки во время еды.

Выводы. У большинства (72,2%) детей клиника смешанной эшерихиозно-протейной кишечной инфекции проявлялась: острым началом, фебрильной лихорадкой (83,3%), наличием рвоты (100%), диареи (100%), что привела к развитию тяжёлого обезвоживания (66,7%) и тяжёлых (77,8%) форм заболевания.

Шукурзода С.Ш., Хасанов Н.Д.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГИПОКСИКО-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра нормальной и патологической физиологии ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Научный руководитель – Назаров Дж.Т.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения гипоксико-ишемической энцефалопатии у детей раннего возраста, определить возможные факторы, влияющие на исход заболевания.

Материал и методы. Исследование включало 80 детей с гипоксико-ишемической энцефалопатией (ГИЭ), проходивших лечение в Центральной больнице Дангаринского района с 1.06.2024 по 1.01.2025 годы. Диагноз устанавливался на основе клинических данных, анамнеза, нейровизуализации и лабораторных исследований. Оценивались шкалы Апгар, Sarnat и Sarnat, неврологические симптомы. Дети были разделены по степени тяжести ГИЭ (лёгкая, средняя, тяжёлая) для анализа клинического течения и исходов. Статистическая обработка проводилась с использованием SPSS, применялись методы описательной статистики, t-критерий Стьюдента, U-критерий Манна-

Уитни и др.

Результаты исследования. В ходе исследования установлено, что у детей с ГИЭ раннего возраста наиболее частыми клиническими проявлениями являются мышечная гипотония (у 28% пациентов), синдром угнетения ЦНС (у 10%), судорожный синдром (у 15%), а также задержка психомоторного развития (у 37% детей к концу первого года жизни). В ходе исследования установлено, что у большинства детей с гипоксико-ишемической энцефалопатией показатели по шкале Апгар были снижены: у 35% новорожденных оценка составила 4–5 баллов на первой минуте жизни, у 50% детей — 6–7 баллов, у 15% — менее 4 баллов, что свидетельствовало о тяжёлой асфиксии при рождении. Тяжесть клинической картины прямо коррелировала со степенью гипоксии в перинатальном периоде. У детей с тяжёлой формой ГИЭ достоверно чаще отмечались нарушения сосательного рефлекса, дыхательные расстройства и устойчивые неврологические дефициты. Проведение ранней реабилитационной терапии способствовало снижению выраженности неврологических симптомов и улучшению показателей психомоторного развития.

Выводы. Факторы, влияющие на исход ГИЭ: степень тяжести перинатальной гипоксии, срок гестации, оценка по шкале Апгар, своевременность и адекватность реанимационной помощи, начало и качество нейропротективной терапии, социальные условия и уход за ребёнком. Клиническое течение ГИЭ зависит от степени гипоксического повреждения и перинатальных факторов. Лёгкая форма имеет благоприятный прогноз, средняя и тяжёлая — высокий риск осложнений. Нейровизуализация и статистический анализ подтверждают важность ранней диагностики и комплексного лечения для снижения инвалидизации.

Ыбрак Н.С.

ТРОМБОФИЛИИ У ДЕТЕЙ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЗАМИ

Кафедра детских болезней им. профессора Н.А. Барлыбаевой.

НАО Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова. Казахстан.

Научный руководитель - к.м.н. Тулебаева А.Б.

Цель исследования. Ознакомление с редким нарушением гемостаза у детей. Представить клинический случай ребёнка с диагнозом тромбофилия после перенесённого тромбоза глубоких вен (ТГВ).

Материал и методы. Материалом для исследования послужила первичная медицинская документация: были выбраны пациенты, которые перенесли объективно подтверждённый эпизод ТГВ в возрасте до 18 лет. Оценивали результаты проведённых объективных, лабораторных и инструментальных методов исследования: клинические анализы крови, исследование показателей гемостаза, коагулограмма с факторами крови, антитромбин, Д-димер и инструментальных: ультразвуковое исследование глубоких вен нижних конечностей, данные об основном заболевании и сопутствующей патологии, возраст на момент тромбоза, локализация тромбоза группы: с тромбофилией и без неё.

Результаты исследования. Из базы данных НЦПДХ были выбраны пациенты с ВТ различных локализаций. В ходе анализа базы данных были выявлены 4 детей с ТГВ. Из 4 пациентов, 2 пациента - дети из одной семьи, 2007 и 2012 года рождения с диагнозом тромбофилия, с дефицитом АТIII, тромбозы у родственников в возрасте до 60 лет.

Первая пациентка 2007 года рождения, девочка. С ноября 2019 года считается больной, с появления болей в нижних конечностях. В динамике нарастал отёк левой нижней конечности. В условиях ННЦХ им. Сызганова было сделано УЗИ сосудов нижних конечностей, заключение "Тромбоз глубоких вен. Тромбофлебит большой подкожной вены и её притоков левой голени. Тромбофлебит малой подкожной вены и её притоков. Флотирующий тромб. Паховый лимфаденит слева. Получала комплексное консервативное лечение (гепарин, пентоксифиллин, детралекс). В 2020 году было сделано оперативное лечение - имплантация кава фильтра в нижнюю полую вену. В 2020 году ребёнок был госпитализирован планово для обследования и уточнения диагноза в НЦПДХ. В ноябре 2020 года проведён анализ на предрасположенность к тромбофилии - расширенная панель 11 генов. По результатам молекулярно-генетического тестирования на предрасположенность к тромбофилии, у пациентки обнаружена одна гетерозиготная мутация в гене фактора свёртывания крови фибриногена FGB. Следствием данной мутации может быть повышенная выработка фибриногена, что приводит к сгущению крови. По подсчётам общей суммы баллов генотипов, пациентка относится к группе низкого наследственного риска по тромбофилии. Рекомендовано - наблюдение лечащего врача, профилактика гипергомоцистемии.

Второй пациент 2012 года рождения, мальчик. Семейный анамнез: у родной сестры - наследственная тромбофилия. Ребёнок болеет с ноября 2020 г, после падения перелом большеберцовой кости без смещения справа. Через 2 недели заметили отёчность правой нижней конечности, мошонки. Через 45 дней провели УЗИ сосудов нижних конечностей, заключение: тромбоз глубоких вен и наружной подвздошной вены справа с частичной реканализацией. Обратились на консультацию в НЦПДХ к гематологу, выставлен предварительный диагноз: тромбофилия, рекомендовано обследование и лечение в условиях НЦПДХ, так же консультация ангиохирурга.

Выводы. Нарушение гемостаза, тщательный сбор семейного анамнеза позволили выявить и подтвердить с помощью полиморфизм генов, связанных с системой гемостаза. Тромбообразование раннего возраста без причин. Показатели гемостаза: антитромбин III, протромбин C, S, и т.д. При обследовании ребёнка с подозрением на тромбофилию все лабораторные показатели, за исключением молекулярно-генетических маркеров следует выполнять повторно в динамике, как на фоне клинических проявлений (тромботических и геморрагических), так и в периоды клинического благополучия. Лечение и осложнение тромбофилии проводится тромболитической терапией. Наблюдение сосудистого хирурга и гематолога.

Элиева Ф. З., Хайридинзода Б.А., Салимов А. Х.
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - д. м. н., профессор Якубова З. Х.

Цель исследования. Изучить ведущие предикторы формирования пиелонефрита и его осложнений, усовершенствовать методы профилактики.

Материал и методы. У 50 детей с пиелонефритом, находившихся на лечении в нефрологическом отделении Центра Истиклол, в возрастном диапазоне от 2 до 10 лет изучены анамнестические и клинические маркеры в комплексе с лабораторным тестированием: общий анализ мочи, методом Нечипоренко, уровень общего белка, мочевины, креатинина и скорость клубочковой фильтрации (СКФ). Проведены бактериологические, рентгенологические и ультразвуковые исследования.

Результаты исследования. В ходе комплексного анализа были выявлены ключевые предикторы манифестации пиелонефрита у детей. Среди них: отягощённая наследственность у 25% возрастные анатомо-физиологические особенности (АФО) органов мочевой системы у 12%. Врождённые аномалии органов мочевой системы (ОМС) - у 14%, дисметаболическая нефропатия - у 8% и инфекционные факторы (пневмония, сепсис, бронхиты) - у 16% больных. Предикторы, способствующие осложнённому течению заболевания с развитием почечной недостаточности в 10% случаев (5 детей) и трансформация в хронический процесс у 50% (25 детей) пациентов. Наиболее неблагоприятными прогностическими предикторами были: развитие пиелонефрита в раннем возрасте, поздняя диагностика, высокий индекс коморбидных состояний, неудовлетворительный медицинский контроль и нерегулярная терапия. Клиническая картина пиелонефрита была скудной, ведущим синдромом выступал мочевой: лейкоцитурия, транзиторная протеинурия, гематурия (не во всех случаях), бактериурия в сочетании с отёчным синдромом (от пастозности до умеренной выраженности). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) в большинстве случаев находилась в пределах нормы, за исключением фаз декомпенсации, при которых наблюдалось транзиторное снижение (<50 мл/мин). Показатели мочевины и креатинина повышались в связи с развитием уремии, которые нормализовались на фоне стабилизации состояния пациента.

Выводы. Оптимизировать лечебно-профилактические мероприятия среди детей из группы высокого риска в плане ранней диагностики и профилактики осложнений. В структуре детской заболеваемости существенно место занимает патология органов мочевой системы (ОМС). Согласно отчётным данным нефрологического отделения Центра Истиклол, в структурном профиле преобладали больные с пиелонефритом (более 30%) и инфекцией мочевыводящих путей (у 15% детей) ОМС. Анатомо-физиологические особенности раннего возраста характеризуются низкой функциональной активностью почек и связаны с лимфоидной системой с кишечником, способствующим высокой частоте пиелонефритов.

Эрназарова М. Г.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Кафедра педиатрии лечебного факультета СамГМУ. Узбекистан.
Научный руководитель – Исламова Д.С.

Цель исследования. Изучить анамнестические клиничко-лабораторные особенности внебольничной пневмонии у детей на фоне железодефицитной анемии.

Материал и методы. Нами проведено исследование на базе городской детской больницы г.Самарканда, обследовано 50 детей с внебольничной пневмонией на фоне железодефицитной анемии в возрасте до 3-х лет. Всем больным проведено полное клиническое, лабораторно-инструментальное исследование. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью компьютерной программы MS Excel.

Результаты исследования. Установлено, что одинаково часто болеют мальчики и девочки (26 мальчиков и 24 девочек). Чаше патология встречается у пациентов до 1 года - 34 детей (68%), 2-3 лет –16 детей (32%). В анамнезе у детей с внебольничной пневмонией были выявлены такие факторы риска как наследственная предрасположенность к аллергическим реакциям (48%), частые перенесенные на первом году жизни ОРВИ (74%). Наиболее частая заболеваемость отмечалась у детей, находящихся на искусственном вскармливании – 64%. По степени тяжести дыхательная недостаточность у – 52% была I степени, у – 34% ДН II и ДН III – 14% случаев. У 64% детей отмечались признаки одышки инспираторного характера, влажный кашель, симптомами интоксикации и недлительная 2-3 дня высокая температура. У 36 % детей заболевание носило вялый характер отмечалась субфебрильная температура, кашель, повышенная утомляемость, что явилось причиной поздней госпитализации. В общем анализе крови лейкоцитоз отмечался лишь у 42% обследованных, повышение СОЭ была у 52 пациентов, в основном в пределах 20-25 мм/час. Железодефицитная анемия I степени была у – 54% детей, II степени у 30% и III степени была у 16% детей

Выводы. Таким образом, в результате проведенного исследования нами удалось выявить одинаковую частоту заболевания среди мальчиков и девочек, а также высокую частоту заболеваний у детей до 1 года. (68%). Особенности течения пневмонии у детей на фоне анемии представляет особый интерес, так как наличие анемии может ослабить иммунную систему ребенка и способствовать более тяжелому течению заболевания.

В связи с этим, своевременная диагностика и коррекция ЖДА у детей, больных внебольничной пневмонией, является важным компонентом комплексного лечения, направленного на улучшение прогноза заболевания и снижение риска неблагоприятных исходов. Перспективным направлением является разработка комплексных терапевтических подходов, учитывающих особенности течения внебольничной пневмонии на фоне ЖДА направленных на оптимизацию лечения и профилактику рецидивов.

МНОЖЕСТВЕННЫЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ПАНКОЛИТ И ТЯЖЁЛАЯ БЕЛКОВО-КАЛОРИЙНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра детских болезней № 1 им. профессора Аминова Х.Дж. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - Али-заде Ш.Б.

Цель исследования. Проанализировать клинический случай 5-летнего мальчика с множественной пищевой аллергией, тяжёлой БКН, хроническими воспалительными изменениями в ЖКТ и прогрессирующей мышечной слабостью с целью определения ключевых факторов патогенеза, совершенствования диагностического алгоритма и оптимизации терапии.

Материал и методы. Наблюдался мальчик 5 лет, поступивший в стационар в тяжёлом состоянии с жалобами на боли в суставах и мышцах, слабость, кровоточивость дёсен, кожные высыпания, потерю массы тела. С рождения отмечались: непереносимость белка коровьего молока и ряда других пищевых продуктов, рецидивирующие аллергические проявления (атопический дерматит, ангиоотёки, бронхиальная астма), эпизоды обструктивного бронхита. Постепенно диета необоснованно ужесточалась, что привело к тяжёлой нутритивной недостаточности, гиповитаминозам и множественным жалобам. Проведено обследование: клинико-лабораторное (общий и биохимический анализ крови, иммунограмма, аллергологические пробы, копрологическое исследование, кальпротектин кала, серологические тесты), эндоскопические методы (ЭГДС, колоноскопия с биопсией, видеокапсульная эндоскопия) и гистологические исследования (оценка слизистой желудка, двенадцатиперстной и тонкой кишки, толстой кишки). Проводился консилиум со специалистами (аллерголог, гастроэнтеролог, ревматолог, невролог, диетолог). Исключались гипер-IgE-синдром, дерматомиозит и ряд первичных иммунодефицитов.

Результаты исследования. Жёсткая элиминационная диета усугубила нутритивный дефицит и спровоцировала множественные системные проявления. Эндоскопически обнаружен панколит с лимфофолликулярной гиперплазией, не характерный для классических воспалительных заболеваний кишечника. Не выявлено лабораторных признаков гипер-IgE-синдрома, дерматомиозита или соединительнотканной патологии, проведённая эмпирическая терапия ГКС привела к осложнениям, включая лабиность ЦНС. Клинические проявления были вызваны тяжёлой БЭН, отмечались явления цинги, квашиоко́ра и др. дефицитных состояний. Коррекция питания (частичное парентеральное, расширение рациона), восполнение витаминов (в особенности аскорбиновой кислоты) и таргетная терапия (дупилумаб) улучшили общее состояние ребёнка, нормализовали стул, сняли болевой синдром и способствовали восстановлению массы тела, с постепенным возвращением моторных навыков.

Выводы. Множественные аллергические проявления у детей требуют исключения первичных иммунодефицитов и системных заболеваний, поскольку клиническая картина может быть исходной. Избыточное ограничение рациона без объективного подтверждения истинной аллергии приводит к тяжёлой белково-калорийной недостаточности и усугубляет клиническое течение. Междисциплинарный подход с учётом аллергологического, гастроэнтерологического и ревматологического статусов, а также адекватная нутритивная поддержка позволяют добиться выраженного улучшения у пациентов с подобной патологией.

Мусоев С.Ш.¹, Амонов Ш.Ш.^{1,2}, Олими М.О.^{1,2},

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»,¹

Кафедра хирургических болезней №2 имени Усмонова Н.У. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»,², Таджикистан

Цель исследования. Провести сравнительную оценку результатов хирургического лечения холедохолитиаза у больных с метаболическим синдромом.

Материал и методы. В основу исследования положены результаты обследования и лечения 97 больных холедохолитиазом (ХЛ) с метаболическим синдромом (МС), оперированных на базе ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» за период 2009-2024 годы. Диагноз холедохолитиаз у больных с МС, устанавливали на основании клинических, лабораторных и инструментальных исследований с верификацией его данными операционных находок. С учетом проведенных способов коррекции пациенты были разделены на 2 группы: основную группу – 54 (55,7%) пациентов, составили лица, которым с целью коррекции ХЛ выполнялись эндоскопические (n=31) и мини-лапаротомные (n=23) вмешательства, а контрольную группу составили 43 (44,3%) - с традиционными лапаротомными операциями.

Результаты исследования. Одномоментная эндоскопическая коррекция ХЛ у больных основной группы проведено 23 (42,6%) пациентам с резидуальным ХЛ. Первичных форм ХЛ (n=31), в 27 (87,1%) случаев, предшествовало эндоскопическая декомпрессия. Вторым этап этим пациентам произведено мини лапаротомия, с корригирующими ХЛ операциями. В 12,9% (n=4) наблюдений, по показаниям проведена одномоментная минилапаротомия. Пациентам контрольной группы, лишь в двух (4,6%) случаях проведены одномоментные эндоскопические вмешательства. Двухмоментные вмешательства, включая эндоскопическую ДГХ и лапаротомные способы коррекции ХЛ – произведено в 19 (44,2%) наблюдениях. Одномоментная лапаротомные методы коррекция ХЛ применена в 51,2% (n=22) случаев.

Сравнительный анализ частоты и структуры осложнений показало, что во время эндоскопических декомпрессионных вмешательств кровотечение из папиллотомной раны отмечено в 5,5% и 9,3% основной и контрольной группы больных соответственно. При проведении минилапаротомии, у больных основной группы в 6 (11,1%), из-за выявленных воспалительно-инфильтративных процессов в ППДЗ, было отмечено кровотечение из пузырной артерии

(n=1) и ложа желчного пузыря (n=6), что удалось остановить различными способами гемостаза. Аналогичное осложнение у пациентов контрольной группы отмечено в 8 (18,6%) наблюдениях (кровотечение из пузырной артерии – в 2, из ложа желчного пузыря – в 6). Из послеоперационных специфических осложнений, превалировало ОП (11,1% и 16,3% соответственно в сравниваемых группах) и гнойно-септические осложнения (5,5% и 9,3% соответственно в сравниваемых группах). Внутреннее кровотечение, которые требовали повторных операций, зарегистрирована в 3 (3,1%) наблюдениях обеих групп (1,8% и 4,6%). У одного пациента контрольной группы имело место картина желчного перитонита, что было связано с несостоятельностью культи пузырного протока, требовавшее релапаротомии.

Послеоперационные неспецифические осложнения, связанные с конституциональными особенностями больных МС – застойная пневмония было отмечено в 7,4% и 13,9% случаев больных основной и контрольной групп.

Послеоперационная летальность у больных основной группы достигала 1,8% (n=1), причиной которой являлся острый инфаркт миокарда, напротив 7,0% (n=3) контрольной группы (2 случая инфаркта миокарда и 1 полиорганная недостаточность).

Выводы. Таким образом, следует отметить, что дифференцированная тактика введения ХЛ у больных с МС, на основе учёта сопутствующей патологии, функциональных изменений печени, а также применения сочетанных мини инвазивных методов как декомпрессии гепатикохоледоха, так и радикальных операций, несомненно позволяет улучшить непосредственные результаты этого тяжелого контингента больных, путем снижения показателей послеоперационных осложнений и летальности.

Мусоев С.Ш.¹, Амонов Ш.Ш.^{1,2}, Олими М.О.^{1,2},

СОСТОЯНИЕ ПЕРЕКИСНОГО ОКСИЛЕНИЯ ЛИПИДОВ, АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»,¹

Кафедра хирургических болезней №2 имени Усмонова Н.У. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»,², Таджикистан

Цель исследования. Изучение состояния перекисного окисления липидов, антиоксидантной системы и их влияние на исход лечения холедохолитиаза у больных с метаболическим синдромом.

Материал и методы. Материалом исследования явились анализ лечения 31 пациента с холедохолитиазом на фоне метаболического синдрома, которым выполнялись миниинвазивные вмешательства на базе ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» за период 2009-2024 годы. Пациентам проведены комплекс клинично-лабораторных и лучевых методов исследований. Женщин было 26 (83,9%), мужчин – 5 (16,1%) больных. Лица трудоспособного возраста составили 80,6% пациентов. При этом среди пациентов послеоперационный резидуальный ХЛ имело место у 41,9%, а в 19,3% наблюдениях из-за тяжести состояния больных на фоне МС, первично были наложены ЧЧХС. Среди общего числа больных ожирение 2-го и 3-го класса оказалось в 71,0% случаев, 1-й класс ожирения - в 29,0%.

Результаты исследования. Исследования показателей ОС у больных с ХЛ, на фоне МС, показало, что МДА, как продукт ОС, чрезвычайно цитотоксичен и вызывает повреждение клеточных мембран и внутриклеточных макромолекул, что происходит в основном за счёт нарушения оттока желчи и образования камней в гепатикохоледохе.

По полученным нами данным, относительно показателям системы АОЗ, можно предполагать, что данная система на фоне МС и осложненных форм ХЛ находилась в угнетенном состоянии, что проявлялось в статистически значимом снижении величины общей АОА на 42,5%, более низкой активности основного антиоксидантного фермента - СОД - в 1,6 раза в частности у пациентов 2-го и 3-го класса ожирения с МС, по сравнению со здоровыми людьми.

Указанное лишний раз подтверждает, что имеет место факт снижения активности ферментативного звена системы АОЗ, связанное с недостаточным функционированием начального этапа реакции детоксикации при осложненных формах ХЛ у больных с МС. Следовательно, можно предполагать, что указанные патологические изменения, способствуют накоплению лактата крови у больных с МС (1-й класс ожирения - $1,4 \pm 0,09$ ммоль/л, 2-й класс - $2,0 \pm 0,01$ ммоль/л, 3-й класс - $3,1 \pm 0,01$ ммоль/л), что отчетливо наблюдали в нашем исследовании.

В исследовании повышенные показатели свободных радикалов в сочетании с недостаточностью АОС, что было отмечено в 1,3 раза показатель ДК (1-й класс ожирения - $1,28 \pm 0,15$ опт. пл / мг. ед, 2-й класс - $1,41 \pm 0,13$ опт. пл / мг. ед, 3-й класс - $1,59 \pm 0,01$ опт. пл / мг. ед) и в 2,2 раза - показатель МДА (1-й класс ожирения - $3,4 \pm 0,08$ опт. пл / мг. ед, 2-й класс - $4,0 \pm 0,11$ опт. пл / мг. ед, 3-й класс - $4,9 \pm 0,23$ опт. пл / мг. ед), способствующие развитию окислительного стресса. Последнее, несомненно, считается важным и непосредственным фактором развития хронических соматических патологий у больных с МС.

Можно считать закономерным, что липидный спектр при ХЛ у больных с МС показало значительное повышение по сравнению со здоровыми людьми. В т.ч. показатели общего ХС превышало 1,4 раза ($6,53 \pm 0,24$ ммоль/л) напротив $4,59 \pm 0,19$ ммоль/л), ЛПНП – на 1,8 раз ($4,2 \pm 1,2$ ммоль/л) напротив $2,34 \pm 0,87$ ммоль/л), ТГ – на 3,6 раз ($2,50 \pm 0,17$ ммоль/л) напротив $0,7 \pm 0,10$ ммоль/л), глюкоза крови – на 2,2 раз ($10,21 \pm 0,97$ ммоль/л) напротив $4,69 \pm 0,21$ ммоль/л) и КА – на 3,3 раза ($5,6$ напротив $1,7$). Следует отметить, что показатель ЛПВП имело место к уменьшению на 1,7 раз ($0,93 \pm 0,05$ ммоль/л) напротив $1,61 \pm 0,17$ ммоль/л)

Указанное исследование дает основание заключить, что у пациентов с МС имеет место атерогенная дислипидемия, что говорит о высоком риске и вероятности развития сердечно-сосудистых осложнений в раннем послеоперационном периоде, что имеет ключевое значение в проведении патогенетически обоснованной предоперационной подготовки, а также пред- и послеоперационных профилактических мероприятий, относительно указанных жизнеугрожающих осложнений.

Выводы. При холедохолитиазе у пациентов с метаболическим синдромом, следствием активации свободно-радикальных реакций в крови, служит значительное увеличение количества продуктов перекисидации белков и липидов, которые считаются маркерами диагностики высокого риска сердечно-сосудистых осложнений в раннем послеоперационном периоде. Соответственно патогенетически обоснованная предоперационная подготовка, пред- и послеоперационные профилактические мероприятия, основанное на указанных лабораторных показателях, позволяют значительно улучшить непосредственные результаты хирургического лечения холедохолитиаза у больных с метаболическим синдромом.

Мусоев С.Ш.¹, Амонов Ш.Ш.^{1,2}, Олими М.О.^{1,2},

ОСОБЕННОСТИ МИНИИНВАЗИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»,¹

Кафедра хирургических болезней №2 имени Усмонова Н.У. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»,², Таджикистан

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения холедохолитиаза у больных с метаболическим синдромом, применением малоинвазивных эндоскопических вмешательств.

Материал и методы. Исследование основано на анализе лечения 31 пациента с холедохолитиазом на фоне метаболического синдрома, которым с целью коррекции холедохолитиаза выполнялись эндоскопические вмешательства на базе ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» за период 2009-2024 годы. В комплекс предоперационного обследования входили клиничко-лабораторные, ультразвуковое исследование, электро-и эхокардиография, исследование функции внешнего дыхания, рентгенография грудной клетки, видеогастроскопия, МРХПГ. Немаловажным этапом предоперационной подготовки считалось коррекция доминирующих сопутствующих патологий, жизненно-важных органов, как сердечно-сосудистой, дыхательной и эндокринной систем.

В 41,9% (n=13) случаев имело место послеоперационного резидуального ХЛ, после ЛХЭ, а в 6 (19,3%) наблюдениях из-за тяжести состояния больных на фоне МС, первично были наложены ЧЧХС.

Большинства пациентов (n=26) составили женщины. 25 (80,6%) пациентов составили лица до 60 лет. В основном (n=22) исследуемые пациенты составили 2-го и 3-го класса ожирения.

Ожирение второго и третьего класса, в исследуемой группе составило 22 (71,0%) больных. Более уязвимую группу пациентов составляли лица свыше 60 лет, что из 6 больных у 50,0% (n=3) имело место ожирение второго и третьего класса.

Наряду с МС у всех пациентов были отмечены другие сопутствующие патологии, при этом в 54,8% (n=17) наблюдениях, имело место два и более смежных патологий, что несомненно, считались ключевыми факторами возникновения интра- и послеоперационных тяжелых как специфических, так и неспецифических осложнений.

В 22,6% случаев пациенты были госпитализированы более 2-х недель от момента приступа печеночной колики, в сроки 4-14 суток госпитализированы 51,6%, 1-3 сутки – 25,8% больных. У 6 (19,3%) больных, которым первично были наложены ЧЧХС, показатели билирубина при поступлении были в норме или незначительно повышенными.

Результаты исследования. Так как пациенты с МС требуют особого подхода, наша клиника ориентируется на алгоритмы, принятые на международных конгрессах по хирургии ГПБЗ, а также ряд разработанных нами критерий.

У 17 (31,5%) больных с высоким и средним риском, зачастую с картиной острого холангита, ранняя ЭРХПГ оказало высокую эффективность, в плане адекватной предоперационной коррекции функции жизненно-важных органов. Мы не рекомендуем рутинно выполнять раннюю ЭРХПГ всем пациентам с МС, осложненной ОБП.

Неотложное и срочное дренирование ГХ путём ЭПСТ, проведено всего 15,1% пациентам с первой степени ОАР, а с учётом тяжести состояния, пациентам средней и высокой степени ОАР, дренирование ГХ проведено в 23,1% и 37,5% случаев соответственно. При этом во время эндоскопических вмешательств у 21,2% пациентов с первой степени ОАР, у 38,5% и 37,5% - со средней и высокой степени ОАР удалось произвести эндоскопическую литоэкстракцию, что, по сути, считалось окончательным методом лечения этого тяжелого контингента больных. У 5 из 11 пациентов с картиной холангита удалось произвести ЭПСТ, литоэкстракцию с НБД (пациентам первой степени ОАР - 6,1%, средней – 7,7% и высокой – 25,0%). Минилапаротомная коррекция ХЛ проведено в основном пациентам с низкой и средней степени ОАР (57,6% и 30,8% соответственно).

Всех случаев (n=31) эндоскопических дренирующих вмешательств, сопровождало ЭРХПГ, с явными клиниками ХЛ, чёткими топическими расположениями конкрементов и наличии холангиоэктазии. Диагностическая точность ЭРХПГ, при этом достигала 100%.

Осложнения, во время и после эндоскопических вмешательств было отмечено в трёх (5,5%) наблюдениях, в виде незначительного кровотечения из папиллотомной раны, что было остановлено с помощью электрокоагуляции.

Осложнение как острый панкреатит после эндоскопических вмешательств было отмечено у 6 (19,3%) больных с МС, что были пролечены консервативными мероприятиями.

Выводы. Таким образом, выбор тактики лечения ХЛ у больных с МС требует разностороннего охвата таких параметров, как показатели функции печени, клинической картины, доминирования той или иной патологии, разновидности осложнений ХЛ, результаты лучевых методов исследования и др. В связи с особенностями подхода при коррекции холедохолитиаза у больных с метаболическим синдромом, нами в клинике разработан алгоритм лечения.

Оглавление

ХИРУРГИЯ.....	5
Абдуворисов А.И. Искандаров Ш.У.....	5
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ АДЕНОИДНЫХ ВЕГЕТАЦИЙ У ДЕТЕЙ.....	5
Абдужаппаров А.С., Хамидов Х.Х.....	5
ПАЛЛИАТИВНАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ.....	5
Абдукаримова Р.Х., Мухидинова Д.Ё., Амираниева Ф.....	6
СТРУКТУРА ПОКАЗАНИЙ К ДОСРОЧНОМУ РОДОРАЗРЕШЕНИЮ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ.....	6
Абдуллоев Дж. К., Кучов М.М., Салихов Р. Дж.....	6
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УЗЛОВЫМ ЗОБОМ.....	6
Абдуллоев З.Ф., Фарзонаи И., Неъматзода Р.Р.....	7
ЛЕЧЕНИЕ НАГНОЕНИЯ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЭХИНАКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ.....	7
Абдуллоев С.М. ^{1,2} , Генердукаев Л.Л. ^{1,2}	7
КОНТАКТНАЯ ЛИТОТРИПСИЯ: СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ВНУТРИ- И ВНЕПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕЛИТИАЗА.....	7
Абдуллозода Ф.А.....	7
НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ДИСФАГИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ФУНДОПЛИКАЦИИ.....	7
Абдулхайров А.Н., Гуломов И.И.....	8
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СВЕЖИМ ВЫВИХОМ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ.....	8
Абдулхайров А.Н., Шерханов И.И., Хамрохонов А.А. Аминов А.Х.....	9
ТЕХНИКА ЗАКРЫТОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ГИБКИМИ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫМИ СТЕРЖНЯМИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ.....	9
Абдурасулов Р.Н., Холов Д.Д., Барфиев А.....	9
ГНОЙНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА ФОНЕ ОЖОГОВ: КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ, ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ.....	9
Абдурахимзода Ш.Р., Фурухов И.Ё., Джафаров Б., Дадоджонов Дж.Ю.....	10
ПРЕЦИЗИОННАЯ ФЛЕБЭКТОМИЯ В УСЛОВИЯХ РКБ ДАНГАРИНСКОГО РАЙОНА.....	10
Абдурахимзода Ш.Р., Дододжонов Дж.Ю., Фурухов И.Ё., Джафаров Б.....	10
НОВЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЦЕЛЛЕ.....	10
Абдурахмонова Х.М., Садиров В.З. Давлатов С.....	11
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ У ДЕТЕЙ ПО МЕТОДИКЕ ПОНСЕТИ.....	11
Абдусаломзода С., Давлатмандов У.Х., Нуралиев Ш.....	11
ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ В ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ.....	11
Азизов А.Г., Ходиева А.А., Сафаров Дж.З.....	12
АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ РИНОСИНУСИТОВ.....	12
Азизов Т.А.....	12
МИНИИНВАЗИВНАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ.....	12
Азимова Г.Р., Косимов Ш.Х., Сафоев С.А.....	13
ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ГЕМОСТАЗА ПРИ ПИЩЕВОДНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	13
Алимов Ж.У., Халтурсунов Д.Ш.....	14
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ЛЕЧЕНИЯ СОПРОВОДИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ РАКЕ ПРОСТАТЫ.....	14
Алимов С.У., Нажмудинов Ф.Н., Сайдалиев Ш.Ш.....	14
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.....	14
Алимов С.У., Идиев Н.М., Пулодов С.Э.....	15
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАРАЗИТАРНОГО ХОЛАНГИТА У БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ.....	15
Алимов С.У., Идиев Н.М., Пулодов С.Э.....	15
ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.....	15
Аминчони Р., Шарипов П.А.....	16
ТАҲЛИЛИ ҲОЛАТИ ГИРИФТОРШАВӢ БА БЕМОРИҲОИ ЧАШМ ДАР БАӢНИ АҲОЛӢ.....	16
Амираниев К.Х., Талабзода Х.М., Рачабова Н.Р.....	16
ОЦЕНКИ ПРИЖИВЛЕНИИ РЕПЛАНТАЦИЯ И РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА КИСТИ.....	16
Амони М.М.....	17
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ГАММА – ГВОЗДЕМ.....	17
Амони М.М., Начмиддинов Н.....	17
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ.....	17
Анварзода М.К., Додарбеков Х.А.....	18

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА.....	18
Аннаев М.Б., Назарова З.У., Шайдуллоев П.З.	18
ОСОБЕННОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ЖЕНЩИН СТАРШЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	18
Антипова Т.С., Огнерубов Н.А., Юлдошев Р.З.	19
ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	19
Арзиев А.И.	20
ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ОБЛАДАЮЩИХ ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ	20
Арипова Н.У., Умаров Д.О., Пулатова М.Х.	20
РОЛЬ ИММУНОГОРМОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ И МИКРОБИОМА КИШЕЧНИКА В ПАТОГЕНЕЗЕ, ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА	20
Асатов Б.А., Норматов А.У., Хамидова М.Т.	21
ТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ДОСТУПЫ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМОЗОВ.....	21
Асламзода Р.А., Сафаров Ш.Ф., Рашидов Ф.С.	21
МЕСТО ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ	21
Асламзода Р.А., Сафаров Ш.Ф., Рашидов Ф.С.	22
РОЛЬ И ЗНАЧИМОСТЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ	22
Асоев А., Сафаров Ш.Ф.	22
ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ	22
Ахмедов А.Дж., Мираков Б.Т., Салимзода М.М.	23
РАННЕЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ АНОМАЛИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	23
Ахмедов Г.К.	23
ЛАЗЕРНОЕ КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАПЛАСТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЭРБ	23
Ахмедова Т.А.	24
ИССЛЕДОВАНИЕ СТАТУСА PD-L1 ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ	24
Ахророва З.А., Пиров Т.А., Исмоили Убайдулло	25
РЕЗУЛЬТАТЫ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С НОСОВЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ НЕУСТАНОВЛЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ	25
Ашуралиев Н.К., Достиев У.А., Муллоев И.Дж.	25
ХИМЕРИЗМ ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ: ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПРОГНОЗА ТРАНСПЛАНТАТА И СТРАТЕГИИ ИММУНОСУПРЕССИИ	25
Ашуралиев Н.К., Достиев У.А., Муллоев И.Дж.	26
КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ХИМЕРИЗМА ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ: ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ	26
Ашуров Б.С., Саидов К.Ч., Разоков Г.Г.	26
ТАЪСИРИ БЕМОРИИ ФИШОРБАЛАНДИИ ШАРАЁН БА РАВИШИ ҲОМИЛАДОРӢ.....	26
Аюбов Д. К., Шералиев Дж.Ш., Сафаров Ш.Ф.	27
ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА	27
Аюбов Д.К., Холиков А.У.	27
ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА	27
Аюбов Дж.К., Валиев Б.К.	28
ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗА	28
Бабаева Т.С., Алиева Н.А., Махмадкулова М.Х.	28
ПРИЧИНЫ ПОЗДНЕГО ОБРАЩЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ К ОФТАЛЬМОЛОГУ	28
Бабаева Т.С., Рахимова Н.Т., Неккадамова Н.И.	29
ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ	29
Балымбетова Л.С., Оралбай Г.Т., Камелова Г.Н.	29
ОТОТОКСИЧНОСТЬ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИММУННОЙ И ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ.....	29
Баротова С.Х., Солиев О.Ф., Файзиев З.Ш.	30
ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВНУТРИВЕННОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ (ВЛОК).....	30
Баротова С.Х., Курбонов К.Б., Шеров Ш.Х.	31
ДРЕНИРОВАНИЕ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ОБСТРУКЦИИ МОЧЕТОЧНИКА У БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ.....	31
Баротова С.Х., Зугуров А.Х., Бокиев Ф.Б.	31
ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ.....	31

Барфиев А.А., Мамаджонов И.А., Холов Д.Д.	32
ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА ФОНЕ ОЖОГОВ	32
Бегмуродов Р.И.	32
ПУТИ СНИЖЕНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	32
Беркинбай А.Б., Тапал Н.А., Мырзаш Д.Д.	33
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНОЙ ХОЛЕЦИСТОСТОМИИ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ	33
Бобоалиев А.М ¹ , Хомидов З.З ² , Саидзода Ш.С ²	34
ЭНДОГЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ СЕПСИСОМ	34
Бобоалиев А.М ¹ , Курбонов Х.Х ² , Азимов М.И ¹	34
ПРОДЛЁННАЯ ПЕРИДУРАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИТЫМ ПЕРИТОНИТОМ	34
Бобоев Х.М., Коситов Д.Д., Насридинов Х.Н.	35
МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА	35
Бобоев Х.М., Урунбоев А.Э.	35
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЁННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА У НОВОРОЖДЁННЫХ И ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ	35
Бобоев Х.Т., Мираков Б.Т.	36
ПЛАЗМОЛИФТИНГ КОЛЕННОГО СУСТАВА: МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ, ПОКАЗАНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ	36
Бобозода Х.Р.	37
РОЛЬ МИКРООКРУЖЕНИЯ ОПУХОЛИ В ХИМИОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ТРОЙНОМ НЕГАТИВНОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	37
Бобокулов А.У.	37
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ	37
Бобомуродова М.Б., Абдурасулов Р.Н., Мамаджонов И.А.	38
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ И ОТКРЫТАЯ ХИРУРГИЯ: СРАВНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ	38
Бобохонов С.Г., Мирзоева Ш.М., Акрамова Б.	38
ПРОФИЛАКТИКА РЕЗУС-СЕНСИБИЛИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА АНТИРЕЗУС «РЕЗОНАТИВ»	38
Бобохонова М.Н., Табарова Т.Т.	39
РАДИОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСПЛАЗИИ И ВНУТРИЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ КАРЦИНОМЫ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	39
Болтаева М.М.	39
ОСНОВНЫЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ТКАНИ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ФЕТАЛЬНОЙ ГИПОКСИИ	39
Болтаева М.М.	40
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТКАНИ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ГИПОКСИЧЕСКОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА	40
Болтаева Н.К., Усмонкулов М.К., Худаярова Ф.З.	41
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ	41
Болтаева Н.К., Усмонкулов М.К., Худаярова Ф.З.	41
ЭНДОСКОПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ	41
Ботиров Ф.И., Одинаева З.Б.	42
РЕЦИДИВ НЕЙРОВАСКУЛЯРНОГО КОНФЛИКТА ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА	42
Бутаева Ш.М.	42
СНИЖЕНИЕ СЛУХА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	42
Валиев Б.К., Отаев Ш.З., Шарифов С.А.	43
СИНДРОМ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ	43
Валиева К.Э., Обидов Дж.И., Юлдошев У. Р.	43
ВТОРОЕ ДЫХАНИЕ: КАК ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ МЕНЯЕТ ЖИЗНЬ ПАЦИЕНТОК С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	43
Вахобов М.Ф., Охунова Ш.М., Сулейманова Ф.А.	44
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СУХИХ ГОРЯЧИХ КОМПРЕССОВ В ТЕРМОТЕРАПИИ СИНДРОМА СУХОГО ГЛАЗА ПРИ ДИСФУНКЦИИ МЕЙБОМИЕВЫХ ЖЕЛЁЗ	44
Вохидов О.А., Юсупов А.М., Каримов С.С.	44
ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА	44
Ганиев А.Э., Шомуродов Ж.Р., Сафаров Ш.Ф.	45
МЕСТНАЯ ХИМИЧЕСКАЯ РЕЛАКСАЦИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ	45
Ганиев А.Э., Эрадж. Дж. П. Нурув А.З.	46

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЁННОГО АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА.....	46
Ганиев А.Э., Шомуродов Ж.Р., Маликов М.А.	46
РЕЗУЛЬТАТЫ НЕНАТЯЖНЫХ МЕТОДОВ ВЕНТРОПЛАСТИКИ.....	46
Гафуров М.М. ¹ , Мухаббатов Х.Дж ² , Шукуров Д.А. ^{1,2}	47
ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СУЖЕНИЕ ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ.....	47
Гафуров М.М. ¹ , Мухаббатов Х.Дж ² , Обидов Ш.Ш ²	47
АНАЛИЗ ДОЛГОСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ НОЧНОГО ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ.....	47
Гафуров Ш.Ф.	48
ЛЕЧЕНИЕ ЛОЖНОГО СУСТАВА ЛАДЬЕВИДНОЙ КОСТИ КИСТИ МЕТОДОМ ДИСТРАКЦИИ.....	48
Гафурова Н.Г., Умарзода М.А., Гафурова С.А.	48
ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В СОЧЕТАНИИ С АКУШЕРСКИМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В ГЕНЕЗЕ АКУШЕРСКОГО ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК.....	48
Гафурова Н.Г., Гафурова С.А., Манижаи К.	49
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК В АКУШЕРСТВЕ ПРИ ПРИСОЕДИНЕНИИ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ, ТАКИХ КАК ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ.....	49
Гиёсзода М.А.	50
ЗНАЧИМОСТЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ В ОСВОЕНИИ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА ПО УРОЛОГИИ.....	50
Гиёсиев И.К., Тохиров Ф.С., Джураев Ш.М.	50
ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ РИСКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ИНТЕРВЕНЦИЙ.....	50
Голомидов А.А.	51
КОРРЕКЦИЯ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.....	51
Гуломзода Ф.Ф., Хайдаров А.Э., Мираков Б.Т.	51
АСЕПТИЧЕСКИЙ НЕКРОЗ ГОЛОВКИ БЕДРА ПОСЛЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЁННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	51
Гуломов И.И., Давлатов С.А.	52
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СВЕЖИМ ВЫВИХОМ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ.....	52
Гуломов И.И., Абдулхайров А.Н.	52
СОЗДАНИЕ ОПОРНОЙ ФУНКЦИИ КОНЕЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ВЫВИХОМ БЕДРА.....	52
Гулшанова С.Ф., Достиев У.А., Муллоев И. Дж.	53
ОПТИМИЗАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХИРУРГИЧЕСКИМИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	53
Гулшанова С.Ф., Достиев У.А., Муллоев И. Дж.	53
РОЛЬ ДИЕТОТЕРАПИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ВОССТАНОВЛЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	53
Гулшанова С.Ф., Достиев У.А., Муллоев И. Дж.	54
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.....	54
Гурезова М.Ф., Хушвахтзода М.Х.	54
ИГРОВАЯ АУДИОМЕТРИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ТУГОУХОСТИ.....	54
Гуриев Х. Дж.	55
ТРАНСАНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ АГАНГЛИОНАРНОЙ ЗОНЫ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У НОВОРОЖДЁННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА.....	55
Давлатджонова Х.Д.	55
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ.....	55
Давлатов Дж. Дж. ^{1,2} , Хамроев Б.М. ¹ , Мухаббатов А.Дж.	56
ДЕФЕКТ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ПРИ СВИЩАХ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	56
Давлатов Дж. Дж. ^{1,2} , Мухаббатов А.Дж. ^{1,2} , Аннаев М.Б.	56
ПЕКТЕНОЗ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ПРИ СЛОЖНЫХ СВИЩАХ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	56
Давлатов Дж. Дж. ^{1,2} , Нозимов Ф.Х. ¹ , Сафолова Ф.М. ¹	57
РЕАКТИВНЫЙ СФИНКТЕРИТ ПРИ СЛОЖНЫХ СВИЩАХ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	57
Давлатов С.А., Гуломов И.И.	57
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СВЕЖИМ ВЫВИХОМ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ.....	57
Давлатов Ш.Ш., Негматов С.Н., Ботуров У.Н.	58
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАЛОИНВАЗИВНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ.....	58
Давлатова Г.Б., Эшонова М.А., Шарипова Н.Л.	58
К ВОПРОСУ О ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМЕ.....	58
Давлатшозода Д.Р., Суфиев М.Х.	59

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА НЕОДОНТОГЕННЫХ КОСТНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ	59
Давлатшозода Д.Р., Гулов Б.Б., Рахмонов М.А.	59
ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ПОЧЕК В УСЛОВИЯХ НЕОТЛОЖНОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ	59
Давронзода М.Д., Умарализода С.А., Парвизи К.	60
ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА	60
Дадобоев З.А., Рахимова З.И.	60
МЕТОД ВРЕМЕННОЙ ИНТУБАЦИИ СЛЕЗНОНОСОВОГО КАНАЛА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АКТИВНОГО ДРЕНАЖА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ДАКРИОЦИСТИТОМ	60
Далери С., Сафедов Ф. Х.	61
МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ ПУЗЫРНОГО СЕГМЕНТА МОЧЕТОЧНИКА У ДЕТЕЙ	61
Далери С., Атоев И. К.	61
ВТОРИЧНЫЙ НЕФРОЛИТИАЗ, ВСЛЕДСТВИЕ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ	61
Далери С., Сафедов Ф. Х.	62
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКА И МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ УДВОЕННОГО ПОЧЕК И МОЧЕТОЧНИКОВ У ДЕТЕЙ	62
Далери С., Бадалов Ш. А., Азизов А. А.	63
ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И ДРЕНИРОВАНИЕ УДВОЕННЫХ ЛОХАНОК И МОЧЕТОЧНИКОВ НА ФОНЕ УРЕТЕРОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ	63
Демидов Д. В., Горячкин М. В., Марьин А. В.	63
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОНОГРАФИИ	63
Джабборов У.У., Достиев У.А.	64
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА И ЧАСТОТЫ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ	64
Джабборов У.У., Достиев У.А.	64
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ ТЯЖЕСТИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ, ОСЛОЖНЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЕМ	64
Джабборов У.У., Достиев У.А.	65
РОЛЬ СИСТЕМНЫХ И КИШЕЧНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МАРКЕРОВ В РАЗВИТИИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ	65
Джабборова Г. И., Зохирид Нариман	65
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОВАРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ	65
Джабаров С.Н., Мираков Б.Т.	65
АНАЛИЗ ПРИЧИНЫ ДЕФЕКТОВ ПОМОЩИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ	65
Джабаров С.Н., Акрамов О.С., Бурихони Начмидин, Назарова З.У.	66
КОСТНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ПЯТОЧНОЙ КОСТИ	66
Джаборова Н.О., Салимов Ф.М., Рахмонов Дж.К.	67
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННЫХ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ	67
Джамиева С.Б., Нуралиева М.Т., Алиева Н.А.	67
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ВИТЕЛЛИФОРМНАЯ ДЕГЕНЕРАЦИЯ МАКУЛЫ	67
Джобиров Ш.И., Шарипов З.Р.	68
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ КОАГУЛОГРАММЫ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ НА СЕРДЦА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	68
Джойлобов М.Р.	68
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	68
Джойлобов М.Р.	69
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ВЫБОРЕ УРОВНЯ АМПУТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	69
Джойлобов М.Р.	69
КОРРЕКЦИЯ ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	69
Джумаев М.Н., Махмадализода Ф.М., Нейматзода О.	70
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В АКТИВНОЙ ФАЗЕ	70
Джураев И.С., Гоибов В.А., Бобокалоннова С.А.	70
УЛУЧШЕНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА	70
Джураев Ш.М., Зулфалиев Ш., Одил Сидолим	71

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УРГЕНТНОЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ	71
Джураева Н.М.	72
ТРАНСКАТЕТЕРНАЯ ОККЛЮЗИЯ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА.....	72
Дилшодов С. А., Азатуллоев Е.И., Мирзоев А. Дж.	72
ЗНАЧЕНИЕ ОПЕРАЦИОННОГО ДОСТУПА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА С ПЕРЕХОДОМ НА ПИЩЕВОД.....	72
Дилшодов С. М., Туйчиев Н.Т. Мирзоев А.А.	72
РЕЗУЛЬТАТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА РЕЗЕЦИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА.	72
Додихудоев Р.А., Фарзонаи Иброхим	73
ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ХОЛАНГИОГЕННЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ.....	73
Додихудоев Р.А., Фарзонаи Иброхим	73
ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МИРИЗЗИ	73
Додихудоев Р.А., Асламзода Р.А., Сафаров Ш.Ф.	74
СВОЕВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА	74
Донов О.Ш., Валиева К.Э., Саломзода Б.А.	75
ДУОДЕНАЛЬНАЯ КАРЦИНОМА, ПРОБЛЕМА И ПУТИ РЕШЕНИЯ	75
Достиев У.А., Муллоев И.Дж.	75
ВОЗВРАТНЫЕ ИНФЕКЦИИ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА: КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ, ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ	75
Достиев У.А., Муллоев И.Дж.	75
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ВОЗВРАТНЫХ ИНФЕКЦИЙ У РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА.....	75
Достиев У.А., Муллоев И.Дж.	76
ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА ВОЗВРАТНЫХ ИНФЕКЦИЙ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА	76
Достиева З.А., Салимова З.Дж., Абдуллоев М.З.	76
МЕТОДИКА ВЫЯВЛЕНИЯ МАРКЕРОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	76
Достиева З.А., Сафарова М.М., Саидова П.К.	77
ИЗУЧЕНИЕ КОРРЕЛЯЦИИ ДАННЫХ ДОПЛЕРОГРАФИИ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.....	77
Ёрова Х.Х.	77
ЭТИОЛОГИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА.....	77
Ёрова Х.Х. ВЛИЯНИЕ РОДОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА	78
Ёрова Х.Х.	78
РОЛЬ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В РАЗВИТИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА	78
Ёфтов С.Р., Раджабов А.А.	79
АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ	79
Зиёзода М.Р., Хасанова Г.К., Муртазои Э.	80
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ КАТАРАКТЫ ПОСЛЕ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЙ ГЛАЗА У ДЕТЕЙ	80
Зиёзода М.Р., Джураева Ш.У., Сафаров Х.А.	80
ТРАНССКЛЕРАЛЬНАЯ ДИОДЛАЗЕРНАЯ ЦИКЛОФОТОКОАГУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ ФОРМОЙ ГЛАУКОМЫ В ТЕРМИНАЛЬНОЙ БОЛЯЩЕЙ СТАДИИ	80
Зокиров И.А., Хошимов Г.Ю., Аскарлов Ш.Т.	81
НАШИ НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННЫХ НЕОСЛОЖНЁННЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПОЗВОНОЧНИКА И КОНЕЧНОСТЕЙ.....	81
Зокирова М.Р.	81
РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ЭКССУДАТИВНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ.....	81
Зохир Н.	82
САТҲ, САБАБҲО ВА ПЕШГИРИИ САРАТОНИ ГАРДАНАКИ БАЧАДОН	82
Зубайдов С.Ф.	82
МЕЪЁРҲОИ АРЗЁБИИ ПЕШГЌИИ НАТИҶАБАҲШИИ УСУЛИ ҒАЙРИҶАРҲОҲИИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОР БА БАНДШАВИИ ШАДИДИ ПЕШОБ ДАР ЗАМИНАИ АДЕНОМАИ ҒАДУДИ ПРОСТАТА	82
Ибадулаева В.Р., Косимов А.Х., Хайдаров З.Б.	82
ЛОСКУТ ГУНДЕРСОНА ПРИ СУБАТРОФИЯХ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА.....	82
Ибадулаева В.Р., Нозири Н.Х., Сабзалиева Ш.У.	83
ОПТИЧЕСКИЕ ИЛЛЮЗИИ И МЕХАНИЗМЫ ИХ ВОСПРИЯТИЯ	83
Ибадуллаева В.Р., Нозири Н.Х., Сабзалиева Ш.У.	84
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ЗРЕНИЕ	84
Идиев Н.М., Алимов С.У., Пулодов С.Э.	84
ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ХОЛАНГИТОМ	84
Идиев Н.М., Вахобов И.А., Пулодов С.Э.	85

ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	85
Идиева Ш.Х.	86
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ У БЕРЕМЕННЫХ И РОЖЕНИЦ С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ	86
Изатшоев А.А., Фурохов И.Ё., Саидзода К.И.	86
СПОСОБ УРЕТЕРОНЕОЦИСТОАНАСТОМОЗА ПО МЕТОДУ НАШЕЙ КЛИНИКИ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК	86
Изатшоев А.А., Ибрагимова Ф., Саидзода К.И.	87
УРОФЛОУМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХПН ДО И ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК	87
Ильин Е.В., Марьин А.В., Аленцин К. А.	87
ТРАНСКУТАННЫЕ МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕАТОГЕННЫХ ОСТРЫХ ЖИДКОСТНЫХ КОЛЛЕКЦИЙ	87
Иноятзода Д., Султонов Х.К.	88
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	88
Исмамова К.А.	88
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТИМПАНОСКЛЕРОЗОМ	88
Исмоили Убайдулло	89
ГОСПИТАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ НОСОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ	89
Исоев Ю.К. ¹ , Сайдахмадов Ш. Б. ²	89
СОПОСТАВИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ, ФАКТОРОВ РИСКА И ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СОСУДИСТЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, ШЕИ И СВОДА ЧЕРЕПА (ДСОЧЛОШСЧ)	89
Исоев Ю.К. ¹ , Сайдахмадов Ш. Б. ²	90
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СОСУДИСТЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, ШЕИ, СВОДА ЧЕРЕПА И ДРУГИХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ □ (СОЧЛОШСЧДЛ)	90
Исоков З.Ф., Коситов Д.Д., Муродзода И.О.	90
ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ ПО ВОЗРАСТАМ	90
Исомадинов Х.Г., Юлдошев Х.Ф., Султанов Э.Д.	90
ГОСПИТАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СИНХРОННОЙ ГИБРИДНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА И ГОЛОВНОГО МОЗГА	90
К. Шариф, Джумаев Т.Д., Эгамбердиев М.И.	91
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	91
Кабилов Х.И., Гулов Ф.М., Зиёев Ш.Х.	91
МЕТОДИКА ПРИМЕНЕНИЯ ДЕКСТРАНА И ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ	91
Кавраков Ш.Дж., Сафаров Н.Х., Шукуров Д.А.	92
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИИ ПО МАРМАРУ ПРИ ПАТОСПЕРМИИ	92
Кадилов Д.Д., Ивашов И.В., Грачалов А.В.	92
3D МОДЕЛИРОВАНИЕ В ХИРУРГИИ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОГО ПЕРЕХОДА	92
Камолов Ф.С., Мамнурова Р.Ш., Таабалдиева Н.Ш.	93
ДИАГНОСТИКА МНОЖЕСТВЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ГОЛОВНОГО МОЗГА	93
Камолова М.В.	93
ПАТОЛОГИЯ СЕТЧАТКИ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ДАНГАРИНСКОГО РАЙОНА	93
Камолова М.В., Отохонов Ф.Х.	94
ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ КАЛЬКУЛЁЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА	94
Карим-заде Б.Д., Бегмуродов Р.И.	94
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛАЗМАЛИФТИНГА И ПРЕПАРАТОВ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗАХ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ПОЖИЛЫХ ЛИЦ	94
Карим-заде Б.Д., Юнусов И.А., Бегмуродов Р.И.	95
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛАЗМАЛИФТИНГА И ПРЕПАРАТОВ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗАХ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ПОЖИЛЫХ ЛИЦ	95
Каримов М.А., Муллоев И.Дж., Косимов И. О.	95
АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ И ФАКТОРОВ РИСКА РЕЦИДИВОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	95
Каримов М.А., Муллоев И.Дж., Косимов И. О.	96
АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	96
Каримов М.А., Муллоев И.Дж., Косимов И. О.	96
ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ИСХОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	96

Каримов С.С., Юсупов А.М., Вохидов О.А.	97
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ МИНИИНВАЗИВНЫМИ МЕТОДАМИ	97
Каримов Ш.З., Джураев Ш.М., Одил Саидолим	97
РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ НЕКОТОРЫХ ФОРМ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА	97
Каримова Ш.С.	98
ЛАКТАТ- ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА	98
Киматов М.Р., Назаров З.Х., Мирзоев К.А.	98
АНАЛИЗ ДАННЫХ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ И ОЦЕНКА РАБОТЫ ДЕТСКОГО ЛОР-ОТДЕЛЕНИЯ ГУ НМЦ РТ «ШИФОБАХШ»	98
Кодиров Д.И., Хасанов М.Т., Хусаинов З.В.	99
КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	99
Кодиров З.А., Кодиров А.Р., Неъматзода О.	99
ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ЕГО РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ ЛИМФЕДЕМЫ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ	99
Кодиров З.А., Масаидова Л.Р., Кодиров А.Р.	100
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ГИПОПАРАТИРЕОЗА	100
Корохонов А.Т., Исобоева С.Р., Бобобеков Ф.А.	101
ОСТЕОТАНОМЕТРИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ	101
Корохонов А.Т., Рахмонова Г.З., Давлатов Ю.М.	101
УЛЬТРАЗВУКОВОЕ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА КОСТЕЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ	101
Корохонов А.Т., Ятимова М.М., Давлатов Ю.М.	102
КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА КОСТЕЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ	102
Корчаев Т.М., Одинаев М.С., Амиркулов М.М.	102
УЛУЧШЕНИЕ СПОСОБОВ ДИАГНОСТИКИ, ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОБОДНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	102
Корчаев Т.М., Гиёсов Б.М., Гайратов И.Т.	103
ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЯЗВЕННЫМ ДУОДЕНАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ	103
Косимов И.О., Достиев У.А.	104
ОПТИМИЗАЦИЯ ХИМЕРИЗМА ПРИ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ: НОВЫЕ ПОДХОДЫ К СНИЖЕНИЮ РИСКА ОТТОРЖЕНИЯ	104
Косимов И.О., Достиев У.А.	104
ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ ОТ ЖИВОГО ДОНОРА ПЕРЕД ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ПОЧКИ КАК МЕТОД ОПТИМИЗАЦИИ ХИМЕРИЗМА И СНИЖЕНИЯ РИСКА ОТТОРЖЕНИЯ	104
Косимов И.О., Достиев У.А.	104
ВЛИЯНИЕ ХИМЕРИЗМА НА ИММУНОЛОГИЧЕСКУЮ ТОЛЕРАНТНОСТЬ ПЕРЕД ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ПОЧКИ	104
Кулобиев Дж. К., Достиев У.А.	105
РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА С СОХРАНЕНИЕМ ПРАВОЙ ЖЕЛУДОЧНОЙ АРТЕРИИ КАК ОПТИМАЛЬНАЯ БАРИАТРИЧЕСКАЯ МЕТОДИКА	105
Кулобиев Дж. К., Достиев У.А.	105
РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА С СОХРАНЕНИЕМ ПРАВОЙ ЖЕЛУДОЧНОЙ АРТЕРИИ: СНИЖЕНИЕ РИСКОВ ИШЕМИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ	105
Кулобиев Дж. К., Достиев У.А.	106
ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕХНИКИ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА С СОХРАНЕНИЕМ ПРАВОЙ ЖЕЛУДОЧНОЙ АРТЕРИИ В БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ	106
Кумыков А.А.	106
ПОВРЕЖДЕНИЕ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	106
Кумыков А.А., Заркуа Н.Э.	107
МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ И В ПЕРИОД РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ	107
Кумыков А.А., Заркуа Н.Э.	107
ПОСЛЕОЖГОВЫЕ СТРИКТУРЫ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	107
Курбанов И.К., Чабборов У.У., Нозимов Ф.Х.	108
ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ТРОАКАРНЫХ ГРЫЖ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	108
Курбанов И.К., Чабборов У.У., Хамроев Б.М.	108
ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ТРОАКАРНЫХ ГРЫЖ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ ГРУППЫ РИСКА	108

Курбанов И.К., Гиясова П.Ф., Абдуева З.В.	109
ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТРОАКАРНЫХ ГРЫЖ ПОСЛЕ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ	109
Курбанов С.Н., Додарбеков Х.А., Ризоев И.М.	109
РЕЗУЛЬТАТЫ УСПЕШНОЙ ПРОВЕДЁННОЙ ОПЕРАЦИИ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ БОЛЬНЫХ С ГЕМОРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ	109
Курбанова Г. Н., Салимов Ф.М.	110
ВЕНОЗНАЯ ГЕМАНГИОМА СВОДА ЧЕРЕПА (ПЕРИКРАНИАЛЬНЫЙ СИНУС)	110
Курбанова Р.С., Сулейманова Ф.А., Зиёзода М.Р.	110
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОЧКОВОЙ КОРРЕКЦИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОПЕРИРОВАННОЙ ТРАКЦИОННОЙ ОТСЛОЙКОЙ СЕТЧАТКИ	110
Курбоналиев Дж.Ш., Шоев С.Н., Хабибов Ф.Д.	111
ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМ	111
Курбоналиев А.С.	111
МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ	111
Курбонов Дж. Дж., Холов И.Ш., Исоев И.	112
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ	112
Курбонов Дж. Дж., Джураева Н.Х., Исоев И.	112
ОСТРЫЙ ДЕСТРУКТИВНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	112
Курбонов М.М., Мавлонов Ч.	113
СТРУКТУРА ТРАВМАТИЗМА У ПОСТРАДАВШИХ В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ ...	113
Курбонов Ф.Ш., Шоев С.Н., Ниёзматов Н.И.	113
СКОЛИОТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЗВОНОЧНИКА: ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ КОНСТРУКЦИИ	113
Курбонов Х., Достиев У. А., Муллоев И.Дж.	114
АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	114
Курбонов Х., Достиев У. А., Муллоев И.Дж.	114
ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	114
Курбонов Х., Достиев У. А., Муллоев И.Дж.	114
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	114
Қаландаров У., Маҳмудов М.М.	115
БЕМОРИИ ФРОНТИТ ДАР БАЙНИ АҲОЛИИ н.ДАНҒАРА	115
Мавлонов Ч.Б., Чуразода М.А., Ризоев И.М.	115
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ СТЕНОЗА ГРУДНОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА (SPSL)	115
Мазхабов Дж. М ² ; Муродова М.Н ¹ , Муродзода А.И ²	116
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА ГУБА	116
Максудова О.С.	116
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОК С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ	116
Мамаджанова М.О., Одилов О.Д., Шарипов Б.	117
РИНОСИНУСОГЕННАЯ ФЛЕГМОНА ОРБИТЫ	117
Мамаджонов И.А., Холов Д.Д., Абдурасулов Р.Н.	117
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА ФОНЕ ОЖОГОВ	117
Мамаджонов И.А., Нозимов А., Абдурасулов Р.Н.	118
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВЫХ РАН У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	118
Мамадиев З.А.	119
НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ТИТАНОЭЛАСТИЧНОГО СТАБИЛЬНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА У ДЕТЕЙ ДО 14 ЛЕТ	119
Мамадиев З.А.	119
ЛЕЧЕНИЕ ТИПИЧНОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЁННОЙ КОСОЛАПОСТИ С МАЛОИНВАЗИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ НА РАННИХ ЭТАПАХ	119
Мамадиев З.А., Искандаров Б.М.	120
ТОТАЛЬНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ЭНДОПРОТЕЗОМ «MINDRAY»	120
Мамадуллаев Б.Н., Пардаев Ш.Ш.	120
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ГЛУБОКОГО ОБУЧЕНИЯ	120
Маматова Ш., Уракова У. Э.	121
ЛЕЧЕБНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	121

Маматова Ш. Р. Исматова К. А. Кахрамонова И. И.	121
ЛЕЧЕБНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИ ОСТРОМ РИНОСИНУСИТЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	121
Мардонзода И., Муродов Ш.Д., Пулдозда Г.	122
ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВО СЛУХА У ДЕТЕЙ	122
Маризоева М.М., Неъматзода О.	122
КЛИНИКО-ГОРМОНАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ДЕТОРОДНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН С КУШИНГОВИДНЫМ СИНДРОМОМ	122
Маризоева М.М. ¹ , Назиров К.И. ²	123
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ	123
Марупов А.Н., Саидов Н.	123
АНАЛИЗ АМБУЛАТОРНОГО ТРАВМАТИЗМА	123
Маруфзода Н.М., Юлдошева М.У., Восалиева М.А.	124
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЖЕНЩИН С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ	124
Маршанкулов Р.И., Юлдошев Р.З.	124
МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕАНГИОМ ПЕЧЕНИ	124
Матиев Ю.А., Достиев А.М., Собирзода А.Дж.	125
ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ТУБЕРКУЛЁЗНОМУ ПЕРИТОНИТУ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ЛЁГОЧНУЮ ФОРМУ	125
Махмадалиев С.Ш., Кодирзода С.М.	125
ОСОБЕННОСТИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ	125
Махмадализода Ф.М., Тоиров М.Г., Неъматзода О.	126
МНОГОКОМПОНЕНТНАЯ КОМБИНИРОВАННАЯ ФЛЕБЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	126
Махмаджонов Б.К., Мираков Б.Т.	127
ОТДАЛЁННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ АРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА	127
Махмадуллозода А.М., Мавлонов Ч.Б., Окилов Х.А.	127
СПОНДИЛОДИСЦИТ, КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ПОВТОРНОЙ БОЛИ; ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ	127
Махсудов М.Т.	128
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЭРБ	128
Махсумов С.М., Рабиев К.Р., Иброимзода С.Ч.	128
УРЕТРОПЛАСТИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОЖНО-ФАСЦИАЛЬНОГО ЛОСКУТА ПЕРИНЕУМА ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ СТРИКТУРЫ БУЛЬБОЗНОЙ УРЕТРЫ	128
Махмудов М.М., Қаландаров У.	129
ТОНЗИЛИТ ДАР БАЙНИ КУДАКОН	129
Рахмонов М.А.	129
ЧАСТОТА ГНОЙНО-РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ	129
Меликзода С.М., Маджидов А.А., Амонов А.И.	129
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КЛЮЧИЦЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ	129
Меликов Х.Н., Урунбаева М.Г. Зардиев Д.	130
СТЕРОИДНАЯ ТЕРАПИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА	130
Мерабонов С.Ш., Ойматов Б.Х., Хошимов Г.Ю.	131
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ ТАДЖИКИСТАНА	131
Мираков Б.Т., Зарифзода Н.Д., Гафурзода М.М.	131
ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ ПРИ КОКСАРТРОЗЕ И ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРА	131
Мираков Б.Т., Шукруллоев А.Г., Хайдаров А.Э.	132
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИАФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ	132
Мираков Б.Т., Гафурзода М.М., Зарифзода Н.Д.	132
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОСТНОЙ АУТОПЛАСТИКИ ПРИ ЛОЖНЫХ СУСТАВАХ БЕДРЕННОЙ КОСТИ	132
Миралиева М., Х., Вориси А.А., Вафоева Н.Ю.	133
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА	133
Миргозиев М.К., Достиев У.А.	133
ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА МАЛОГО ПО РАЗМЕРУ ПЕЧЕНОЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА	133
Миргозиев М.К., Достиев У.А.	134
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ СИНДРОМА МАЛОГО ПО РАЗМЕРУ ПЕЧЕНОЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА	134
Миргозиев М.К., Достиев У.А.	134
ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА МАЛОГО ПО РАЗМЕРУ ПЕЧЕНОЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА В РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ	134
Мирзобекова Р.З., Бокиев Ф.Б., Махмадкулова Н.А.	135
СПОСОБЫ ГЕРНИОПЛАСТИКИ С УЧЕТОМ ВЕЛИЧИНЫ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ	135

Мирзоев А.К., Абдуллоев Б.З., Гулнозаи К.	135
ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ КАК СОВРЕМЕННЫЙ СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ УРГЕНТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	135
Мирзоев Ф.Х., Вахобов И.А., Маджидова О.Ф.	136
ЛЕЧЕБНАЯ СТРАТЕГИЯ ПРИ ОСТРЫХ ЯЗВЕННЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ	136
Мирзоева Г.Б. ¹ , Нурзода З.М. ¹ , Исоев И.Ч. ²	136
ПРИМЕНЕНИЕ СУСПЕНЗИИ КУЛЬТУРЫ ESCHERICHIA COLI В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ И ТРЕЩИН АНАЛЬНОГО КАНАЛА	136
Мирзоева Г.Б. ¹ , Нурзода З.М. ¹ , Сирочов Д.Н. ²	137
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ	137
Мирзоева Г.Б. ¹ , Нурзода З.М. ¹ , Исоев И.Ч. ²	137
ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДОВ ГЕМОРРОИДАЛЬНОГО СПЛЕТЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ	137
Мирзоева М.З., Валдошова С.Ш., Олимова Ф.З.	138
ТУБЕРКУЛЁЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ: ОСОБЕННОСТИ ГЕСТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ	138
Мирзоева Х.М., Шарипов М.С., Халимзода М.Х.	138
ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У БЕРЕМЕННЫХ	138
Мирзохонов Б.А.	139
УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА С ПРИМЕНЕНИЕМ МИНИИНВАЗИВНОЙ ТЕХНОЛОГИИ	139
Музаффарзода Х.М., Маматова Г.Б., Ралъабов С.С.	139
ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ ОРИЗАӢОИ ДУРИ ПАС АЗ ЉАРРОӢИИ НЕФРОЛИТИАЗ ӢАНГОМИ ӢАВЗАКИ ИНТРАРЕНАЛӢ	139
Муллоев И.Дж., Достиев У.А.	140
МЕТОДИКА ПРОФИЛАКТИКИ ВОЗВРАТНОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ	140
Муллоев И.Дж., Достиев У.А.	140
ДИАГНОСТИКА ВОЗВРАТНОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ	140
Муллоев И.Дж., Достиев У.А.	141
РОЛЬ БИОМАРКЕРОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВОЗВРАТНОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ	141
Мурадов А.А. ¹ , Шумилина О.В. ^{1,2} , Икром Т.Ш. ²	141
СПЕКТРАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВАРИАЦИИ КАРДИОИНТЕРВАЛА У РОДИЛЬНИЦ С СИНДРОМОМ ПОЛИОРГАННОЙ ПОЛИСИСТЕМНОЙ ДИСФУНКЦИИ/НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ДОМИНИРОВАНИЕМ ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ	141
Муродов А.И. ² , Ятимов М.М. ² , Юлдошев У.Р. ¹	142
НЕЙРОЭНДОКРИННАЯ ОПУХОЛЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ПОДХОДА	142
Муродов Д. Р., Сафаров Ш.Ф.	142
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РЕЦИДИВА ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ	142
Муродов М.А., Рахмонов Дж.А.	142
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ШЕЙНО-ГРУДНОЙ СИМПАТЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ	142
Муродов Ш.Д., Махамадиев А.А., Саидов Д.Х.	143
САМАРАНОКИИ ИСТИФОДАБАРИИ ЧУЗӢИИ МОНОКЕТО ӢАНГОМИ РИНИТИ АЛЛЕРГИКИИ ДОИМӢ	143
Муродов Ш.Д., Саидов Д.Х., Юсупов А.А.	144
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕФОРМАЦИЙ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА У ДЕТЕЙ	144
Хасанова М.Р.	144
НАРУШЕНИЕ ГОЛОСА У ДЕТЕЙ С АДЕНОИДНЫМИ ВЕГЕТАЦИЯМИ	144
Муродова А.Ф.	145
ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АФОНИЕЙ И ПАРЕЗАМИ ГОРТАНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АККУПУНКТУРНОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ	145
Муродова П.Ф.	145
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОРТАНИ У ВОКАЛИСТОВ	145
Муслихиддинова С.Ш., Забиров М.Ф.	146
ПЕРЕЛОМЫ БЕДРА У ДЕТЕЙ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ	146
Муслихиддинова С.Ш., Мираков Б.Т., Гафурзода М.М.	146
КОРРЕКЦИЯ НЕПРАВИЛЬНО СРАСТАЮЩИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ	146
Мустафакулов С.С., Мирзокаримова Н.С., Каримова М.Р.	147
ЧАСТОТА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПРОСТАТИТА У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕЙКЕМИЕЙ	147
Мухаббатов Х.Дж.	147

ОЦЕНКА РИСКА ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОДНОМОМЕНТНОГО И ДВУХМОМЕНТНОГО УДАЛЕНИЯ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	147
Мухаббатов Х.Дж., Садулов А.М., Набиев Б.И.....	148
СПОСОБ ПОЛНОЙ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ РЕПОЗИЦИИ ИЛЕОКОНДУИТА ПРИ ОПЕРАЦИИ БРИКЕРА	148
Мухаббатов Х.Дж. ¹ , Шаропова М.Х. ^{1,2}	148
РАССТРОЙСТВО МОЧЕИСПУСКАНИЯ У БОЛЬНЫХ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫМИ ИСХОДАМИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	148
Мухаббатов Х.Дж., Садулов А.М.	149
ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТНОГО ФАКТОРА НА РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЦИСТИТА У ЖЕНЩИН.....	149
Мухаммадиева Д.И., Шарифов Ш.Ш.	149
ВРОЖДЁННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ.....	149
Мухиддинов З.В., Насриддинзода Б., Мухаммадиев Ф.	150
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЕ ТАМСУЛОЗИНА У БОЛЬНЫХ С УРЕТЕРОЛИТИАЗОМ.....	150
Мухиддинов З.В., Шаропова М.Х., Усмонзода Б.	151
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТОМИИ (ПНЛ) У БОЛЬНЫХ С ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКЕ.....	151
Мухиддинов А.А., Аслонова М.О., Сафаров Х.А.	151
АНАЛИЗ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ПРИЧИН РЕЦИДИВА ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ.....	151
Мухсини Т.Б., Сафаров О.С., Ризоев И.М.	152
ДИАГНОСТИКА И КЛИНИЧЕСКАЯ СОРТИРОВКА ТЯЖЁЛЫХ СОЧЕТАННЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ ПРИ УСЛОВИИ МНОГОПРОФИЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ	152
Мырзаш Д.Д., Беркинбай А.Б., Тапал Н.А.	152
ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА У РОЖЕНИЦ.....	152
Набиев Б.И., Олимов О.З., Шеров Ш.Х.	153
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ИНГИБИТАРАМ ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ – 5 И ЛОД ТЕРАПИИ ПРИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ.....	153
Наврузова Ф.Л., Юсупов Н.А., Сафарова Б.Б.....	154
РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ ПРИРОДНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ.....	154
Нажмидинов Х.Н., Хасани А., Сафаров Н.Х.	154
ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ АНОМАЛИЯХ ПОЧЕК: ОПЫТ И РЕЗУЛЬТАТЫ.....	154
Нажмидинов Х.Н., Хасани А., Кабиров Х.Н.	155
ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ У БОЛЬНЫХ С ПОДКОВООБРАЗНЫМИ ПОЧКАМИ	155
Нажмидинов Х.Н., Сафаров Н.Х., Кабиров Х.Н.	155
ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ ПРИ РЕЦИДИВНЫХ КАМНЯХ ПОЧЕК	155
Нажмидинов Х.Н., Хасани А., Шукуров Д.А.	156
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ У БОЛЬНЫХ С УДВОЕНИЕМ ПОЧКИ.....	156
Нажмидинов Ф.Н., Ашуров Д.М., Шералиев Дж.Ш.	156
ПЕРФОРАТИВНЫЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ: ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	156
Назарова З.У., Муслихиддинова С.Ш., Ахмедов А.Дж.	157
ПРЕПАРАТЫ МАГНИЯ В ФАРМАКОТЕРАПИИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН С ДЕГЕНЕРАТИВНО ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ СКЕЛЕТА	157
Нарзиев Б.Х., Музаффарзода Х.М., Вазиров А.М.....	158
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	158
Нарзиев Б.Х., Музаффарзода Х.М., Хушвахтов У.М.	158
ВАРИКОЦЕЛЕ КАК ПРИЧИНА МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ	158
Нарзиев Б.Х., Музаффарзода Х.М., Хушвахтов У.М.	159
МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИЯ ПО МЕТОДУ МАРМАР: ВЛИЯНИЕ НА ФЕРТИЛЬНОСТЬ У МУЖЧИН С БЕСПЛОДИЕМ	159
Насриддинзода Б.Р., Сафаров Н.Х., Имомов З.Н.	160
СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКИХ И КОНСЕРВАТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПРОСТАТИТА У МУЖЧИН.....	160
Насридинов Х.Н., Рахмонов У.Х., Коситов Д.Д.	160
ТРАНСКУТАННАЯ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКА В УСЛОВИЯХ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ	160
Насридинова Х.С.....	161
ПОРОКИ СЕРДЦА У БЕРЕМЕННЫХ (ФАКТОРЫ РИСКА).....	161
Начимова С.Б., Мухсинзода Н.А.	161

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ.....	161
Начмиддинов З.Х., Холов А.Д., Шосаидзода П.Д.	162
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИНЫ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ДАНГАРИНСКОГО РАЙОНА	162
Начмиддинов Х.Н., Сафаров Н.Х., Шукуров Д.А.	162
ТАБОБАТИ МУОСИРИ ПРОСТАТИТИ МУЗМИН ДАР АСОСИ НАТИЧАҶОИ КЛИНИКӢ.....	162
Ниёзмадов С.Р., Кодиров Х.Д., Мираков Б.Т.	163
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ БЛОКИРУЮЩЕГО ИНТРАМЕДУЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА	163
Научный руководитель - к.м.н., доцент Каримов К.К.	163
Ниезова М.А.	163
ПРИЕМЛЕМОСТЬ ПОДКОЖНОГО ИМПЛАНТА ЛЕВОПЛАНТ ДЛЯ ЖЕНЩИН ВЫСОКОГО РИСКА	163
Ниязов И.К. ^{1,2} , Гаффоров К.А. ² , Мазбуждчонзода М. ¹	164
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЁННЫМ РАКОМ ГОЛОВЫ И ШЕИ. ОПЫТ ТАДЖИКСКИХ ОНКОЛОГОВ.....	164
Нозири Н.Х., Косимов А.Х., Зиёзода М.Р.	164
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПТЕРИГИУМА	164
Номозова Г.К.	165
ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛИЗАЦИИ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ ФИБРОМИОМЫ МАТКИ	165
Норматов А.У., Хамидова М.Т., Асадов Б.А.	165
РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ	165
Норов Н.Х., Эраджи Дж., Пулодов С.Э.	166
ДВУХЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ ОБТУРАЦИОННЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ	166
Норов Х.О., Юлдошев Р.З., Ашурова М.Дж.	167
ПРОФИЛАКТИКА ОТСРОЧЕННОЙ РВОТЫ НА ФОНЕ ВЫСОКОЭМЕТОГЕННОЙ ТЕРАПИИ РАКА ПИЩЕВОДА	167
Нуритдинзода М.Р. ¹ , Хушкадамова О.Х. ^{1,2} , Шарипов Б.А. ²	167
ВОПРОСЫ ХИМИОИНДУЦИРОВАННОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ В ОНКОЛОГИИ	167
Нуритдинзода М.Р. ¹ , Хушкадамова О.Х. ^{1,2} , Шарипов Б.А. ²	168
РОЛЬ ГЕПСИДИНА В ПАТОГЕНЕЗЕ АНЕМИИ ПРИ ХИМИОТЕРАПИИ: ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ К ЛЕЧЕНИЮ	168
Нуров Х.С., Эмомов Х.С.	168
ПРЕИМУЩЕСТВА ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ПЕРИТОНИТЕ..	168
Нурулхак Ш.К., Хакназарова Ф.Х., Мамадёкубова Д.Д.	169
ДОСТИЖЕНИЯ ПРЕНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА В ТАДЖИКИСТАНЕ ПО ДАННЫМ ГУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР» РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН	169
Обидов Д.С., Юлдошев У.Р.	169
ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	169
Обидов Ш.Ш., Сафаров Н.Х., Джуракулов Ш.Б.	170
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРОТЯЖЁННЫХ И СУБТОТАЛЬНЫХ СТРИКТУР УРЕТРЫ У МУЖЧИН: ОЦЕНКА ДОЛГОСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ И ФАКТОРОВ РИСКА	170
Обидов Ш.Ш., Сафаров Н.Х., Шукуров Д.	170
АНАЛИЗ ДОЛГОСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОЙ УРОПАТИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	170
Огарева И.А., Аленцин К. А., Тришин В. В.	171
РЕЗУЛЬТАТЫ НЕОТЛОЖНЫХ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ	171
Одилов О.Д., Саиджамоллов К.М., Шарипова Ф.Ф.	171
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИРУСНОГО КЕРАТИТА ПО ВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ.....	171
Одинаев Э.М., Аминзода Х.С., Зайнидинзода С.И.	172
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАНДАРТНЫХ НОСОВЫХ ТАМПОНОВ ПРИ ПОЛИПОЭТМОИДОТОМИИ	172
Одинаев Э.М., Юсупов А.А., Саидов Д.Х.	172
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ НОСА У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ СЕПТОПЛАСТИКИ С ОДНОМОМЕНТНОЙ АДЕНОТОМИЕЙ	172
Одинаева З.Б., Чориев Ш.Б.	173
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛЫХ ИМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ	173
Окилова М.С., Нуралиева М.Т., Саидзода Ф.С.	173
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ АПЛАНАЦИОННОМ И ИМПРЕССИОННОМ МЕТОДАХ ТОНОМЕТРИИ.....	173
Олимов О.З., Набиев Б.И., Рашидов Б.Дж.	174

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛАХ МОЧЕТОЧНИКОВ	174
Олимов О.З., Раджабов Ф.С., Авганов А.А.	174
ЧАСТОТА УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МУЖСКОГО ПОЛА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБРАЩЕНИИ В ПОЛИКЛИНИКУ ГУ «РНҚЦУ»	174
Олимова Ф.З.	175
АКУШЕРСКИЕ ИСХОДЫ ПРИ ТЯЖЁЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	175
Олимова Ф.З., Юлдошева М.У., Муминова С.	175
АКУШЕРСКИЕ ИСХОДЫ РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ ТЯЖЁЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ	175
Олимова Ф.З., Валдошова С.Ш.	176
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПОВТОРНОЙ ТЯЖЁЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ	176
Орифов М.Б., Юлдошев У.Р.	177
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦИТОКИНОВ ПРИ РАКЕ МАЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	177
Орифова Г.Х.	177
КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ	177
Отаев Ш.З., Валиев Б.К., Шарифов С.А.	178
ТЕЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЁННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА ПОСЛЕ САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	178
Отахонов Ф.Х., Холов А.Д., Юлдошев А.Н.	178
САМАРАНОКИИЧАРРОҲИИ “АДЕНОТОМИЯ” ДАР ТАБОБАТИ ОТИТИ МИЁНАИ ЭКСУДАТИВӢ	178
Парпиев Ф.М., Пиров Ш.А.	179
ЗНАЧЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ	179
Пинчук А.В., Косимов И.О., Достиев У.А.	179
ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕГО ОЖИРЕНИЯ НА ИСХОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	179
Пинчук А.В., Косимов И.О., Достиев У.А.	180
ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ НА ЧАСТОТУ ОСЛОЖНЕНИЙ И ИСХОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	180
Пиров Ш.А., Парпиев Ф.М., Сатторов А.И.	180
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ТЯЖЁЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ	180
Пулодов Д.Б., Аминов А.Х., Хакимов Х.Дж.	181
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАЛОИНВАЗИВНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА НЕСТАБИЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ТАЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	181
Р. Дж. Салихов, Дж. К. Абдуллоев, М.М. Кучов	181
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ ПО МЕТОДИКЕ «ЕДИНОГО ДОСТУПА»	181
Раббимкулов С.Х.	182
ПРИМЕНЕНИЕ МЕСТНОГО ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ИМПЛАНТАТА «ХЕМОБЕН» ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ОЖОГАХ	182
Рабиев К.Р., Махсумов С.М., Иброимзода С.Ч.	182
СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОСУДОСОХРАНЯЮЩИХ МЕТОДОВ УРЕТРОПЛАСТИКИ БУЛЬБО-МЕМБРАНОЗНОЙ ЧАСТИ УРЕТРЫ	182
Равшанов Д.М.	183
ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕНИНГИОМ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ПАЦИЕНТОВ	183
Рагимов Р.Г., Мазанова Н.Г., Алиярова Ф.З.	183
К МЕТОДИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ПОДКАПСУЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ	183
Рагимов Р.Г.	184
СПОСОБ ОПТИМИЗАЦИИ АНАТОМИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ	184
Рагимов Р.Г., Качаев Ш.Я., Ражбудинова Н.С.	185
ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОРЕОЛОГИИ КРОВИ И СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	185
Раджабзода Н.Ф.	185
ТРОМБОЦИТАРНО-СОСУДИСТОЕ ЗВЕНО ГЕМОСТАЗА ПРИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЯХ ПЛОДА	185
Н.Ф.Раджабзода, А. Гаффорова	186
МИКРОБИОЦЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ	186
Раджабзода Н.Ф.	186
БАКТЕРИОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ	186
Раджабов А.А., Ёфтов С.Р. Набиев М.Т.	187
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ	187
Разоков Г. Г., Бустонова С.М., Рахмонов С.У.	187
АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА, СОЧЕТАННОГО С ГИПЕРТРОФИЕЙ НОСОВЫХ РАКОВИН	187
Рахимзода Ш.Ш., Давронзода М.Д., Шерматов З.Т.	188

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТРУБОЧНЫХ И БЕЗТРУБОЧНЫХ НАЗАЛЬНЫХ ТАМПОНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАМИ НОСА.....	188
Рахимзода Ш.Ш., Муродов Ш.Д., Шерматов З.Т.....	188
ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА	188
Рахими А.А., Олимов И.Р.....	188
МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПИЩЕВОДА	188
Рахимова Н.Т., Бабаева Т.С., Назарзода Н.Х.	189
НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМЫЕ ВИДЫ АМЕТРОПИИ.....	189
Рахимова Н.Т., Бахроми Ф.Д., Алиева Н.А.....	189
ПРЕИМУЩЕСТВА ОПЕРАЦИИ ФЕМТО-LASIK ПРИ МИОПИИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ	189
Рахимова Ф.С., Юлдошев Р.З.....	190
КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСЛЕ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ	190
Рахматова Ф.К., Ошурмамадова Р.Б.....	191
СТРАТИФИКАЦИЯ ФАКТОРОВ, ВЫЗЫВАЮЩИХ МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ИНФЕРТИЛЬНЫХ ЖЕНЩИН	191
Рахматуллоева М.Ф., Махмадкулова Н.А., Сайфуллоев Б.С.	191
УСТРАНЕНИЕ СЛОЖНЫХ ВИДОВ СИНДАКТИЛИИ У ДЕТЕЙ.....	191
Рахмонкулова Р.Т., Усмонкулов М.К., Худаярова Ф.З.....	192
ИНФРАКРАСНЫЙ ЛУЧ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА	192
Рахмонкулова Р.Т., Усмонкулов М.К., Худаярова Ф.З.....	193
АКТУАЛЬНОСТЬ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА.....	193
Рахмонов К.А., Шаханова Ш.Ш.	193
НЕЙРОПАТИЧЕСКАЯ БОЛЬ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДО НАЧАЛА СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ.....	193
Рахмонов М.А.....	194
ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ В ПАХОВОМ ОБДАСТИ ТЕЛА.....	194
Рахмонов У.Х., Насридинов Х.Н.	194
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ АДЕНОМ ГИПОФИЗА	194
Рахмонов У.Х., Насридинов Х.Н.	195
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АДЕНОМ ГИПОФИЗА ПО ВИДУ ВСТРЕЧАЕМОСТИ	195
Рахмонова М.Х., Юлдошев Р.З., Ашурова М.Дж.....	195
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТАРГЕНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МЕТАСТАЗОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА.....	195
Рахими Ш.Д. ^{1,2} , Тошибоев Ш.А. ² , Мамачонов А. ²	196
ТАБОБАТИ ЭНДОСКОПИИ БЕМОРИИ ЛЕЙКОКЕРАТОЗИ МАСОНА.....	196
Рахмонов Ф.Х., Эшбадалова Б. Б., Ашурзода А.К.	196
МОДИФИЦИРОВАННАЯ КАНЮЛЯ ДЛЯ ПРОМЫВАНИЯ ПОЛОСТИ НОСА	196
Рашидов Б.Дж. ¹ , Сафаров Н.Х. ¹ , Авганов А.А. ^{1,2}	197
СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ КАМНЕЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ: ОТКРЫТЫЕ ОПЕРАЦИИ, ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ ЛИТОТРИПСИЯ И ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОРИПСИЯ	197
Рашидов Б.Дж., Музаффарзода Х.М., Олимов О.З.	197
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЧРЕСКОЖНОЙ ПУНКЦИОННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ ПРИ РЕЦИДИВЕ МКБ.....	197
Рашидов Б.Дж. ¹ , Олимов О.З. ² , Чиллаев К.Х. ³	198
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ЧРЕСКОЖНОЙ ПУНКЦИОННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДВУСТОРОННИМ НЕФРОЛИТИАЗОМ.....	198
Ризманова Ш.У., Нурова Н.Р., Баротова С.Х.....	199
АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН ОТ РОДСТВЕННОГО БРАКА	199
Розиев Ф.А., Чабборов И.Ф., Рахимов А.А.	199
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ	199
Розикзода Л.А., Муродов Ш.Д., Одинаев А.С.	200
РАЗНОВИДНОСТЬ МИКРОФЛОРЫ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРИ ЕЁ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ ВОСПАЛЕНИИ	200
Розиков М. С., Достиев У.А.	200
ПРОФИЛАКТИКА РАННЕЙ ДИСФУНКЦИИ ТРАНСПЛАНТИРОВАННОЙ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ	200
Розиков М.С., Достиев У.А.	201
РАННЯЯ ДИСФУНКЦИЯ ТРАНСПЛАНТИРОВАННОЙ ПЕЧЕНИ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И СТРАТЕГИИ КОРРЕКЦИИ	201
Розиков М. С., Достиев У.А.	201
ОПТИМИЗАЦИЯ СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ РАННЕЙ ДИСФУНКЦИИ ТРАНСПЛАНТАТА ПЕЧЕНИ.....	201
Роибов Б.С., Салимов Ф.М., Тоиров М.Г.....	201

ФАКТОРЫ РИСКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ПОДВЗДОШНО-БЕДРЕННЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ.....	201
Руснак М.В., Якушенко А.Р.....	202
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТОНУСА НИЖНЕГО ВЕКА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЕГО ИНВОЛЮЦИОННЫХ МАЛЬПОЗИЦИЙ.....	202
Рустамкулова Г.Ш., Шарипов М.С., Хасанова А.А.....	203
БЛЕФАРИТ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ РАЙОНА ДЖАЛОЛИДДИНА БАЛХИ.....	203
Рустамкулова Г.Ш., Халимзода М., Самадзода М.К.....	203
ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЁННОГО ДАКРИОЦИСТИТА.....	203
Сабзалиева Ш.У., Одилов О.Д., Алиева Н.А.....	203
К ВОПРОСУ О ВИРУСНЫХ КЕРАТИТАХ У ДЕТЕЙ.....	203
Садулов А.М., Мухаббатов Х.Дж.....	204
КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ СИМПТОМАМИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ С ПРЕПАРАТАМИ $\alpha 1$ -АДРЕНОБЛОКАТОРОМ И ИНГИБИТОРОМ ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ 5-ГО ТИПА.....	204
Садулов А.М., Мухаббатов Х.Дж.....	204
ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ НАРУШЕНИЯ ПОЛОВОЙ ФУНКЦИИ У МУЖЧИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	204
Садулов А.М., Мухаббатов Х.Дж.....	205
СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ.....	205
Саидзода К.И., Пиров Н.С., Кахоров И.И.....	205
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ СПИНЫ.....	205
Саидзода П.А.....	205
ПРИМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ «FAST-TRACK» У ПАЦИЕНТОК С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ ПЕРИТОНИТОМ.....	205
Саидов А.А., Каримов Б.К.....	206
ЛЕЧЕНИЕ ГОНАРТРОЗА НА РАННИХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	206
Саидов Д.Х., Куллиев А.С., Мардонзода И.....	206
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ.....	206
Саидов Д.Х., Одинаев А.С., Худоева Н.Н.....	207
ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ В СОВРЕМЕННОЙ ПРАКТИКЕ РИНОАЛЛЕРГОЛОГА.....	207
Саидов Д.Х., Муродов Ш.Д., Киматов М.Р.....	207
АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАЗРЫВАХ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ.....	207
Саидова М.М., Бердияр С., Шокирова Р.....	208
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.....	208
Саидова Ф.Ф., Давронзода М.Д., Турамуродова Ш.Т.....	209
ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА ПОЛОСТИ НОСА И РОТОГЛОТКИ У БОЛЬНЫХ С РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА.....	209
Саидова Ф.Ф., Давронзода М.Д., Умарализода С.А.....	209
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЛОСТИ НОСА И НОСОГЛОТКИ У ПАЦИЕНТОВ С РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА.....	209
Саймухидинов М.М., Тагоев С.Х., Усмонов И.М.....	210
РОЛЬ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ В ПРЕДОТВРАЩЕНИИ ПОЗДНЕГО ОТТОРЖЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАТА ПОЧКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХБП 5 СТАДИИ.....	210
Саймухидинов М.М., Тагоев С.Х., Усмонов И.М.....	210
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ ОТ ЖИВЫХ И УМЕРШИХ ДОНОРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХБП 5 СТАДИИ.....	210
Саймухидинов М.М., Тагоев С.Х., Усмонов И.М.....	211
ОЦЕНКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ СТЕПЕНЯМИ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К HLA-АНТИГЕНАМ.....	211
Сайфудинзода Р.С.....	211
ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ НА ФУНКЦИЮ ГОЛОСОВОГО АППАРАТА.....	211
Сайфуллоев Л.Н.....	212
НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА КОСТЕЙ ГОЛЕНИ.....	212
Салимбеков Дж.К., Фатхуллоев Н.Дж., Гоилов В.А.....	212
ТРОАКАРНЫЕ ГРЫЖИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ.....	212
Салимов Ф.И. ^{1,2} , И.К. Ниязов ^{1,2} , Гаффоров К.А. ²	213
КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	213
Салимов Ф.М., Джаборова Н.О., Солиев О.Ф.....	213
СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЁННЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ.....	213
Салимова З.Дж. ¹ , Абдуллоев М.З., Гулов Ф.М. ²	214
ОСТРАЯ СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ.....	214
Салимова З. Дж. ¹ , Саидова П.К. ² , Сафарова М.М. ²	214

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ	214
Салимова З.Дж., Икромов П.Ф.	215
ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА БЕРЕМЕННЫХ И РОЖЕНИЦ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКОЙ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ	215
Саломов М.С ¹ , Рахимов Н.М ² , Юлдошев Р.З.	215
АНДРОГЕНДЕПРИВАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД СПАСЕНИЯ ПРИ БИОХИМИЧЕСКОМ РЕЦИДИВЕ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ ТЕРАПИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	215
Салохитдинов Н.А.	216
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ТРАВМАХ	216
Самадова М.Х., Юлдошева М. У., Олимова Ф.З.	216
РОДОВОЙ ПРОЦЕСС У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ В АНАМНЕЗЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ	216
Саодатова Г.А., Мухсинзода Н.А.	217
ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ЖЕНЩИН О СКРИНИНГЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ	217
Сармисокова. Х. Дж., Одинаева. М.	217
АКУШЕРСКИЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ПОЗДНИМИ САМОПРОИЗВОЛЬНЫМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ	217
Сатторов Х.И., Одинаев М.Ф.	218
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИЗОЛИРОВАННЫХ И СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ НЕРВНЫХ СТЕЛОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	218
Сафаров Н.Х.1, Сафаров Х.А.2, Шарифзода Ш.Х.	218
РАВИШҶОИ ИННОВАТСИОНИ БА РУШДИ ПЛАТФОРМАИ ЯҶОАИ РАҚАМИИ ТАНДУРУСТӢ	218
Сафаров Н.Х.1, Сафаров Х.А.2, Шарифзода Ш.Х.	219
РАЗРАБОТКА ЕДИНОЙ ЦИФРОВОЙ ПЛАТФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДЛЯ ТАДЖИКИСТАНА	219
Сафаров Х.А.2, Сафаров Н.Х.1, Шарифзода Ш.Х.	220
САМАРАНОКИИ ПЛАТФОРМАИ ЯҶОАИ РАҚАМИИ ТАНДУРУСТӢ ДАР ТАШХИС, ТАБОБАТ ВА ПЕШГИРИИ БЕМОРИҶО	220
Сафолова Ф.М., Давлатов Дж. Дж., Зарипова М.	220
СТРУКТУРНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ РЕЦИДИВНОЙ ФОРМЕ НЕДОСТАТОЧНОГО АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА	220
Сердюкова А.М.	221
МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ	221
Сидиков И.И., Неъматзода О., Усмонов Дж.Н.	221
ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ..	221
Синои С.Г.	222
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДИК ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА (PRP И SVF)	222
Синои С.Г.	223
ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ	223
Содикзода Л., Хошимов Г.Ю., Аскаров Ш.Т.	223
ПРЕИМУЩЕСТВА ВЫПОЛНЕНИЯ НЕОТЛОЖНЫХ ОПЕРАЦИЙ ОСТЕОСИНТЕЗА В ТРАВМАТОЛОГИИ	223
Солибоева А. А., Умарализода С. С., Абдусатторзода А.	223
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРТИКОСТЕРОИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОРТАНИ.	223
Солиев О.Ф ¹ , Неъматзода О ² , Тоиров М.Г. ²	224
ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛИКВИДАЦИИ ГОРИЗОНТАЛЬНЫХ РЕФЛЮКСОВ В ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ	224
Солиева М.Ю., Холов Д.Д.	224
СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	224
Солижоннова У.И., Гатаулина Н.Н.	225
ОСОБЕННОСТИ ТРЕХПОРТОВОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	225
Солихов Р.Ч., Солехов А.С., Абдуллоев Дж. К.	225
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	225
Сохибов Ш.М., Ашуралиев Н.К.	226
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ	226
Сохибов Ш.М., Ашуралиев Н.К.	226
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК В ЛЕЧЕНИИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ	226
Сохибов Ш.М., Ашуралиев Н.К.	227
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ: ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ	227
Сулейманова Ш.Х., Шадиев А.М.	227

ТРАНСЛЮМИНАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ КОРОТКИХ ВЕН ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТА С ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫМИ ВЕНАМИ ЖЕЛУДКА И ПИЩЕВОДА	227
Султанзада Н.Д., Юлдошев Р.З.	228
НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВЫХ БОЛЕЗНЕЙ ПЕЧЕНИ В ЗОНЕ ПРИАРАЛЬЯ	228
Султонов Х.К.	228
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФОРМАХ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ	228
Султонов Х.К.	229
РАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОБШИРНЫХ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФЛЕГМОНАХ	229
Султонов Х.К.	230
СИНДРОМ ВЗАИМНОГО ОТЯГОЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ САХАРНОГО ДИАБЕТА	230
Султонова С.А., Гаибназаров С.С.	230
КОМБИНИРОВАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕКРОТИЧЕСКОГО ФАСЦИИТА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА	230
Суфиев Л.А., Обидов Д.С., Юлдошев У.Р.	230
ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРИ РЕЦИДИВЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	230
Тагоев С.Х., Достиев У.А., Муллоев И.Дж.	231
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ СПАЕЧНЫХ ПРОЦЕССОВ ПОСЛЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ И ТРАДИЦИОННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	231
Тагоев С.Х., Достиев У.А., Муллоев И.Дж.	231
ИЗУЧЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	231
Тагоев С.Х., Достиев У.А., Муллоев И.Дж.	232
РОЛЬ РАННЕЙ МОБИЛИЗАЦИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ВОССТАНОВЛЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХИРУРГИЧЕСКИМИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	232
Тошкенбоев Ф.Р.	232
ТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ДОСТУПЫ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМОЗОВ	232
Туйчиев О.Д. ^{1,3} , Усманов Б.Б. ² , Юлдошев Р.З.	233
РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ РАКА ПИЩЕВОДА: РОЛЬ HELICOBASTER PYLORI	233
Туланов Б.Т. ¹ , Шаханова Ш.Ш. ² , Рахимов Н.М. ²	233
ЗНАЧЕНИЕ КОМБИНИРОВАНИЯ ОМЕГА-3 ЖИРНЫХ КИСЛОТ С ПРОГЕСТАГЕНАМИ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПРИ СИНДРОМ АНОРЕКСИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ.	233
Тураев Ф., Фуркатзод Ф.	234
ТРАНССКЛЕРАЛЬНАЯ ДИОДЛАЗЕРНАЯ ЦИКЛОФОТОКОАГУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВТОРИЧНОЙ ПОСТКОНТУЗИОННОЙ ГЛАУКОМОЙ	234
Турапова М.З., Муродов Д.К., Махмадкулова Н.А.	235
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛОСКУТА ШИРОЧАЙШЕЙ МЫШЦЫ СПИНЫ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ДЕФЕКТОВ ШЕИ И ЛИЦА	235
Турсунов Н.Б., Худоярова Д.Р.	235
СОХРАНЕНИЕ ФЕРТИЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ЖИВОТЕ	235
Тухтаева М.М.	236
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С УРОГЕНИТАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	236
Умарализода С.А., Саидва Ф.Ф., Рачабзода У.М.	236
ВИДЕОЛАРИНГОСКОПИЯ ВА ҚАРРОҲИИ ТАШКИЛАҲОИ ХУШСИФАТИ ХАНҚАРА	236
Умарализода С.А., Давронзода М.Д., Солибоева А.А.	237
МУКАММАЛСОЗИИ ТАБОБАТИ МАВОДӢ ДАР ДАВРАИ ПАС АЗ ҚАРРОҲИИ ОМОСҲОИ ХУШСИФАТИ ХАНҚАРА	237
Умаров С.А., Наджмудинов С.С., Алимардонова Х.Б.	238
ОСТРЫЕ ЯЗВЕННЫЕ ДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ: НАШ ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА	238
Уринбаева Н.М.	238
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА	238
Урунбоев А.Э., Кудратов Ф.И., Саидумаров С.Ш.	239
СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ РЕЦИДИВОВ У БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККОЗОМ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	239
Усманов Б.Б. ² , Хамидов Х.Х. ³	239
HELICOBASTER PYLORI АССОЦИИРОВАННЫЙ РАК ПИЩЕВОДА И КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ	239
Усмонзода Б.Н., Мухиддинов З.В., Рашидов Б.Ч.	240
САМАРАНОКИИ НЕФРОЛИТОТОМИЯИ ПЕРКУТОНИ (PNL) ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ САНГИ КАЛОН ВА МАРЧОНШАКЛИ ГУРДА	240

Усмонкулов М.К., Рахмонкулова Р.Т., Худаярова Ф.З.	240
УЛУЧШЕНИЕ ТЕХНИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ СЛОЖНОГО СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ И УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ	240
Усмонкулов М.К., Рахмонкулова Р.Т., Худаярова Ф.З.	241
ТАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТРОМ АНАЭРОБНОМ ПАРАПРОКТИТЕ	241
Усмонов А.У., Умаркулов З.Ф.	241
ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ	241
Усмонов Д.Ф., Лолаева М.У., Ярматов К.Ф.	242
ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГОРТАНИ У РАБОТНИКОВ ТАЛКО	242
Усмонов И.М., Тагоев С.Х., Саймухиддинов М.М.	243
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ГУМОРАЛЬНОГО ОТТОРЖЕНИЯ У ВЫСОКОСЕНСИБИЛИЗИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК 5 СТАДИИ	243
Усмонов И.М., Тагоев С.Х., Саймухиддинов М.М. АНАЛИЗ ВЫЖИВАЕМОСТИ	243
Усмонов И.М., Тагоев С.Х., Саймухиддинов М.М.	243
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОГО ОТТОРЖЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК 5 СТАДИИ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ	243
Усмонов Х.С., Кодирова З.У., Юлдошев Р.З.	244
МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЁННЫЙ РАК В СТРУКТУРЕ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	244
Усмонов Х.С., Кодирова З.У., Юлдошев Р.З.	244
ЧАСТОТА СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	244
Ф.И.Шукуров ¹ , А.Кодир ²	245
К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ, ЭТИОЛОГИИ, ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СОСУДИСТЫХ ОПУХОЛЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, ШЕИ И СВОДА ЧЕРЕПА (ДСОЧЛОШСЧ)	245
Фазов Ф.Э., Муллоев И. Дж., Косимов И.О.	245
АБДОМИНАЛЬНЫЙ КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМ ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ	245
Файзов Н. И., Муллоев И. Дж., Косимов И.О.	246
ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ЧАСТОТУ ОСЛОЖНЕНИЙ И ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	246
Файзов Н.И., Косимов И.О., Муллоев И. Дж.	246
РОЛЬ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ В СНИЖЕНИИ ЧАСТОТЫ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	246
Файзов Н.И., Косимов И.О., Муллоев И.Дж.	247
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ЧАСТОТУ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	247
Файзов Ф.Э., Достиев У.А.	247
ПРОФИЛАКТИКА АБДОМИНАЛЬНОГО КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМА ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ	247
Файзов Ф.Э., Достиев У.А.	248
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ АБДОМИНАЛЬНОГО КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМА ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ	248
Файзуллоев Ф.А., Махсумова С.Л., Каримова М.Б.	248
ОПТИМИЗАЦИЯ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ТАДЖИКИСТАНА	248
Фарзонаи Иброхим., Додихудоев Р.А.	248
ОСТРЫЙ ПАКРЕАТИТ У БЕРЕМЕННЫХ. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ	248
Фарзонаи Иброхим, Додихудоев Р.А.	249
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЯ	249
Фуркатзод Ф., Косимов А.Х., Саидов Х.А.	249
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ ДО И ПОСЛЕ ЦФК	249
Футуров Н.П., Фахридинов М.Б., Набиев Б.И.	250
ЭРЕКТИЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРОСТАТЫ НА ФОНЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ	250
Хабибов Н., Муллоев И.Дж., Косимов И.О.	250
ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	250
Хабибов Н., Муллоев И.Дж., Косимов И.О.	251
РОЛЬ СОВРЕМЕННЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ В ХИРУРГИИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	251
Хабибов Н., Косимов И.О., Муллоев И.Дж.	251
РОЛЬ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ В ХИРУРГИИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	251
Хайдаров З.Б., Назарзода Н.Х., Зиёзода М.Р., Косимов А.Х.	252
ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПТЕРИГИУМА МЕТОДОМ АУТОПЛАСТИКИ	252

Хайдаров М.М., Сайфуллоев Б.С., Махмадкулова Н.А.	252
УСТРАНЕНИЕ ДЕФОРМАЦИИ И КОНТРАКТУР НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	252
Хайдаров С.Д.	253
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ У ВЗРОСЛЫХ	253
Хакала В.С.	254
АНАЛИЗ ДИНАМИКИ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА	254
Хакимова М.Ш.	254
ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БЛЕФАРОПТОЗА У ДЕТЕЙ	254
Халимова М.О.	255
РАННЕЕ ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ	255
Халимова Х.О.	255
ЙОДДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ	255
Хамидов Ф.М., Достиев У.А., Муллоев И.Дж.	256
СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА АУТОИММУННЫХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОВ	256
Хамидов Ф.М., Достиев У.А., Муллоев И.Дж.	256
СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ АУТОИММУННЫХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОВ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ТАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ	256
Хамидов Ф.М., Достиев У.А., Муллоев И.Дж.	257
ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА АУТОИММУННЫХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОВ	257
Хамидова М.Т., Асадов Б.А., Норматов А.У.	257
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ	257
Хамроев Б.М. ¹ , Мухаббатов А.Дж. ² , Аннаев М.Б. ¹	258
ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ВЗАИМНОГО ОТЯГОЩЕНИЯ ПРИ ГЕМОРОЕ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	258
Хамроев Б.М. ¹ , Мухаббатов А.Дж. ² , Аннаев М.Б. ¹	258
ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СИНДРОМА ВЗАИМНОГО ОТЯГОЩЕНИЯ ПРИ ГЕМОРОЕ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	258
Хамроев Б.М. ¹ , Мухаббатов А.Дж. ² , Аннаев М.Б. ¹	259
ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ГЕМОРОЕ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СИНДРОМА ВЗАИМНОГО ОТЯГОЩЕНИЯ	259
Хамроев Ш.Ф., Шамшиметов Д.Ф., Сафаров М.М.	259
RRP-ТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ТЕНДИНОПАТИЯХ ДЛИННОЙ ГОЛОВКИ ДВУГЛАВОЙ МЫШЦЫ ПЛЕЧА И СУХОЖИЛИЙ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧА	259
Хамроев Ш.Ф., Шамшиметов Д.Ф., Сафаров М.М.	260
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЛИННОЙ ГОЛОВКИ ДВУГЛАВОЙ МЫШЦЫ ПЛЕЧА	260
Хамрокулзода Ф., Риоева Н.С., Расулзода М.	261
ТУГОУХОСТЬ НА ПОЧВЕ РОДСТВЕННЫХ БРАКОВ В ТАДЖИКИСТАНЕ	261
Хасанов А.И. ² , Нишонбоев Л.С. ³	261
ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ГОРТАНОГЛОТКИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАНЕ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ	261
Хасанов М.А. ¹ , Хашем С. ¹ , Ниязова Д.Д. ²	261
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ КОНТРАКТУРОЙ ФОЛЬКМАНА	261
Хасанов М.А., Шамсиддинов Э.Т., Хасанов М.Т.	262
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТЕННО-ОККЛЮЗИРУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ	262
Хасанов Н.М., Косимов И.О., Достиев У.А.	263
ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ РЕПЕРФУЗИОННОГО СИНДРОМА ПРИ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ	263
Хасанов Н.М., Косимов И.О., Достиев У.А.	263
ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ РЕПЕРФУЗИОННОГО СИНДРОМА ПРИ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ	263
Хасанова З.М.	263
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ МИОПИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	263
Ходжиева М. М., Максудова О.С.	264
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОК С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ	264
Ходиева А.А., Азизов А.Г., Гафури Х.Б.	265
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ФОРЦИДЕКС В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ	265

Холбеков М., Пахлавонов А., Кодирова З.	265
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	265
Холматов К.Ф., Айниддинзода Н.И., Махмадкулова Н.А.	266
РЕКОНСТРУКЦИЯ ПЕРЕВЯЗАННЫХ МАТОЧНЫХ ТРУБ	266
Холов А.Д., Зухуров М.М., Курбонхолов Дж.Т.	266
ДИНАМИКА ХИРУРГИИ ГРЫЖ (ДВУХЛЕТНИЙ АНАЛИЗ)	266
Холов А.Д., Юлдошев А.Н.	267
ТАБОБАТИ ЦАРРОҲИИ АППЕНДИЦИТ	267
Холов А.Д., Юлдошев А.Н.	267
ТАҲЛИЛ ВА ОМУЗИШИ ОМИЛУ ОРИЗАҲОИ РЕШИ МЕЪДА ВА РУДАИ ДУВОЗДАҲАНГУШТА	267
Холов Д.Д., Абдурасулов Р.Н., Барфиев А.	268
ГНОЙНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НА ФОНЕ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	268
Холов Д.Д., Барфиев А.А., Абдурасулов Р.Н.	268
ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РОЖИСТОМ ВОСПАЛЕНИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	268
Холов Д.Д., Мамаджонов И.А., Абдурасулов Р.Н.	268
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НА ФОНЕ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	268
Холов Д.Д., Насриддинов А.Н., Барфиев А.	269
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ВАКУУМ-ТЕРАПИЕЙ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	269
Холов И.Ш.	270
ОМУЗИШИ САБАБҲОИ ГУЗАРРИШ БА ЛАПАРТОМИЯ ҲАНГОМИ ХОЛЕТСИСТЭКТОМИЯ ЛАПАРОСКОПИ ДАР БЕМОРОНИ МУБТАЛОИ ХОЛЕСИТИТИ ШАДИДИ САНГДОР	270
Холов И.Ш., Курбонов Љ.Љ., Солехов Р. Ч.	270
НАТИЉАҲОИ ГУЗАРИШ (КОНВЕРСИЯ) ДАР ВАҚТИ ЉАРРОҶИ ЭНДОСКОПИИ ХОЛЕСИСТИ ШАДИД	270
Хомидов Н.Х., Бобоназаров М.Х., Суюшев С.З.	271
ТАКТИКА КОНСЕРВАЦИИ ОТЧЛЕНЕННЫХ СЕГМЕНТОВ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ	271
Хомидов Х.А., Вориси А.А., Хомидов А.Т.	271
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ МЕДИАСТЕНИТОМ	271
Хомидов Х.А., Алимардонзода А.А., Вориси А.А.	271
ОДОНТОГЕННЫЙ МЕДИАСТИНИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ГНИЛОСТНО-НЕКРОТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА	271
Хомитов Ш.Х., Бобджонова О.Б., Тайфурова Ш.Н.	272
ОСОБЕННОСТИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ЖЕНЩИН, РОЖДЕННЫХ ОТ РОДСТВЕННОГО БРАКА	272
Хусанбоев О.М.	272
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОСТЕОСИНТЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ	272
Хусанова М.Ж.	273
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ	273
Хусейнов З.В., Сангинов А.Р., Ризоев И.М.	274
МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЙ ПЕРЕДНИЙ ДОСТУП В ХИРУРГИИ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА: РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННОГО ОПЫТА	274
Хушвахтзода М.Х., Гурезова М.Ф.	274
РЕЧЕВАЯ АУДИОМЕТРИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ТУГОУХОСТИ	274
Хушвахтов У.М., Музаффарзода Х.М., Нарзиев Б.Х.	275
ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ: ТРАНСАБДОМИНАЛЬНЫЙ ДОСТУП И ЕГО ОСОБЕННОСТИ	275
Хушвахтов У.М., Нажмидинов Х.Н.	275
ХРОНИЧЕСКИЙ ПРОСТАТИТ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ	275
Хушвахтов У.М., Нажмидинов Х.Н., Фахридинов М.Б.	276
РОЛЬ УРОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ УРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	276
Хушқадамова О.Х. ^{1,2} , Нуриддинзода М.Р. ² , Ашурова М.Дж. ¹	276
ДОЗОПЛОТНЫЙ РЕЖИМ ХИМИОТЕРАПИИ (ddAC) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРОЙНОГО НЕГАТИВНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ТНРМЖ)	276
Чобулов С.А. ^{1,2} , Шоев С.Н. ¹ , Холмуродов М.М. ^{1,3}	277
ИННОВАЦИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА	277
Чобулов С.А., Холмуродов М.М., Курбонов Ф.Ш.	277
МИКРОВАСКУЛЯРНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА: ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ПОДХОД	277
Шабанов И.Г., Аленцин К.А. Марьин А.В.	278
ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОМ БИЛИАРНОМ ПАНКРЕАТИТЕ	278
Шайдоев С.С., Давронзода М.Д., Умарализода С.А.	279
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АДЬЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАПИЛЛОМАТОЗА ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ	279

Шарипов Ф.К., Ньматзода О., Шарипов З.Р.	279
ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОЙ АОРТЫ	279
Шарипова У.А.	280
ВОПРОСЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ	280
Шарифов С.А., Сафаров Ш.Ф.	281
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНЫХ РАН	281
Шаропова М.Х., Насриддинзода Б.Р.	281
РОЛЬ ДЕФИЦИТА ЭСТРОГЕНА В РАЗВИТИИ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ У ЖЕНЩИН С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМИ СИМПТОМАМИ	281
Шаропова М.Х., Мухиддинов З.В., Насриддинзода Б.Р.	282
ХРОНИЧЕСКАЯ БАКТЕРИУРИЯ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И РОЛЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ	282
Шаропова М.Х., Мухиддинов З.В., Насриддинзода Б.Р.	282
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БАКТЕРИУРИИ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ	282
Шербадалова А.А., Назарова А.Р., Бобджонова О.Б.	283
ПРОФИЛАКТИКА ГЕСТАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ В ПРЕГНАВИДАРНОМ ПЕРИОДЕ	283
Шеров Р.Р.	283
НАШ ОПЫТ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНЕЙ	283
Шоев С.Н. ¹ , Чобулов С.А. ¹ , Холмуродов М.М. ^{1,2}	284
ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОДОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМ	284
Шоев С.Н., Чобулов С.А., Кодирзода С.К.	285
ЛАМИНОТОМИЧЕСКАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ ПРИ МНОГОУРОВНЕВЫХ СТЕНОЗАХ ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА	285
Шомуродов Ж.Р., Меликов М.А.	285
ЛИГАТУРНЫЙ СПОСОБ ВЕНТРОПЛАСТИКИ	285
Шопулотова З.А., Худоярова Д.Р., Ходжаева Н.Х.	286
ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД ПРИ БЕСПЛОДИИ	286
Шохсаворбеков А.Ш., Камолов Р.С., Ньматзода О.	286
РЕПЕРФУЗИОННЫЙ СИНДРОМ И СИСТЕМНАЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ПРИ ОСТРОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	286
Шукуров Д.А., Сафаров Н.Х., Бораджабов А.Б.	287
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУР УРЕТРЫ У МУЖЧИН	287
Шукуров Н.И.	288
РАК ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ	288
Шукурова Х.Э., Рахимов Ф.А.	288
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ ОГРАНИЧЕННЫХ РЕСУРСОВ	288
Эгамбердиева З.Д., Хожамбергенова М.Б.	288
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТОНЗИЛЛЕКТОМИИ НА ТИКОЗНЫЕ ГИПЕРКИНЕЗЫ У ДЕТЕЙ	288
Эгамбердиева З.Д., Хожамбергенова М.Б.	289
ВЛИЯНИЕ ДВУСТОРОННЕЙ ТОНЗИЛЛЕКТОМИИ НА ТЕЧЕНИЕ ТИКОЗНЫХ ГИПЕРКИНЕЗОВ У ДЕТЕЙ	289
Эгамов М.М., Муродов Ш.Д., Саидов Д.Х.	289
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА	289
Эрадж Дж. П., Ганиев А.Э., Кодиров А.А.	290
АКТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ НАГНОИВШЕГОСЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ	290
Эсанкулова Б.С., Давронов Б.А.	290
ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ЯИЧНИКОВ: РОЛЬ VEGF, CD4+, CD8+ И PDL-2	290
Эхсонов А.С., Эхсонов А.Х.	291
ВЫБОР ТАКТИКИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ	291
Эшкулов Д.И., Хужаназаров И.Э.	291
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕГЕНЕРАТИВНОГО СТЕНОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПУТЕМ ЭНДОСКОПИИ	291
Эшкулов Д.И., Хужаназаров И.Э.	292
ДЕГЕНЕРАТИВНЫЙ ТАНДЕМНЫЙ СПИНАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ: КЛИНИЧЕСКАЯ, ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА	292
Эшмуродов У.М. ¹ , Рахимов Н.М. ²	292
ЛИМФОЦИТАРНЫЕ ПАРАМЕТРЫ КАК ИНДИКАТОРЫ ПРОГНОЗА В СЛУЧАЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ	292
Юлдошев У.Р., Гайратова Н.К., Сангинова С.А.	293

ОПТИМАЛЬНОСТЬ МАММОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РАННЕМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.....	293
Юсупов А.А., Одинаев А.С., Негматов А.К.....	293
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО СИНУСИТА У ДЕТЕЙ.....	293
Юсупов А.М., Каримов С.С., Вохидов О.А.....	294
КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ И ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	294
Юсупов Н.А., Наврузова Ф.Л., Собирзода М.Э.	294
ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ У ДЕТЕЙ В ТАДЖИКИСТАНЕ: АКТУАЛЬНОСТЬ, ОСОБЕННОСТИ И ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ.....	294
Юсупов О.Ш., Худоярова Д.Р.....	295
СОВРЕМЕННЫЕ РЕАЛИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ.....	295
Якубова А.А., Холов А.Д., Парпиев Т.Р.	295
ДИНАМИКА ХИРУРГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ ДАНГАРИНСКОГО РАЙОНА В 2023-2024 ГОДАХ.....	295
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ	297
Абдулахатов А.....	297
НАРУШЕНИЕ СНА В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	297
Абдуллоева С.Н., Файзиева Д.Ш.	297
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЛЕЙКОЗОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН	297
Абдурахманова Ш.Б.....	298
ОБЗОР СТАТЕЙ О ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ ОНИХОДИСТРОФИИ.....	298
Абдурахмонова С.М., Баходуров Б.К., Камолзода С.Ф.....	299
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ГЕЛЬМИНТОЗОВ	299
Абрамова Т.Б., Зорина О.С.....	299
ГРЯЗЕЛЕЧЕНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В ПОЯСНИЦЕ.....	299
Абухаммад М.А., Гахлан Т.А., Шокина С.В.....	300
НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	300
Аджит Кумар, Мадалиев К.А., Зигангирова Д.И.	300
ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВ КОЖИ ЛИЦА С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОДИМОВОГО ЛАЗЕРА	300
Аджит Кумар, Мадалиев К.А., Зигангирова Д.И.	301
ВЛИЯНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТЕРАПИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ РУБЦОВОЙ ТКАНИ	301
Азаматова С.Р. Нуруллозода З.Х., Хомидова Г.Б.	301
ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА.....	301
Азизмуродова С.Х., Гулматов А.Х.....	302
ЧАСТОТА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА СРЕДИ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА.....	302
Азизов М.Г., Джобирзода А.Б., Шобобоев Б.Ш.	302
ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	302
Азимов А.С ¹ , Шарифзода З.У ²	303
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ВЕСТА У РЕБЁНКА 2 ЛЕТ.....	303
Азимов А.С ¹ , Шарифзода З.У ² , Кенджаева Н.И ¹	303
ВЛИЯНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ НА СТЕПЕНЬ НЕРВНОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ У ДЕТЕЙ	303
Азимова М.А., Насырова Х.К.	304
ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	304
Акрамов Р.М., Сулаймонова Д.Р.	304
РАЗРАБОТКА СПОСОБОВ ДИАГНОЗА И ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ПОМОЩИ ТЕХНОЛОГИИ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА	304
Алиева З.Ш., Толибова Л.Н., Шарипов Ш.А.	305
ЭНЦЕФАЛИТ У ДЕТЕЙ	305
Али-Заде Н.А.	305
РОЛЬ ВИТАМИНА D И ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ.....	305
Али-Заде Н.А.	306
ВЛИЯНИЕ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ НА ИММУННЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С ПСОРИАЗОМ	306
Али-Заде Н.А.	306
ГЕРПЕСВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ С ПСОРИАЗОМ.....	306
Аминова С.И., Шеров К.Дж., Кабилов М.О.	307
ЧАСТОТА СИМПТОМАТИКИ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	307
Амриллаев У.Ш., Норимов А.К., Собирова А.П.	308
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.....	308
Амриллаев У.Ш., Норимов А.К., Собирова А.П.	308
РОЛЬ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	308

Амриллаев У.Ш., Норимов А.К., Собирова А.П.	309
ВЛИЯНИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	309
Анисахони А., Шарифбоев А.Х., Бободжанова Р.Ш.	309
ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	309
Асилова Н.Г., Курбонова М.Н., Гафоров У.Т.	310
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ МОНОНЕВРОПАТИИ	310
Асилова Н.Г., Рахмонов Р.Р., Абдуллоев Ф.	310
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ НАСЛЕДСТВЕННЫХ НЕРВНО-МЫШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	310
Асилова Н.Г., Фирузаи И., Курбонова М.Н.	310
ОБЩЕЕ МОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ И ФОРМИРОВАНИЕ ФУНКЦИИ РУК У ПАЦИЕНТОВ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА НА ФОНЕ БОТУЛИНОТЕРАПИИ	310
Асророва Н.Б.	311
СИМПТОМЫ ПОДАГРЫ И ЕЕ ПРОФИЛАКТИКА	311
Ауескали А.Д., Шодорова А.Е., Амантай Ж.С.	311
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПО Г. АЛМАТЫ	311
Ахмедова М.Б., Сайёхати И., Мухамедова М.А.	312
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПИЕЛОНЕФРИТА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА	312
Ашуралиев Н.Н.	312
РОЛЬ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА В ДИАГНОСТИКЕ СЕРДЕЧНО СОСУДИСТОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРВОГО ЗВЕНА	312
Ашуров Б.С., Саидов К.Ч., Фузулзода М.	313
ТАЪСИРИ КОРОНАВИРУС БА ПАЙДОИШИ МИОКАРДИТИ СИРОЯТӢ ВА ВАЗНИНШАВИИ РАВИШИ НОРАСОГИИ МУЗМИНИ ГАРДИШИ ХУН	313
Ашурова Д.Б., Рузибоева А.С., Ҳидоятлов А.М.	313
ТЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ДЕБЮТЕ БОЛЕЗНИ	313
Ашурова Д.Б., Сайфиёва Н.М., Назриддинова М.Б.	314
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИЛГРОСТИМА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ	314
Аюбов Э.И., Саломова М.А., Худоёрова А.Б.	314
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НЕДОНОШЕННОГО РЕБѢНКА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА	314
Бабаджанов М., Нодиров М., Набиев Д.	315
СТРУКТУРА ИНВАЛИДНОСТИ ПО НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ В РАБОТЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА	315
Бабаджанов М.А., Сафизода С.З., Эргашов С.С.	315
ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОСТРОМ МИЕЛОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ	315
Баротов И.И.	316
СОЦИАЛЬНО – ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАБЛЮДАЕМЫХ СЕМЕЙ	316
Баротов И.И.	316
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МЕЗАДЕНИТА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА	316
Батаа Б., Амирбекова М.С., Жунусова Т.С.	317
ИЗУЧЕНИЕ МЕТОДОВ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ИНСУЛЬТ	317
Баходуров Б.К., Шомуродов М.Х.	318
ТАЪСИРИ ЗАРҲӢИ ПЛАСТИКӢ БА САЛОМАТИИ ИНСОН	318
Бебитова Ш.Э.	318
ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	318
Бободжонов А.Р. ¹ , Мадалиев К.А. ¹ , Султонов Р.А. ²	319
РОЛЬ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ МНОГОФОРМНОЙ ЭКСУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ	319
Бобоев Ф.Д., Замунов О.А., Боймуродов П.А.	319
РЕЗУЛЬТАТ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	319
Бобоев Ф.Д., Имомова А.А., Киличзода Ф.Р.	320
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	320
Бобоева С.А., Курбонов А.Д., Нуруллозода З.Х.	320
НОВЫЙ ПОДХОД К ЭТИОТРИПНОЙ ТЕРАПИИ ОРВИ У ДЕТЕЙ	320
Бодомова Н.С., Муродов А.Б., Косимзода Дж.К.	321
ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОЛЕЙКОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ МИЕЛОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ В УСЛОВИЯХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ НМЦ «ШИФОБАХШ» РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН	321
Боев С.Н., Махмадов М. И., Махмудзода Х.Р.	321
Боев С.Н., Махмудзода Х.Р., Махмадов М.И.	322
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С АКТИВНЫМ РАЗВЕРНУТЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОСЛЕ	

ДОСТИЖЕНИЯ СОСТОЯНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ НА ФОНЕ АКТИВНОЙ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ	322
Боев С.Н., Махмудзода Х.Р., Махмадов М.И.	322
ПОИСК И ИДЕНТИФИКАЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СДВИГОВ СО СТОРОНЫ ПАРАМЕТРОВ, ОТРАЖАЮЩИХ СОСТОЯНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ТРАНСМИТРАЛЬНОГО ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ПОТОКА У БОЛЬНЫХ АКТИВНЫМ РАЗВЕРНУТЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	322
Боев С.Н., Махмудзода Х.Р., Махмадов М.И.	323
АКТИВНЫЙ ПОИСК, СПЕКТРАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ И ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ТРАДИЦИОННЫХ И ТАК НАЗЫВАЕМЫХ «БОЛЕЗНЬ-РА-АССОЦИИРОВАННЫХ» ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ КОРОНАРОГЕННЫХ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АКТИВНЫМ РАЗВЕРНУТЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	323
Боев С.Н., Махмудзода Х.Р., Махмадов М.И.	323
ПОИСК И ИДЕНТИФИКАЦИИ ПАТОЛОГИИ МИТРАЛЬНОГО И АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АКТИВНЫМ РАЗВЕРНУТЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ).....	323
Ботирова Э.О., Рустамов У.Б.	324
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕЙРОКОГНИТИВНОГО РАССТРОЙСТВА ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА	324
Бутаева Ш.М.	324
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БЕРЕМЕННЫХ	324
Вознюк М.А., Мартынова А.Д., Матаев А.Х.	325
СОДЕРЖАНИЕ В КРОВИ ФЕТАЛЬНОГО ГЕМОГЛОБИНА ПРИ ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ	325
Вохидова А.П.	325
ЗООНОЗНЫЙ ДИПИЛИДИОЗ У ЧЕЛОВЕКА	325
Гадоева Ф.Дж., Назарова Г.О., Файзов К.К.	326
СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДАНГАРИНСКОМ РАЙОНЕ.....	326
Гадойбоев М.Р., Мирзоев М.Ш.	326
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРУЦЕЛЛЕЗА У БОЛЬНЫХ (ПО МАТЕРИАЛАМ г. ДУШАНБЕ)	326
Гайратова Н.Н., Одилзода И.Ё., Холов С.М.	327
АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ I-III СТАДИИ, ОСНОВАННОЙ НА СОВРЕМЕННОЙ ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТРАТЕГИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ	327
Гайратзода Т.Г., Баротов И.И., Дўстова Ф.А.	327
ТАҲЛИЛИ МУҚОИСАВИИ СКРИНИНГИ БЕМОРИҲОИ ОМОСИ ДАР МД МСШ №15 ДАР СОЛҲОИ 2023-2024	327
Ганиев Г.М., Холматов З.В.	328
КЛИНИКО - ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЭШЕРИХИОЗОВ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО И МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН	328
Гафоров А.А.	328
ДИНАМИКА ТРИХОСКОПИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАЗМОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИЕЙ	328
Гафурова Н.Б.	329
ФАКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ЖЕНЩИН ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА	329
Гахлан Т.А., Абухаммад М.А., Кундузов Д.Н.	329
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА	329
Гоибова З.В.	330
КЛИНИКО-ГОРМОНАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ	330
Гончарова М.С.	331
АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ТРУДНОСТЕЙ И МИГРАЦИИ НА РАЗВИТИЕ АУТИЗМА У ДЕТЕЙ.....	331
Гончарова М.С., Тагоев А.А.	331
РОЛЬ ИНСОМНИИ В НАРУШЕНИЯХ ВЕРБАЛЬНОЙ ПАМЯТИ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ	331
Давлатов М.Х., Вохидова А.П., Иронов О.С.	332
ТЕЧЕНИЕ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	332
Давлатов М.Х., Кабилов М.О., Паноева М.С.	333
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНГИБИТОРОВ SGLT-2 И МЕТФОРМИНА В ЛЕЧЕНИИ ХБП С 2-3 У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	333
Джаборов М.К., Неъматзода Б.Р., Якубов Д.М.	333
ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ В СОЧЕТАНИИ С СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ	333
Джалилзода М.С., Урунова Ш.Д., Абдуллоев Д.Х.	334
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ДУШАНБЕ.....	334
Джалилзода М.С., Урунова Ш.Д., Хочиев Х.М.	334

КОГНИТИВНЫЕ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ КАК ПОСЛЕДСТВИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ	334
Джамшедова Х.Ф., Вохидова А.П., Хабибуллоев Ш.Б.	335
СЕРИЯ СЛУЧАЕВ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН	335
Джармухаметова А.С., Дюсупова А.А.	335
ПРЕДИАБЕТ В ЭТНИЧЕСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ КАЗАХОВ И ЕГО АССОЦИАЦИЯ С ПОЛИМОРФИЗМАМИ ГЕНОВ TCF7L2 (RS7903146) И PPARG (RS1801282)	335
Джобирзода А.Б., Курбонова М.Н., Саидов П.А.	336
ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА ГОЛОВНОГО МОЗГА	336
Джобирзода А.Б., Саидов П.А., Рахмонов Р.Р.	336
СУБАРАХНОИДАЛЬНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКА	336
Джобирзода А.Б., Нуралиев Н.М., Рустамов С.Х.	337
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ИХ КОРРЕКЦИЯ	337
Джурабаева А.Б. ¹ , Бободжонов А.Р. ¹ , Азамова Д.О. ²	337
ЛЕЧЕНИЕ ПОСТАКНЕ С ПОМОЩЬЮ PRP-ТЕРАПИИ	337
Джураева Ш.С.	338
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА	338
Додарбекова Б.У., Набиев П.З.	338
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ IF-КАНАЛОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	338
Додарбекова С.У., Хабибов А.Г., Шарифов А.М.	339
ТАҒИЙРОТИ УЗВҲОИ ҲОЗИМА ҲАНГОМИ ВАСКУЛИТИ ХУНРЕЗ	339
Дододжони А.	339
НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	339
Дододжони А.	340
ОЦЕНКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	340
Ду Синюан	340
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК	340
Дўстова Ф.А., Азимова С.А., Қосимова Ҳ.Ҳ.	341
НАЗАРБАНДИИ САРИВАҚТИИ ЗАНОНИ ҲОМИЛАДОР ДАР ТАҶРИБАИ ТАБИБИ ОИЛАВӢ	341
Енсебаева Ж.С., Аймухамбетов Н.Ж., Саттыбаева С.К.	341
ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В РЕВМАТОЛОГИИ	341
Жангиров А.М., Набиев П.З., Рахмонов Дж.Т.	342
ЧАСТОТА ПРОЯВЛЕНИЙ ЭНТЕРОПАТИЙ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	342
Жексенбаева А.С., Досан А., Калбеков Ж.А.	342
ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ СИНДРОМОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТАЦИОНАРНЫХ МЕДСЕСТЕР: СТРАТЕГИИ ПОДДЕРЖКИ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ	342
Жексенбаева А.С., Тельмурзаев А., Калбеков Ж.А.	343
ИЗУЧЕНИЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОХОДКИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЭЛЕМЕНТОВ САМОМЕНЕДЖМЕНТА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ИНСУЛЬТ	343
Жолдыбаева М.Т., Маманова А.А.	343
АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА МОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С ДИПЛЕГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЦП	343
Зайнаббиди Х.С.	344
НАРУШЕНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ КАК ОДИН ИЗ ПРЕДИКТОРОВ РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	344
Зайнаббиди Х.С., Сафарзода А.М., Исмоилзода С.И.	344
ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ ВЫЯВЛЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	344
Замунов О.А., Назарова Г.О., Боймуродов П.А.	345
СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	345
Замунов О.А., Назарова Г.О., Мангитова Ч.Г.	345
ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НА ЛИПИДЫ КРОВИ БОЛЬНЫХ С ИСАГ	345
Зиёзода З.К., Рустамзода Ш.Дж., Мухаммад Юсуф Ёдгори	345
МЕНЕДЖМЕНТ ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ НА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ ПРОФИЛЬНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ	345
Зиёзода З.К., Рахмоналиева Г.Дж., Махмудов М.О.	346
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ КАК КРИТЕРИИ, ОТРАЖАЮЩИЕ СВОЙСТВА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ И АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРОНИКАТЬ ЧЕРЕЗ ГЕМАТО-ЭНЦЕФАЛИЧЕСКИЙ БАРЬЕР	346

Зоирова М.Ф., Холикова Н.Н.	347
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК (СТАДИИ G3-G5)	347
Зухридинов А.Ш., Одинаев А.Г., Гончарова М.С.	347
ВЫЯВЛЕНИЕ ИПОХОНДРИИ СРЕДИ ПОЖИЛЫХ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	347
Зухридинов А.Ш., Одинаев А.Г., Юлдошев С.А.	347
ИПОХОНДРИЧЕСКАЯ НАСТРОЕННОСТЬ СРЕДИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ	347
Зухридинов А.Ш., Одинаев А.Г., Гончарова М.С.	348
ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ИПОХОНДРИЧЕСКИХ РАСТРОЙСТВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	348
Ибрагимов А.Ф., Каюмова С.А., Хаитов Ш. Р.	349
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БОЛЬНЫХ с ХРОНИЧЕСКОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ	349
Ибрагимов А.Ф., Абдулаева Д.Ю., Сайфиева Н.М.	349
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА НА ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ	349
Ибрагимов С.Х., Каюмова Ш.Ш.	350
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	350
Ибрагимова М.Ш.	350
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПНФ-МЕТОДИКИ В РЕАБИЛИТАЦИИ СПАСТИЧЕСКИХ ФОРМ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА	350
Иброхими И., Бобоева С.А.	351
КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ РЕСПИРАТОРНОГО ХЛАМИДИОЗА У ДЕТЕЙ ВРАЧАМИ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА	351
Иззатуллозода М., Мубаширова Г.	351
ПРИМЕНЕНИЯ КАРИПАЗИМА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА	351
Иззатуллозода М., Нодирова З.	352
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СРЕДСТВАМИ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ	352
Имомова А.А., Киличзода Ф.Р., Киматов М.Р.	353
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	353
Исмат Заррина Обидовна	353
ВЗАИМОСВЯЗЬ СИНДРОМА БЕСПОКОЙНЫХ НОГ И БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА	353
Исматуллаева М.Б., Низомова Н.Х., Саидова С.Х.	354
КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ СТАТИНАМИ И ИНГИБИТОРАМИ АБСОРБЦИИ ХОЛЕСТЕРИНА: ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВА	354
Исмоилзода С.И., Нуруллозода З.Х., Курбонов А.Д.	354
ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ СОПРЯЖЕННОГО С ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ	354
Исмоилов М.И., Назарзода С.А.	355
ФАКТОРЫ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ПНЕВМОНИИ	355
Исроилов М.С., Сафаров Ф.С., Собиров Ф.К.	355
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА ДУШАНБЕ	355
Кабилов М.О., Субхонов М.С., Набиев П.З.	355
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ	355
Кабилов К., Хусейнова М., Салимова М.	356
ОСОБЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ АСПЕКТОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ДЛЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УСЛУГ	356
Казимов С.Б.	356
НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ	356
Кайыржанова Н.С., Жакетаева Н.Т., Барков Р.	357
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕЧИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ИНСУЛЬТ	357
Каримов Б.Д., Косимзода Дж.К., Додарбекова Б.У.	357
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КОРРЕКЦИИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ В УСЛОВИЯХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ НМЦ «ШИФОБАХШ» РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН	357
Каримов Б.Д., Косимзода Дж.К., Кувватов Д.Ш.	358
ОТДАЛЕННЫЕ ГЕМОЛИТИЧЕСКИЕ ТРАНСФУЗИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ НМЦ «ШИФОБАХШ» РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН	358
Каримов Б.Д., Набиев П.З., Саидова С.	358
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИТОТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСТЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ ЭНТЕРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ В УСЛОВИЯХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ НМЦ «ШИФОБАХШ» РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН	358
Каримова Н.Ч., Толибова Л.Н.	359

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	359
Каримова Н.Ч., Саидов П., Толибова Л.Н.	359
ДИАГНОСТИКА И ХАРАКТЕРИСТИКА МРТ И МРТ В РЕЖИМЕ АНГИОГРАФИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	359
Кароматова Т.И., Ибрагимов А.Ф., Хайруллоев М.Р.	359
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОБИОТИКОВ В СНИЖЕНИИ СИМПТОМОВ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА (СРК) У ВЗРОСЛЫХ	359
Касимова Н.Б., Разоков Х.О., Махмудов Б.К.	360
ЧАСТОТА ОБРАЩАЕМОСТИ В КАБИНЕТ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА ПАЦИЕНТОВ СО СКЛЕРОДЕРМИЕЙ	360
Кодирова М.Р., Рахмонова И.Б., З. Хусейндухт	360
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ТГМУ имени АБУАЛИ ИБНИ СИНО	360
Кодирова Н.Р., Дустова Ф.А., Нуруллозода З.Х.	361
СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ	361
Кодирова Н.Р., Курбонов А.Д., Дустова Ф.А.	361
ПРИЧИНЫ ЗАДЕРЖКИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА	361
Кодирова Н.Р., Хомидова Г.Б., Дустова Ф.А.	362
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА	362
Косимова Н.	362
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИНЦИПОВ ЛЕЧЕНИЯ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ В РАЗНЫХ СТРАНАХ	362
Куватзода Г.Х., Курбонов М.М., Сатторова М.А.	363
ЭНДОГЕННЫЙ ГНОЙНЫЙ БРОНХИТ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА	363
Куватзода Г.Х., Шоназарова М.А., Зунунова М.Г.	363
КАРДИОМИОПАТИЯ В ДЕБЮТЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)	363
Куватзода Г.Х., Шоназарова М.А., Сатторова М.А.	364
ПОРАЖЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ АССОЦИИРУЕМЫЕ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ	364
Кундузов Д.Н., Гахлан Т.А.	364
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА В ПОЛИКЛИНИКЕ	364
Курбанов М.М., Куватзода Г.Х.	365
ИЗМЕНЕНИЕ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	365
Курбанова Д.Д., Яхъёева Х.Ш.	366
НАРУШЕНИЕ РИТМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МИОКАРДИТЕ	366
Курбанова М.Н., Ходжиев Х.М., Джобирзода А.Б.	366
ДЕТСКИЙ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ У ДЕТЕЙ В ТАДЖИКИСТАНЕ	366
Курбонов А.Д., Баротов И.И., Нуруллозода З.Х.	367
ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ: АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ	367
Курбонов А.Д., Нуруллозода З.Х., Баротов И.И.	367
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ СЕЗОННОГО ГРИППА H3N2 НА УРОВНЕ ПМСП	367
Курбонов А.Д., Нуруллозода З.Х., Кодирова Н.Р.	367
ОЦЕНКА ИММУНОПОЗИТИВНОСТИ ВАКЦИНИРОВАННЫХ ЛИЦ ПРОТИВ COVID-19	367
Курбанова М.Н., Асилова Н.Г., Толибова Л.Н.	368
МУЛЬТИФОКАЛЬНАЯ МОТОРНАЯ НЕЙРОПАТИЯ, ИМИТРУЮЩАЯ БОКОВОЙ АМИОТРОФИЧЕСКИЙ СКЛЕРОЗ	368
Курбанова М.Н., Толибова Л.Н., Асилова Н.Г.	368
ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ МЫШЕЧНАЯ АТРОФИЯ (РМА): КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ДИАГНОСТИКА И ПАТОФИЗИОЛОГИЯ	368
Курбонов У.О., Набиев П.З., Рахимов М.Т.	369
ТАШХИСИ ТАФРИҚАВИИ ВОКУНИШИ ЛЕЙКЕМОИДӢ ВА МИЕЛОЛЕЙКОЗИ МУЗМИН	369
Ласица Д.И., Ларионец А.Е.	369
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19	369
Мадалиев К.А., Зигангирова Д.И., Аджит Кумар	370
БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ КЕЛОИДНЫХ РУБЦАХ	370
Мамаджонова С., Джобирзода А.Б., Рахмонов Р.Р.	371
ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ ПРИ МИГРЕНИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	371
Мамадиёров О.А., Шукуров Х.Б.	371
ВОЗДЕЙСТВИЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА	371
Маматов У.У., Розиков М.А., Ходжамуллоев Т.Ш.	371
ПРИМЕНЕНИЕ НАНОТЕХНОЛОГИЙ И ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В НЕВРОЛОГИИ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	371
Мангитова Ч.Г., Боймуродов П.А., Гайратов Д.А.	372
ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С ИСАГ	372
Махмадализода Ф.Н., Мирзокаримова Н.С., Лакаева Р.Б.	372

СКРЫТОЕ ТЕЧЕНИЕ НОВОЙ ОСТРОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ С ПЛЕВРАЛЬНЫМ ВЫПОТОМ: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ДИАГНОСТИКА	372
Махмадализова Ф.Н., Мирзокаримова Н.С., Лакаева Р.Б.	373
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ПОСКОВИДНОГО ПНЕВМОФИБРОЗА	373
Махмудзода Х.Р., Боев С.Н., Махмадов М. И.	373
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНТЕНСИВНОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ – «ПУЛЬС-ТЕРАПИИ» У БОЛЬНЫХ АКТИВНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С НЕКОРОНАРОГЕННЫМИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	373
Махмудзода Х.Р., Боев С.Н., Махмадов М. И., Холов С.М.	374
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ «СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПО МНЕНИЮ ПАЦИЕНТА» У ПАЦИЕНТОВ С АКТИВНЫМ РАЗВЕРНУТЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ДО НАЧАЛА АКТИВНОЙ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ТЕРАПИИ	374
Махмудзода Х.Р., Джаборов М.К., Неъматзода Д.Р.	374
ЧАСТОТА И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ	374
Махмудов М.О., Махмудова П.У., Рустамзода Ш.Дж.	375
ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ РАЗВИТИЯ ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ НА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ ПРЕПАРАТЫ У БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ТУБЕРКУЛЕЗА И МЕРЫ ПО ИХ ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ И УСТРАНЕНИЮ	375
Махмудов О.И.	375
ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ РАЗЛИЧНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ	375
Меликов А.А., Эсанов Э.Ч., Хабибов А.Г.	376
БРОНХОЛЁГОЧНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ПРИ ОСТРОМ ЛИМФОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ	376
Мирзоева Д.Х.	376
ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРПИГМЕНТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТАКНЕ	376
Мирзокаримова Н.С.	377
РОЛЬ САПРОФИТНОЙ ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНОЙ БАКТЕРИИ ESCHERICHIA COLI КАК ФАКТОР СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛЕЙКЕМИИ	377
Мирзочамшедзода Ш.	377
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА У НАСЕЛЕНИЯ ТАДЖИКИСТАНА	377
Мохруи С., Муродова М.	378
ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГМЗТ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	378
Музафарова М.Э.	379
ФАКТОРЫ РИСКА ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У МУЖЧИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ТАДЖИКИСТАНЕ	379
Муродзода Ш.Э., Содикзода М.Д., Табаров С.З.	379
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНКЕТИРОВАНИЯ FINDRISK ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА	379
Муродов А.Б., Каримов Б.Д., Азизов И.С.	380
НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ КОРРЕКЦИИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	380
Муродова Н.Г.	380
РОЛЬ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ И КОМПЕТЕНТНОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ В ОСВОЕНИИ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА	380
Муротов Н. Ф., Тураева М. И.	381
ОЦЕНКА ЦИТОКИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БЕРЕМЕННЫХ И КОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН ПРИ ЗДОРОВЫХ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ	381
Муссоева М.Ф., Низомова М.Б., Шарипов Ш.А.	381
ЭПИЛЕПСИЯ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ	381
Муссоева М.Ф., Ходжиев Х.М., Асилова Н.Г.	382
ПАРАЛИЧ ДЮШЕННА-БЕККЕРА У ДЕТЕЙ В ТАДЖИКИСТАНЕ	382
Набиев П.З., Кабилов М.О.	383
ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D НА ВОСПАЛИТЕЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ И ПОДАГРЕ	383
Набиев П.З., Каримов Б.Д., Азизов И.С.	383
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ИНГИБИТОРАМИ ПЕРВОГО ПОКОЛЕНИЯ ТИРОЗИНКИНАЗ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ В УСЛОВИЯХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУ НМЦ «ШИФОБАХШ» РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН	383
Набиев П.З., Нарзиева Д.Дж., Бокиева М.М.	384
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ ..	384
Назарзода С.А., Холов Х.К., Азизмуродова С.Х.	384
АНТАГОНИСТ РЕЦЕПТОРА ИНТЕРЛЕЙКИНА-1 И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С НАРУШЕНИЕМ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	384
Назаров А.А., Гончарова М.С.	385

ЧАСТОТА НЕВРОТИЧЕСКИХ И АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПРИЗЫВНИКОВ: РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	385
Назаров А.А., Тагоев А. А., Хусайнов Н.А.	385
ЗНАЧЕНИЕ ПОНИМАНИЯ УРОВНЕЙ СОЗНАНИЯ ДЛЯ ОБЩЕЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ.....	385
Назаров Дж.Т., Бакоев А.А., Сафаргули З.	386
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СТУДЕНТОВ РАЗНЫХ СОМАТОТИПОВ (СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ).....	386
Назаров Дж.Т., Очилова И.З.	386
ВОЗРАСТ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО РИНИТА.....	386
Назаров Дж.Т. ¹ , Ходжиматов С.И. ²	387
ТРАКЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ	387
Назарова М.У., Рахимов А., Шарипов Ш.А.	387
МЕНИНГИТЫ У ДЕТЕЙ В ТАДЖИКИСТАНЕ	387
Назарова С.И., Абдулоева Д.Ю., Абдуллоев Ф.	388
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПОСЛЕ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ.....	388
Назаршоева Б.А., Хабибзода Х.Х.	388
НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ COVID-19	388
Наимов С.Р., Шукуров С.Г., Мухаммад Юсуф Ёдгори	389
ЗАВИСИМОСТЬ РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ОТ УРОВНЯ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО СТАТУСА НАСЕЛЕНИЯ.....	389
Насимова С.К., Куватзода Г.Х., Файзалиева О.А.	389
ПРОГРЕССИВНОЕ ТЕЧЕНИЕ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ	389
Негматхочаев А.У., Мухидинов Ш.Ш., Мухамедова М.А.	390
ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.....	390
Неъматов С.С., Джобирзода А.Б., Абумуслими А.	390
ПРИНЦИПЫ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПАРЕЗА ЛИЦЕВОГО НЕРВА	390
Низомиддинова М.С.	391
ПСИХОДЕРМАТОЛОГИЯ: ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ	391
Низомиддинова М.С.	391
ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА.....	391
Низомова Н.Х., Сайфуллаева Л.Ф., Одинаева Ш.	392
НОВЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ В ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОЗОВ И ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ.....	392
Ниязова М. О.	392
ВЛИЯНИЕ ЭПИЛЕПСИИ НА НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ	392
Ниязова М. О., Хайдарова Ф. М., Юнусов М. Р.	393
БИЛИРУБИНОВАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ДИСКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА	393
Ниязова М.О., Хочиев Х.М., Чалолов З.Б.	394
ФАКТОРЫ РИСКА ИНСУЛЬТА У ДЕТЕЙ И МЕТОДЫ ИХ ДИАГНОСТИКИ.....	394
Нормуратова Д., Нодирова З.	394
ВОССТАНОВЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСТОКИДНОГО СИНДРОМА С ПОМОЩЬЮ СРЕДСТВ ЛФК	394
Нормуратова Д., Мубаширова Г.	395
ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ	395
Норова М.Х., Джобирзода А.Б., Абдуллоев Ф.С.	395
ТРЕВОЖНЫЕ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У СЛАБОСЛЫШАЩИХ ПОДРОСТКОВ.....	395
Нумонова А.А.	396
ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА В СТРУКТУРЕ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ.....	396
Нуралиева Н.Б., Раджабова М.О.	396
ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РОЛЬ ПАТРОНАЖНОЙ МЕДСЕСТРЫ В ИХ ПРОФИЛАКТИКИ.....	396
Нурализода О.Ш., Тухтаева М.М.	397
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАНЁВРА ЭПЛИ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА	397
Нурова Г.М., Киёмиддинов Х.Х., Шукуров С.Г.	397
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН	397
Нурова Г.М., Мирзоева М.Б., Юсупова С.Р.	398
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ТУБЕРКУЛЕЗА В ДЕТСКОЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ БОЛЬНИЦЕ г. ДУШАНБЕ.....	398
Нуруллозода З.Х., Хушвахтзода М., Саидова М.Р.	398
К ВОПРОСУ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК.....	398
Одилзода И.Ё., Холов С. М., Гайратова Н.Н.	398

НАИБОЛЕЕ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С РАННИМ ПЕРВИЧНЫМ ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ	398
Одилзода И.Ё., Холов С. М., Гайратова Н.Н.	399
СПЕКТР, ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ РАЗВЕРНУТЫМ ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ	399
Одинаев А.Г., Зухридинов А.Ш., Гончарова М.С.	399
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ШКАЛЫ ММР1 ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ИПОХОНДРОЧЕСКОГО РАСТРОЙСТВА У ПОЖИЛЫХ ЛИЦ	399
Одинаева О., Пирмахмадзода Б.П., Наимов С.Р.	400
ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ДЕТСКОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В ДУШАНБЕ: ОБЗОР ДАННЫХ 2018–2024	400
Одинаева Ш.О.	400
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПОСЛЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	400
Олимов Э.К., Каландаров З.Ш., Дододжони А.	401
ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	401
Орипов С.А., Рачабов А.Х., Одинаев Э.М.	401
НАВЯЗЧИВЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКИМИ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	401
Орипова М.С., Раджабова Р.Б., Саидзода Ф.О.	402
ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПО ГОРОДУ ЗА 2021-2024 ГГ. И АНАЛИЗ ТЕНДЕНЦИЙ РОСТА	402
Отаева М.С., Рахимова Ф.Р., Хафизова А.А.	403
ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК	403
Партоева Ш.С., Улмасова Д.Б.	403
ПРОФИЛАКТИКА ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА	403
Пахомова А.Е.	404
ОЦЕНКА ПРОФИЛЯ ПАЦИЕНТОК С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	404
Пирматова Т.А., Розикова Н.И., Джураева М.	405
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ	405
Пирматова Ш.Ш., Исмоилов М.А., Мангитова Ч.Г.	405
ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ МЕЛАТОНИНА	405
Раджабова А., Нурализода М. Н., Хусейндухт З.	406
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНКЕТИРОВАНИЯ И ИЗУЧЕНИЯ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	406
Рамазони М., Махмадов Ф.С., Муродов А.Б.	406
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ ВАКЕЗА	406
Расулова О.М., Куватзода Г.Х.	407
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА	407
Рахимов Дж.Дж., Гулова Р.М., Худоёрзода К.Х.	407
ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА ЧАСТОТУ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ ДО 60 ЛЕТ	407
Рахимов М.А.	408
НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	408
Рахимова Д.З., Якубов Д.М., Акрамов А.	408
ВЛИЯНИЕ ВРЕМЕННОГО ФАКТОРА (10 ЛЕТ) НА ЧАСТОТУ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ ДО 60 ЛЕТ	408
Рахимова Ф.Ш., Шукуров Х.Б.	409
ВЛИЯНИЕ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ НА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ	409
Рахматова П.Ю., Шарипова Ф.М., Рахмонов Р.Р.	409
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНСУЛЬТА У ДЕТЕЙ	409
Рахматова С.К., Хасанова З.С., Сафарзода Н.Д.	410
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТА СТАТИНОВ И ДИЕТОТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ	410
Рахматшоева П.Ш., Сатторов Б.А., Нуруллозода У.	410
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЁГКИХ	410
Рахмонов А.М., Нуралиева Н.А., Бедилова Х.А.	411
РОЛЬ АНОМАЛИИ КОНСТИТУЦИИ В РАЗВИТИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА	411

Рахмонов Дж.Т., Самандарова Г.	412
ВЛИЯНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОПРОСНИКА IBDQ	412
Рахмонов Дж.Т., Самандарова Г., Карамшоева Т.И.	412
ПОРАЖЕНИЕ ЛЁГКИХ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ	412
Рахмонов Дж.Т.	412
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА	412
Рахмонов Дж.Э., Бурибоев Р.Р., Ходжаев С.Б.	413
АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ БОТУЛИЗМА ПО СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ	413
Рахмонов Дж.Э., Киличева М.М., Хасанов А.А.	413
ОЦЕНКА ПОПУЛЯЦИОННОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ COVID-19	413
Рахмонов Дж.Э., Нуриллоев Р.С.	414
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ БОТУЛИЗМА ПО ДАННЫМ ГКИБ г. ДУШАНБЕ ЗА 2024г.	414
Рахмонов Т.Б.	414
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЭПШТЕЙНА-БАРР	414
Рахмонов Ф.М.	415
ПОКАЗАТЕЛИ МЕСТНОГО КРОВотоКА У БОЛЬНЫХ С ВИТИЛИГО	415
Рахматова М.А., Джобирзода А.Б., Рахмонов Р.Р.	416
ИЗМЕНЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЭПИЛЕПСИЕЙ	416
Рахмонов Б.А.	416
НАҚШИ АЛДОСТЕРОН ДАР ТАҲЛИЛИ РАВАНДҲОИ ФИБРОЗӢ ДАР НАМУДҲОИ ГЕМОТИНАМИКИИ НОКОМИИ МУДОВИМИИ ДИЛ	416
Рачабов А.Х., Орипов С.А., Одинаев Э.М.	417
ПРОВЕДЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ СРЕДИ ЛИЦ С КАРДИОФОБИЕЙ	417
Ризоева М.Д., Темурова Ф.Х., Пирзода А.А.	417
ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА	417
Ризоева С.	418
ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТНОГО ПОЛЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА	418
Розиков У.И., Абдуллоев Н.Н., Розиков Ш.И.	419
РИСК ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ СРЕДИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ	419
Розикова Н.И., Саломатджонзода Л.	419
ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 И 2 ТИПА И ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	419
Рузиева М., Юлдошев С.А., Тагоев А.А.	420
НОСОМОНИҲОИ РАВОНӢ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ БЕМОРИҲОИ ОНКОЛОГӢ (ҶАНБАӢҲОИ ТАБОБАТӢ-БАҶҚАРОҚУНӢ)	420
Рустамкулова З.Ш., Бутаева Ш.М., Гуломшоев С.Ш.	420
КОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ДАНГАРИНСКОГО РАЙОНА	420
Рустамкулова З.Ш., Назарова Р.Дж., Уматов Д.З.	421
НЕФРОПТОЗ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ДАНГАРЫ	421
Рустамова С.Н., Джалолов З.Б., Нуралиев Н.М.	421
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ	421
Сабадаш Е.В. Борисевич А.А. Литовская А.Д.	421
ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ФТИЗИАТРИИ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ С ПОМОЩЬЮ ИНТЕРАКТИВНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННО-КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ	421
Садикова Ш.Н., Бобожонова З.М.	422
ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ	422
Садикова Ш.Н., Киямов А.У.	423
ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА D НА ТЕЧЕНИЕ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРИТА У ЖЕНЩИН РАЗНОГО ВОЗРАСТА	423
Саидмуродзода М.Б., Курбонова М.Н., Шарипов Ш.А.	423
ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНСУЛЬТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН	423
Саидмуродов М.С.	424
КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ И ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ	424
Саидов К.Дж., Ашуров Б.С.	424
ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ НА КАРДИОМИОЦИТЫ И ЕЁ ОТРАЖЕНИЕ НА ЭКГ	424
Саидов К.Дж., Ашуров Б.С.	424
ВЛИЯНИЕ РЕГУЛЯРНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ СУХОФРУКТОВ И МЁДА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ	424
Саидов П.А.	425

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ДИАГНОСТИКА И СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ ХВДП	425
Саидов П.А.	425
ОСЛОЖЕНИЯ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ	425
Саидов П.А., Асилова Н. Г.	426
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ АТЕРОТРОМБОТИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	426
Саидова С.Р., Бодомова Н.С., Гиеева Т.	426
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДАРБОПОЭТИНА У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОМИЕЛОФИБРОЗОМ	426
Саидова С.Р., Косимзода Дж.К., Рамазони М.	427
НОВОЕ В ТЕРАПИИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С МИЕЛОДИСПЛАСТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В УСЛОВИЯХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ НМЦ «ШИФОБАХШ» РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН	427
Саидова С.Х., Салихова М.С., Одинаева Ш.Х.	427
ВЛИЯНИЕ ГИПО- И ГИПЕРТИРЕОЗА НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ	427
Сайдали Н.А., Гончарова М.С.	428
ДИНАМИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ДУШАНБЕ	428
Сайдализода Д.С., Рахмонова Х.А., Нуралиев Н.М.	428
МАХСУСИЯТХОИ ТАШХИС ВА МУОЛИЧАИ ЭПИЛЕПСИЯИ ГЕНЕРАЛИЗАТСИЯШУДА ДАР КУДАКОНИ СИННИ БАРМАХАЛ	428
Сайфиддинова Н.Дж., Ибрагимов А.Ф. Аббоси Л.	429
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СИНДРОМА МОРГАНЬИ-АДАМСА-СТОКСА ПРИ НЕСЕРДЕЧНЫХ ПАТОЛОГИЯХ	429
Сайфуллаева Л.Ф., Низомова Н.Х., Одинаева Ш.Х.	429
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ОСЛОЖНЁННЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА	429
Салимова М.Д.	430
ОЦЕНКА ВОЗДЕЙСТВИЯ ГИПОКИНЕЗИИ НА ОРГАНЫ И СИСТЕМ У РАБОТНИКОВ УМСТВЕННОГО ТРУДА (НА ПРИМЕРЫ ПЕДАГОГОВ) И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ	430
Салимова М.Д.	430
ИЗУЧИТЬ ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ГЕЛЬМИНТОЗОВ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ	430
Салимова М.Д., Кабиров К., Хусейнова М.	431
ОСОБЕННОСТИ РЕАКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗМА ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕНИ ПЕРЕБИВАНИЕ	431
Салимова М.Д., Кабиров К.	431
ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНЬ АДАПТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА У ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ И СТУДЕНТОВ ЗАНИМАЮЩИЙСЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ СПОРТА	431
Салихова М.С. Саидова С.Х. Исматуллаева М.Б.	432
ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РАЗВИТИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА	432
Самандарова Г., Маъруфзода С.	432
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ОТВЕТ КИШЕЧНИКА ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ	432
Самедова А.Г., Сарнишова А.М.	433
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИЗЖОГИ И КАЧЕСТВО ПИТАНИЯ У ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА	433
Самиева Ш.Т., Самиева М.Т., Давлатова П.А.	433
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИГУАНИДОВ У ПАЦИЕНТОВ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ ПРИ ЯВНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ	433
Самиева Ш.Т., Самиева М.Т., Давлатова П.А.	434
ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ЖИРА У БОЛЬНЫХ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ И АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ С ПОМОЩЬЮ БИОИМПЕДАНСА	434
Сангинова Я.А., Нуруллозода З.Х., Нурова М.Н.	434
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПОДРОСТКОВ	434
Сангова Ф.Р., Зоидбоева Н.З.	435
РОЛЬ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ В РАЗВИТИИ АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ: АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ	435
Сафарзода Н.Д., Рахматова С.К., Хасанова З.С.	435
РОЛЬ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ	435
Сафаров А.Р., Хафизов Х.М., Сохибов Д.К.	436
ОЦЕНКА УРОВНЯ ИНФИЦИРОВАННОСТИ МИКОБАКТЕРИЯМИ ТУБЕРКУЛЁЗА ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА г. ДУШАНБЕ	436
Сафаров Ш.А., Али-заде Н.А., Шукурова М.Т.	436
ОСОБЕННОСТИ ИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ПСОРИАЗОМ	436
Сафаров Ш.А., Шукурова М.Т., Али-заде Н.А.	437
ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ЛИПИДНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ДЕТЕЙ С ПСОРИАЗОМ ...	437
Сафаров Ш.А. ¹ , Рахимзода Ф.Р. ² , Бободжонов А.Р. ¹	437
МИКОЗ СТОП И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ	437

Сафарова Ф.Б., Гончарова М.С., Назаров А.А.	438
РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПСИХИАТРА	438
Сафизода С.Н., Бабаджанов М.А., Алиев К.А.	438
ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ	438
Селимова А.И., Шихабидова Ш.М.	439
ФАКТОРЫ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К РАЗВИТИЮ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	439
Сиджотхонова Л.И.	439
ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА	439
Силина Л.В., Ашурков С.Н., Трунов С.Э.	440
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ РОЗАЦЕА	440
Собиров Ф.К., Азизов И.С., Кувватов Д.Ш.	440
СЛУЧАЙ БЛАГОПОЛУЧНОГО ИСХОДА ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ РЕСПУБЛИКАНСКОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН	440
Собиров Ф.К., Давлатзода М., Сафаров Ф.С.	441
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ КАРВИДИЛА И ДЕКСРАЗОКСАНА В ПРОФИЛАКТИКЕ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНТРАЦИКЛИНАМИ	441
Собиров Ф.К., Рамазони М., Додарбекова Б.	441
ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРВИДИЛА В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДАУНОРУБИЦИНОМ	441
Солиев М.А.	442
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК	442
Солиева Ш.В., Толибов М.Т.	442
ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: АНАЛИЗ ДАННЫХ И СТАТИСТИЧЕСКИЙ ОБЗОР	442
Сулеймен А.	443
SWOT-АНАЛИЗ РАБОТЫ С ПАЛЛИАТИВНЫМИ ПАЦИЕНТАМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА ЗКМУ ИМЕНИ МАРАТА ОСПАНОВА	443
Султанбаев Ш.А., Шукуров Х.Б.	443
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА	443
Султонова С.С.	444
ГРИБКОВАЯ ФЛОРА МОКРОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЦЕМЕНТНОГО ПРОИЗВОДСТВА	444
Табаров С.М., Умедова Ш.С., Халилова П.Дж.	444
ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ВИЛЛЕБРАНДА В СОЧЕТАНИИ С ПОЛИВАЛЕНТНОЙ АЛЛЕРГИЕЙ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)	444
Тагоев А.А., Юлдошев С.А., Хусайнов Н.А.	445
ОЦЕНКА НЕВЕРБАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИЕЙ И ТРЕВОГОЙ АЛКОГОЛЬНОГО ГЕНЕЗА	445
Таджиева З.А., Боймуродов П.А., Хурсанов Б.Ш.	446
ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ЦИПРОЛЕКСА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С КОМОРБИДНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ	446
Тиллоева С.Х., Мухамедова М.А., Рахимова М.	446
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	446
Тоджиев З.Ш., Джобирзода А.Б., Сулаймонов С.А.	447
ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА КАК ФАКТОР В РАЗВИТИИ ГНОЙНЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ МЕНИНГИТОВ	447
Толибова Л.Н., Асилова Н.Г., Кандакова Н.А.	447
НЕЙРОСОСУДИСТАЯ ТРИГЕМИНАЛЬНАЯ НЕВРАЛГИЯ: ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ	447
Толибова Л.Н., Асилова Н.Г., Курбонова М.Н.	448
РОЛЬ ОСТРОГО ЛЕВОДОПОВОГО ТЕСТА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА (БП) И АТИПИЧНЫХ ПАРКИНСОНОВСКИХ СИНДРОМОВ (АПС)	448
Толибова Л.Н., Саидов П.А., Нуралиев Н.М.	448
СОВРЕМЕННЫЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ СПИНАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ АТРОФИИ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ	448
Тошев К., Тагоев А.А., Юлдошев С.А.	449
ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ОПЬЯНЕНИЯ В г. ДУШАНБЕ	449
Тураев Т.М.	449
КОГНИТИВНЫЕ И АФФЕКТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕВОПОЛУШАРНОЙ ФОКАЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИИ	449
Туракулов Э.М.	450
ВЛИЯНИЕ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА СИСТЕМНУЮ КРАСНУЮ ВОЛЧАНКУ	450

Турахонов А.А., Солиева Ш.Х.	450
АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКОГО ПОДТИПА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	450
Турсунова С.Б., Пирматова М.А.	451
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА В СОЧЕТАНИИ С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	451
Турсунова С.Б.	451
КЛИНИЧЕСКИЙ СПЕКТР ПРОЯВЛЕНИЙ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С И БЕЗ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	451
Ульмасова М.О.	452
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПСИХООРГАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	452
Умедова Ш.С., Табаров С.М., Файзалиева О.А.	453
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В ₁₂ -ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ С ГЕМОЛИТИЧЕСКИМ КОМПОНЕНТОМ	453
Урунова Ш.Д., Джалилзода М.С., Шамсиев Э.Д.	454
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ВОЛЬТАРЕНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЯСНИЧНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ	454
Урунова Ш.Д., Джалилзода М.С., Шамсиев Э.Д.	454
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЦИНАРИЗИНА ПРИ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	454
Урунова Ш.Д., Шамсиев Э.Д., Джалилзода М.С.	454
КАТЕХОЛАМИНОВЫЙ ОБМЕН ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ	454
Усманова Ш.Б., Назаров У.Н., Ёрова С.К.	455
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА	455
Файзалиева О.А., Куватзода Г.Х., Насимова С.К.	455
СИСТЕМНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ, АССОЦИИРОВАННАЯ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)	455
Файзилова Д.Ш.	456
УРОВЕНЬ ГОМОЦИСТЕИНА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	456
Файзуллоев М.С.	456
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ	456
Файзуллоев Ш.А., Холикова Н.Н.	457
ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ SGLT2 НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД СЕРДЕЧНОЙ И ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	457
Фатхиддинзода И.А. Ахмедова Н.Д. Сафарова. Г.Р.	457
ХОДИСАИ ПАЙДОИШИ БЕМОРИИ ВАРАЧАИ ТРОПИКИ БАЙНИ САЙЁҲОНИ ХОРИҶИ ДАР ҚТ	457
Фирузаи И., Асилова Н.Г., Саидов П.А.	458
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОВТОРНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СИНДРОМОМ ГИЙЕНА-БАРРЕ	458
Фирузаи И., Асилова Н.Г., Холикова Н.Н.	458
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СПИНАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ АМИОТРОФИИ (БОЛЕЗНЬ КУТЕЛЬБЕРГА – ВЕЛАНДЕРА ОТ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИИ ДЮШЕНА	458
Фирузаи И., Рабоева Ш.Р., Ниязова М.О.	459
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И КЛАССИФИКАЦИИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ПОЛИНЕЙРОПАТИЙ	459
Хабибов А.Г., Эсанов Э.Ч., Меликов А.А.	459
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОФИЛИИ И БОЛЕЗНИ ВИЛЛЕБРАНДА В УСЛОВИЯХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУ НМЦ РТ «ШИФОБАХШ»	459
Хакими Мохаммад ага, Асрори Мухтор, Шарифова Ш.А.	460
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА С ГЕМОФИЛИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С РЕНОКАРДИАЛЬНЫМИ И ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	460
Хакимова Б.А., Гончарова М.С.	460
ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ АМБУЛАТОРНОГО НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ	460
Хакназарова Н.А., Шарвонова Г.Б., Расулов Ё.Ф.	461
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ТБ/ВИЧ-ИНФЕКЦИЙ В ДУШАНБЕ: ОСОБЕННОСТИ И ТЕНДЕНЦИИ	461
Халилов Б.Б.	461
АНАЛИЗ МАТЕРЕЙ, РОДИВШИХ НОВОРОЖДЁННЫХ С ВРОЖДЁННЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАСЩЕЛИНЫ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА	461
Хамидова М.М.	462
ПРОЯВЛЕНИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	462
Хамраева Л.Р.	462
АНАЛИЗ БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОПОЯСЫВАЮЩИМ ГЕРПЕСОМ	462
Хасанов М.М., Юнусов М.В., Бобоева М.А.	463
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ РАНЕГО ВОЗРАСТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	463
Хасанов Х.К.	463

ФАКТОРЫ РИСКА, РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ СРЕДИ ПОПУЛЯЦИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	463
Хасанова А.А.	464
ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА СТЕНОКАРДИИ	464
Хафиззода Ф.А.	465
ЧАСТОТА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В Г. ДУШАНБЕ	465
Хафизова А.А., Ибрагимов А.Ф., Отаева М.С.	465
ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА Д НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	465
Хаятов Р.Б.	466
РАЦИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ	466
Ходжаева М.М., Саидов П.А.	467
ВЛИЯНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ВАКЦИНАЦИЙ ПРОТИВ КОРИ И КРАСНУХИ НА СТАТИСТИКУ ВТОРИЧНЫХ ЭНЦЕФАЛИТОВ	467
Ходжаева С.Ф., Насридинова Х.С.	467
ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ПРИ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА У БЕРЕМЕННЫХ	467
Ходжибокиева Г.Б., Курбонова М.Н., Асилова Н.Г.	468
ЭЭГ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОКАЛЬНОЙ И ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ЭПИЛЕПСИИ	468
Ходжиматова З.Ф., Обидова Ш.В., Умарова М.Г.	468
РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ НА УРОВНЕ ПМСП В ПРОВЕДЕНИИ НОВОЙ УНИВЕРСАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ПАТРОНАЖНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.	468
Хокиров Д.С., Файзуллоев А.Х.	469
РОЛЬ ГИПОТРОФИЯ В ПРОЦЕССЕ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННОГО	469
Холиков К.Н., Джобирова Ш.И., Кодирова М.М.	470
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ВРОЖДЁННОГО БУЛЛЁЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА В ТАДЖИКИСТАНЕ	470
Холикова Н.Н.	470
СЕПТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ (КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР)	470
Холикова Н.Н., Сангова Ф.Р.	470
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ.	470
Холикова Н.Н., Сангова Ф.Р.	471
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК.	471
Холикова Н.Н., Кобилова Б.М., Бобоходжаева З.Б.	471
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ И НЕИНФЕКЦИОННЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ РИНИТ: ВЗАИМОСВЯЗЬ И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ	471
Холмирзоева Т.Ш., Салихова М.Ш., Негматзода Д.Р.	472
ОСОБЕННОСТИ И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НАРУШЕНИЯ РИТМА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (ХСН)	472
Холов Х.К., Шарипов М.Дж., Фозилов С.А.	473
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ НАРУШЕНИЕМ РИТМА.	473
Хомидова Г.Б.	473
ДЕФОРМАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ РАХИТА И РАХИТОПОДОБНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	473
Хомидова Г.Б., Бабаджанов М., Хосабекова Д.С.	474
ОХВАТ ИММУНИЗАЦИЕЙ В ГОРОДСКОМ ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ	474
Хомидова Г.Б. ¹ , Подшоева Ш.К.	474
КЛЮЧЕВОЙ КОМПОНЕНТ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЁНКА	474
Худойдодов З.Я., Пулатов А.Дж., Умаров С.К.	475
ДЕЙСТВИЕ ОФИЦИАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА «ФОСФОГЛИВ» НА МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ПОДОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ЭТАНОЛОМ	475
Хусейнова М.	475
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА КАК СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ У ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ, РАБОТАЮЩИХ В РАЗЛИЧНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ СФЕРАХ	475
Хусейнова М., Кабиров К., Салимова М.	476
ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ОСЛОЖНЕНИЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	476
Хусейнова М., Салимова М., Кабиров К.	476
СТЕПЕНЬ НАПРЯЖЁННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ, РАБОТАЮЩИХ НА КРУПНЫХ СТРОИТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ МОСКВЫ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ	476
Хаитов Д., Хомидова Г.Б., Курбонов А.Д.	477
ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКИИ ЗУҲУРОТИ АНОМАЛИЯИ КОНСТИТУТСИЯ ДАР КӯДАКОН ДАР ҶАЪОЛИЯТӢ ТАБИБИ ОИЛАВӢ"	477

Цивилева А.С., Южакова С.В.	477
ВЛИЯНИЕ МЕТОДА PNF НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА	477
Чаборзода М.С., Музафарова М.Э.	478
ФАКТОРЫ РИСКА И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕСТАЦИОННОГО ДИАБЕТА СРЕДИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В РЕГИОНЕ ВЫСОКОЙ РОЖДАЕМОСТИ	478
Шавкатхуджаев Х.Н., Муллаева С.И., Бахранова Д.Ф.	478
ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА СНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ	478
Шадиев А.М.	479
РОЛЬ ЭНДОСОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА В УСЛОВИЯХ СКОРОПОМОЩНОГО СТАЦИОНАРА.	479
Шамсиев Э.Д., Урунова Ш.Д., Рахмонов Р.Р.	480
ГОРМОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ НЕВРОЗЕ	480
Шарапова А.М.	480
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ В ТЕЛЕМЕДИЦИНЕ	480
Шарипов Ш.А., Курбонова М.Н., Абдуллоев Ф.С.	481
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОККЛЮЗИОННО-СТЕНОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ	481
Шарифбоев А.Х., Мусоева З.Б., Назарова Г.О.	481
СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ КО-ДИРОТОНА	481
Шарифбоев А.Х., Мусоева З.Б., Обидова С.	482
ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗАРТАНА У ПОЖИЛЫХ ЛИЦ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И КОМОРБИДНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ	482
Шарифзода Х.Ш., Шарифджони Ф.М., Одинаев А.Г.	482
ВЫЯВЛЕНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ НЕ СВЯЗАННОЕ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ И ЙОДОДЕФИЦИТОМ	482
Шарифова Ш.А., Хамроева М.А., Каримова М.Р.	483
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ, ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ	483
Шералиев С.Дж., Джобирзода А.Б., Негматов С.С.	483
ВИДЫ И ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ	483
Ширинов Н.М., Шарипов М.Д.	484
ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМ СТАЖЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	484
Шобобоев Б.Ш., Джобирзода А.Б., Сулаймонов С.А.	484
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТАМИ МОЗЖЕЧКА	484
Шодиев С.	485
ОЖИРЕНИЕ КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА: ПРОБЛЕМЫ ВЫБОРА САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ	485
Шодиева М.О., Мадалиев К. А.	485
СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ РУБЦОВЫХ АТРОФОДЕРМИЯХ	485
Шодиева Ф.Дж., Курбонова М.Н., Шарипов Ш.А.	486
ОТЁК ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ В ТАДЖИКИСТАНЕ	486
Шоназарова М.А., Куватзода Г.Х.	486
ЧАСТОТА ВНОВЬ ВОЗНИКШИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФАКТОРЫ ИХ РАЗВИТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ, ПОЛУЧАВШИХ ТЕРАПИЮ ИМАТИНИБОМ ...	486
Шопулотов Ш.А., Пулатов У.С.	487
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ	487
Шоузарбова Ф., Рахмонов Ф.М.	487
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ВИТИЛИГО	487
Шукуров Х.Б., Рахимова Ф.Ш.	488
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ И БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ СО СТЕНТИРОВАНИЕМ У ПАЦИЕНТОВ С МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ	488
Эргашева М.О., Абдуллаева Н.Н.	488
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ДЦП	488
Эрматов Н.А., Абдулова Д.Ю., Ибрагимов А.Ф.	489
МИОКАРДИТЫ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ НА ФОНЕ ПОЛИХИМИИ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ	489
Эсанкулов М.О., Ташкенбаева Э.Н.	490
АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА SOD2 ALA16VAL (RS4880) С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА	490
Эшонкулова Г.А., Наврузов Э., Дододжони А.	490

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА.....	490
Юлдашева М.У.....	490
К ВОПРОСУ О ВВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ ПРИ ДЕФИЦИТЕ ВИТАМИНА D.....	490
Юлдашева М.У.....	491
ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D НА ТЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА.....	491
Юлдашева З.Х., Гуфронзода Д.....	492
ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА.....	492
Юлдашева З.Х., Гуфронзода Д.....	492
ЕСТЕСТВЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА.....	492
Юрин С.М.....	493
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОСТАНОВКИ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА ПАЦИЕНТАМ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ СПЕЦИАЛИСТОМ И ИСКУССТВЕННЫМ ИНТЕЛЛЕКТОМ.....	493
Юсупов М.М., Курбонов А.Д., Одилов У.Д.....	493
ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ОБРЕЗАНИЯ (ЦИРКУМЦИЗИО) У ДЕТЕЙ НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	493
Юсупов Р.Р., Темиргалиева А.А.....	494
СВЯЗЬ ДЕФИЦИТА МАССЫ ТЕЛА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА.....	494
Юсуфшоева Д.Х., Хомидова Г.Б., Нурматов Н.М.....	495
КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИЯ НА ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ.....	495
Якубова Ш.З., Мирзоев М.П., З. Хусейндухт.....	495
ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ФОРМИРОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ СТУДЕНТОВ- МЕДИКОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ТОЧНЫХ НАУК.....	495
Яхъёева Х.Ш., Курбонова Д.Д.....	496
ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА.....	496
ПЕДИАТРИЯ.....	497
Перова А.Ю.....	497
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МАТЕРИ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ.....	497
Абдуллоев Ё.....	497
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	497
Абдурахманова У.Ш., Мухаммаднабиева Ф.А., Саидов Х.Ш.....	498
АНЕМИЯ ФАНКОНИ У ДЕТЕЙ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ.....	498
Абдурахманова У.Ш., Мухаммаднабиева Ф.А., Хусенова М.С.....	499
ПАТОФИЗИОЛОГИЯ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ: МЕХАНИЗМЫ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ.....	499
Абдурахманова У.Ш., Давлатов Ю.Дж., Ризоева М.Н.....	499
РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ГЕМОФИЛИИ А И В У ДЕВОЧКИ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ.....	499
Абевзитова А.А.....	500
РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРАПИИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АНЕМИЕЙ ДАЙМОНДА-БЛЕКФЕНА В РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН.....	500
Адамхонова З.С., Ниязова Ш.О., Чиллаева М.И.....	500
ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКАЯ КОМА У ДЕТЕЙ.....	500
Азизова Н.А., Махсумова Б.А.....	501
ФАКТОРЫ СНИЖАЮЩИЕ ЛЕТАЛЬНЫЙ ИСХОД ПРИ СИНДРОМЕ ЛАЙЕЛЛА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).....	501
Азизова П., Азими М., Содикзода А.М.....	501
ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА.....	501
Азизова П.Г., Музаффаров Ш.С., Хусенова М.С.....	502
СИСТЕМНАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ АЛЛЕРГИЯ (СИНДРОМ СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА) У ДЕТЕЙ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ.....	502
Азими М., Содиков Н.М.....	503
COVID-19 КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ.....	503
Азими М., Содиков Н.М.....	503
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТРУДНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ЛИМФОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19.....	503
Али-заде Ш.Б.....	504
НЕКЛАССИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ: ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНЫХ И АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	504
Али-заде Ш.Б.....	504

АНАЛИЗ ИНДИКАТОРОВ КОГНИТИВНОГО РАЗВИТИЯ У ШКОЛЬНИКОВ: IQ, ВНИМАНИЕ, КОНЦЕНТРАЦИЯ	504
Алишеров Н.А.	505
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ.....	505
Алишеров Н.А.	505
ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ.....	505
Аминджанова Д.Р., Умарова Дж. Ш.	506
СОСТОЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА У ДЕТЕЙ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19 (ПО МАТЕРИАЛАМ Г. ДУШАНБЕ).....	506
Амрихудоева К.К.	506
ЛИПОМАТОЗНО- ПАСТОЗНАЯ ФОРМА ПАРАТРОФИИ У ДЕТЕЙ	506
Анакулов Х.Б., Мирзоев М.Н., Рахмонов Ш.Х.	507
МУКОВИСЦИДОЗ У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПЕДИАТРА.....	507
Аслиддинов Ш.Б.	507
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО БРОНХИОЛИТА.....	507
Атласова М.Х.	508
ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ	508
Ахматов М.А., Муродова М.Д., Омонова М.Ш.	508
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК ЗНАЧИМЫЙ ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ	508
Ахмедов Н.И., Нуралиева Г.М.	509
ИСТИФОДАБАРИИ ПРОПРАНОЛОЛ ДАР ТАБОБАТИ КЎДАКONI ДОРОИ БЕМОРИҲОИ ДИЛ БО ФРАКСИЯИ ПАРТОИШИ ПАСТ	509
Ахмедов Н.И., Хусенова М.С., Нуралиева Г.М.	509
ХОЛАТИ КЛИНИКИИ СКЛЕРОДЕРМИЯИ МАВҶЕЙ ДАР КЎДАК.....	509
Ахмедов Н.И., Курбонов Ч.И.	510
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.	510
Ахмадзода З.М., Холикмуродзода С.Д., Маматкулова Г.А.	511
МУШКИЛИҲО ВА РОҲҲОИ ҲАЛ ДАР КЎДАКONI ЗУД-ЗУД БЕМОРШАВАНДА.....	511
Ашурова А.К.	511
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ЭНТЕРОКОЛИТОМ	511
Ашурова А.К., Муродов Г.З., Иброхимзода Г.А.	512
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	512
Ашурова Н.П., Гиёсов А.А.	512
ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО БРОНХИОЛИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	512
Ашурова Н.П., Разокова К.Р.	513
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ.....	513
Ашурова Н.П., Разокова К.Р.	513
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ.....	513
Бакоев Ф.С.	514
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АКТИВНЫХ И ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН: УСПЕВАЕМОСТЬ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ	514
Баходуров Н.Д., Норбутаев М.Б., Мирзозода А.Ю.	515
СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИБП АДАЛИМУМАБ VS. ЭТАНЕРЦЕПТ В ТЕРАПИИ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА	515
Бахруллозода С.Б., Шарипова М.М., Лим М.В.	515
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МУКОПОЛИСАХАРИДОЗА VI ТИПА У ДЕТЕЙ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ).....	515
Бахруллозода С.Б., Хакбердиев У.Ч., Субхонова А.А.	516
ПОЛИСЕГМЕНТАРНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).....	516
Боев Б.Х., Мирзоев В.И., Шарифова А.Ш.	517
ВТОРИЧНЫЙ СИНДРОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	517
Бойкузиева Р.А., Зувайдова М. М., Ахмедова Р. К.	517
БРОНХООБСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ОТЯГОЩЕННОМ ПРЕМОРБИДНОМ ФОНЕ	517
Болтенкова Д.С., Бусько И.О.	518
ПРЕХОДЯЩАЯ ГИПОГАММАГЛОБУЛИНЕМИЯ У ДЕТЕЙ	518
Валиханова М.Б.	518
ЭФФЕКТЫ БРОНХОДИЛАТАТОРОВ ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХОЭКТАЗАМИ С ОГРАНИЧЕНИЕМ ВОЗДУШНОГО ПОТОКА, ОСНОВАННЫЕ НА РЕАКЦИИ БРОНХОДИЛАТАТОРОВ НА БАЗЕЛИН.....	518

Гайратова Н.Н., Шукурзода С.Ш., Хасанов Н.Д.	518
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СРЕДИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	518
Гайратова Н.Н., Шукурова Х.Э., Гофилова М.З.	519
СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА АУТИЗМ	519
Гиеева П., Мунираи Олим, Тагоева Д.	519
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СУСТАВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ	519
Гиёсов А.А.	520
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ НЕФРОГЕННОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ	520
Гиёсов А.А., Муродова А.Э., Шарипов З.Х.	521
САБАБҲОИ ПАЙДОИШИ ПИЛОРОСПАЗМ ДАР КӯДАКОН	521
Гиёсов А.А., Муродов Г.З.	521
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКА БИФИФОРМ У ДЕТЕЙ	521
Давлатова Дж.Дж.	522
НАРУШЕНИЯ СНА У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ	522
Давлатова Дж.Дж.	522
ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ПНЕВМОНИИ	522
Давранов Э.А., Сайфуллаева М.Х.	522
ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ МАГНИТОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ	522
Ежков Д.В.	523
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У РЕБЁНКА 16 ЛЕТ	523
Жанатханкызы А., Сабырова Д.К.	523
ИССЛЕДОВАНИЕ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОЙ ТЫСЯЧИ ДНЕЙ. ПРОЕКТ "НУТРИБАЛА"	523
Зайнудинова П.К., Каримова М.Х., Камолова З.Н.	524
СТЕПЕНЬ ИЗМЕНЕНИЙ ТРОМБОЦИТАРНОГО И СЫВОРОТОЧНОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	524
Зиеева Ш.К., Содикзода А.М., Файзуллоев Ф.	525
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ДЕТЕЙ	525
Зиятдинова М., Манап К., Калиева Г.С.	525
КАТЕГОРИЙ ДЕТЕЙ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ	525
Зоирова Г.Х., Сатторов С.О., Курбонмамадов Н.С.	526
ТЯЖЁЛАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	526
Зоирова Г.Х., Хамроев М.Ф., Холов А.И., Талабзода Х.М.	526
ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ КАК ОСНОВНОЙ ЭТАП ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА	526
Изатзода Р.М., Мадамонов Ш.Ш.	527
ТРИГГЕРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА (ВПС)	527
Изтлеуова Г.Т.	527
ФУЛЬМИНАНТНОЕ ТЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ У РЕБЁНКА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ С РАЗВИТИЕМ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА	527
Исаева Г.А., Утежанова А.М., Искакова Б.А.	528
АНТЕНАТАЛЬНЫЕ И НЕОНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЖЕЛТУХИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ОДНОГО ГОДА НА УРОВНЕ ПМСП	528
Исматуллоева Н.И.	528
АТИПИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ДИАГНОСТИКА	528
Исоева М.Ф., Раджабов М.М.	529
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ЛЕЧЕНИЕ ГРИППА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ (ПО МАТЕРИАЛАМ Г. ДУШАНБЕ)	529
Исоева М., Маджоновна М.Дж., Исоева М.Ф.	529
ПРИМЕНЕНИЕ ЭТИОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ	529
Ишмирзоев Д.Р.	530
КРИТЕРИИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ГРИППА У ДЕТЕЙ	530
Ишмирзоев Д.Р.	530
ЗНАЧЕНИЕ ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ С ОЖИРЕНИЕМ	530
Каландарова М., Гуллаев М.К.	530
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА (ПО МАТЕРИАЛАМ Г. ДУШАНБЕ)	530
Каландарова М., Маджоновна М.Дж.	531
ОСОБЕННОСТИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	531
Каракулова С., Саидова Д., Дусматов Д.	532
ХАРАКТЕРИСТИКА АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ЭНУРЕЗОМ	532
Карджавова Г.А., Сирожитдинов Ш.С., Ниязов Д.М.	532
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ БРОНХООБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	532
Кодиров А.Х., Фирузова Ф.Ф.	533

УПОРНАЯ ДИАРЕЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	533
Кодиров Ш.И., Тешаев Ф.Р.	533
ОСОБЕННОСТИ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ НЕЙРОТОКСИКОЗЕ	533
Комилов И.А., Исоева М.	534
ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ И ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПОДЪЁМА ЗАБОЛЕВАНИЯ (ПО МАТЕРИАЛАМ Г. ДУШАНБЕ).....	534
Комилов И.А., Маджоннова М. Дж., Амиркулова Л.Т.	535
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГАСТРОЭНТЕРОКОЛИТА СТАФИЛОКОККОВОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	535
Комилов И.А., Амиркулова Л.Т., Маджоннова М.Дж.	535
ОСОБЕННОСТИ КЛЕТОЧНОГО ИММУННОГО ОТВЕТА ПРИ КОКЛЮШЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ТЯЖЁЛОЙ ФОРМЕ КОКЛЮША	535
Кондюров Е.Э.	535
АТУИММУННЫЙ ГЕПАТИТ 2 ТИПА У ДЕВОЧКИ 12 ЛЕТ.....	535
Кравец М.Д.	536
ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ О ВЛИЯНИИ НА ОРГАНИЗМ ВЕЙП-СИСТЕМ ...	536
Кузиев Д.В.	536
ДИНАМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	536
Кузиева Шахло Шавкат кизи	537
ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИИ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ЛАТЕНТНЫХ И МАНИФЕСТНЫХ ФОРМАХ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	537
Курбонов Ч.И., Зиеева Ш.К., Файзуллоев Ф.А.	538
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ...	538
Курбонова А.А.	538
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С ОВЗ	538
Магзумов А.Д.	539
ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	539
Мадамонов Ш. Ш., Рахимбек М., Рахматуллоев А.Ш.	539
МИКРОСФЕРОЦИТАРНАЯ АНЕМИЯ МИНКОВСКОГО-ШАФФАРА	539
Мадамонов Ш.Ш., Шарипова М.М., Рахимбек М.	540
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ	540
Маджоннова М. Дж., Комилов И.А., Амиркулова Л.Т.	540
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ	540
Маджоннова М.Дж., Мирзоев Л.М.	541
КЛИНИКА СОЧЕТАННЫХ ЭШЕРИХИОЗНО – ПРОТЕЙНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ (ПО МАТЕРИАЛАМ Г. ДУШАНБЕ).....	541
Маджоннова М.Дж., Амиркулова Л.Т., Нарзуллоева М.Ш.	541
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ КОРИ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ВСПЫШКИ	541
Мамаджарова М.Г., Маджоннова М.Дж., Исоева М.Ф.	542
СОВРЕМЕННЫЕ ПРОТИВОКАШЛЕВЫЕ СРЕДСТВА В ТЕРАПИИ ОРВИ У ДЕТЕЙ	542
Мамаризаев И.К.	542
СОСТОЯНИЕ ПРО- И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ЭНДОТОКСИКОЗОМ.....	542
Маматова Г.Б., Музаффарзода Х.М., Расулова С.А.	543
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ.....	543
Мансуров М.Ю., Норбутаев М.Б., Баходуров Н.Д.	544
ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПРИ МЕМБРАНОЗНОМ ДМЖП С УМЕРЕННОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	544
Махзумов А.Д.	544
ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ФЕБРИЛЬНЫХ СУДОРОГ У ДЕТЕЙ.....	544
Махмудова Г.А., Камалова Ш.М., Юлдашева Г.Г.	544
АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ СКОЛИОЗЕ.....	544
Махсумова Б.А., Узакова У.З., Азими М.	545
ОСЛОЖНЕНИЯ ХИМИОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ОМЛ	545
Махсумова Б.А., Бобоев Г.С.	545
ТРАНСФОРМАЦИЯ ОПУХОЛИ В ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ	545
Менглиев Н.А., Мадамонов Ш.Ш., Изатзода Р.М.	546
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕЙРОТОКСИКОЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	546
Мирзозода А.Ю., Баходуров Н.Д., Мансуров М.Ю.	547
ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ГЕРПЕС-ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕВОЧКИ 9 ЛЕТ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ	547
Муродов Г.З.	547

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ И СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ФОСФАТ-ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ	547
Муродов Ғ.З., Ашурова Н.П., Иброҳимзода Ғ.	548
САБАҲОИ БРОНХИОЛИТИ ШАДИД ДАР КӮДАКONI СИННИ ШИРХУРАҒИ	548
Муродов Ғ.З., Разокова К.Р.	548
ПРИМЕНЕНИЕ Т-АКТИВИНА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ	548
Муродова М.Д., Неъматуллаев Т.Б., Омонова М.Ш.	549
СОСУДИСТАЯ ЖЕСТКОСТЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК. ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ.....	549
Мухамедова И.Т.	549
СЛУЧАЙ КОМОРБИДНОГО ПАЦИЕНТА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПЕДИАТРА	549
Мухаммаднабиева Ф.А., Саидов Х.Ш.	550
ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ ПРИ РАЗВИТИЕ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА ЗА ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ	550
Мухитдинова Р.Ҳ., Хамракулова М.Ф., Ҳасанова М.А.	550
ҶАРАЁН ВА ТАБОБАТИ ПИЕЛОНЕФРИТҲОИ ШАДИД ВА МУЗМИН ДАР КӮДАКОН.....	550
Наврузкулова Ш.Ф.	551
ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У НОВОРОЖДЕННЫХ	551
Наврузкулова Ш.Ф.	551
ВЛИЯНИЕ ТЕПЛОВОЙ ЦЕПОЧКИ НА АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ	551
Нагзибекова Д.Д.	552
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПОТРОФИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	552
Нажмиддинова Д.Д.	552
ФАКТОРЫ РИСКА РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С МАЛОЙ МАССОЙ ТЕЛА	552
Назарализода С. Н., Расулова С. А., Сафарова О. З.	553
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).....	553
Назарова З.С., Юсупов А.О.	553
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ (ПО МАТЕРИАЛАМ Г. ДУШАНБЕ).....	553
Насридинова Н.Н.	554
ВВЕДЕНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМОЙ	554
Насридинова Н.Н.	554
НЕВРОЛИЧЕСКИЙ СТАТУС НОВОРОЖДЕННЫХ РОДИВШИХСЯ ОТ ЗАПОЗДАЛЫХ РОДОВ	554
Ниёзова Д.Ш., Самижонов С.И.	554
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ У НОВОРОЖДЕННЫХ	554
Ниязова Ш.О., Азизова П.Г., Махсумова Б.А.	555
ГИПЕРТЕРМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ СУДОРОГ У ДЕТЕЙ.....	555
Норбутаев М.Б., Мансуров М. Ю., Мирзозода А.Ю.	555
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ГОШЕ	555
Нуралиева Г.М., Сыпало Е.В.	556
ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ НЕРЕВМАТИЧЕСКОМ КАРДИТЕ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА.....	556
Нуриддинова С.С., Содикова О.Ш., Гайбуллаев Ж.Ш.	556
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ	556
Олими Ф.	557
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ADOS В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	557
Ондабаева З.М., Махсетбаева Н.С.	557
СТРУКТУРА ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ НА ФОНЕ ИНДУКЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ	557
Равшанов Ш.У., Гажиян Н.Э.	558
ЧАСТОТА ПРОЯВЛЕНИЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ	558
Разокова К.Р.	559
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ	559
Разокова К.Р., Зубайдзода Ш.И., Иброҳимзода Ғ.А.	559
СИНДРОМ ЛАЙЕЛЛА-ЛАНГА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.	559
Разокова К.Р., Рахмонова М.Р., Одинаева Ф.А.	560
ТАШХИС ВА ПЕШГИРИИ ШАКЛИ ЛИПОМАТОЗИ ПАСТОЗИИ ПАРАТРОФИЯ ДАР КӮДАКONI СИННИ ШИРМАК	560
Расулова С.А.	560
К ВОПРОСУ КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА.....	560
Расулова С.А., Закиллоева Ф.О.	561
ГИПОТРОФИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	561

Рахимбаева А.Б., Хатамов Б.С., Зиятдинова М.З.	562
СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	562
Рачабов Э., Назриев А.А.	562
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИОКСИДОНИИ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ ..	562
Ризоева М.Н., Абдурахманова У.Ш.	563
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У ДЕТЕЙ И ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ	563
Рыбакова М.М.	563
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА У РЕБЁНКА 14 ЛЕТ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ	563
Саидмуродова Г.М., Каримова М.Б.	564
ПОКАЗАТЕЛИ КОАГУЛОГРАММЫ У ДЕТЕЙ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМИ ФОРМАМИ МЕНИГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ (ПО МАТЕРИАЛАМ Г. ДУШАНБЕ)	564
Саидов Х.Ш., Джураев Д.К., Бурхонова М.Ш.	564
ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТЬ ТЕЧЕНИЯ И ГЕНЕЗ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ПРИ ЛЕЙКЕМИЯХ У ДЕТЕЙ	564
Сайлаубаев Е., Оспанова Н., Отарбек А.	565
ОСТЕОИД –ОСТЕОМА ПЛЮСНЕВОЙ ФАЛАНГИ СТОПЫ У РЕБЁНКА	565
Салимзода Н.С.	566
НЕРЕВМАТИЧЕСКИЙ КАРДИТ КАК ЧАСТОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН	566
Салимзода Н.С., Нуралиева Г.М., Файзуллоев Ф.А.	566
ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ У ДЕТЕЙ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ	566
Санакбай Ж.Ж.	567
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕРАПИИ НЕЙРОБЛАСТОМЫ У ДЕТЕЙ	567
Сапатаева А.С.	567
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ПЛЕВРОПУЛЬМОНАЛЬНАЯ БЛАСТОМА	567
Сафарова У.Ш., Абдурахманова У.Ш., Султонбеков Н.С.	568
СПЛЕНЭКТОМИЯ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ТАЛАССЕМИИ	568
Сафарова У.Ш., Шарипова М.М., Содиков А.М.	569
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ВРОЖДЕННЫХ АПЛАСТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ.	569
Содикзода А.М., Файзуллоев Ф.А., Курбонов Ч.И.	569
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ГРУДНОГО ВОЗРАСТА.	569
Субхонова А.А., Хакбердиев У.Ч., Бахруллозода С.Б.	570
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА С ЭКССУДАТИВНО - КАТАРАЛЬНЫМ ДИАТЕЗОМ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА	570
Султонбеков Н.С., Курбонбеков Р.Д., Латипов Р.Ф.	570
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛТУШНОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ	570
Султонбеков Н.С., Сафарова У.Ш., Тошмамадов Ш.Д.	571
САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1 ТИПА В ПРАКТИКЕ НЕОНАТОЛОГА	571
Сухбатуллозода М., Муминова Н.Н., Мирзоев М.Н.	572
ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ	572
Тагоева М.Н.	572
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ	572
Тилавова А.К., Шухратова Д.Ш.	573
ВВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ	573
Толибжонова Н.Х.	573
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ГОЛЬДЕНХАРА У 12-ДНЕВНОГО НОВОРОЖДЕННОГО	573
Тошкулова М.И., Исмадова И.Ф., Алланазаров А.Б.	574
СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ	574
Тургунова Х.Ф., Ахмедов Н.И., Содиков А.М.	574
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	574
Турлан А.Б.	575
АНАЛИЗ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ТЕРАПИИ В-ЗРЕЛОКЛЕТОЧНЫХ НХЛ У ДЕТЕЙ	575
Тухтаева М.А.	575
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АЛЛЕРГИЧЕСКОГО КОНЪЮНКТИВИТА У ДЕТЕЙ	575
Узакова У.З., Махсумова Б.А.	576
ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	576
Ульянов К.И., Казаров Д.М., Чапланова А.В.	576
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОРИ У ДЕТЕЙ В РЯЗАНИ В СЕЗОНЕ 2023-2024 ГГ.	576

Файзуллоев М.А., Розиев Р.А., Фозилов Ф.Ш.	577
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ И ИСХОДЫ ФОСФАТ-ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ	577
Фирузова Ф.Ф.	577
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БАКТЕРИОФАГОВ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ УСЛОВНО - ПАТОГЕННЫМИ МИКРООРГАНИЗМАМИ	577
Фирузова Ф.Ф., Султонбеков Н.С.	578
ФОСФАТ – ДИАБЕТ У ДЕТЕЙ	578
Халилова Г.Б., Назаров Дж.Т., Бакоев А.А.	578
ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РЕЦИДИВАМ БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	578
Хасанзода С.Х., Икром Т.Ш.	579
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	579
Ходжатова Х.С., Юлдашева Г.Г.	579
ПРОЯВЛЕНИЕ ВЕГЕТО ВИСЦЕРАЛЬНОГО СИНДРОМА У МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ С ИШЕМИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА	579
Хусаинова Ш.К., Ибрагимов Д.Р., Ниязова Д.М.	580
ПОКАЗАТЕЛИ МОКРОТЫ У ДЕТЕЙ ПРИ БРОНХИТАХ	580
Хусенова М.С.	580
ОСОБЕННОСТИ ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСА КРОВИ У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ	580
Хусенова М.С., Фирузова Ф.Ф.	581
БОЛЕЗНЬ СТИЛЛА У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	581
Чаббаров С.С.	582
ФАКТОРОВ РИСКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦНС У НОВОРОЖДЕННЫХ	582
Чаббаров С.С.	582
СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА	582
Черненко А.П.	582
ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ: СИНДРОМ ЛЕДДА	582
Чиллаева М.И., Ниязова Ш.О., Адамхонова З.С.	583
ПРОФИЛАКТИКА БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ	583
Чоршанбиев Ч.И., Акбарзода М., Фатоев Б.И.	583
БРОНХИОЛИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ	583
Ш.С. Музаффаров, М.А. Исмоилова, Е.В. Сыпало	584
СОСТОЯНИЕ КОМПОНЕНТОВ ЦИКЛАЗНОЙ СИСТЕМЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЯХ	584
Шамсов Б.А., Файзуллоев Ф.А., Эшова М.Дж.	584
ОПТИМИЗАЦИЯ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ И КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОРРЕКЦИИ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА	584
Шамсов Б.А., Файзуллоев Ф.А., Тагайкулова М.М.	585
ВЛИЯНИЕ НУТРИТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ НА ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С ВПС	585
Шарапова Н.Э., Исмоилова Д.З., Муродова Д.У.	585
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ	585
Шарипов М.И., Саидова А.З.	586
ЪАРАЁНИ КЛИНИКИИ ЭНТЕРОКОЛЛИТЪОИ САБАБАШ СТАФИЛАКОККЇ ДАР КЎДАКОН	586
Шарипов М.Ш., Юнусов К.Дж.	587
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОЧЕТАННЫХ ФОРМ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А И КИШЕЧНОГО АМЕБИАЗА У ДЕТЕЙ	587
Шарипова М.М.	587
ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ	587
Шарифзода З.У., Сайдалиев Ш.Ш.	588
РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ У ДЕТЕЙ	588
Шарифов Ф.М.	588
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИЕТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С АСТЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	588
Шарифов Ф.М.	589
ДИАГНОСТИКА И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ	589
Шокирова Д.Р., Абдурахманова У.Ш.	589
ОЦЕНКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ШКАЛ	589
Шомаматов Ш.А., Хусейнзода Н.Ф.	590
КЛИНИКА СОЧЕТАННЫХ ЭШЕРИХИОЗНО-ПРОТЕЙНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ	590
Шукурзода С.Ш., Хасанов Н.Д.	590
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГИПОКСИКО-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	590
Ыбрак Н.С.	591

ТРОМБОФИЛИИ У ДЕТЕЙ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЗАМИ.....	591
Элиева Ф. З., Хайриддинзода Б.А., Салимов А. Х.	592
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ.....	592
Эрназарова М. Г.	592
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ	592
Юсупова Ш.Б.	593
МНОЖЕСТВЕННЫЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ПАНКОЛИТ И ТЯЖЁЛАЯ БЕЛКОВО-КАЛОРИЙНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ	593
Мусоев С.Ш. ¹ , Амонов Ш.Ш. ^{1,2} , Олими М.О. ^{1,2} , ...	593
СРАВНИТЕЛЬНЫЕ НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	593
Мусоев С.Ш. ¹ , Амонов Ш.Ш. ^{1,2} , Олими М.О. ^{1,2} , ...	594
СОСТОЯНИЕ ПЕРЕКИСНОГО ОКСИЛЕНИЯ ЛИПИДОВ, АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	594
Мусоев С.Ш. ¹ , Амонов Ш.Ш. ^{1,2} , Олими М.О. ^{1,2} , ...	595
ОСОБЕННОСТИ МИНИИНВАЗИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	595

КОНФЕРЕНЦИЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ ПОДДЕРЖКЕ:

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ СПОНСОР:

HALEON

СПОНСОРЫ-УЧАСТНИКИ:



Отпечатано в типографии ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”

*Подписано к печати 16.04.2025 г. Формат 60x84¹/₁₆.
Объём 40 п.л.. Тираж 100 экз.*