Министерство здравоохранения
и социальной защиты населения
Республики Таджикистан

Таджикский государственный
медицинский университет
имени Абуали ибни Сино

Научно-практическая конференция
(72-я годичная)

«НОВЫЕ ГОРИЗОНТЫ В МЕДИЦИНСКОЙ НАУКЕ, ОБРАЗОВАНИИ И ПРАКТИКЕ» С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Материалы конференции

Том 1

1 ноября 2024г.
г. Душанбе

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

ГОУ «ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ имени АБУАЛИ ИБНИ СИНО»

УФУҚҲОИ НАВ ДАР ИЛМ, ТАҲСИЛОТ ВА АМАЛИЯИ ТИБ

НОВЫЕ ГОРИЗОНТЫ В МЕДИЦИНСКОЙ НАУКЕ, ОБРАЗОВАНИИ И ПРАКТИКЕ

NEW HORIZONTS IN MEDICAL SCIENCE, EDUCATION AND PRACTICE

Материалы годичной (72-ой) научно-практической конференции
«**Новые горизонты в медицинской науке, образовании и практике**»
с международным участием, посвященной 85-летию ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

ТОМ 1
(хирургические дисциплины, терапевтические дисциплины, педиатрия)

Душанбе
1.11.2024

Организационный комитет 72-й научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием

Абдуллозода Дж.А.	председатель оргкомитета, министр здравоохранения и социальной защиты населения РТ, д.м.н., профессор
Гулзода М.К.	заместитель председателя оргкомитета, ректор ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», д.м.н., профессор
Мухаббатзода Дж.К.	заместитель председателя оргкомитета, проректор по науке и инновации ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», д.м.н., профессор
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 имени Абуали ибни Сино», д.м.н., профессор
Хусейнзода З.Х.	проректор по лечебной работе ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», д.м.н., профессор
Ахрориён З.А.	проректор по идейно-воспитательной работе ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», к.м.н., доцент
Каландарзода Ё.К.	проректор по хозяйственно-административной части ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», к.б.н., доцент

Рабочая группа оргкомитета

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
Эгамназаров 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
Али-Заде С.Г.	начальник отдела науки и инноваций, к.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
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.
Кабирзода Дж.Н.	ведущий специалист отдела подготовки научных кадров, к.х.н.
Тиллоева З.Х.	ведущий специалист отдела подготовки научных кадров
Умарова З.Д.	специалист отдела науки и инноваций
Нарзиева Ф.А.	специалист отдела подготовки научных кадров
Субханова Г.С.	специалист отдела подготовки научных кадров
Манонова П. И.	специалист отдела подготовки научных кадров
Миршарофов М.М.	председатель комитета по делам молодежи

Информационно-техническая поддержка

Алиева Н.Ш.	заведующая кафедрой русского языка, к.п.н.
АмирждонзодаХ.С.	директор центра перевода отраслевой литературы и научной терминологии
Мазиёев М.Г.	главный редактор газеты «Ворисони Сино»
Назриев Н.Х.	заведующий типографией ГОУ «ТГМУ имени 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

Уважаемые коллеги, дорогие друзья!

От имени Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино рад приветствовать всех участников научно-практической конференции «Новые горизонты в медицинской науке, образовании и практике», посвященной 85-летию нашего вуза.

За 85 лет своего существования наш университет прошёл славный путь становления и развития, превратившись из небольшого медицинского института в один из ведущих научно-образовательных центров Центральной Азии. Мы гордимся тем, что носим имя великого учёного, врача и философа Абуали ибни Сино, чьё наследие продолжает служить источником вдохновения для многих поколений медиков.

За эти годы наш университет подготовил тысячи высококвалифицированных специалистов, которые работают не только в Таджикистане, но и по всему миру. Наши выпускники занимают ведущие позиции в клиниках, научно-исследовательских институтах и образовательных учреждениях, внося значительный вклад в развитие мировой медицинской науки и практики.

Тема нашей конференции — «Новые горизонты в медицинской науке, образовании и практике» — особенно актуальна в современном мире, где медицинская наука развивается стремительными темпами. Геномные исследования, персонализированная медицина, нанотехнологии, биоинформатика — все эти направления открывают перед нами беспрецедентные возможности для улучшения здоровья и качества жизни людей.

В условиях глобализации и цифровизации общества перед нами стоят новые вызовы. Пандемия COVID-19 продемонстрировала необходимость интеграции усилий научного сообщества, обмена знаниями и совместной работы над преодолением общих проблем. В этой связи роль медицинского образования и научных исследований приобретает особое значение.

Наш университет активно участвует в международных программах и проектах, сотрудничает с ведущими зарубежными вузами и научными центрами. Мы внедряем передовые методики обучения, развиваем электронные ресурсы и дистанционные технологии, чтобы обеспечить нашим студентам доступ к самым современным знаниям и практическим навыкам.

Особое внимание уделяется научно-исследовательской деятельности. В стенах нашего университета работают научные центры и лаборатории, занимающиеся актуальными проблемами медицины, такими как онкология, кардиология, инфекционные болезни и другие. Наши учёные публикуют свои работы в престижных международных журналах, участвуют в международных конференциях и симпозиумах.

Мы также активно развиваем сотрудничество с международными организациями, это позволяет нам быть в курсе мировых тенденций, обмениваться опытом и внедрять лучшие практики в области медицины и образования.

Как говорил Абуали ибни Сино: «Знание — это крылья, которые поднимают человека к высотам благородства». Эти слова особенно актуальны сегодня, когда стремление к знаниям и инновациям является ключом к успеху и процветанию.

Конференция предоставляет нам уникальную платформу для обсуждения актуальных вопросов, обмена опытом и установления новых контактов. Мы уверены, что совместные усилия учёных, преподавателей и практиков позволят найти эффективные решения стоящих перед нами задач.

Отмечая 85-летний юбилей нашего университета, мы с гордостью оглядываемся на пройденный путь и с уверенностью смотрим в будущее. Наши планы включают дальнейшее развитие научно-исследовательской деятельности, укрепление материально-технической базы, расширение международного сотрудничества и повышение качества образования. Мы стремимся создать условия для подготовки специалистов нового поколения, способных эффективно работать

в условиях быстро меняющегося мира и вносить значимый вклад в улучшение здоровья населения.

В заключение хотел бы выразить искреннюю благодарность всем участникам конференции — учёным, преподавателям, практикующим врачам и студентам — за ваше стремление к знаниям, профессионализм и преданность делу. Желаю всем плодотворной работы, интересных открытий и новых достижений на благо медицины и общества.

Пусть эта конференция станет отправной точкой для новых проектов и инициатив, которые будут способствовать укреплению здоровья и благополучия наших народов. Надеюсь, что совместными усилиями мы сможем преодолеть все трудности и открыть новые горизонты в медицинской науке, образовании и практике.

С уважением и наилучшими пожеланиями,
Гулзода Махмадшох Курбонали
Заслуженный деятель науки и техники РТ,
д.м.н., профессор,
Ректор ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Абдужабборов А.А., Юлдошев Х.Ф., Джалилова Ф.М.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Цель исследования - анализ результатов хирургической коррекции ДМПП у взрослых пациентов.

Материал и методы. Проведен анализ 13 пациентов старше 25 лет, находившихся на стационарном лечении в кардиохирургическом отделении РНЦССХ и перенесших операцию хирургической коррекции порока за период с 2018 по 2024 г., женщин было - 10, мужчин - 3. Возраст пациентов от 25 года до 54 лет (средний возраст – 39,5 лет). Всем пациентам операции были проведены на «открытом сердце» в условиях искусственного кровообращения и фармокохолодовой кардиоплегии. С целью определения тактики ведения, оценки операбельности 5 пациентам проводилась зондирование полостей сердца.

Результаты. По данным Эхо-КГ большинство из них имели большие ДМПП (2,7-3,9 см), легочную гипертензию II – III степени. 8 пациентам была выполнена пластика ДМПП заплатой из аутоперикарда и шовная аннулопластика трикуспидального клапана по методу Де-Вега, 5 пациентам с легочной гипертензией III ст - пластика ДМПП проводили с использованием заплаты из ксеноперикарда с созданием в центре заплаты обратного клапана и аннулопластика трикуспидального клапана мягким опорным кольцом. Созданное в ксеноперикарде отверстие с обратным клапаном позволяла переходу части крови из камеры с высоким давлением в камеру с меньшим давлением. В наших случаях ток крови был однонаправленным (с правого предсердия в левое) из-за работы клапана в фистуле и это способствовало предотвращению обратного тока. Применяемая методика при хирургическом лечении больших ДМПП даёт возможность разгрузки правого предсердия и правого желудочка в случаях повышении давления в правых полостях сердца в ближайшем послеоперационном периоде. Таким образом, предотвращается патологическое повышение давления в правых отделах сердца и развитие так называемого, «легочного криза». Длительность госпитализации пациентов исследуемой группы составила 8-14 дней (средняя – 11 дней). С целью предотвращения тампонады сердца, всем пациентам правую плевральную полость оставляли открытым. Из послеоперационных осложнений у 3 пациентов имели место экссудативный плеврит. Повторных операций и летальных исходов не было.

Заключение. 1. При хирургической коррекции ДМПП возрастных ограничений нет; 2. При использовании методики закрытия дефекта с созданием обратной фистулы с клапаном из аутоперикарда предотвращается возникновение «легочного криза»; 3. Оставление сообщения между плевральными полостями и полости перикарда позволят избегать тампонады сердца в послеоперационном периоде.

Абдуллаева Р.А., Гафурова Н.Г., Кадырова С.Г.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ОПП ПЕРВОРОДЯЩИМ ЖЕНЩИНАМ

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

Цель исследования. Выявить характер оказания акушерской помощи первородящим с осложнённой формой гестационного процесса, как острое повреждение почек.

Материал и методы исследования. По результатам ретро и проспективного исследования проведённой с периода 2012-2023 гг. на базе кафедры акушерства и гинекологии №1 выявлено 228 женщин, у которых течение беременности, родов и послеродовый период осложнился с острым повреждением почек. Среди обследованных пациенток 65 (28,5%) были первородящие женщины. Данные материала исследования проанализировано, по специально созданной карте анализа случаев. Проспективная выборка случаев ОПП выполнено на базе Родильного дома №1 г. Душанбе и Городского клинического центра реанимации и детоксикации г. Душанбе после верификации диагноза ОПП для дальнейшей терапии. Вариационная статистика включала в себя вычисление долей (%) для относительных показателей и средних значений со стандартной ошибкой (M±m) для абсолютных величин. Статистический значимой разницой оценивали при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Сравнительный мониторинг характера выявления случаев ОПП продемонстрировал, что среди общего обследованного контингента первородящих женщин установлено фатальный исход - у 39 (60%) случаев в первой группе и 26 (40%) сл. выживших женщин - вторая группа.

Детальный сравнительный анализ между двумя группами показал, что ОПП выявлено в 6,8 раз чаще среди умерших жительниц сельской местности, чем городских пациенток и составило 34 (87,2 %); 5 (12,8%), соответственно с статистической значимой разницей $p < 0,05$.

Во второй группе выживших женщин соотношение сельских и городских установился в обратной пропорции в пользу переволирования городских в 2,2 раза и составил 69,3%(18 сл) и 30,7% (8 сл).

Относительный анализ женщин по среднему возрасту не подтердил значимую разницу между группами и составил 25,1±5,1 лет у умерших и 24,1±5,9 лет у выживших ($p > 0,05$). Распределение по возрастной категории показал ,что подростков было в 3,3 раз меньше среди умерших в отличие от выживших женщин и составило 3,8 %(1сл.) против 12,8 % (5 жен.), соответственно. Первородящие позднего репродуктивного возраста выявлено лишь среди женщин с фатальным исходом в 3-х случаях (7,7%), во второй группе не было диагностировано.

Изучение времени нахождение женщин в различных медицинсих учреждениях установило,что выжившие пациентки в среднем на 6,8±2,5 койко-дней больше находились в мед. учреждениях, так как у умерших верификация ОПП с присоедением полиорганной недостаточности повлияло на укорочение срока пребывания в стационарах и в среднем составило 8,7±9,4 к/дней, против 15,5±6,9 к/дней. Среди умерших женщин 11 из 39 были переведены для эффективного метода лечения как заместительной почечной терапии (ЗПТ) и 6 из 26 выживших в ГНКЦРиД переведены с различных родовспомогательных учреждений республики.

Среди общего контингента умерших женщин диагностированного у 11 сл.(28,2%) ОПП с третьего и 28 сл. (71,8%) с второго А уровня оказания медицинской помощи в родовспомогательных учреждениях республики (p < 0,05). У выживших женщин ОПП установлено на 2 А уровне – у 4 (15,4%); 2В - у 21(80,7%) и 3-м уровне – у 1 (3,8%) женщины.

Тщательный анализ начала родов по времени суток показал, что у всех первородящих роды начинались в 2,3 раз больше в ночное время, т.е. по дежурству - 45 родов (69,2%) и 20 родов (30,7%) в дневное время. Однако в группе с фатальным исходом роды по дежурству происходили в 2,2 больше в отличие от дневной времени - 30 (76,9%) против 9 (23,1%).

Выводы. Результаты исследования демонстрируют, что частота встречаемости ОПП первородящих женщин выше и их следует отнести в группу высокого риска этого осложнения. Доказано, что первородящие с фатальным исходом, особенно с сельской местности и позднего репродуктивного возраста более склонны к ОПП и требуют улучшения качества оказания помощи на уровне ПМСП. Осложнение как ОПП возникает преимущественно на втором уровне оказания акушерской помощи, родах происходивших в ночное время и, следовательно, оказания помощи требует оптимизации и пристального внимания за первородящими из групп высокого риска.

Абдуллаева Р.А., Гафурова Н.Г., Шералиева М.Г.

СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН С АКУШЕРСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ В СОЧЕТАНИИ С ОСТРЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЧЕК (ОПП)

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
Республика Таджикистан, г. Душанбе

Цель исследования. Установить социальный и демографический статус первородящих женщин с акушерскими осложнениями, сочетанных с ОПП.

Материал и методы исследования. Для поставленной цели было проведено ретро-проспективное исследование за 11 лет (с 2012-2023гг). Было проанализировано 228 случаев ОПП в результате акушерских осложнений, как тяжелые формы гипертензивных нарушений, акушерских кровотечений, гнойно-воспалительных заболеваний и экстрагенитальной патологии. В ходе исследования обнаружено, что у 65 первородящих женщин, у которых беременность, течении родов и послеродовый период осложнился клиникой ОПП. Объект исследования был распределен на две группы: первая группа 39 жен. (60%) умершие и 26 (40%) - вторая группа выжившие пациентки с ОПП. Материал исследования был собран на базе клинических учреждений Республики Таджикистан: Родильный дом №1 г.Душанбе и ГНКЦРиД г.Душанбе, куда были переведены женщины после диагностики ОПП из различных уровней родовспомогательных учреждений. Было разработана специальная карта анализа случаев куда были включены медико-демографические показатели, характер течения гестационного процесса, исход беременности и родов, клинико - лабораторные показатели. Статистический анализ данных включал в себя вычисление долей (%) для относительных показателей и средних значений со стандартной ошибкой (M±m) для абсолютных величин.
p – статистическая значимость различий показателей между группами проанализирована по критерию Хи-квадрат и по критерию Фишера.

Результаты исследования. Полученные данные показали, что уровень образования обследованных пациенток в 89,7 % случаев умершие женщины имели среднее образование и 10,2% высшее. И в аналогичном соотношении оказались показатели среди выживших пациенток 88,4% с средним и 11,5% с высшим уровнем образования (p <0,05).

Социальный статус женщин с ОПП выявил, что в обеих группах в большинстве были домохозяйками - 82,1% (32 жен) в первой группе и 88,4 % (23 жен) во второй группе. Работниц среди умерших оказалось лишь в 15,4 % (6 жен.), в группе выживших не было выявлено. В одном случае (2,6%) среди умерших первородящих была студентка, а среди выживших их оказалось трое (11,5%).

Средние антропометрические показатели оказались в переделах нормативных показателей. Средний рост составил 157,4±6,1 см, вес 57±11,2 кг и ИМТ 22,9±3,5 среди умерших женщин. У выживших женщин средний рост составил 160,8±4,2 см, вес 61,8±12,1 кг, ИМТ 23,8±4,1 (p >0,05). Нарушение обмена веществ как дефицит масса тела диагностировано в обеих группах по три женщин. Избыточное масса тела в первой группе выявлено у 9/39 (23,1%), во второй группе 9/26 (34,6%), ожирение 1 ст. диагностировано в одинаковом количестве - по две женщин в каждой группе (p >0,05).

Проведенный анализ по идентификации групп крови по системе АВО у первородящих с ОПП диагностировано: 0(I) – первая группа крови у 33,4% умерших и у 26,9% выживших женщин (p >0,05). А(II)- вторая группа у 28,2% первой и 38,5% во второй группе. В(III)- третья группа крови выявлено в 1,5 раза больше среди выживших женщин 30,8% против 20,5%, и АВ (IV)- четвёртая в 4,7 больше среди умерших женщин и составило 17,9% и 3,8% соответственно во второй группе. По резус-фактору не установлено различие достоверных значений, и большинство имели положительный резус, лишь в 5,1% (2 сл.) в первой и в 11,5% (3 сл.) имели отрицательный резус фактор.

Выводы. Проведенный анализ случаев ОПП показал, что частота встречаемости данной патологии высоки среди женщин с низким уровнем дохода и недостаточным уровнем образования, что показывает необходимость повышения осведомлённости и проведения разъяснительных работ среди населения молодого возраста. Установлено в

качестве факторов риска развития ОПП у пациенток с нарушением обмена веществ - как дефицит массы тела, избыточная масса тела и ожирение, и в большинстве случаев у женщин с 0(I) и A(II) группы крови по системы АВО. Особенно высока вероятность верификации ОПП среди умерших женщин с АВ (IV) группы крови, что следует отнести их в группу высокого риска по развитию ОПП. Тщательное наблюдение, своевременная диагностика и адекватная тактика введения женщин среди целевых групп прогнозирует благополучный исход.

Абдуллаева Х.А., Сабиров М.А.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭКСТРОКОРПОРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ПЛАНОВОГО ГЕМОДИАЛИЗА РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Республиканский специализированной научно-практической медицинский центр нефрологии и трансплантации почек. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка эффективности экстракорпоральной терапии в исследовательских группах, состоящих из пациентов, у которых развилась почечная недостаточность и которые начали плановый гемодиализ по поводу нефропатий различного генеза.

Материал и методы. Для исследования в 1-м отделении гемодиализа Республиканского центра научно-практической медицины нефрологии и трансплантации почки были отобраны 96 пациентов, находящихся на плановом гемодиализе, из них сформированы две группы. 1-ю группу (n-57) составили плановые гемодиализные пациенты с 5-й стадией хронической болезни почек, сформировавшейся на фоне нефропатий непочечного генеза (сахарный диабет, артериальная гипертензия, ХБП). 2-ю группу (n-39) составили пациенты, находящиеся на плановом гемодиализе, с 5-й стадией хронической болезни почек на фоне первичных заболеваний почек (гломерулонефрит, пиелонефрит, интерстициальный нефрит, врожденные пороки почек). Эффективность экстракорпоральной терапии в исследуемых группах оценивали путем расчета URR и изучения значения Kt/V.

Результаты исследования. По результатам, полученным на основании наших исследований, УРР в 1-й группе составил 58,9±2,17%, а во 2-й группе - 64,7±1,92%. По результатам Kt/V, показанным аппаратом искусственной почки, в 1-й группе он показал результат ниже нормативного значения 1,13±0,029, а во 2-й группе Kt/V составил нормативное значение 1,29±0,03.

Выводы.

1. По сравнению со 2-й группой, в 1-й группе, начавшей плановый гемодиализ с ХБП 5 стадии генеза без поражения почек, наблюдались более низкие значения URR и Kt/V.
2. Показана эффективность экстракорпоральной терапии в зависимости от генеза почечной недостаточности.

Абдуллоев С.Х.[1,2], Сангинов Д.Р.[2], Бегов Ш.К.[1]

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

1. ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗСЗН РТ.
2. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Изучить диагностическую ценность компьютерной томографии (КТ) поражений лимфоузлов при колоректальном раке (КРР).

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы 42 пациента, пролеченных в стационаре РОНЦ по поводу КРР за период 2023-2024г. Возраст составила от 29 до 79 лет, мужчин – 18 (42,9%), женщин – 24 (57,1%). Всем пациентам выполнена дооперационное КТ органов брюшной полости и малого таза с контрастным усилением. Преимущественная локализация опухоли была в прямой (59,5%), слепой (9,5%) и сигмовидной (4,8%) кишке.

Результаты исследования. Регионарные лимфатические узлы выявлены у 31 (73,8%) больных, при этом у 24 (57,1%) множественные. У 7 (22,6%) больных размеры были >10мм, у 17 (54,8%) от 6 до 10мм. Морфологическое исследование после операции выявило у 3 из 11 не визуалированных до операции лимфоузлов метастатическое поражение. У визуалированных множественных до операции лимфоузлах (24) у 11 на КТ выявлено поражение. Среди 11 больных с подтвержденными метастазами в регионарных лимфоузлах у 5 (45,9%). Лимфоузлы были >10мм. В 3 случаях морфологически подтвержденного поражения лимфоузлов до операции на КТ не были визуализированы лимфоузлы.

Выводы. 1. Наличие выявленных множественных регионарных лимфоузлов до операции повышает вероятность их поражения. 2. Размеры лимфоузлов также связано с возможностью их метастатического поражения. 3. Поражение лимфоузлы, расположенные вблизи опухоли могут быть не визуализированы на КТ изображениях до операции.

Абдуллоева Р.А., Каримова У.А., Кодирова С.Г.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕСТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА У ЖЕНЩИН С БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИЕЙ

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

Цель исследования. Изучить течение гестационного процесса женщин с бессимптомной бактериурией.

Материалы и методы. Проведён анализ 56 историй родов женщин с бессимптомной бактериурией (ББ), из них 21 женщина с ББ, диагностированной в III триместре, не получавшая антибактериальное лечение (основная группа), остальные 35 женщин, в анамнезе которых ББ выявляли во II триместре, и получившие антибактериальную терапию ампициллином (группа контроля). Диагноз ББ ставился на основании двукратного бактериологического исследования

мочи с определением чувствительности выделенных микроорганизмов к антибиотикам. Исследование проводилось в Городском родильном доме №1 г. Душанбе. Для анализа была составлена специальная аналитическая карта, которая включала возраст, паритет, гинекологический анамнез, акушерский анамнез, течение и осложнения данной беременности.

Результаты исследования. Возраст исследуемых женщин колебался от 18 до 41 года, и составил в среднем 23,7±1,4 и 24,3±1,9 года соответственно. Наиболее часто встречаемыми возбудителями явились E.coli в 46,4% и E.faecalis 39,3%. При сравнении паритета основной группы и группы контроля примерно одинаково часто встречались повторнобеременные 61,9% и 71,4%. Гинекологический анамнез был отягощён как в основной, так и в группе контроля патологией шейки матки (хронический цервицит), воспалительные заболевания органов малого таза и урогенитальная инфекция в анамнезе. Значимых различий между группами по гинекологическому анамнезу не выявлено 62,8% против 61,9%. Акушерский анамнез чаще был отягощён медицинскими абортами у женщин с нелеченой бессимптомной бактериурией в 48,2% случаев. У данного контингента женщин частота встречаемости выкидыша составило 37,1% случаев, неразвивающаяся беременность в 11,1% случаев. При изучении течении гестационного процесса ранний токсикоз чаще встречался у 11 беременных не получившие антибактериальное лечение бессимптомной бактериурии и составил 52,4%, против 37,1% в группе женщин получившие антибактериальную терапию. В основной группе в 1,5 раза чаще течение гестационного процесса осложнилось обострением хронического пиелонефрита (42,9%) и цистита (14,3%). При сравнении течения беременности и родов у женщин с ББ основной группы и группы контроля выявлено, что частым осложнением беременности явились угроза прерывания беременности (66,6% и 45,7%) и угроза преждевременных родов (42,8% и 31,4%). У 11 (52,4%) беременных основной группы имело место дородовый разрыв плодных оболочек, многоводие было в 14,3%, маловодие 9,5% случаях, хориоамнионит был в одном (4,7%) случае. В 92,9% родов произошли в срок, преждевременные роды произошли в 8,6% случаях у женщин с нелеченой ББ. Вагинальные роды произошли у 90,4% женщин основной группы, кесарево сечение произведена в 2 (9,6%) случаях. В группе контроля все беременные родоразрешены через естественные родовые пути в срок.

Выводы. Таким образом, у беременных с ББ гинекологический анамнез значимо был отягощён воспалительными заболеваниями органов малого таза, а акушерский анамнез медицинскими абортами. Основным осложнением во время беременности у женщин с нелеченой бессимптомной бактериурией явилась угроза прерывания беременности в первом триместре, а осложнением родов – преждевременные роды. Соответственно, своевременная диагностика и лечение бессимптомной бактериурии приводят к уменьшению случаев развития воспалительных процессов в почках, снижению случаев дородового разрыва плодных оболочек, частоты преждевременных родов и перинатальных потерь.

Абдуллозода Д.А., Гадоев И.С., Набиев М.Х.

НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА КРОВООБРАЩЕНИЯ В СЕМЕННОМ КАНАТИКЕ И ЯИЧКЕ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

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

Цель исследования. Изучить влияние различных методов паховых герниопластики на состояния кровообращения в семенном канатике, яичке и сперматогенезе

Материал и методы исследования. В комплекс здоровья « Истиклол» г. Душанбе под нашим наблюдением находились 65 больных с паховыми грыжами. Возрастной спектр больных колебался от 18 до 30 лет. В качестве неинвазивного информативного метода исследования показателей кровотока по сосудам семенного канатика и яичка проводилось цветное дуплексное сканирование артерий и вен семенного канатика на УЗ-сканере «ToshibaNewino 580». Исследовались скоростные показатели артериального кровотока: пиковая систолическая (пск), средняя скорость кровотока (сск), индекс резистентности (RI) и скоростные показатели венозного кровотока: линейная скорость кровотока (лск).

Результаты исследования. В группе пациентов, которым выполнялись традиционные натяжные методики, (n=25) пиковая скорость артериального кровотока на стороне поражения составляла 31,40±5,6 см/сек, на здоровой стороне - 34,23±7,52см/сек. Средняя скорость артериального кровотока по сосудам семенного канатика была 12,76±2,4 см/сек на пораженной стороне и 13,88±2,03см/сек на здоровой стороне. В группе больных (n=25), перенесших «ненатяжную» паховую герниопластику, скоростные показатели кровотока в значительной степени были результативные, что обусловлено, очевидно, снижением частоты компрессионных осложнений за счет протезирующей пластики. Так пиковая скорость артериального кровотока на стороне поражения составила 32,08±6,04см/сек., на здоровой стороне 31,40±5,6см/сек. Средняя скорость артериального кровотока по сосудам семенного канатика составила 11,62±2,92см/сек и 13,64±2,03см/сек на здоровой стороне. Изучение характера артериального кровотока у пациентов после видеолапароскопической герниопластики(n=15) показало, что пиковая скорость артериального кровотока на стороне поражения составила 33,12±6,11см/сек и на здоровой стороне -34,51±6,6см/сек. Средняя скорость артериального кровотока по сосудам семенного канатика составляла 12,48±2,69см/сек на пораженной стороне и 13,89 ±2,11 на здоровой стороне. Современные методы паховой герниопластики благоприятно влияли и на показатели кровотока паренхимы яичка.

Заключение. Таким образом, «ненатяжные» и видеолапароскопические методы герниопластики благоприятно влияют на показатели кровотока в семенном канатике и паренхиме яичка за счет снижения травматичности операции и снижения «компрессионных» осложнений. Улучшение кровообращения в органах мошонки в дальнейшем способствовало улучшению показателей сперматогенеза у больных на 4-5 сутки послеоперационного периода

Абдуллозода Д.А., Гадоев И., Набиев М.Х.

ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫУ БОЛЬНЫХ ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ

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

Цель исследования. Определить уровень маркеров «оксидантного стресса» и гипоксии в крови и оттекающей от яичка венозной крови при паховых грыжах.

Материал и методы исследования. В комплексе здоровья « Истиклол» г. Душанбе под нашим наблюдением находились 34 больных с паховыми грыжами. Возрастной спектр больных колебался от 18 до 30 лет. Длительность заболевания сахарным диабетом составила от 2 до 10 лет. Больные по характеру заболеваний распределены на 3 группы - больные с длительным (5 или более) грыженосительством - 14, больные ПГ, сочетающейся с варикоцеле – 12, больные с бесплодием, перенесшие паховые грыжесечения – 8.

Результаты исследования и их обсуждение. Изучение уровня показателей «оксидантной» токсемии и гипоксии у изучаемых групп пациентов в периферической крови свидетельствовало о повышении их уровня. В результате установлено, что у больных I группы вследствие сдавления уровень ДК и МДА в периферической крови у больных I-й группы достигал 1,3±0,02 оп.ед пг/мл и 2,4±0,09 нмоль/мл, что обусловлено компрессией элементов семенного канатика грыжевым мешком длительное время, подтверждающим наличие ишемии является повышение уровня лактата крови – 1,2±0,2 ммоль/л. У пациентов II и III групп эти же показатели были значительно выше в периферической крови. Так, уровень ДК составил 1,6±0,06 опт.ед пг/мг и 1,9±0,10 опт.ед пг/мг, МДА – 2,5±0,07 нмоль/мл и 3,2±1,2 нмоль/мл соответственно. Таким образом, у больных всех групп имеется увеличение в периферической крови уровня маркеров «оксидантной» токсемии и гипоксии. Подтверждением сказанного является критическое повышение уровня продуктов ПОЛ в оттекающей от яичка венозной крови, особенно у больных II и III групп. Так, содержание ДК в оттекающей от яичка крови у больных II-III группы составило – 2,0±0,4 оп.ед пг/мг и 2,1±0,9 оп.ед. пг/мг соответственно. Значительно повышенное и критически высокое было у этих больных содержание МДА, составляющее - 3,3±0,08 и 4,9±1,23 нмоль/мл соответственно. Токсические продукты оксидантного генеза вызывают тяжелые повреждения эндотелия сосудов семенного канатика, паренхимы яичка, а также ГТБ вследствие наполнения не только активных форм кислорода, но и лактата крови, уровень которой у пациентов II-III групп в оттекающей венозной крови критически повышен – 2,3±0,6 ммоль/л и 2,5±0,2ммоль/л соответственно.

Таким образом, повышение содержания продуктов ПОЛ в паренхиме яичка в дальнейшем приводит к разветвлению цепных реакций и конечных продуктов ПОЛ, обладающих высокой повреждающей активностью с последующим развитием системных повреждений клеточных структур контрлатерального яичка с последующим прогрессированием и развитием тестикулярной недостаточности. Проведенное клиническое исследование показывает ведущую роль оксидантной токсемии и гипоксии в патогенезе тестикулярной недостаточности у больных паховыми грыжами.

Абдурасулов А.А., Джамилов Р., Зокиров Р.А.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кафедра общей хирургии № 2, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» Таджикистан.

Актуальность. Синдром диабетической стопы (СДС) является одним из наиболее серьезных и распространенных осложнений сахарного диабета, нередко приводя к ампутации нижних конечностей. До 15% пациентов с сахарным диабетом развивают диабетическую стопу, что снижает качество жизни и увеличивает риск инвалидизации и смертности. Своевременная диагностика и комплексное лечение играют важную роль в профилактике осложнений и улучшении исходов.

Цель исследования. Оценить эффективность комплексного подхода к лечению и профилактике синдрома диабетической стопы у пациентов с сахарным диабетом, с целью снижения частоты осложнений и ампутаций нижних конечностей.

Методы. Исследование охватило 150 пациентов с синдромом диабетической стопы, которые были разделены на две группы. В первой группе (n=75) использовались стандартные методы лечения (антибактериальная терапия, обработка ран, инсулинотерапия). Во второй группе (n=75) применялся комплексный подход, включающий сосудистую хирургию и применение современных перевязочных материалов. Оценивались сроки заживления ран, частота ампутаций, восстановление кровообращения и качество жизни пациентов.

Результаты. Исследование показало значительную эффективность комплексного подхода к лечению пациентов с синдромом диабетической стопы (СДС) по сравнению с традиционными методами лечения. Во второй группе, где применялся комплексный подход, включающий сосудистую хирургию и использование современных перевязочных материалов, частота ампутаций составила 12%, что значительно ниже по сравнению с 30% в группе, получавшей стандартное лечение. Это подчеркивает важность применения методов восстановления кровоснабжения и современной перевязочной терапии для предотвращения тяжелых осложнений, таких как гангрена и некроз. Сроки заживления язв и ран у пациентов во второй группе сократились в среднем на 25% по сравнению с контрольной группой. Средняя продолжительность заживления составила 4-6 недель во второй группе, тогда как в контрольной группе этот процесс длился 6-8 недель. Более быстрое восстановление кожных покровов связано с улучшением микроциркуляции благодаря сосудистым вмешательствам и эффективной защите раны современными перевязочными средствами. У пациентов второй группы восстановление периферического кровообращения улучшилось на 40% по сравнению с контрольной группой. Это достигалось за счет применения сосудистой хирургии, направленной на устранение окклюзии периферических сосудов и улучшение кровоснабжения пораженных тканей. Пациенты во второй группе показали более высокие показатели периферической оксигенации и уменьшение болевого синдрома, что значительно способствовало

улучшению общего состояния. Пациенты, получавшие комплексное лечение, реже нуждались в повторных госпитализациях из-за осложнений СДС. Частота рецидивов инфекций и повторных госпитализаций в группе с комплексным подходом снизилась на 35% по сравнению с контрольной группой. Это связано с более эффективным контролем инфекционного процесса и лучшим состоянием раневой поверхности. Пациенты второй группы отметили значительное улучшение качества жизни благодаря снижению болевого синдрома, улучшению способности к передвижению и снижению частоты госпитализаций. Это подтверждено результатами анкетирования, в ходе которого 85% пациентов второй группы сообщили о значительном улучшении самочувствия, тогда как в контрольной группе этот показатель составил 60%.

Вывод. Результаты исследования демонстрируют, что комплексный подход к лечению синдрома диабетической стопы, включающий сосудистую хирургию и современные методы ухода за ранами, значительно улучшает прогноз у пациентов.

Абдурасулов А.А., Зокиров Р.А., Джамилов Р.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТОТАЛЬНОЙ ТИРЕОИДЭКТОМИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕРВНОГО МОНИТОРИНГА В ЛЕЧЕНИИ ЗОБА

Кафедра общей хирургии № 2, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» Таджикистан.

Цель исследования. Оценить эффективность тотальной тиреоидэктомии с интраоперационным мониторингом возвратного гортанного нерва у пациентов с зобом и выявить влияние этого метода на частоту осложнений и рецидивов заболевания.

Методы. В исследование включены 140 пациентов с многоузловым зобом, которым была проведена тотальная тиреоидэктомия. Пациенты были разделены на две группы: в первой группе (n=70) применялся стандартный метод тотальной тиреоидэктомии, во второй группе (n=70) использовалась тотальная тиреоидэктомия с интраоперационным мониторингом возвратного гортанного нерва. Оценивались функциональные показатели, частота повреждения гортанных нервов, частота рецидивов и послеоперационные осложнения.

Результаты. В группе пациентов, которым проводилась тотальная тиреоидэктомия с использованием интраоперационного мониторинга, частота повреждений возвратного гортанного нерва составила всего 5%, в то время как в группе, где не использовался мониторинг, этот показатель достиг 20%. Это указывает на существенное снижение риска повреждения нерва при использовании нервного мониторинга, что особенно важно для предотвращения послеоперационной дисфонии и нарушения голосовой функции. Пациенты, которым проводился мониторинг нервов, показали быстрее восстановление голосовой функции. Среднее время восстановления голоса в этой группе сократилось на 40% по сравнению с пациентами, которым была проведена стандартная тиреоидэктомия без мониторинга. У пациентов с мониторингом уже через 2-3 недели наблюдалось значительное улучшение голоса, тогда как у пациентов без мониторинга полное восстановление занимало до 6 недель. Использование тотальной тиреоидэктомии с интраоперационным нервным мониторингом позволило значительно снизить частоту рецидивов заболевания. В группе с мониторингом частота рецидивов составила 7%, что в два раза ниже, чем в группе без мониторинга (15%). Это указывает на более точное удаление патологически измененных тканей и снижение вероятности повторного роста зоба. В группе с интраоперационным мониторингом также наблюдалось снижение частоты других послеоперационных осложнений, таких как паралич голосовых связок и гипопаратиреоз. Частота таких осложнений составила 5% в группе с мониторингом и 12% в контрольной группе. Это связано с более точной работой хирургов, которые благодаря мониторингу могли избежать повреждения жизненно важных структур в области шеи. Пациенты, которым проводилась операция с мониторингом нервов, продемонстрировали более короткий восстановительный период и сокращение продолжительности госпитализации на 15%. Среднее время пребывания в стационаре составило 5 дней в группе с мониторингом и 7 дней в группе без него. Более быстрое восстановление связано с меньшим количеством осложнений и снижением риска повреждения нервов.

Выводы. Тотальная тиреоидэктомия с применением интраоперационного нервного мониторинга является более безопасным и эффективным методом лечения зоба, снижая риск повреждения возвратного гортанного нерва и улучшая функциональные результаты.

Абдурахманов Ф.М., Касимов У.К.

АНАЛИЗ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ С ПОСТКОВИДНЫМ ТРОМБОЗОМ КАВЕРНОЗНЫХ СИНУСОВ

Кафедра общей хирургии №1 «Ташкентская медицинская академия» Узбекистан

Цель исследования. Проведение анализа случаев летальных исходов у больных с тромбозами кавернозных синусов.

Материалы и методы. Нами изучены 93 пациента с различными проявлениями тромбозов кавернозных синусов, которые перенесли COVID-19 и находившихся на стационарном лечении в отделении гнойной хирургии многопрофильной клинике ТМА.

Наиболее часто у пациентов наблюдалось поражение придаточных синусов и челюстно-лицевой области, что выявлялось в 36,6% и 35,5% случаев соответственно. При этом вовлечение в процесс глаз проявлялось синдромом глазничной щели, проявляющееся офтальмоплегией, птозом, экзофтальмом и энофтальмом, различной степени выраженности. Она была выявлена у 26 пациентов (27,9%).

Результаты. Проведя анализ по срокам появления клинической картины тромбоза кавернозных синусов после перенесенного COVID 19 было выявлено, что наиболее часто они проявляются в сроки от 7 до 14 дней, в нашем исследовании, таких больных было 63, что составляет 67,7%, на втором месте проявление возникали после 14 дней,

составляя 20,4%. Менее реже клинические проявления возникают до 7 дней после перенесенного COVID 19. В 81,7% пациентов в анамнезе был сахарный диабет, при этом у них был сахарный диабет II типа и все они получали инсулин, различной продолжительности действия. У 59 пациентов (63,4%) была диагностирована гипертоническая болезнь и в 48,4% случаев у больных была ишемическая болезнь сердца.

Изучение развития рино-сино-церебральных ослознений тромбоза кавернозного синуса показал, что у 71 пациента наблюдался некроз слизистой носа и придаточных пазух, в 65,6% были различной степени тяжести глазные осложнения и в 9,6% случаев у больных наблюдались нарушения мозгового кровообращения.

Анализируя результаты лечения больных видно, что только в 31,2% случаев больные были выписаны с положительной динамикой для последующего лечения и наблюдения в амбулаторных условиях, при этом больше половины пациентов 62 (66,7%) были забраны домой. Причинами этого явилось тяжелое состояние пациентов, отказ от проведения оперативного вмешательства, ухудшение состояния после проведенной хирургической операции. Они трактовались как летальные исходы. Двое больных переведены в отделение неврологии в связи с прогрессированием клиники острого нарушения мозгового кровообращения.

Заключение. Таким образом, полученные данные о летальных исходах показали, что основными факторами, вероятно повлиявшими на исход заболевания, явились: наличие сопутствующих заболеваний, пожилой возраст, позднее обращение за медицинской помощью и отсутствие стандартов ведения больных с данной патологией.

Абдусамадов К.А., Юнусов Х.А., Солиев О.Ф.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» Душанбе, Таджикистан
Кафедра хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан
Институт последипломного образование в сфере здравоохранения Республики Таджикистан

Цель исследования. Продемонстрировать возможность инновационной технологии в профилактике и лечении нарушений мозгового кровообращения.

Материалы и методы исследования. В Республиканском научном центре сердечно-сосудистой хирургии (РНЦССХ) за период с февраля 2020 по сентябрь 2024гг были оперированы 24 пациента с хроническим и острым нарушением мозгового кровообращения. Реваскуляризация головного мозга проводилась рентгеноэндоваскулярным методом. Пациенты, которым были выполнены каротидная эндартерэктомия в данное исследование не включены. Мужчин было 15, женщин – 9. Средний возраст составил 67,8±3,2. У 21 пациента имело место хроническое нарушение мозгового кровообращения, у 3-х реваскулязизация проводилась в острейшем периоде ишемического инсульта. В основном органические поражения наблюдались в каротидном бассейне, только у 3-х пациентов отмечалось хроническое поражение в вертебробазилярном бассейне.

Результаты исследования. Все пациенты с клинической картиной хронического нарушения мозгового кровообращения были оперированы после предварительной двойной антиагрегантной терапии. Во всех случаях операция проводилась под местной анестезией. Доступом для реваскуляризации головного мозга в более 80% с пункцией через бедренной артерий, у 4-х пациентов в качестве доступа использовали лучевую артерию. У 9-и пациентов проводилось стентирование сонных артерий с одномоментной реваскуляризацией других артериальных бассейнов, в том числе: стентирование коронарных (5), подключичных (2) и почечных артерий, а также реваскуляризации верхних (1) и нижних конечностей (1). Троим пациентам с острым ишемическим инсультом выполняли тромбасспирацию из средней мозговой артерии. Ухудшение неврологического дефицита и летальных исходов не наблюдалось.

Выводы. Реваскуляризирующие операции с применением рентгеноэндоваскулярных методов для профилактики и лечения ишемического инсульта является безопасным, малотравматичным и эффективным методом лечения. Применение инновационной технологии в большинстве случаев позволяет восстановить мозговой кровоток у лиц старшей возрастной группы с тяжелыми сопутствующими патологиями.

Агзамова С.С., Хикматов М.Н.

ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОПТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ

Кафедра “Офтальмология”, *Ташкентский государственный стоматологический институт.*

Цель исследования*:* оценка эффективности однов ременной цветовой и магнитной стимуляции при лечении травматической нейропатии зрительного нерва.

Материал и методы*.* Мы провели лечение 25 больных (25 глаз) травматической оптической нейропатия. Контрольная группа получала только консервативное лечение. Средний возраст пациентов 18-55 лет; 31 мужчина, 14 женщин. Всем пациентам проводили комплексное офтальмологическое обследование, при лечении использовали аппарат КМС-12 разработки ООО «ЛМО». Монокулярный световой излучатель, установленный на очках, входящих в комплект ЦМС-12, позволяет проводить процедуру цветовой стимуляции одновременно с магнитостимуляцией. Для этого на специальные очки надевают монокулярный световой излучатель. Во время процедуры магнитной изучатель располагается в зонах по проекция зрительного нерва, обеспечивающий режим движущегося магнитного поля. Направление движения меняется каждую минуту, чтобы снизить приспособляемость организма. Скорость его движения (частота модуляции) может регулироваться от 1 до 16 Гц, что обеспечивает очень широкий выбор частоты для оптимизации параметров процедуры. Лечение проводилось по 20 минут каждый день в течение 10 дней. Больные контрольной группы получали лечение по традиционной схеме (Sol.Pirocetami 20%-5.0 в/в, Sol.Acidi Acrorbinici 5%-2.0 в/м, Sol. Emotropi 1% 0.5 п/б).

В результате проведенной сочетанной физиотерапии произошло улучшение остроты зрения у 68%пациентов на 0,3-0,5; расширение поля зрения: в среднем на 85±35 град.; зрительные вызванные потенциалы: у 80% – увеличение амплитуды на 2-4 мкВ, уменьшение латентности на 20-35 м/сек. Субъективная оценка состояния: по словам пациентов, «стали лучше видеть, в том числе, мелкие буквы», повысилась работоспособность, исчезли неприятные ощущения в глазах, головная боль, улучшился сон и настроение. Побочные эффекты не наблюдались. В основном у группы в результате проведенной сочетанной физиотерапии произошло улучшение остроты зрения у 70% пациентов группы сравнения на 0,2-0,4; расширение поля зрения: в среднем на 85±35 град.; зрительные вызванные потенциалы: у 80% – увеличение амплитуды на 2-4 мкВ, уменьшение латентности на 20-35 м/сек. В группе контроля улучшение остроты зрения наступило у 28% пациентов на 0,1; расширение поля зрения: в среднем на 25±5 град.; зрительные вызванные потенциалы не изменились. Таким образом, по данным проведенного исследования, эффективность нового метода физиотерапевтической нейропротекции значимо выше, чем традиционная методика магнитотерапии на область орбиты.

Выводы. Применение цветовой и магнитной стимуляции в сочетании с традиционными консервативными лечебными мероприятиями при лечении травматической оптической нейропатии повысило эффективность лечебных мероприятий. Этот метод позволяет более эффективно улучшить и стабилизировать важные функции пациента.

Азиззода З.А., Нуруллоева С.А., Сангов М.Б., Холов А.Д.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИТОНИТОВПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

ГОУ “Хатлонский государственный медицинский университет”.
Кулябская областная клиническая многопрофильная больница им. А.Хакназарова.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с акушерским перитонитом.

Материал и методы исследования. В перинатальном центре Областной многопрофильной клинической больницы им. А.Хакназарова г. Куляба за период 2020 по 2023 годы госпитализированы 23 924 беременных женщин. По различным показаниям 6 769 (28,2%) беременным роды разрешены путем кесарева сечения. Следует отметить, что согласно статистическим отчетам учреждения процент кесарева сечения в различные годы составило от 21,1% до 37,1% по отношению к естественным родам, так если в 2020 этот процент составило 1622 (25,3%) то 2021 – 1874 (32,1%), 2022 – 1775 (37,1%), а в 2023 – 1438 (21,7%), что связано с политикой учреждения сохранить большой процент родов естественным путем, снизить число необоснованных оперативных вмешательств с целью снижения процента осложнений, связанные с кесарево сечения.

Результаты исследования. Послеоперационный перитонит после кесарево сечения отмечались у 39 (0,5%) оперированных, в то числе распространенный перитонит у 27 (0,3%), ограниченное гнойное скопление в виде абсцессов брюшной полости у 12 (0,17%).

Результаты исследования показали, что основными причинами послеоперационных внутрибрюшных гнойно-воспалительных осложнений являлись предрасполагающие факторы, какдлительный безводный период, до 12 часов и более, наличие эндометрита у рожениц. Акушерские перитониты диагностированы по клиническим проявлениям. У больных отмечались наличие перитонеальных симптомов, парез кишечника, наличие гипертермии, тахикардии и боли внизу живота. Основным инструментальным методом исследования акушерских перитонитов являлось УЗИ, с помощью которого определялось наличие патологических жидкостных скоплений в брюшной полости, пневматоз и гиперэхогенность кишечных стенок, неравномерность тольщины и структуры швов на матке.

В 13 случаев причиной несостоятельности шва на матке послекесарева сечения являлись неполноценноевосстановления её стенок в ходе операции или чрезмерно часто наложенные швы, которые становились причинамиишемии краев раны, некротических изменениийи развитию воспалительного процесса. В 2 случаях причинами послеоперационного перитонита являлось интраоперационное ранение мочевого пузыря. Предрасполагающими факторами при этомявлялись наличие воспалительного процесса и спаек в полости малого таза.

В предоперационном периоде больным проведено инфузионная востановительная терапия, наложен в объёме до 1000-1500 мл. ивнутривенное применение антибиотиков широкого спектра действия.

Все больные были оперированы. 21 больным выполнена релапаротомия с экстирпацией матки, санация и дренирование брюшной полостисрединным доступом.Двое больным с повреждением мочевого пузыря выполнена цистостомия. Шестеро больным удалось сохранить матку. Им при наличии распространенного серозного перитонита, частичной несостоятельности швов на матке без выраженных видимых изменений краев раны выполнена удаление лигатур, иссечение некротизированных краев раны на матке, выскабливание, санация полости матки и наложение вторичных швов, санация брюшной полости и назоинтестинальная интубацию тонкой кишки. Шестеро больным с ограниченными абсцессами брюшной полости выполнено чрескожное дренирование подУЗ контролем.

Послеаперационное введение пациентов включало антибактериальную, детоксикационную терапию, коррекцию нарушений гомеостаза, лечение и профилактика энтеральной недостаточности.

Умерли 5 (12,8%) оперированные больные от тяжелого перитонита, тяжелой степени эндогенной интоксикации и полиорганной недостаточности.

Выводы. Залог эффективности хирургического лечения акушерского перитонита является ранняя диагностика и хирургическое вмешательство, направленное на ликвидации источника перитонита, нтраоперационная санация, декомпрессия паретического кишечника, дренирование брюшной полости ивосстановительная терапия.

Айниев Б.С., Каримов Д.А., Ғоибзода Н.Б.

ТАҲЛИЛИ НАТИҶАИ ТАБОБАТИ ҶАРРОҲӢ ВА КОНСЕРВАТИВИИ ШИКАСТИ БУҶУЛАКҲО

Кафедраи фанҳои ҷарроҳии №3-и МДТ ДДТХ.
Беморхонаи ҷумҳуриявии клиникии н. Данғара.

Мақсади тадқиқот. Таҳлили натиҷаи табобати ҷарроҳӣ ва консервативи шикасти буҷулакҳо дар шароити Беморхонаи ҷумҳуриявии клиникии н. Данғара.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Аз соли 2021 то соли 2023 58 нафар беморон бо шикасти буҷулакҳо дар зери назорат қарор доштанд. Аз шумораи умумии беморони мавҷуда 39 (67,24%) нафар мардҳо ва 19 (32,76%) нафарашон занҳо буданд. Сину соли беморон аз 17 то 57 соларо ташкил медод. Шикасти намуди А дар 26 (44,82%) нафар беморон, намуди В дар 19 (32,76%)нафар беморон ва шикасти намуди С дар 13 (22,42%) нафар беморон дучор шуд. Ҳамаи беморон ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд. Гурӯҳи А асосӣ, 39 (67,24%) нафар беморон, ки табобати ҷарроҳиги гирифтанд ва ҳангоми ҷарроҳӣ фулузоти сохторашон гуногун истифода бурда шуданд ва гурӯҳи Б-санҷишӣ 19 (32,76%) нафар беморон, ки табобати консервативӣ гирифтанд. Табобати консервативӣ аз пушида ҷобаҷокунии устухонҳо ва гузоштани бандинаи гаҷи ва марҳила ба марҳила иваз кардани бандинаҳои гаҷӣ иборат буд. Ҳамаи беморон давраи табобати физиотерапевтиро гирифтанд. Усулҳои муоинаи клиникӣ ва рентгенологӣ истифода бурда шуда, баҳодиҳии натиҷаи функсионалӣ аз рӯйи ҷадвали AOFAS гузаронида шуд.

Натиҷаи тадқиқот. Баъд аз табобати ҷарроҳӣ дар гурӯҳи асосӣ дар 34 (87,18%) нафар беморон дар давраҳои наздиктарин ва дур баъд аз чарроҳӣ натиҷаи аъло ва хуб , дар 4 (10,26%) нафар беморон натиҷаи қаноатбахш ва дар 1 (2,56%) нафар бемор натиҷаи ғайриқаноатбахш ба назар расид. Ҳангоми табобати консервативӣ дар 9 (47,36%) нафар беморон натиҷаи аъло ва хуб дар 7 (36,84%) нафар беморон натиҷаи қаноатбахш ба назар расид. Натиҷаи ғайриқаноатбахш дар 3 (15,78%) нафар беморон дар намуди артрози деформатикӣ, кандашавии синдесмози қисми дисталии устухонҳои соқ, нодуруст часпидани қираи ақибӣ устухони соқи калон ва аломоти Зудека ба назар расид.

Хулоса. Ҳамин тариқ, шикасти буҷулакҳо сари вақт ва пурра бартараф намудани беҷошавии устухонҳо ва мустаҳакамкунии устуворро талаб мекунанд, ки ин зуд ва пурра барқарор кардани қобилияти меҳнатии беморонро таъмин менамояд.

Айниев Б.С., Каримов Д.А. , Ғоибзода Н.Б.

ТАБОБАТИ ҶАРРОҲИГИИ БАРОМАДҲОИ КУҲНАШУДАИ САРАКИ УСТУХОНИ СОИД ДАР КӮДАКОН

Кафедраи фанҳои ҷарроҳии №3-и МДТ ДДТХ.
Беморхонаи ҷумҳуриявии клиникии н. Данғара.

Мақсади тадқиқот. Беҳтар кардани табобати ҷарроҳигии баромадҳои куҳнашудаи сараки устухони соид дар кӯдакон.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар беморхонаи ҷумҳуриявии клиникии н. Данғара аз соли 2020 то 2023 16 (100%) нафар кӯдакони сину соли аз 3 то 14 сола бо ташхиси баромади куҳнашудаи сараки устухони соид дар зери назорат буданд. Писарон 13 (81,25) нафар ва духтарон 3 (18,75) нафарро ташкил намуданд. Усулҳои муоинаи клниникӣ ва рентгенологӣ истифода бурда шуд. Вобаста ба муҳлати пас аз осебгирӣ муроҷиат кардан маълум шуд, ки баъд аз 3-ҳафтаи осебгирӣ 8 (50%) нафар кӯдакон, аз 3-ҳафта то як моҳ 5 (31,25) нафар кӯдакон ва то 12-моҳ 3 (18,75)-нафар кӯдакон муроҷиат карданд. Табобати ҷарроҳигӣ бо кушода бартараф кардани баромади сараки устухони соид васлкунӣ бо сихҳо ва барқарор кардани боқимондаи пайвандаки ҳалқашакл дар 13(81,25%) нафар кӯдакон ва остеотомияи устухони оринҷ бо мақсади бартараф кардани кутоҳӣ ва гузоштани дастгоҳи Илизаров дар 3 (18,75%) нафар кӯдакон гузаронида шуд.

Натиҷаи тадқиқот. Дар давраҳои наздиктарин ва дури баъд аз чарроҳӣ дар 14 (87,5%) нафар кӯдакон натиҷаи хуб мушоҳида карда шуд. Дар 3 (18,75%%) нафар кӯдакон бо натиҷаи қаноатбахш дар давраҳои наздиктарин аз сабабӣ муҳлати дароз нагирифтани бандинаи гаҷи на сари вақт нагирифтани муолиҷаи барқароркунӣ маҳдудияти ҳаракатҳои қаткунию ростку нӣ ва ротатсионӣ мушоҳида карда шуд,ки баъд аз гузаронидани муолиҷаи барқароркунӣ бартараф карда шуданд.

Хулоса. Методикаи табобати ҷарроҳигии баромадагиҳои куҳнашудаи сараки устухони соид дар кӯдакон боиси нағз мустаҳакам шудани сараки устухони соид гардида, ба такроран баромадани сараки устухони соид монеъ мешаванд.

Айниев Б.С., Каримов Д.А., Ғоибзода Н.Б.

ТАБОБАТИ ҶАРРОҲИИ БАРОМАДҲОИ КУҲНАШУДАИ САРАКИ УСТУХОНИ СОИД ДАР КӮДАКОН

Кафедраи фанҳои ҷарроҳии №3-и МДТ ДДТХ.
Беморхонаи ҷумҳуриявии клиникии н. Данғара.

Мақсади тадқиқот. Беҳтар кардани табобати ҷарроҳии баромадҳои куҳнашудаи сараки устухони соид дар кӯдакон.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар беморхонаи ҷумҳуриявии клиникии н. Данғара аз соли 2020 то 2023 16 (100%) нафар кӯдакони сину соли аз 3 то 14 сола бо ташхиси баромади куҳнашудаи сараки устухони соид дар зери назорат буданд. Писарон 13 (81,25) нафар ва духтарон 3 (18,75) нафарро ташкил намуданд. Усулҳои муоинаи клниникӣ ва рентгенологӣ истифода бурда шуд. Вобаста ба муҳлати пас аз осебгирӣ муроҷиат кардан маълум шуд, ки баъд аз 3-ҳафтаи осебгирӣ 8 (50%) нафар кӯдакон, аз 3-ҳафта то як моҳ 5 (31,25) нафар кӯдакон ва то 12-моҳ 3 (18,75)-нафар кӯдакон муроҷиат карданд. Табобати ҷарроҳии бо кушода бартараф кардани баромади сараки устухони соид васлкунӣ

бо сихҳо ва барқарор кардани боқимондаи пайвандаки ҳалқашакл дар 13(81,25%) нафар кӯдакон ва остеотомияи устухони оринҷ бо мақсади бартараф кардани кутоҳӣ ва гузоштани дастгоҳи Илизаров дар 3 (18,75%) нафар кӯдакон гузаронида шуд.

Натиҷаи тадқиқот. Дар даврахои наздиктарин ва дури баъд аз чарроҳӣ дар 14 (87,5%) нафар кӯдакон натиҷаи хуб мушоҳида карда шуд. Дар 3 (18,75%%) нафар кӯдакон бо натиҷаи қаноатбахш дар даврахои наздиктарин аз сабабӣ муҳлати дароз нагирифтани бандинаи гаҷӣ, сари вақт нагирифтани муолиҷаи барқароркунӣ маҳдудияти ҳаракатҳои қаткунию росткунӣ ва ротатсионӣ мушоҳида карда шуд,ки баъд аз гузаронидани муолиҷаи барқароркунӣ бартараф карда шуданд.

Хулоса. Методикаи табобати ҷарроҳии баромадагиҳои кухнашудаи сараки устухони соид дар кӯдакон боиси нағз мустаҳкам шудани сараки устухони соид гардида, ба такроран баромадани сараки устухони соид монеъ мешаванд.

Алиева Н.А., Бабаева Т.С., Карим-заде Х.Дж.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕМОДЕКОЗНОГО БЛЕФАРИТА

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Диагностика и лечение демодекоза у больных с воспалением краёв век. Исследование позволяет выявить условно-патогенных клещей рода Demodex на коже и ресницах, а также эффективность терапии.

Материал и методы. На базе кафедры офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, с апреля до августа 2024 года, под наблюдением находились 50 больных с демодекозным блефаритом.

Точного времени манифестации офтальмодемодекоза не существует, однако данные позволили выявить средний возраст заболевших женщин – 38,5±2 года и мужчин – 34,3±5,4 года. Известно, что распространённость паразитоносительства у детей младше 10 лет составляет 3%. С возрастом частота увеличивается в геометрической прогрессии и к 60-68 годам достигает 100%. Инфицирование D. Brevis у пациентов старшей возрастной группы встречается чаще, чем у молодых пациентов. Вероятность выявления D. Folliculorum не зависит от возраста больных

Всем респондентам проводилось обследование на наличие демодекса методом соскоба содержимого сальных желёз, эпиляции бровей и ресниц. На конфокальном лазерном сканирующем микроскопе VivaScope 1500® (Lucid Inc., Rochester, NY)

Результаты исследования. Пациенты были распределены на 3 группы, клинически почти у всех пациентов была классическая форма блефарита зуд, жжение, отечность век, появление чешуек на ресницах периодически выпадение ресниц. Во время биомикроскопии края век утолщены, наблюдается отёчность и множество чешуек У 10 из них было видночастичное выпадение ресниц. У 5 пациентов было полное выпадение ресниц нижнего века. Во время обследования у 6 пациентов был выявлен хронический блефарит, у 11 был выявлен аллергический конъюнктивит у 15 пациентов нарушения рефракции, у 9 нарушения со стороны ЖКТ.

Лечение демодекозного блефарита должно быть комплексным. Как правило, в схему входит: физиотерапии, электрофорез тиасульфатом натрия и массаж краёв век лекарственными препаратами

Чтобы снизить количество клещей до субклинического, уменьшить частоту рецидивов, а также устранить симптомы сопутствующих офтальмологических заболеваний, важно применять акарицидные, противовоспалительные, антигистаминные и местные антибактериальные препараты.

Первой группе пациентов было назначено: 2 раза в день обработка краёв век настойкой календулы, втирание демозоловой мазью, а также соблюдение санитарно-гигиенических норм (промыть лицо дегтярным мылом, проглаживание наволочек утюгом, замена перьевых подушек). Второй группе пациентов была назначена масло чайного дерева с демозоловой мазью, таблетки цитиризин, а также соблюдение личной гигиены. Третьей группе было назначено демозоловая мазь с таблетками метронидазола и электрофорез с тиосульфатом натрия. После лечения был проведен повторный анализ, эпиляция бровей и ресниц, результаты первой группы – эффективность терапии составила 50%, вторая группа – 70%, третья группа – 60%.

Выводы. На основании полученных данных, можно сделать вывод о том, что самым распространённым офтальмодемодекозом является демодекозный блефарит. Патогенез заболевания до конца не изучен. Лечение воспаления век, вызванного клещами рода Demodex, достаточно сложное, малоэффективное и длительное. В среднем, терапия занимает 30-45 дней, что существенно снижает комплаенс. Все виды комбинирований терапии дают хороший результат. Ввиду описанных фактов проблема остаётся актуальной по сей день.

Аль-Шукри А.С., Петров С.Б., Максимова А.В.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ ОБРАТНОГО ЗАХВАТА СЕРОТОНИНА СОВМЕСТНО С АКУПУНКТУРОЙ У МУЖЧИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИЕЙ

[1] Кафедра урологии с клиникой ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия.

Цель исследования. Преждевременная эякуляция (ПЭ) является одной из распространенных проблем в урологии. Актуальность данного состояния объясняет поиск новых методик в терапии. Цель нашего исследования заключалась в сравнении результатов применения препарата «Дапоксетин» в дозировке 30 мг с группой, получавшей медикаментозную терапию препаратом совместно акупункутрой.

Материалы и методы. В исследование были включены 90 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет с подтвержденным диагнозом ПЭ. Случайным образом мужчины были разделены на две группы. В группе I (n=45) исследуемые получали ингибитор обратного захвата серотонина «Дапоксетин» в дозировке 30 мг – один раз в сутки в течение 30 дней. В группе II (n=45) совместно с приемом препарата мужчины проходили курс акупунктурной терапии в

ПСПБГМУ им.акад.И.П.Павлова (Точки воздействия иглами: Гуань-юань-шу, Цы-ляо, Шень-Шу,Цзу-сян-ли,Кунь-Лунь, Юн-угоань).

Мужчины прошли опросники PEDT и AIPE до начала лечения и после, а также через 1 месяц после окончания исследования. Пациенты, принимавшие участие в исследовании, были сексуально активны и имели регулярный половой акт (2-3 раза в неделю) с одной сексуальной партнершей.

Результаты исследования. В группе I мужчинами было отмечено увеличение длительности полового акта в 1,5-2 раза (с 1,33 ± 0,50 минут до 2,59 ± 0,30 минут). По данным опросника PEDT снижение баллов с 14,9 ± 1,3 до 9,2 ± 1,1. По данным вопросника AIPE увеличение баллов с 8,6 ± 1,4 до 22,1 ± 3,2. В группе II на фоне комбинированной терапии произошло увеличение длительности полового акта в 2-3 раза (с 1,35 ± 0,37 минут до 3,55 ± 0,50 минут). По данным опросника PEDT снижение баллов с 14,4 ± 1,2 до 8,2 ± 1,1. По данным вопросника AIPE увеличение баллов с 8,8 ± 1,8 до 23,1 ± 4,1. Через один месяц после завершения курса лечения пациенты в группе I сообщили об уменьшении продолжительности полового акта, тогда как в группе II продолжительность полового акта сохранилась на прежнем уровне.

Выводы. Комбинированная терапия препаратом «Дапоксетин» в дозировке 30 мг совместно с акупунктурой демонстрирует более успешные результаты лечения ПЭ у мужчин, которые сохраняются и после завершения лечения.

Аль-Шукри А.С., Петров С.Б., Максимова А.В.

ТРАНСОБУТРАТОРНАЯ ПЕТЛЕВАЯ ПЛАСТИКА УРЕТРЫ У ЖЕНЩИН С ПОВЫШЕННЫМ ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА

[1] Кафедра урологии с клиникой ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия.

Цель исследования. Оценить эффективность TVT-O у женщин с Индексом массы тела (ИМТ)-30 и более сразу после установки петлевого импланта и через 3 года после оперативного лечения.

Материалы и методы. В ПСПБГМУ им.акад. Павлова, в период с 2017 по 2018 год были прооперированы 245 женщин с диагнозом стрессовое недержание мочи. Средний возраст составил 61,5 лет. ИМТ варьировал от 30 до 40. Эффективность оперативного вмешательства оценивалась *данными урофлоуметрии (УФМ),* пробой Маршала-*Марчетти-Кранца, оценкой объема остаточной мочи (ООМ) сразу после оперативного лечения и через 3 года после установки петлевого импланта.*

Результаты исследования. Нами были получены следующие результаты: среди прооперированных женщин лишь у 2 (0,82%) был положительный «кашлевой тест» на следующие сутки после оперативного лечения. Максимальная скорость потока мочи (Qmax) на 3 сутки после лечения составила 14,5 ±1,2 мл/с. ООМ 50,8+10,3 мл.

Через 3 года на консультативный прием были приглашены 205 женщин (83,67%) из 245. Из них 26 женщин (12,68%) предъявили жалобы на подтекание мочи при физической нагрузке. Важно отметить, что у женщин с рецидивом недержания были сопутствующие заболевания, которые сопровождаются активным напряжением мышц живота (ХОБЛ, бронхиальная астма). Qmax в среднем составила 18,8 ±2,1 мл/с. ООМ 35,8+3,6 мл.

Выводы. Таким образом, трансобтураторная петлевая пластика уретры среди женщин с повышенным индексом массы тела как в раннем послеоперационном периоде, так и спустя 3 года после оперативного лечения является эффективным методом лечения. При этом рецидивы патологии наблюдались у пациенток с сопутствующими заболеваниями дыхательной системы.

Аль-Шукри А.С., Коломийцева М.Р., Петров С.Б.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ТАДИМАКС» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМАМИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра урологии с курсом урологии с клиникой ФГБОУ ВО ПСПБГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России

Цель исследования. Оценка переносимости и эффективности фитопрепарата «Тадимакс» при комбинированной терапии у пациентов с ДГПЖ, клинически проявляющейся СНМП легкой и средней степени выраженности.

Материал и методы. На базе клиники урологии и консультативно-диагностического центра ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова были обследованы и пролечены 70 мужчин с ДГПЖ, клинически проявляющейся СНМП легкой и средней степени выраженности. Всем пациентам были проведены следующие диагностические мероприятия: анкетирование по шкале IPSS, оценка качества жизни по шкале QoL, анализ крови на ПСА. В качестве инструментальной диагностики проводилась урофлоуметрия, ТРУЗИ предстательной железы, с определением объема остаточной мочи. У 39 (55,7 %) пациентов, ведущих половую жизнь, оценивали эректильную функцию с помощью анкеты МИЭФ-5. Средний возраст пациентов составил 67,4 ± 3,9 года. Критериями включения в исследование были: возраст ≥ 50 лет, жалобы на расстройства мочеиспускания, Qmax более 5 и менее 15 мл/с при объеме мочеиспускания не менее 125 мл, объем остаточной мочи по данным УЗИ не более 150 мл, IPSS более 12 баллов, объем простаты по данным ТРУЗИ более 30 см3, ПСА не более 4 нг/мл. В исследование не включали пациентов с показаниями к оперативному лечению ДГПЖ, наличием других причин для возникновения СНМП, обострениями инфекционно-воспалительных заболеваний предстательной железы и мочевых путей, нейрогенными дисфункциями НМП, наличием конкрементов мочевого пузыря, злокачественных опухолей мочеполовых органов. На 1 этапе исследования методом случайных чисел, используя автоматизированный генератор случайных чисел (RandStuff) пациенты были распределены в 2 группы по 35 человек. В I группе (*n=35*) - стандартная терапия препаратом «Тамсулозин» 0,4 мг, 1 р/д на протяжении 3 месяцев. В группе

контроля II (*n=35*) - комбинированная терапия с препаратом «Тадимакс» по 2 таблетке, покрытые оболочкой, 3 раза в сутки, курсами по 7 дней с 7 дневными перерывами в течение 3 месяцев (всего 6 курсов).

Контрольные обследования пациентов (опросник IPSS, шкала Qol, объем остаточной мочи, объем ПЖ, Qmax, МИЭФ-5) проводились до лечения, через 1, 2 и 3 месяца после его начала. Переносимость препарата оценивали по частоте и выраженности нежелательных явлений.

Результаты исследования. Обе группы показали положительную динамику в лечении, однако комплексная терапия (Тамсулозин + «Тадимакс») в результате исследования дала лучшие результаты с значительным улучшением показателей после 2ого месяца применения.

Выводы. Использование препарата растительного происхождения, несмотря на наличие отсроченного эффекта, показывает превосходную динамику. При проведении комплексной терапии наблюдается оптимизация состояния пациентов и положительные изменения объективных клинических показателей: уменьшением объема остаточной мочи, объема предстательной железы по данным ТРУЗИ и увеличением скорости потока мочи.

Амиршоев Н.Н[1]., Нажмидинов Х.Н[2]., Сидиков А.Ш[1,2].

РОЛЬ МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ (МСКТ) В ДИАГНОСТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МОЧЕТОЧНИКА

1. ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии»
2. Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Цель исследования. Оценка возможностей МСКТ в диагностике послеоперационных изменений мочеточника.

Материал и методы исследования. Работа была выполнена в ГУ «РНКЦ урологии» за период с 2018 по 2023 гг. Обследовано 16 пациентов с повреждениями мочеточника и осложнениями в результате операций на органах мочевой системы. Возраст больных варьировал от 20 до 57 лет, медиана составила 33,5 года. Женщины было 11 (68,75 %), мужчин —5 (31,25 %). Помимо общеклинических обследований при поступлении и в процессе лечения пациентам выполнялись ультразвуковое исследование, обзорная и экскреторная урография. МСКТ проводилась с толщиной среза 0,5 мм по стандартному протоколу с внутривенным болюсным введением контрастного вещества. Характеристика пациентов по характеру осложнений разделено на рубцовыми стриктурами и ранение слизистая оболочка мочеточника внутримочеточниковыми стентами.

Результаты исследования. Наиболее многочисленной группой в исследовании была группа больных с рубцовыми стриктурами мочеточника (n = 13; 81,25 %). В 9 (56,25 %) случаях был поражен правый мочеточник, в 7 (43,75 %) — левый. Изменения в нижней трети мочеточника наблюдались у 8 (50 %) пациентов, из них у 3 (18,75 %) — в юкставезикальном отделе, в верхней трети мочеточника у 6 (37,5 %) пациентов, из них у 3 (18,75 %) — в пиелоуретеральном сегменте. У 2 (12,5 %) пациентки была поражена средняя треть мочеточника. Стриктуры сформировались после контактной литотрипсии конкрементов мочеточника (n = 9; 56,25 %), пиелолитотрипсии (n = 3; 18,75 %), трансуретеральной резекции (ТУР) стенки мочевого пузыря (n = 2; 12,5 %), пластики лоханочно-мочеточникового сегмента (n = 2; 12,5 %). Все пациенты со стриктурами мочеточника предъявляли жалобы на боли разной интенсивности в поясничной области со стороны поражения (n = 16; 100 %). Слабость, недомогание, тошнота беспокоили 75 % (n = 12) больных этой группы, дизурические явления — 50 % (n = 8).

Изменения стенки мочеточника в месте стриктуры на МСКТ визуализировались неравномерным рубцовым утолщением стенки протяженностью от 5 до 30 мм не усиливающимся после контрастирования, неровностью и нечеткостью контуров в месте поражения.

Выводы. Таким образом, МСКТ с контрастированием позволяет оценить состояние мочевых путей, функциональное состояние почек, выявить характер и тяжесть повреждения мочеточника, наличие осложнений со стороны других органов и систем, что способствует определению тактики лечения и объема оперативного вмешательства.

Амонов Ш.Ш., Лочинов Б.А., Юлдошев Х.Ф., Сухроби Рустам

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ДОСТУП МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ПРИ ПОВТОРНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА МИТРАЛЬНОМ КЛАПАНЕ

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. Таджикистан, Душанбе

Целью настоящего исследования явилось определение преимущества модифицированного межпредсердного доступа и снижения факторов риска, связанных с повторными операциями у больных с рестенозом митрального клапана.

Материал и методы исследования. Обследовано 89 больных со стенозом митрального клапана в отделении кардиохирургии за период 2009 по 2023гг.

Все больные были разделены на две группы: в первую группу включены 43 пациентов, поступивших, с клиникой митрального стеноза и после тщательного обследования им было выполнена операция протезирование митрального клапана стандартным доступом. Во вторую группу вошли 46 больных, которым было произведена повторная операция по поводу рестеноза митрального клапана с модифицированным доступом по Дюбуа. Диагноз был верифицирован по данным электрокардиографии, исследования функции внешнего дыхания, рентгенографии, эхокардиографии. Средний возраст больных в первой группе составил 51,2 лет. Мужчин было 20, а женщин-23 человек. Во второй группе средний возраст составил 49,9лет, женщин было 26, мужчин-20. Клиника рестеноза митрального клапана у большинства больных проявлялась в сроки 10-20лет. Самым длительным сроком развития рестеноза было 38лет. Нами

модифицирован существующий метод трансептального доступа по Дюбуа применяемый при повторных хирургических вмешательствах на митральном клапане сердца. Разрез проводится в поперечном направлении от стенки правой верхней легочной вены с переходом на правое предсердие и межпредсердной перегородки с пересечением верхней петли Вьессена до овальной ямки. На овальной ямке разрез продолжается клюшкообразно под углом 45 градусов, до уровня 4-5мм выше фиброзного кольца трехстворчатого клапана. Края межпредсердной перегородки раздвигаются двумя анкерными швами, и доступ обеспечивается без дополнительной тракции. В результате этого, достигается хорошая визуализация митрального клапана, что способствует сокращению времени операции и искусственного кровообращения.

Заключение. Клющкообразный доступ на правом предсердии и межпредсердной перегородки дает широкую визуализацию при выполнении повторных операций на митральном клапане и предотвращает перетягивание камер сердца.

Аскаров А.Т., Хасанов Б.Н., Назаров И.Р.

НАШ ПЫТ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ

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

Цель исследования. Наша задача выявить различные методы костной пластики и улучшить результаты хирургического лечения доброкачественных опухолей длинных костей.

Материал и методы. Нами анализированы результаты применения костной пластики у 85 больных с доброкачественными опухолями длинных костей, лечившихся в ортопедическом отделении НМЦРТ «Шифобахш» с 2014 по 2024 годы. Возраст больных колебался от 16 до 55 лет. Мужчин было – 49, женщин – 36. Опухоли располагались в плечевой кости – 15 (17,6%), костей предплечья – 11(12,9%), бедренной – 31(36,5%), костей голени – 28 (32,9%) больных. По нозологическим формам опухоли были: киста кости у 23(27,1%), остеобластокластома (ОБК) у 28 (32,9%), остеоид-остеома у 9 (10,6%), неостеогенная фиброма у 13(15,3%), хондрома у 12 (14,1%). Продолжительность всего опухолевого процесса была от 3 до 10 лет.

Результаты исследования. В зависимости от характера и объёма опухолевого поражения, замещение образовавшейся полости производилось различными по характеру костными трансплантатами. Всем больным в предоперационном периоде проводили полноценную гематологическую, рентгенологическую (на цифровом аппарате), компьютерную томографию и в показанных случаях пункционную или открытую биопсию. Полученные результаты указанных обследований в 53,3% случаях были проконсультированы врачами онкологического центра. При выборе объёма операции мы ориентировались на размеры предполагаемого дефекта кости и источника получения аутотрансплантата. Всем больным с первичными опухолями произведено одноэтапное вмешательство: радикальная резекция и восполнение образовавшегося дефекта аутотрансплантатом (47) или в сочетании с гомотрансплантатам (38). Основными источниками получения аутотрансплантатов служили: метафизы бедренной, большеберцовой и лучевой костей, передняя поверхность большеберцовой кости, малоберцовой и подвздошной костей. При наличии костного дефекта д о 3-х см. (23) нами использованы трасплантаты, взятые из близлежащей здоровой части поражённого сегмента. У больных с костным дефектом более 3х см нами использованы аутотрансплантаты, полученные из разных источников с целью полноценного замещения дефекта (29), а у больных (33) с большими по объёму дефектами кости нами произведена пластика со смешанными трансплантатами. В последние годы в клинике нами используются для замещения дефекта кости больным с доброкачественными опухолями ксенотрансплантаты, однако они в это сообщение не включены. Полученные операционные материалы отправлены на патогистологическое исследование, результаты которых 94,1% случаях подтвердили клинический диагноз, у (5,9%) больных обнаружены атипичные клетки в исследуемых материалах и после клинико-рентгенологического и патогистологического обследования с онкологами, больные переведены в онкологический центр для продолжения химио– и лучевой терапии. Изучение ближайших результатов лечения у оперированных больных показало, что они зависят от характера опухолевого процесса, вовлечения мягких тканей, имплантируемых трансплантатов и травматичности хирургического вмешательства. Первичное заживление после операционной раны отмечено у 78 (91,8%), нагноение послеоперационных швов было у 3 (3,5%), мягких тканей, не связанное с областью костей, – у 3(3,5%) и у 1(1,2%) остеомиелит трансплантата, которым произведена повторная операция с удалением нагноившейся части трансплантата и повторная костная пластика остаточной полости аутотрансплантатом. Отдалённые результаты лечения изучены сроки 1 – 5 – у 76 (89,4%) больных. У 91,8% обследованных наступило полное восстановление анатомической структуры пересаженных трансплантатов с донорской костью. У всех осмотренных больных в результате операции была сохранена анатомическая и функциональная конечность.

Выводы. Таким образом, положительные результаты лечения опухолей у 89,4% больных позволили сделать вывод об эффективности используемых способов костной пластики и целесообразности её применения в клинической практике в ортопедических отделениях.

Ахмадов С.А., Холов А.Д., Отахонов Ф.Х.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ МАЛОИНВАЗИВНОЙ АППЕНДЭКТОМИИ

Кафедра хирургических дисциплин №4, ГОУ ХГМУ.

Цель исследования. Оценить показатели качества жизни больных после аппендэктомии, выполненной из минидоступа (лапароскопия).

Материалы и методы исследования. Проведена оценка результатов лечения 50 больных с острым аппендицитом, оперированных в хирургическом отделении РКБ Дангаринского района в период 2023-2024 гг. У всех пациентов проведена аппендэктомия традиционным и лапароскопическим методом. Пациенты были разделены на 2 группы

по традиционному и лапароскопическому способу. Исследуемые группы пациентов сопоставимы по полу и возрасту. Первая группа – 28 больных, оперированных традиционным методом. Вторая группа составила 22 больных, у которых аппендэктомия выполнена разработанным лапороскопическим методом. Оценку индикаторов качества жизни проводили на протяжение 6 месяцев и 1 года после операции с использованием медицинского опросника Medical Outcomes Study – short form.

Результаты и их обсуждение. Полученные результаты исследования качества жизни через 6 месяцев показывают более высокие суммарные показатели физического и психического здоровья пациентов после минилапоратомии предложенным способом. Спустя 1 год после аппендэктомии, во второй группе пациентов улучшенные показатели физического и психического здоровья сохраняются. Согласно результатам опросника Medical Outcomes Study – short form, выделены следующие показатели у первой группы пациентов - n1(28); и второй групп - n2 (22); пациентов 1) физические показатели - физическое функционирование (n1-81,1 и n2-85,5); ролевое физическое состояние (n1-69,2; n2-75,4); телесная боль (n1-68,1; n2-73,2); общее здоровье (n1-53,2; n2-59,7); 2) психологические показатели- жизненная сила (n1-54,1; n2-60,4); социальное функционирование (n1-62,2; n2-74,1); ролевое эмоциональное состояние (n1-68,3; n2-73,4); психическое здоровье (n1-53,1; n2-63,2).

Выводы. По результатам опросника Medical Outcomes Study – short form, разработанные способы минидоступа (лапароскопия) для удаления червеобразного отростка повышают суммарные показатели физического и психического здоровья у пациентов после аппендэктомии по сравнению с традиционным методом.

Ахмедова Н.Д., Остонаева П.М., Сулейманова Ф.А.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ФОГТА-КОЯНАГИ-ХАРАДА

Клиника глазной хирургии «Нигох»,
Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Изучить роль оптико когерентной томографии в диагностике и мониторинге синдрома Фогта-Коянаги-Харада.

Материал и методы. Впервые пациентка Т., 23 года обратилась в клинику «Нигох» с жалобами на резкое двустороннее снижение зрения в середине января 2024 года. Из анамнеза стало известно, что резкое снижение зрения пациентка отметила более 15 дней назад. В клинике «Нигох» пациентке провели полное офтальмологическое обследование, включая проверку ОЗ, тонометрию, биомикроскопию высокодиоптрийными линзами 78, 90 дптр, а также оптикая когерентная томография (ОКТ).

Результаты исследования. На момент поступления данные инструментального обследования составили следующим образом: vis OU: движение руки;, ВГД 6/8, передний отрезок: веки не изменены, конъюнктива бледно-розовая, роговица за умеренным флером 1+, в п/к небольшое количество пылевидных преципитатов, во влаге п/к клеточная воспалительная реакция 3+, в СТ количество клеток составляло также 3+. При офтальмоскопии ДЗН розовый, границы четкие, Э/ДЗН 2,0/0,2 V=H, сосудистый пучок в центре, калибр ретинальных сосудов средний (1:1,5), в макулярной зоне определялись складки, на периферии тотальная отслойка сетчатки. ОКТ картина в отличие от классической отслойки сетчатки, показывала множественные очаги экссудативной отслойки сетчатки.

Позже выяснилось, что пациентка также жаловалась на сильные головные боли с повышением температуры тела, временную потерю слуха. Пациентка была осмотрена на предмет витилиго: на коже рук и живота выявились гипопигментированные пятна, кроме того, редкое поседение волос головы и ресниц.

На основании жалоб и данных инструментального обследования пациентке был поставлен диагноз: «Задний двусторонний увеит».

Пациентка также была консультирована стоматологом, ревматологом, фтизиатром, отоларингологом и терапевтом. Был проведен комплекс лабораторных исследований: общий анализ крови и мочи, гепатиты В, С, ВИЧ, RW, R-графия грудной клетки. Все показатели лабораторных исследований были в пределах нормы.

Пациентке была назначена мощная системная кортикостероидная терапия: пульс терапия метилпреднизолоном 1000мг n4, затем пациентка переведена на пероральное применение кортикостероидов (преднизолон) по убывающей схеме. Начальная доза преднизолона составило 60мг/сут. (1мг/кг). Местно: солопред каждый час. цирелакс перед сном, цитостатики – азатиоприн был подключён со второй недели заболевания в дозе 100мг/сут. Из-за отсутствия эффекта от данного препарата, азатиоприн был заменён на метотрексат 7,5мг/нед. который пациентка применяет и по сей день. Контрольные осмотры пациентки проводились каждые 7дней. При каждом визите отмечалась положительная динамика. В итоге на фоне мощного и адекватного лечения был отмечен значительный эффект с повышением ОЗ до 0,5/0,6нк.

Выводы. Таким образом, в приведённом клиническом случае применение ОКТ сыграло ведущую роль в диагностике Синдрома Фогта-Коянаги-Харада и позволило наблюдать за динамикой процесса.

Ахрориён З.А., Хамрокулзода Ф.Х.

ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ВРОЖДЁННОЙ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ: АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

Кафедра оториноларингологии им. Ю.Б. Исхаки ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан.

Цель исследования. Определить основные факторы риска врождённой тугоухости и разработать эффективные стратегии профилактики данной патологии на этапе беременности и раннего постнатального периода.

Материалы и методы. В исследование включены 200 новорождённых и их матери, которые наблюдались в течение беременности и первых месяцев жизни ребёнка. Проведён ретроспективный анализ медицинских карт для

выявления факторов риска (наследственность, инфекционные заболевания, акушерские патологии). Кроме того, матери прошли анкетирование по вопросам образа жизни, питания, приёма витаминов и лекарств во время беременности. Для оценки состояния слуха новорождённых использовались методы отоакустической эмиссии и аудиологического скрининга.

Результаты исследований. Анализ показал, что 30% случаев врождённой тугоухости были связаны с генетическими мутациями, а у 25% новорождённых тугоухость развивалась на фоне инфекционных заболеваний матери во время беременности (краснуха, цитомегаловирус). Недостаточное поступление фолиевой кислоты и витаминов группы В в период беременности увеличивало риск развития тугоухости у плода на 15%. Среди профилактических мер, наиболее эффективными оказались: проведение пренатального генетического тестирования, вакцинация против инфекций до беременности, приём витаминных комплексов (фолиевая кислота и витамины группы В), а также регулярное наблюдение беременных женщин с факторами риска.

Выводы. Профилактика врождённой тугоухости требует комплексного подхода, включающего вакцинацию, генетическое тестирование и адекватное медицинское сопровождение во время беременности. Эти меры позволяют существенно снизить риск развития тугоухости и улучшить прогноз для здоровья новорождённых.

Ахорова З.А., Холматов Д.И., Исупова Ш.Ф.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЁННОЙ ТУГОУХОСТИ В ТАДЖИКИСТАНЕ, ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СКРИНИНГОВЫХ ПРОГРАММ

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

Цель исследования. Оценить текущие возможности ранней диагностики врождённой тугоухости в Таджикистане, проанализировать эффективность внедрённых программ скрининга слуха у новорождённых и определить необходимость дальнейших усовершенствований системы диагностики.

Материалы и методы. Исследование охватило 500 новорождённых, прошедших скрининг слуха в нескольких родильных домах Таджикистана в течение последних двух лет. Диагностические методы включали отоакустическую эмиссию (ОАЭ) и автоматическую слуховую аудиометрию. Дети, у которых были выявлены нарушения слуха, направлялись на углубленное аудиологическое обследование для подтверждения диагноза и выбора дальнейшей стратегии лечения.

Результаты исследования. Скрининг слуха был успешно проведён у 92% новорождённых, охваченных исследованием. В 4% случаях было выявлено подозрение на тугоухость, что составило 20 детей. Подтверждение диагноза на углубленном обследовании получили 16 детей, из которых 12 начали лечение в течение первых 6 месяцев жизни. Отмечено значительное улучшение слуха и развитие речи у детей, которым было начато своевременное лечение. Однако исследование выявило нехватку необходимого оборудования в некоторых регионах страны, что снижает охват скринингом.

Выводы. Внедрение программ скрининга слуха у новорождённых в Таджикистане является важным шагом в улучшении диагностики врождённой тугоухости. Однако дальнейшее расширение охвата программы, улучшение технического оснащения и подготовка медицинских кадров остаются актуальными задачами для повышения эффективности раннего выявления и лечения патологии.

Ахорова З.А., Пиров Т.А., Исмоили У.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С НОСОВЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ НЕУСТАНОВЛЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Кафедра оториноларингологии им. Ю.Б. Исхаки ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
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 исследования. 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 кровоточащих участков 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 и их обсуждение. 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.

Ахророва З.А., ХолматовД.И., Исупова Ш.Ф.

ХАРАКТЕРИСТИКА СЛУХА ПРИ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ УХА

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

Цель исследования. Абилитация детей с врождёнными пороками развития уха.

Материал и методы. В условиях ЛОР - клиники НМЦ «Шифобахш» нами проведено комплексное обследование слуха 52 детей с врождённой тугоухостью в возрасте от 3 до 12 лет. У 17 детей наблюдалось двухстороннее, а у 35 - одностороннее поражение органа слуха.

Результаты исследования. При обследовании детей с помощью игровой и тонально-пороговой аудиометрии выявлены различные степени тугоухости. Латерализация тонов (опыт Вебера) при одностороннем поражении была направлена в сторону поражения органа слуха. При двухстороннем поражении латерализация отсутствовала. При определении слуховой чувствительности к ультразвуку выявлен нормальный порог его восприятия, латерализация была в стороне хуже слышащего уха. Результат вестибулометрии по данным кефалографии и вращательной пробы показали, что с увеличением степени тугоухости снижается вестибулярная возбудимость.

Выводы. При врождённых пороках развития уха у детей школьного и дошкольного возраста зачастую страдает слуховая функция, на почве слуховой недостаточности у детей раннего возраста постепенно теряются речевые навыки, восстановление которых является проблематичным до настоящего времени.

Игровая аудиометрия является эффективным методом исследования слуха у детей дошкольного возраста. Полученные результаты достаточно убедительны и дают возможность широкого применения в детской аудиологической практике.

Аюбов Дж.К., Назаров Ш.К., *Давлатов Дж.Ё.*

ХАРАКТЕРИСТИКА И ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ТЯЖЁЛЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Кафедра хирургических болезней №1 имени академика Курбонова К.М.
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», р. Таджикистан, г. Душанбе

Цель исследования: Определение возможности хирургического лечения у больных с тяжелых форм острого панкреатита. Уточнение структуры и патогенетических аспектов осложнений при тяжелых формах острого панкреатита.

Материалы и методы. Был проведён анализ осложнений, возникших у пациентов с острым панкреатитом, которые находились на стационарном лечении в хирургических отделениях ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» в г. Душанбе. Это учреждение является клинической базой кафедры хирургических болезней №1 им. академика Курбонова К.М. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» за период с 2010 по 2023 год. В указанный период в хирургических отделениях прошли лечение 80 пациент с диагнозом острый панкреатит. Из них 46 были мужчинами (57,7%), а 34 — женщинами (40,3%). Возраст пациентов варьировался от 20 до 68 лет, в среднем составив 48,3 года. Все пациенты поступали в экстренном порядке. Обследование и лечение проводились в соответствии со стандартами

и клиническими рекомендациями. Консервативная терапия была применена у 23 пациентов (29,2%), тогда как оперативное вмешательство проведено у 57 пациентов (70,8%). Показания для операций выставлялись в случае наличия гнойных осложнений, аррозионного кровотечения или гастродуоденального, а также при динамической кишечной непроходимости и механической желтухе, которые не поддавались консервативному лечению.

Результаты исследования. Продолжительность лечения пациентов варьировала от 2 до 68 дней, в среднем составляя 12,6 дня. Из 80 пациента умер 15 (19,2%). Из числа умерших только 2 пациента не были прооперированы; они скончались в первые сутки от панкреатогенного шока, несмотря на лечение. В исследовании среди 80 пациента были зарегистрированы следующие осложнения, как ранние, так и поздние (появившиеся через 2-3 недели после госпитализации): парапанкреатический инфильтрат у 11 (13,6%); флегмона забрюшинной клетчатки у 32 (39,1%); перитонит у 46 (57,7%), включая ферментативный у 32 (40,3%) и гнойный у 14 (17,3%); абсцесс сальниковой сумки у 12 (14,2%); механическая желтуха у 8 (9,3%); печеночно-почечная недостаточность у 32 (39,7%); респираторный дистресс-синдром (ОРДС) у 7 (8,6%); реактивный плеврит у 27 (33,5%). Часто у прооперированных пациентов возникают такие осложнения, как свищи желудочно-кишечного тракта у 11 (18,4%), аррозионные кровотечения у 8 (14,9%), флегмоны забрюшинного пространства у 17 (28,5%), абсцессы малого таза и поддиафрагмального пространства у 15 (25,4%), что усугубляет течение заболевания.

Выводы. Учитывая, что летальность при остром панкреатите связана с развитием осложнений заболеваний, большие усилия в лечении направлены на их профилактику и лечение. Однако на сегодняшний день не при всех осложнениях разработана общепризнанная тактика лечения, особенно в отношении сроков и объемов оперативного пособия. Поэтому эти аспекты требуют дальнейшего обсуждения и уточнений. Разнообразие и тяжесть осложнений, ещё раз увеличивают серьезность данных проблем.

Аюбов Дж.К., Назаров Ш.К., Давлатов Дж.Ё.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Кафедра хирургических болезней №1 имени академика Курбонова К.М.
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», р. Таджикистан, г. Душанбе

Цель исследования: Проанализировать результаты лечения пациентов с панкреонекрозом с целью оптимизации методов диагностики и лечения.

Материалы и методы. Проанализирован опыт лечения 162 больных острым панкреатитом (ОП), среди поступившие в хирургические отделения ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г.Душанбе являющийся клинической базой кафедры хирургических болезней №1 им. академика Курбонова К.М. ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино» за период с 2010 по 2023 г. Панкреонекроз (ПН) имел место у 48 (29,6%) больных. Инвазивные методы лечения применялись у 83 пациентов (51,2%). Больные с ПН были разделены на две группы: 1-основную, где лечение соответствовало рекомендациям НКР (30 человек), и 2-контрольную (18 человек), получавшую лечение до внедрения НКР. Соотношение случаев острого панкреатита средней тяжести и тяжелого в обеих группах статистически не различалось ($p>0,05$). Основным методом диагностики ПН является МСКТ, однако эта технология не позволяет оценить конфигурацию ПН на ранних стадиях. Поэтому в клиническую практику была внедрена перфузионная МСКТ. Эта методика была использована у 30 пациентов в первые 24-48 часов после начала клинических проявлений: у 6 пациентов были выявлены и оценены зоны ишемии и некроза поджелудочной железы, у 10 пациентов ишемических зон не обнаружено, что в дальнейшем совпало с выявленными зонами и конфигурацией ПН. В основной группе минимально инвазивные методы лечения были применены у 26 пациентов (86,7%), тогда как лапаротомия – у 4 пациентов. В контрольной группе лапаротомия проведена у 13 пациентов (72,2%). Анализ показал, что при использовании минимально инвазивных методов послеоперационная летальность составила 11,8%, тогда как при лапаротомии – 32,4%. Это свидетельствует о значительном снижении летальности при использовании минимально инвазивных технологий ($p<0,05$). Однако у пациентов с острым панкреатитом тяжелой степени летальность при лапаротомии составила 32,2%, а при минимально инвазивных методах – 26,5% ($p>0,05$). Таким образом, улучшение в основной группе происходило за счет больных с ПН без стойкой ПОН.

Результаты исследования. При исследовании влияния распространенности деструктивного процесса на забрюшинное пространство была выявлена корреляция между этими показателями ($rs = 0,64$). Поэтому было проанализировано, как ранняя декомпрессия главного панкреатического протока (ГПП) при поперечных панкреонекрозах влияет на профилактику прогрессирования патологического процесса и частоту летальности. В основной группе (4 пациента) проводили эндоскопическую интрадуоденальную коррекцию (ЭИДК) нарушений оттока по ГПП. В группе сравнения (6 пациентов) ЭИДК не применялась. В основной группе 25 пациентов (83,3%) выздоровели без осложнений, у 1 пациента (3,3%) после выздоровления была отмечена формирование отека забрюшинной жидкости (ОЖС). Летальность составила 9,4%. В группе сравнения ОЖС была выявлена у 2 пациентов (11,1%), инфицированный панкреонекроз наблюдался у 12 пациентов (25,0%). Летальность в этой группе составила 24,2%.

Выводы. Перфузионная МСКТ представляет собой перспективную технологию для ранней оценки конфигурации панкреонекроза и прогнозирования деструктивного процесса. В случае тяжелого острого панкреатита оптимизация сроков и объемов инвазивных вмешательств не приводит к значительному снижению послеоперационной летальности. Эндоскопическая интрадуоденальная коррекция оттока из главного панкреатического протока является патогенетически обоснованным методом, способствующим снижению летальности с 24,2% до 9,4%.

Аюбов Дж.К., Асадуллоева Э.И., Давлатов Дж.Ё.

РАННЕЕ ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ И ДРЕНИРОВАНИЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Кафедра хирургических болезней №1 имени академика Курбонова К.М.
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», р. Таджикистан, г. Душанбе

Цель исследования: Повысить эффективность лечения острого панкреатита через использование активного дренирования двенадцатиперстной кишки и раннего селективного энтерального питания, обходя ДПК, для уменьшения частоты прогрессирования заболевания в более тяжелые формы и предотвращения гнойно-некротических и других осложнений.

Материалы и методы. Был разработан новый метод в комплексном лечении ОП на основе использования оригинального панкреатодуоденального катетера. Принцип метода заключается в изоляции ДПК в области большого дуоденального сосочка для предотвращения поступления в нее любых жидких сред, активного дренирования ДПК и обеспечения селективного введения глюкозо-солевых растворов и/или энтеральных питательных смесей непосредственно в начальные отделы тощей кишки. В протокол включались пациенты со среднетяжелой и тяжелой формой острого билиарного (без показаний для проведения ЭРХПГ) и алиментарно-алкогольного панкреатита. Степень тяжести оценивали по шкалам CTSI, BISAP, RANSON. Исследование проведено среди поступившие в хирургические отделения ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г.Душанбе являющийся клинической базой кафедры хирургических болезней №1 им. академика Курбонова К.М. ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино» за период с 2010 по 2023 г. В исследование было включено 58 пациентов, разделённых на две группы. В экспериментальную группу 1 вошли 30 пациентов (51,3%), которые получали стандартную терапию в сочетании с использованием панкреатодуоденального катетера. В контрольную группу 2 (n=28, 48,7%) входили пациенты, получавшие только стандартную терапию в соответствии с национальными клиническими рекомендациями. В обеих группах энтеральное питание начиналось в первые 72 часа после поступления в стационар. Период наблюдения продолжался до окончания стационарного лечения и включал 5 обязательных визитов и заключительный визит. Через 3 и более месяцев после выписки проводился опрос для выявления отсроченных осложнений острого панкреатита. Оценивались такие параметры, как частота инфекционных осложнений, количество хирургических вмешательств и их частота.

Результаты исследования. Было пролечено 58 пациентов со среднетяжелыми и тяжелыми формами острого панкреатита. Пациенты в этом исследовании были распределены равномерно по полу, возрасту и индексу массы тела. Анализ показал, что частота инфекционных заболеваний снизилась с 16,2% во 2-ой контрольной группе до 5,7% в экспериментальной 1-ой группе (p=0,048). Частота хирургических вмешательств в 1-й группе (с панкреатодуоденальным катетером) составила 4,00%, а в контрольной 2-й группе — 16,2% (p=0,012). Общее число хирургических вмешательств уменьшалось с 23 в контрольной 2-ое группе до 5 при использовании селективного введения питательных сред и активного дренирования ДПК.

Выводы. Исследование показало, что раннее селективное энтеральное питание в первые 72 часа и активное дренирование двенадцатиперстной кишки на начальной стадии заболевания могут иметь важное значение для лечения острого панкреатита. Предложенный подход способствует улучшению течения болезни, снижая частоту инфекционных осложнений в три раза и количество хирургических вмешательств в четыре раза. Результаты исследования подтверждают безопасность и эффективность данного метода в комплексной терапии острого панкреатита.

Бабаева Т.С., Алиева Н.А., Кадырова Н.А.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОНЪЮНКТИВИТ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

Цель исследования. Изучение структуры аллергического конъюнктивита у лиц молодого возраста.

Материал исследования. Нами было проведено обследование 32 пациентов с аллергическим конъюнктивитом на базе кафедры офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с марта до июня 2024 года. Из них 15 (46,9%) мужчин и 17 (53,1%) женщин. Возраст пациентов варьировал от 16 до 35 лет, средний возраст составил 24±2,1 года. Всем обследованным лицам выполнялось визометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, фотографирования переднего отрезка глазного яблока, а также консультация аллерголога и лор врача, общий анализ крови, тест Шелле.

Результаты исследования. Клинически у всех пациентов были классические симптомы аллергического воспаления - конъюнктивальная инъекция, слезотечение, зрительное утомление, чувства тяжести, зуд, чувства инородного тела, светобоязнь особенно во время солнечной погоды, периодически пенистые выделения из конъюнктивальной полости, чихание. У 20 (62,5%) пациентов обнаружено утолщение и незначительный отёк век, незначительная инъекция конъюнктивы и обильное слезотечение с зудом. Во время обследования, у данных пациентов был выявлен аллергический ринит (11-34,3%) и у 9 пациентов фарингит (28,1%). У 12 (37,5%) из них был обнаружен весенный катар. Во время биомикроскопии конъюнктива век имело матовый молочный вид с синюшным оттенком, в области хрящевой части конъюнктивы было обнаружено бугристость в виде отдельных выростов (возвышений), отделенные друг от друга глубокими бороздками: симптом «булыжная мостовая». У 6 (18,7%) было диагностирована лимбальная форма весеннего катара – у лимба было видно плотное опухолевидное желеобразное кольцо с более выраженными симптомами аллергии. Все клинические проявления начали проявляться с началом весеннего периода и особенно проявления стали выраженными в середине весны, а также они жаловались на усиления симптомов при вынюхивании освежителей, парфюма, при использовании бытовой химии, а также при длительном нахождении под солнцем, при нахождении в садах, где много цветущих деревьев и цветов.

Всем пациентам была проведена соответствующая терапия. Такие препараты как: короткий курс кортикостероидов (Флюрометалон), блокаторы Н1 гистаминовых рецепторов общего (Лоратадин, Цетиризин, Тавегил) и местного действия в виде глазных капель (Олопатадин). Всем пациентам было рекомендовано ношение солнцезащитных очков, воздержаться от прогулок в садах, где много цветущих деревьев и цветов, исключить из рациона бобовые и злаковые продукты, цитрусы, которые усиливают признаки аллергии. Также проведена консультации лор врача и аллерголога с соответствующей терапией.

Выводы. Аллергический конъюнктивит преимущественно встречается в весеннем периоде, чаще встречается поллинозы и весенний катар. Это может быть связано с климатогеографическими особенностями Республики Таджикистан.

Багаев Б.М.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПОЗВОНОЧНИКА

Кафедра хирургических болезней №2 ФГБОУ «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Россия

Цель исследования. Обобщить и проанализировать результаты минимально инвазивной хирургии позвоночника, применяемой для лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний, с акцентом на эффективность и безопасность этих методов.

Методы и материалы. Исследование проводилось на базе ФГБНУ «Научный центр неврологии», где были выполнены оперативные вмешательства на поясничном и шейном отделах позвоночника. Были использованы следующие методы: микрохирургическая дискэктомия, портальная эндоскопическая дискэктомия и перкутанные доступы. Материалы включали операционные микроскопы, эндоскопические стойки, системы для перкутанных доступов и другие стандартные инструменты для минимально инвазивной хирургии.

Результаты исследования. За период с 2011 по 2018 год было выполнено более 800 операций на поясничном отделе позвоночника с использованием портального эндоскопического доступа, а также 127 операций на шейном отделе. Отмечено увеличение количества минимально инвазивных вмешательств, включая перкутанные доступы и микрохирургическую дискэктомию. Суммарная эффективность методов колебалась от 91,42% до 95,69%, что свидетельствует о высокой эффективности и безопасности минимально инвазивной хирургии.

Выводы. Полученные результаты и анализ литературы подтверждают обоснованность и целесообразность применения минимально инвазивной хирургии для лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника. Эти методы обеспечивают меньшую операционную травму, лучшую косметичность и функциональность результатов, а также снижение риска осложнений и быструю реабилитацию пациентов.

Базаров Н.И., Усмонов Х.С., Сафарзода Н.А.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛИЗАЦИИ, МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КЛАЦКИНА

Кафедра онкологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
ГУ «Республиканский онкологический научный центр» (РОНЦ) Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Анализ локализации, морфологического строения злокачественных опухолей Клацкина (ЗОК).

В структуре опухолей желчных протоков, рак проксимальных протоков (хилярная, перихилярная форма, опухоль Клацкина) занимает половину всех случаев, в то время как внутрипеченочная форма составляет всего 8%. В связи с малочисленностью научных публикаций за рубежом и в странах СНГ и отсутствием данных о локализации, патогистологического строения злокачественных опухолях Клацкина в Республике Таджикистан (РТ) необходимо рассмотрение этих вопросов.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный клинико-статистический анализ амбулаторных карт, истории болезни 5600 больных с различными опухолями и опухолеподобными процессами грудной и брюшной полости (ООПГБП). Которые находились на обследовании и лечении в ГУ РОНЦ МЗ и СЗН РТ с 2010 по 2017 годы. Среди 5600 (100%) пациентов с ООПГБП у 40 (0,71%) пациентов были установлены злокачественные опухоли Клацкина (ЗОК). Пациенты ЗОК согласно полу распределялись: 22 (55%) пациентки были женщинами, а 18(45%), - мужчинами. Согласно классификации Bismuth-Corlette, в зависимости от распространенности ЗОК имели в общем 4 типа локализаций из них в порядки регрессии: 1) IV тип 23(58%) то есть опухоль конфлюенса желчных протоков (ОКЖП) с распространением на оба долевых протока; 2) тип Ш b 6 (15%)- то есть ОКЖП с распространением на левый долевой проток 3) Ш тип А 3(7,5%) то есть ОКЖП с распространением на правый долевой проток; 4) 2 тип 5 (12,5%) то есть ОКЖП; 5)1тип 3 (7,5%), то есть опухоль общего печеночного протока. Морфологически ЗОК распределилась следующим образом: а) аденокарцинома 36 (90%); б) холангиокарцинома (ФС) 4(10%).

Результаты исследования. При анализе, установлено в 80% случаях Ш и IV тип ЗОК, а морфологический они исходят в 90% из железистой ткани, а также их агрессивность, что необходимо учитывать в будущем при планировании терапии.

Базаров Н.И., Усмонов Х.С., Икроми З.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ЭТИОЛОГИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КЛАЦКИНА (ЗОК) ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ГУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР» МЗ И СЗН РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра онкологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
ГУ «Республиканский онкологический научный центр» (РОНЦ) Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Изучения заболеваемости, этиологии злокачественных опухолей Клацкина (ЗОК).

Ежегодно в Западных странах и США выявляют 1-2 новых случаев опухоли Клацкина на 100 000 населения. В то же время в Юго-Восточной Азии распространенность ХК является самой высокой и составляет 113 на 100 000 у мужчин и 50 на 100 000 у женщин. В Японии и Израиле частота возникновения ХЦР составляет 5,5 и 7,3 на 100 тыс. В связи с малочисленностью научных публикаций за рубежом и в странах СНГ и отсутствием данных о злокачественных опухолях Клацкина в Республике Таджикистан (РТ) необходимо рассмотрение вопросов заболеваемости, этиологии.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный клинико-статистический анализ амбулаторных карт, истории болезни 5600 больных с различными опухолями и опухолеподобными процессами грудной и брюшной полости (ООПГБП). Которые находились на обследовании и лечении в ГУ РОНЦ МЗ и СЗН РТ с 2010 по 2017 годы. Среди 5600 (100%) пациентов с ООПГБП у 40 (0,71%) пациентов были установлены злокачественные опухоли Клацкина (ЗОК). Пациенты ЗОК согласно полу распределялись следующим образом: 22 (55%) пациенты были женщинами, а 18(45%), больные были мужчинами. При анализе этиологии нами при ЗОК среди нашего контингента больных была установлена следующая закономерность: а) у 24 (60%) больных выявить причину не удалось; б) у 10 (25%) пациентов был выявлен хронический вирусный гепатит В; в) у 6 (15%) больных связывали с хроническим вирусным гепатитом В.

Результаты исследования. Таким образом, заболеваемость ЗОК по обращаемости составила 40 (0,71%) пациентов, в этиологии преобладали у 40% больных косвенный фактор риска, а именно вирусный гепатит В.

Бегаков У.М., Иноятзода Д.Н.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

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

Цель исследования – анализ результатов хирургического лечения СДС и оценка эффективности применяемых методов хирургического лечения.

Материал и методы исследований. В основу данного исследования положены результаты клинического наблюдения и лечения 83 больных с осложнёнными формами СДС, госпитализированных в гнойно-септическое отделение хирургии, развернутой на базе хирургического отделения ГМЦ №3. Среди них мужчин было 44 (53,1%), женщин – 39 (46,9%). Возрастной спектр больных колебался от 30 до 73 лет. Длительность заболевания сахарным диабетом составила от 5 до 30 лет. В срок до 14-суток от начала заболевания поступили в стационар 23 больных, более 14-суток - 60. У большинства больных отмечен сахарный диабет II типа – 77 (92,7%), I типа у 6 (7,2%). Уровень гипергликемии при поступлении в среднем составлял 15,6 ммоль/л с глюкозурией до 4%. Большинство госпитализированных больных имели смешанную форму СДС - 44 (53,1%), нейропатически-инфицированную - 36 (43,3%) и ишемическую 3(3,6%).

Для контроля эффективности лечения проводили динамическое микробиологическое и цитологическое исследование биоптатов тканей, изучили динамику течения раневого процесса по клиническим признакам и состояние регионарной гемодинамики по данным ультразвуковой доплерографии, степень распространённости костной деструкции по данным рентгенографии стопы.

Результаты исследования. Основными причинами госпитализации больных и обращений за хирургической помощью были прогрессирующие трофические нарушения в тканях стопы, язвы, гнойно-воспалительные и некротические процессы, вплоть до гангрены пальцев или самой стопы и дистальных отделов нижней конечности.

Анализ результатов хирургического лечения показывает, что малые хирургические вмешательства при гнойно-некротических процессах нельзя рассматривать, как этап подготовки к последующей ампутации конечности. Увеличение частоты малых операций обусловлено случаями повторных вмешательств на стопе по поводу продолжающегося гнойно-некротического процесса. Хирургическому вмешательству были подвергнуты все больные, которым выполнены 180 различных операций. Наибольшая частота малых хирургических вмешательств приходилась на этапные некрэктомии. Сравнительный анализ клинического материала свидетельствует, что при первичном или поэтапном иссечении нейропатических язв в процессе комплексного лечения скорость их заживления ускоряется в два раза по сравнению с традиционным способом, исключающим хирургическую санацию язв.

Пластическое закрытие раневых дефектов, образовавшихся после хирургического лечения осложненной формы СДС, выполнено у 22 больных. Для создания функционально-выгодной культи при трансметатарзальной ампутации оставлялись кожно-фасциальные лоскуты с подошвенной и тыльной поверхности стопы. Частота первичных высоких ампутаций у больных с СДС составила 3,4%. Общая летальность после ампутации составила 2,6%.

Таким образом, хирургическое лечение осложнённых форм СДС следует рассматривать как этап комплексной междисциплинарной реабилитации больного, результаты которой, прежде всего, зависят от направленности и адекватности профилактических мероприятий, своевременности ортопедической коррекции нарушенной или утраченной опорной функции стопы.

Бобоалиев А.М., Рахимов Н.Г., Нуров А.П.

ПОЛИТРАВМА В СТРУКТУРЕ БОЛЬНЫХ, ПОСТУПИВШИХ В ОТДЕЛЕНИЕ РЕАНИМАЦИИ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии имени профессора Д.А. Ахмедова ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан.

Цель исследования. Изучить структуру поступивших больных в отделение реанимации по нозологии.

Материалы и методы исследования. Нами изучены нозологии поступивших больных на стационарное лечение в отделение взрослой реанимации ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в периоды с января по сентябрь 2024 года. Сравнение проведено по аналогии с периодом 2023 года.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ наших исследований показал, что за девять месяцев 2024 года в отделение взрослой реанимации ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» поступило на стационарное лечение 701 больной с различной патологией. В аналогичном периоде 2023 года было зафиксировано 599 больных, что на 14,5% меньше, чем в 2024 году.

Анализ показал, что из 701 больного с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) - 53, с закрытой черепно-мозговой травмой – 97, с опухолью головного мозга – 183, с опухолью позвоночника и спинного мозга - 2, с острыми воспалительными процессами дыхательных путей и лёгких – 27, с гематологическими заболеваниями – 9, с политравмами – 119, с травмами позвоночника – 26, с эпилепсией – 10, с менингоэнцефалитом – 5, с электротравмами – 4, с полирадикулоневропатией – 7, с туберкулёзом лёгких – 1, с отравлением угарным газом и наркотиками – 7, с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки – 31, с аллергией на лекарственные средства – 11, с тромбоэмболией лёгочных артерий – 2, с посреанимационной болезнью – 1, с перитонитом - 16, с носовыми кровотечениями – 7, с детским церебральным параличом (ДЦП) - 1, с одентогенной флегмоной – 39, с сахарным диабетом – 3, с циррозом печени – 4, с ишемической болезнью сердца – 5, с опухолью брюшной полости и желудочно-кишечного тракта – 2, с внематочной беременностью -14, с острой почечной недостаточностью – 14, с ВИЧ – инфекцией – 1.

Как видно из вышеизложенных данных, наиболее составляющие по нозологии приходятся на опухоль головного мозга – 183 (26,1%), политравму – 119 (16,9%), закрытую черепно-мозговую травму – 97 (13,8%), ОНМК - 53 (7,6%), одентогенную флегмону – 39 (5,6%), язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – 31 (4,4%), травму позвоночника – 26 (3,7%). После получения травмы общее число составило 246 больных, что составляет 35,1% случаев от всех поступивших. Политравма из общего числа поступивших больных с различными видами травмы составляет 48,4%, что занимает первое место в этой категории больных и второе место среди всех по нозологии больных.

Выводы. По нозологии среди 701 поступившего за девять месяцев 2024 года - 35,1% (246) случаев приходится на долю больных, получивших травмы. Из общего числа поступивших больных с травмами, политравма составила 48,4% случаев. Политравмы в структуре поступивших за девять месяцев 2024 года в отделение взрослой реанимации ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» занимают первое место в категории больных с травмами и второе место от общего количества больных с различными патологиями.

Бобоалиев А.М., Рахимов Н.Г., Хокироев Т.

ОСОБЕННОСТИ ВОЗРАСТНЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ АСПЕКТОВ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ СЕПСИСОМ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии имени профессора Д.А. Ахмедова ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан.

Цель исследования. Изучить особенности возрастных и социальных аспектов у больных с политравмой осложнившейся сепсисом**.**

Материалы и методы исследования. Нами проанализированы 100 больных с возрастными и социальными аспектами, с политравмой, осложнившейся сепсисом, находящихся на стационарном лечении в отделении взрослой реанимации ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» и городской Центральной больницы г. Гиссара в периоды 2020-2024 годов. Больные были разделены на две группы: I группа (ретроспективная) – 50 больных и II группа (проспективная) - 50 больных.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ наших исследований показал, что большинство пострадавших были мужчины 74 (74,0%), женщин оказалось 26 (26,0%). Мужчины в первой ретроспективной группе составили 76,0% (38), женщины - 24,0% (12), во второй проспективной группе - соответственно 72,0% (36) и 28,0% (14).

При анализе возрастных особенностей возраст исследуемых пациентов ретроспективной и проспективной групп в среднем составили 38,2 ±12,4 и 36,9±10,8 лет соответственно. При анализе возрастного аспекта отмечается, что в основном пострадавшие с политравмой были в молодой и средней возрастной категории, т.е. в самом трудоспособном возрасте, что имеет актуальное социальное значение. В возрасте от 18 до 59 лет в первой группе мужчин составил 68,0% (34), женщин - 18,0% (9), во второй группе мужчин 64,0% (32), женщин - 22,0% (11). Травматизм у мужчин в таком возрасте в основном был связан с их профессиональной деятельностью, а у женщин - с бытовыми аспектами.

При анализе данных наших исследований отмечается, что политравмы в основном получают мужчины в трудоспособном возрасте.

В ретроспективной и проспективной группах распределение пациентов по месту жительства и социальному статусу показало, что: жители города - 22 (44,0%), 23 (46,0%), и села - 28 (56,0%) и 27 (54,0%); работников и служащих составило 8 (16,0%) и 9 (18,0%), рабочих - 13 (26,0%) и 14 (28,0%), работающих на дому - 9 (18,0%) и 8 (16,0%), работников по найму (без постоянного места работы) - 20 (40,0%) и 19 (38,0%).

Анализ между группами по месту жительства статистически значимых особенностей не выявил. По социальному статусу травматизм наблюдался больше у рабочих и работников по найму.

Выводы. Политравмы в основном получают мужчины в трудоспособном возрасте, что имеет актуальное социальное значение. Больные с политравмой по месту жительства статистически значимых особенностей не имеют. По социальному статусу случаи получения политравм наблюдается больше у рабочих и работников по найму.

Бобоев А.Р., Худойдодов О.М., Салимова С.А.

ПРИМЕНЕНИЕ СПОСОБА Square-flap-plasty, ПРЕДЛОЖЕННОГОА.А. ЛИМБЕРГОМ ПРИ УСТРАНЕНИЕ МЕЖПАЛЬЦЕВОГО ПРОМЕЖУТКА БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА КИСТИ С ДВУМЯ ИЛИ ТРЕМЯ РУБЦОВЫМИ СТЯГИВАЮЩИМИ ГРЕБНЯМИ

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии, Душанбе, Таджикистан

Цель. Изучить эффективность способа Square-flap-plasty, предложенного А.А.Лимбергом при устранение межпальцевого промежутка большого пальца кисти с двумя или тремя рубцовыми стягивающими гребнями.

Материал и методы. В отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии г. Душанбе до 2023 года оперировано 300 больных с послеожоговыми рубцовыми контрактурами большого пальца кисти, из которых в 50 случаев применен способа Square-flap-plasty, предложенного А.А.Лимбергом. Возраст больных колебался от 1 года до 20 лет. Из анамнеза выявлено, что в 49% (24) случаев пациенты получили ожог горячими жидкостями (горячим чаем, кипятком и т.д.), в 44% (22) – от нагревательных приборов. Ожоги от горячей пищи встречались относительно реже – в 7% (4) случаев. Контрактуры были средней степени в 40 (73%) и тяжёлой степени – в 10 (27%) случаях. Все больные подвергнуты оперативному лечению. Дети оперированы под общим наркозом, а пациенты старше 20 лет – под блокадой плечевого сплетения и нейролептаналгезией. Операции выполнены модифицированным способом Z-пластики, способа Square-flap-plasty, предложенного А.А.Лимбергом. Следует отметить, что одним из показаний к применению схемы А.А. Лимберга является приводящая контрактура большого пальца с двумя или тремя рубцовыми стягивающими гребнями. Именно два треугольных лоскута на вершине квадратного лоскута позволяют использованием одной схемы избавиться от нескольких стягивающих рубцовых стяжений. Способ заключается в следующем: при выраженных сращениях I межпальцевого промежутка по ладонной поверхности планируется квадратный лоскут, верхушка которого обращена к межпальцевому промежутку, а основание к ладони кисти. На верхушке квадратного лоскута чертятся два треугольных лоскута – один основанием к большому пальцу, а другой основанием к указательному пальцу.

Результаты исследования. Ранний послеоперационный период у 45 (91%) больных протекал гладко, раны зажили первичным натяжением, расстройство кровообращения в пальцах и выкроенных лоскутах не отмечалось. Кожные швы удаляли на 12-14 сутки, гипсовые лангеты на 21 сутки, после чего начинали разработку движений в пальцах и кисти. Осложнения имели место у 5 (9%) больных в виде краевого некроза треугольных лоскутов. Эти осложнения были связаны с рубцовым изменением и плохим кровоснабжением кожи. Некротизированные края лоскутов в виде корочек выпали самостоятельно со вторичным натяжением ран, и не влияли на отдалённые функциональные результаты. Отдалённые результаты в сроках от 1 года до 10 лет наблюдали у 40 оперированных больных. В 38 (95%) случаях результаты были хорошими и удовлетворительными, движения и отведение большого пальца в полном объеме, хорошо сформирован первый межпальцевый промежуток, стягивающих рубцов в области первого межпальцевого промежутка нет, вид оперированной кисти удовлетворяет пациентов. В 2 (5%) случаях через 5 и 8 лет после операции у детей наблюдалось частичное стягивание рубцов в область первого межпальцевого промежутка и ограничение полного отведения большого пальца, что было связано с ростом ребёнка и его скелета при отсутствии роста рубцовой ткани по мере роста здоровых тканей. В обоих случаях больным выполнили повторную корригирующую операцию, после чего достигнуты хорошие функциональные результаты.

Выводы. Таким образом, модифицированный способом Z-пластики, способа Square-flap-plasty, предложенный А.А.Лимбергом, позволяет при устранении межпальцевого промежутка большого пальца кисти с двумя или тремя рубцовыми стягивающими гребнями. Поскольку углы треугольных лоскутов при этой схеме рассчитаны так, что их основание (питающая ножка) расположена близко к первому межпальцевому промежутку.

Бобоев К.Х., Касимов У.К.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПЕРЕВЯЗОЧНЫЕ СРЕДСТВА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХИРУРГИЧЕСКИМИ ИНФЕКЦИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА.

Кафедра общей и детской хирургии № 1, Ташкентская Медицинская Академия.

Цель исследования: изучение эффективности современных перевязочных средств, в лечении больных с хирургическими инфекциями мягких тканей развившихся на фоне сахарного диабета.

Материал и методы: нами применялись инновационные перевязочные средства, которые насыщены тем или иным препаратом и используются в зависимости от стадии течения раневого процесса. В частности: парапран – повязка изготовлена из крупноячеистой хлопчатобумажной марли, пропитанной парафиновой композицией и насыщена с диоксидином, химопсином, химотрипсином, хлоргекседином. Гелепран - на 70% состоит из воды и предназначена для ведения ран во влажном состоянии. Мягкая, эластичная структура покрытия позволяет хорошо моделировать повязку на ране, а прозрачность - контролировать рану. Гелепран поддерживает оптимальный для заживления уровень влажности, защищает рану от проникновения микробов извне. Воскопран - синтетическая сетка, не оставляющая в ране волокон. Сетка обеспечивает дренажный эффект для раневого экссудата и хороший воздухообмен. Пчелиный

воск содержит большое количество аминокислот, минеральных веществ и витаминов. Органика воска воспринимается раной как активная ранозаживляющая среда. Насыщены диоксидином и метилурацилом

Данные повязки использованы у 61 больных с сахарным диабетом, у которых имелись гнойные раны различной локализации. Изучаемые больные были разделены на 2 группы. 1 – группа контрольная представлена 27 больными, которым на фоне комплексного лечения местно применялась мазь «Левомеколь». Вторую основную группу составили 34 больных, которым в состав комплексной терапии для местного лечения использовались инновационные повязки. Повязки, после санаций ран использовались однократно в виде аппликаций.

Результаты: сравнительный анализ показал, что применение инновационных повязок обладает рядом преимуществ. В частности, возможность проведения безболезненных смен повязок: применение мази Левомеколь сопровождалось прилипанием марлевых ворсинок к ране и отторжение вызывало болевые ощущения; возможность моделирования повязки в зависимости от площади раны. Насыщенные ферментативными препаратами повязки широко применялись в 1 фазе раневого процесса, когда из раны необходимо удаления раневого детрита, что облегчалось применением повязки с воскосорб. Применение повязки Гелепран на фоне ангиопатии у больных с сахарным диабетом приводило к созданию влажной, близкой к физиологичным условиям среды течения раневого процесса.

Выводы: проведенные исследования показывают, что применение в послеоперационном периоде инновационных перевязочных средств способствует быстрому купированию воспалительных явлений, стимулирования эпителизации и регенерации, с улучшением результатов лечения хирургической инфекции мягких тканей при сахарном диабете.

Бобожонов М.Н., Бердиев Р.Н., Рахмонов Х.Дж.

СПОСОБ ДРЕНИРОВАНИЯ НАГНОИВШЕГОСЯ ЭХИНОКОККОЗА ГОЛОВНОГО МОЗГА

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

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения нагноившегося эхинококкоза головного мозга.

Материал и методы. В основу работы положены результаты лечения 8 больных нагноившимся эхинококкозом головного мозга в возрасте от 7 до 38 лет, которые находились на лечении на базе кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» за период 1995-2023гг.

При выборе хирургического доступа руководствовались, прежде всего, данными компьютерно- и магнитно-резонансной томографии, позволяющие наиболее точно локализовать кисту, определить их количество, дать представление о распространённости поражения, определить вид оперативного вмешательства.

Радикальное хирургическое вмешательство - удаление нагноившихся паразитарных кист головного мозга, их содержимого и оболочек, а также обработка лож эхинококковых кист и дренирование было выполнено у 7 больных. Один больной от проведения операции отказался.

Важным этапом в комплексе лечения больных с нагноившимся эхинококкозом головного мозга после удаления кисты в послеоперационном периоде является как можно более раннее и полное удаление из ложи удаленной кисты излившейся крови, гноя и токсических продуктов распада тканей. С этой целью в послеоперационном периоде в течение 3-5 дней, в зависимости от характера выделения, осуществлялось дренирование полости ложи удаленной нагноившейся эхинококковой кисты с двумя поливинилхлоридными трубками - приточное с диаметром 3 мм. и отточное с диаметром 5 мм. В проксимальном конце трубки произвели несколько (4-6) овальных отверстий для лучшего притока и оттока биологической жидкости. С целью профилактики ликвореи и других осложнений по ходу дренажной трубки дистальный конец трубки выводится наружу через небольшой дополнительный разрез кожи и подсоединяется к системе наружного дренирования. Трубки фиксируются кожным швом. Через трубку, установленную в эпидуральном пространстве, и в ложе удаленной нагноившейся эхинококковой кисты через приточную трубку осуществляется промывание этих пространств теплым 20-30 мл физиологическим раствором. В последующем производилась обработка 0,5% раствором диоксидина 10мл. через каждые 8 часов. Резервуары фиксировали на 15-20 см выше головы больного. На 3-5-е сутки дренажные трубки были удалены.

Результаты исследования. Среди исследованных детей было 4 (50,0%), взрослых - 4 (50,0%), мужчин было 5 (62,5%), женщин - 3 (37,5%). Городских жителей было 2 (25,0%), сельских - 6 (75,0%) больных. Одиночный эхинококкоз установлен у 3 (37,5%) больных, множественный эхинококкоз - у 5 (62,5%) больных, из них множественно - сочетанный эхинококкоз был у 1 (12,5%) больного и рецидивный множественный эхинококкоз - у 1 (12,5%) больного. Проведённые нами исследования показали, что осуществление дренирования внутричерепного пространства в послеоперационном периоде создаёт оптимальные условия для санации полости от остатков эхинококковых сколексов, токсических продуктов распада повреждённых тканей, крови и гноя, а также нормализации внутричерепного давления, и тем самым существенно облегчает послеоперационный период. Все оперированные больные выписаны домой с улучшением. Летальности нет.

Выводы. Дренирование эпидурального пространства и дренирование полости ложи удаленной нагноившейся кисты в послеоперационном периоде обеспечивают полное удаление излившейся эхинококковой жидкости, продуктов распада ткани, крови и гноя, а также позволяют контролировать внутричерепное давление.

Бокиев Ф.Б.[1], Маликов М.Х.[1,2], Худойдодов О.М.[2]

ПРОТЕЗИРУЮЩАЯ ПЛАСТИКА ПРИ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ГРЫЖАХ ЖИВОТА

[1] ГУ "Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии" МЗ и СЗН РТ
[2] Кафедра хирургических болезней № 2 имени академика Н.У. Усманова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больших и гигантских грыж живота использованием синтетических полипропиленовых трансплантатов.

Материал и методы. Анализированы результаты хирургического лечения 134 пациентов, которым выполнены различные варианты герниопластики при больших и гигантских грыжах живота. Среди общего числа пациентов различные синтетические трансплантаты были использованы 84 (62,7%) больным. По половому признаку доминировали женщины -112 (84,3%), средний возраст пациентов составил 48±5,6 лет, сроки грыженосительства варьировали от 6 месяцев до 16 лет. Для удобства изложения материала и выбора способа пластики грыжевого дефекта пациенты были распределены на 3 клинические группы. В первой клинической группе были включены 35 (26,2%) пациентов, у которых имелись первичные грыжи живота. Вторую группу составили 52 (38,8%) пациента с послеоперационными и с рецидивными грыжами (третья клиническая группа) были оперированы 47 (35%) пациентов.

Было установлено, что 73 (54,5%) пациенты находились в активном трудоспособном возрасте, сопутствующие патологии (ожирение, сахарный диабет, заболевание сердечно-сосудистой системы и пр.) были выявлены у 52 (38,8%) пациентов.

В зависимости от вида грыжи, размеры грыжевых ворот и сохранности местно-пластического ресурса была использована комбинированная и ненатяжная герниопластика. Ненатяжная пластика грыжевых ворот был выполнен во всех случаях гигантских грыж, когда имелся риск развития абджоминального компартмент синдрома.

При выборе способа пластики в учёт брали состояния тканей вокруг грыжевых ворот, размеры дефекта, показателей внутрибрюшного давления, наличия сопутствующих патологий.

Результаты исследования. Таким образом, использования различных синтетических сетчатых протезов 96 (71,6%) пациентам зависел от вида грыжи, размеры грыжевых ворот, состояние местного пластического ресурса и величины внутрибрюшного давления.

Немаловажное значение имел способ размещение сетчатого протеза в зависимости от размеров грыжевых ворот. При комбинированной пластике с учетом показателей внутрибрюшного давления 25 пациентам с первичными грыжами, 24- с послеоперационными и 25 пациентам с рецидивными грыжами удалось закрыть дефект местными тканями и поверх размещать синтетический протез. Остальным пациентам была предпринята ненатяжная герниопластика.

В ближайшем послеоперационном периоде раневые гнойно-септические осложнения имели места в 8,6% случаев. При комбинированном способе операции осложнения имелись у 7 (7,2%), после ненатяжных способов – у 1 (1,4%) пациентов. Осложнения были выявлены своевременно, осуществилась адекватная санация ран. В одном наблюдении после нагноения было произведено частичное удаление протеза, в последующем развился рецидив грыжи.

Выводы. Хирургическая коррекция больших и гигантских грыж живота остаётся сложной проблемой абдоминальной хирургии и независимо от характера патологии требует особого подхода. Измерение внутрибрюшного давления во всех случаях является важным, ибо метод коррекции во многом зависит от градиента давления брюшной в полости.

Бокиев Ф.Б[1], Маликов М.Х[1,2], Камолов А.Н[2], Махмадкулова Н.А[3].

КОРРЕКЦИЯ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ГРЫЖ ЖИВОТА

[1] ГУ "Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии"
[2] Кафедра хирургических болезней № 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
[3] Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино"

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больших и гигантских грыж живота.

Материал и методы. В отделениях реконструктивной пластической микрохирургии и эндохирургии РНЦССХ различные варианты пластики грыжевых ворот были осуществлены 134 пациентам с большими и гигантскими грыжами живота. Анамнестические данные показали, что послеоперационные грыжи имелись у 52, рецидивные – у 47 и первичные - у 35 пациентов. При объективном исследовании было выявлено, что в 84,3% случаев грыжи локализовались в переднюю брюшную стенку. С учетом возраста и выбора метода коррекции больные были тщательно обследованы и использовались дополнительные методы диагностики. При этом сопутствующие патологии были выявлены у 82 больных.

Результаты исследования. С учетом размеров грыжевых ворот, состояния местных тканей 31 (29,2%) пациентам была выполнена пластика грыжевых ворот по способу in lay. У всех этих пациентов имелись высокие показатели внутрибрюшного давления. Передняя и задняя сепарационная пластика с размещением протеза по способу sub lay была выполнена 21 (7,5%) и размещение сетчатого протеза по способу on lay было произведено 54 (20,7%) пациентам.

В ближайшем послеоперационном периоде летальный исход имел место у 3 пациентов. Рецидив грыжи в отдалённый послеоперационный период имелся у 11 пациентов, что составило 8,2%.

Заключение. Таким образом, проблема хирургического лечения больших и гигантских грыж живота остаётся сложной и многие аспекты остаются не решенными. Выбор способа пластики грыжевых ворот зависит от размеров грыжевых ворот и показателей внутрибрюшного давления. Адекватно выбранный способ операции, своевременное выявление осложнений во многом способствуют достижению удовлетворительного результата, как в ближайшем, так и отдаленном периоде после герниопластики.

Бори Б.Т., Бисалиев Б.Н., Роскидайло Е.В.

ОСТРЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ПОД МАСКОЙ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА.

Кафедра детской хирургии НАО «ЗКМУ имени М. Оспанова». Актобе, Казахстан.

Цель исследования: Оценить распространенность острых гинекологических заболеваний среди поступивших детей с острым животом.

Материал и методы: За 2024 год в МОДБ г. Актобе было пролечено 44 девочек, поступивших с клиникой острого аппендицита. Средний возраст девочек составил 14 ± 1,5 лет. Дети поступали через, в среднем, 3-5 часов от начала заболевания с жалобами на боли в правой подвздошной области, над лоном, тошноту, однократную или многократную рвоту, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. УЗИ органов брюшной полости и малого таза не выполнялось. После непродолжительного наблюдения всем детям выставлены показания к операции или лапароскопической диагностике. Во время операций у 24 девочек был выявлен острый аппендицит. Из них 18 девочек с диагнозом острый флегмонозный аппендицит, у 3 девочек выставлен острый гангренозный аппендицит. У 3 девочек боли в животе были обусловлены острым неспецифическим мезаденитом, катаральным аппендицитом. Острые гинекологические заболевания выявлены у 20 девочек. Из острых гинекологических заболеваний у 8 (40%) выявлен перекрут кисты яичника/придатка, из которых у 1 девочки произведена односторонняя аднексэктомия, 7 девочкам произведена деторсия, с сохранением придатков матки. У 12 девочек (60%) выявлены кисты яичника различных размеров без перекрута, с болевым синдромом.

Результаты исследования: Всем детям произведена экстренная операция. У 20 девочек (45%) выявлена острая гинекологическая патология. В 1 случае произведена органоуносящая операция – аднексэктомия, у которой в анамнезе были «светлые промежутки» отсутствия болей. Это возможно связано с резким перекрутом кисты/придатка. Какой-либо отчетливой связи между регулярностью и болезненностью менструаций у пациенток не выявлено. При кистах больших размеров имеется возможность пропальпировать кисту как объемное образование через переднюю брюшную стенку.

Выводы: Несвоевременная диагностика острых перекрутов кист придатков матки приводит к необратимым печальным последствиям. При поступлении девочек с болями в животе необходимо помнить о гинекологических заболеваниях и соответственно проводить тщательную пальпацию органов брюшной полости. Пациентам необходим совместный осмотр с детским гинекологом с УЗИ органов малого таза. Дифференциальная диагностика острого аппендицита с острыми гинекологическими заболеваниями у девочек до операции является очень затруднительной.

Ботиров Ш.Р.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИИ СЛУХОВЫХ ТРУБ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ СРЕДНИХ ОТИТОВ

Центр оториноларингологии и хирургии головы и шеи, Узбекистан

Цель оценить функцию слуховой трубы и повысить эффективность лечения больных хроническим средним отитом.

Материалы и методы: в течение последних двух лет нами обследовано 297 больных хроническим гнойным средним отитом, находящихся амбулаторной и стационарного лечения в оториноларингологическом отделении Многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии и в Центре оториноларингологии и хирургии головы - шеи. У всех больных проведены сбор анамнеза, отоскопия, риноскопия, для оценки состояния устья слуховой трубы, аттика и послеоперационной полости использована эндоскопия (жесткий эндоскоп диаметром 4 мм, угол осмотра 300, 700), как и для ведения фотодокументации, пробы Тойнби, Вальсальвы, продувание слуховой трубы по Политцеру или с помощью катетера, МСКТ височных костей. Результаты были подвергнуты статистическому анализу.

Результаты исследования показали у 252 (84,8%) больных через определенный промежуток времени после проведенного лечения нарушалась функция слуховоых труб и наблюдался рецидив хронического среднего отита. При МСКТ-исследовании височных костей у этих больных было установлено, что угол между горизонтальной линией Рейда и линией, проходящей через затылочную шейку евстахиевой трубы, был более горизонтальным.

Выводы: Аномалии анатомического строения слуховой трубы могут приводить к рецидивирующим нарушениям функции слуховой трубы, приводя к хроническим заболеваниям среднего уха. Определение анатомического строения слуховых труб у больных хроническим средним отитом с использованием современных методов и предупреждение возможных осложнений играет важную роль в повышении эффективности лечения. Вместе с тем выбор методики операции индивидуален и определяется длительностью течения ХСО, степенью распространения и выраженности патологического процесса, анатомическими особенностями сосцевидного отростка, уровнем слуховых нарушений, состоянием слуховой трубы, квалификацией хирурга и наличием современной аппаратуры.

Бурхонов Ш.Ш., Юлдошев Х.Ф. Джалилова Ф.М.

ОЦЕНКА ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ С ТЕТРАДОЙ ФАЛЛО

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. Таджикистан, Душанбе.

Цель исследования. Изучение состояния окислительного стресса и антиоксидантной защиты у больных с тетрадой Фалло (ТФ)

Материал и методы исследования. Нами обследованы 26 детей ТФ в возрасте от 3 до 14 лет до и после радикальной коррекции ТФ в условиях искусственного кровообращения и фармакохолодой кардиоплегии. У всех больных

было изучено состояние перекисного окисления липидов (ПОЛ) исследованием в сыворотке крови малонового диальдегида (МДА); антиоксидантной защитой системы по активности супероксиддисмутазы (СОД). О степени гипоксии у больных с ТФ судили по уровню пирувата, лактата и сукцинатдегидрогеназы (СДГ) в сыворотке крови. Контрольную группу составили 20 здоровых детей в возрасте от 4 до 14 лет.

Результаты и обсуждение: Врожденные пороки сердца «синего» типа сопровождаются гипоксией, которая, активизируя свободно-радикальное окисление, снижает активность антиоксидантной защитной системы организма.

Результаты исследования показателей ПОЛ и антиоксидантной защиты у больных ТФ приведены в таблице. Как видно из таблицы, содержание МДА до операции было повышено на 80,6%, а активность СОД была снижена на 52,4%, по сравнению с данными контрольной группы, что свидетельствует о тяжести нарушений ПОЛ.

Содержание лактата в крови у больных с ТФ до операции было повышено на 114%, а пирувата в крови-на 90%. Активность СОД была повышена на 108% по сравнению с контрольными данными. Среди причин выявленных нарушений метаболизма при ТФ ведущим является гипоксия, которая вызывает интенсификацию процессов ПОЛ, дестабилизацию биологических мембран, следствием которой является изменение активности ферментов. Повышение ПОЛ и снижение антиоксидантного потенциала у больных с ТФ является причиной «окислительного стресса» и является одним из основных патофизиологических механизмов развития послеоперационной осложнений. Динамические исследования показали, что после радикальной коррекции ТФ наблюдается снижение содержания МДА на 42,5%, активности СОД на 64,5% и выраженное снижение уровня пирувата и лактата в крови. После радикальной коррекции ТФ отмечено снижение активности СДГ в крови больных с ТФ на 51,5%, т.е. до уровня показателя контрольной группы

Заключение. У больных с ТФ имеет место дисбаланс в системе перекисного окисления липидов и антиоксидантной защитой системы, свидетельствующий о проявлении «окислительного стресса». Повышение содержания в крови пирувата, лактата, активности сукцинатдегидрогеназы является следствием глубокого гипоксического состояния. Благодаря радикальной коррекции ТФ и устранения гипоксии наступает нормализация перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты организма.

Бурхонов Ш.Ш., Абдуджабборов А.А., Джалилова Ф.М.

СОСТОЯНИЕ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ТЕТРАДОЙ ФАЛЛО

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. Таджикистан, Душанбе.

Целю настоящего сообщения, явилась изучение нарушений системы гемостаза у больных с тетрадой Фалло (ТФ).

Материал и методы. В основу настоящего исследования положен анализ результатов обследования 154 больных с тетрадой Фалло в Республиканском научном центре сердечно-сосудистой хирургии с 2010 по 2022 г.г. Из них 84 (54%) больным выполнена первичная радикальная коррекция порока, а 70 (46%) поэтапная хирургическая коррекция ТФ в условиях искусственного кровообращения (ИК) и фармако-холодовой кардиоплегии. Возраст больных колебался от 1 месяца до 30 лет.

Результаты и обсуждение. С целью создания «искусственной гемофилии» больным о ИК вводили гепарин из расчета 2,5-3 мг/кг. Адекватность гепаринизации контралировали определением времени активированного свертывания (ВАС) крови. Во время ИК ВАС поддержали в пределах 450-600 сек. Нейтрализация гепарина осуществляли 1% раствором протамина сульфата.Для коррекции дефицита факторов коагуляционной системы крови применяли свежезамороженную плазму. При снижении гематокрита ниже 28% применяли отмытые эритроциты для быстрой коррекции кислородно-транспортной функции. В случае значительной гемодилюции применяли гемофильтрацию и лазикс под контрлем ЦВД и почасавого диуреза. Снижение количества тромбоцитов ниже $70x10^6$ /л явилось показанием к переливанию 2-3 доз тромбоконцентрата. Исследования параметров системы геомстаза (ВСК, ВАК, ПВ, ПИ, АЧТВ, МНО, тромботесты, ht) проводились перед операциях и в первые часы после поступления больных в реанимационное отделение. У больных с тетрадой Фалло время свертывания по Ли Уайту было удлинено на 11%, АЧТВ на 12,4% (P>0,05). ПВ у этих было достоверено удлинено на 25% (p<0,05) . Структурный показатель свертываемости крови-фибриноген был на 16,7% снижен (p<0,05) по сравнению с нормой. Нами обнаружена существенная разница между показательями, характеризующими фибринолитическое состояние крови-РФМК и ПДФ, соответственно на 60,0% (p<0,05) и 62,2% (p<0,001). Гемотокрит у больных с тетрадой Фалло на 61,1% (p<0,001) был больше, по сравнению с нормой. При сравнении показателей коагулограммы у больных с тетрадой Фалло после радикальной корреции порока в условиях ИК отмечалось удлинение тотального времены свертываения крови-по Ли Уайта 106,0% (p<0,001) АЧТВ- на 70,0%(p<0,001) и ПВ-на 30%(p<0,05), по сравнению с показателями дооперационного периода. Количество фибриногена и тробоцитов соответственно снизилось на 40,0%(p<0,001) и на 40,7% (p<0,001). Также отмечено снижение уровня гемотокрита на 39,4% (p<0,001). Уровень РФМК увеличилсяна 80% (p<0,001) и ПДФ –на 130% (p<0,001).

Заключение. Послеоперационные нарушения коагулограммы больных с тетрадой Фалло оказались более выраженными и соответствовали изменениям гемостаза при хронической форме синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. После радикальной коррекции тетрады Фалло отмечалось снижение гемостатического потенциала крови за счет уменьшения факторов коагуляции и увеличения продуктов дегидратации фибриногена, которые корригировались в ходе комплексной послеоперационной интенсивной терапии.

Валдошова С.Ш., Ашурова Н.М.

АКУШЕРСКИЕ ИСХОДЫ ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗЕ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан

Цель исследования. Изучение акушерских исходов у беременных с туберкулёзом органов дыхания.

Материал и методы. В период 2017-2022 годы было проведено обсервационное проспективное когортное исследование. Объектом исследования явились 43 беременные, больные туберкулёзом различных форм. Ведущее место среди выявленных случаях занял туберкулёз органов дыхания (ЛТБ), диагностированный у 25 женщин (58,1%), а именно инфильтративная его форма (46,6%). Реже были выявлены другие формы ЛТБ: очаговый (4,6%), диссеминированный – (4,6%), кавернозный (2,3%).

Выявляемость и диагностика ЛТБ осуществлялись по мере обращаемости и наличия жалоб у женщин в учреждениях ПМСП (40,0%), родильных домах (24,0%), туберкулёзном диспансере (32,0%) и стационаре (4,0%). Для постановки диагноза ТБ всем больным поведено клинико-рентгенологическое и лабораторное обследование. Также беременным проводились общепринятые методы исследования, по результатам которых оценивалось состояние женщин в течение всей беременности, а также оценка акушерских и перинатальных исходов.

Статистический анализ проведён с использованием прикладных пакетов Microsoft Excel 2000,IBM SPSS Statistics 26. Вычислялись средние величины и их стандартное отклонение (M±m) для количественных выборок и доли для качественных показателей.

Результаты исследования. В результате анализа полученных данных было отмечено, что туберкулёз органов дыхания (ЛТБ) был выявлен у женщин с 20 до 44-х лет. Средний возраст которых был равен 27,8±5,7 лет. В преобладающем большинстве случаев - у 20 (80,0%) женщин была чувствительная к основным противотуберкулёзным препаратам (ПТП) форма, в 3 (12,0%) случаях выявлена множественная лекарственная устойчивость (МЛУ-ТБ) и 2 (8,0%) случая широкой лекарственной устойчивости (ШЛУ).

Роды у женщин с ТБ органов дыхания, преимущественно, были в срок (80,0%).У каждой пятой женщины гестационный процесс осложнился преждевременными родами (20,0%). Медиана срока беременности при преждевременных родах составила 35 недель. Наиболее частой патологией, осложняющей течение беременности, явился дородовый разрыв плодных оболочек (ДРПО), который осложнил 6 (24,0%) беременностей. Диагностированы также преэклампсии (8,0%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) (4,0%), аномалии родовой деятельности (4,0%).

В 68% случаев родоразрешение проводилось через естественные родовые пути. Общая кровопотеря, в среднем, при естественных родах у беременных с ЛТБ составила 278,0±98,3мл, а при кесаревом сечении – 755,5±316,2мл. Отмечена высокая частота оперативного родоразрешения (32%), показанием к которому, традиционно, являлась акушерская патология (75%), а в четверти случаев - дыхательная недостаточность ЛТБ. Среди осложнений раннего послеродового периода диагностированы гипо- и атонические кровотечения (8,0%), субинволюция матки (8,0%), гематометра (8,0%). Также имела место и септическая патология, как хориоамнионит (4,0%) и перитонит(4,0%).

Выводы. Акушерскими исходами при туберкулёзе органов дыхания у беременных явились: увеличение частоты оперативного родоразрешения из-за возникших акушерских осложнений, а также осложнений туберкулёза лёгких, следствием которого явилось увеличение общего объёма кровопотери; повышение частоты возникновения плацентарной недостаточности (преждевременные роды, ДРПО) и гипертензивных нарушений. Осложнениями послеродового периода были кровотечения, а также и септические осложнения. Своевременная диагностика заболевания, правильный подход к оценке состояния и улучшение качества наблюдения за беременными и родильницами является профилактикой неблагоприятных акушерских исходов.

ВалдошоваС.Ш., Додхоева М.Ф., Абдуллаева Р.А.

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПОСЛЕДОВ РОДИЛЬНИЦ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан

Цель исследования. Изучение структурных изменений в последах родильниц с туберкулёзом.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели морфологическому исследованию подверглись26 последов, из которых 15 последов родильниц с туберкулёзом (ТБ) различных форм и локализаций (основная группа), и 11 последов группы здоровых женщин без ТБ (контрольная группа).Проводился осмотр плацент, взвешивание и определение объёма методом водоизмещения. Из 8 участков центральных и периферическихзон плаценты забирались биоптаты, и изготавливались парафиновые срезы для микроскопического исследования (методика Милованова АП и соавт.,1999).В ходе проведения исследования оценивались особенности пуповины; состояние плаценты: объём межворсинчатого пространства, степень зрелости ворсин хориона, наличие инволютивно-дистрофических изменений, компенсаторных реакций, микрососудистые расстройства и воспалительные изменения.

Результаты исследования. Средний возраст родильниц основной группы был равен 27,4±5,7 лет, а группы сравнения– 24,4±3,5 лет; возрастных отличий между группами не показало статистической значимости. Средний индекс массы тела составил 19,3±1,9 кг/м в основной группе. Выявлена статистически значимая разница с группой здоровых – 23,2±3,2 кг/м 2 (p=0,003). При распределении женщин по клиническим формам ТБ было выявлено, что ведущее место занимает ТБ лёгких (67%), а именно инфильтративная форма у 80% беременных, а также очаговая (10%) и диссеминированная (10%) формы.

При гистологическом анализе последов узлы пуповины выявлялись несколько чаще у родильниц основной группы (53%), чем у контрольной (36%). Микротромбоз сосудов пуповины встречался в 3/15 (20%) случаев в основной группе, и 2/11 (18%) – в группе сравнения. Оценка зрелости ворсин показала, что в основной группе у 46,7% родильниц среди промежуточных ворсин преобладали незрелые промежуточные ворсины, в то время как в контрольной группе у всех родильниц преобладали зрелые промежуточные ворсины.

Что касается инволютивно -дистрофических изменений, то лишь по одному из них (наличие очагов обызвествления в строме ворсин) частота их обнаружения оказалась выше в основной группе по сравнению с контрольной – в

53% и 9% случаев соответственно (p=0,004). Отёк стромы ворсин и отложение солей кальция в межворсиночном пространстве отмечались лишь в плацентах родильниц основной группы.

В группе ТБ также преобладали более выраженные морфологические проявления хронической плацентарной недостаточности (ПН),приведшие к преждевременным родам (27%и 9% соответственно группам сравнения), задержке внутриутробного развития плода (13% только в основной группе), дородовому разрыву плодных оболочек (20% только в основной группе) и другим акушерским и перинатальным осложнениям.

Гиперваскуляризация и гиперплазия терминальных ворсин, образование функционально активных синцитиальных узелков способствовали достижению компенсации хронической ПН, что в совокупности было более выражено в группе здоровых родильниц – 55% против33% в группе родильниц с ТБ.

Выводы. Особенности структурной организации последов родильниц, страдающих туберкулёзом, такие как снижение средней толщины и объёма, инволютивно-дистрофические изменения, гемоциркуляторные нарушения – способствовали развитию выраженных форм плацентарной недостаточности. Компенсаторные механизмы не были способны в полной мере поддержать трофику и компенсировать проявления плацентарной недостаточности, что, в конечном итоге, приводило к ухудшению перинатальных исходов.

Валдошова С.Ш., Додхоева М.Ф., Мирзоева М.Б.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ Д БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ БЕРЕМЕННЫХ

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

Цель исследования. Изучение уровня витамина Д в венозной сыворотке беременных женщин с различными формами туберкулёза.

Материал и методы. Основой настоящего исследования явилось определение уровня витамина Д у беременных женщин, заболевшими разными формами туберкулёза (далее ТБ).Статус витамина определялся концентрацией 25-гидроксивитамина Д (25(OH)D) в венозной сыворотке методом ИФА у 9 беременных женщин с ТБ. Образцы крови для исследования у беременных женщин с недавно диагностированным ТБ были собраны натощак из локтевой вены в отдельные пробирки с денатурирующим буфером для извлечения аналита. Кроме того, учитывали характер питания, потребление препаратов витамина Д, и другие особенности жизнедеятельности путём опроса и сбора анамнеза. Установлено, что раннее беременными не употреблялись какие-либо препараты витамина Д. Обеспеченность витамином Д оценивали согласно клиническим рекомендациям Российской ассоциации эндокринологов (2016 г.). Адекватный уровень 25(OH)-витамина Д3 в сыворотке – 30–150 нг/мл, недостаток витамина Д – 20-30 нг/мл, дефицит – 10-20 нг/мл, 10 нг/мл и ниже – выраженный (тяжелый) дефицит витамина.

Результаты исследования. Анализ показал, что средний возраст женщин составил 26,1±5,1 лет. 44,5% обследованных беременных страдали лёгочным туберкулёзом, а именно инфильтративной его формой, когда у 55,5% были в нелёгочные формы заболевания - чаще плеврит (60%).

По полученным результатам было обнаружено, что у беременных женщин с туберкулёзом колебания показателей составили от 3,0 до 30,72нг/мл, что в среднем показал выраженный (тяжёлый) дефицит витамина Д (8.3±9,0нг/мл),а медиана его уровня составила 5,1нг/мл.У 77,8% беременных выявлен тяжелый дефицит витамина в крови, медиана которого составила 4,3 нг/мл, у 11,1% женщин – дефицит витамина (14,04 нг/мл), и лишь у 11,1% обнаружена нижняя граница адекватного его уровня (30,72нг/мл).

При изучении уровня витамина согласно форме заболевания выявлено, что тяжелый дефицит обнаружен как в группе женщин с лёгочной (6,9 ±5,4нг/мл), так и в нелёгочной (9,4±11,9нг/мл) форм ТБ, с более выраженным дефицитом в сторону лёгочного инфильтративного ТБ.

Низкое содержание витамина Д плазмы крови в исследуемых группах беременных объясняется тем, что забор крови у большинства женщин (55,6%) проводился в осенне-зимний период времени. Средние значения уровня витамина Д у беременных, обследованных в весенне-летний период, составили 10,53±13,5 нг/мл. Также следует учитывать и тот факт, что согласно этническому происхождению, большинство жителей региона имеют смуглый оттенок кожи, что, согласно данным литературы, снижает нормальный синтез витамина в коже. Также в силу религиозных убеждений женщины носят закрытый тип одежды, что тоже является фактором риска авитаминоза Д.

Выводы. Результаты анализа показали, что беременные женщины с туберкулёзом имели тяжёлый дефицит витамина Д, в особенности при лёгочной форме заболевания. Также установлено, что помимо основного заболевания, женщины имеют также и дополнительные факторы риска авитаминоза Д.

Следовательно, выявленный тяжелый авитаминоз Д у женщин с туберкулёзом обязывает дополнить обследование беременных из группы риска определением его уровня в крови, а также провести своевременную коррекцию для оптимизации терапии и исходов как основного заболевания, так и гестационного процесса.

Гаибов А.Д., Бурхонов Ш.Ш., Юлдошев Х.Ф.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ и СЗН РТ
Кафедра хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Цель исследования – изучить результаты паллиативных операций и радикальных коррекций тетрады Фалло.

Материал и методы исследования. Изучены результаты комплексной диагностики, хирургического лечения и диспансеризации 144 пациентов с ТФ.

В зависимости от типа и объема проведенных оперативных вмешательств, все пациенты были разделены на 3 группы. В первую группу были включены 92 (63,9%) пациентов (средний возраст 6,2±1,5 лет; 55 мальчиков, 37 девочек) перенесшие радикальную коррекцию ТФ. Вторую группу составили 28 (19,4%) больные (средний возраст при

паллиативных операциях 2,4±0,9 лет; при радикальной коррекции – 5,9±2,2 лет; 18 мальчиков, 10 девочек), которым проведена двухэтапная коррекция порока - первым этапом паллиативные вмешательства, вторым этапом – радикальная коррекция. Третья группа включила в себя 24 пациентов (средний возраст 6,1±2,4 лет; 13 мальчиков, 11 девочек) которым не имелось возможность проведения радикальных вмешательств из-за тяжелых анатомо-геометрических изменений сердца в связи с чем им выполнены только паллиативные операции.

Результаты исследования. Интраоперационных летальных осложнений среди наблюдавшихся пациентов не было, кроме одного случая временной остановки сердечной деятельности. Средняя продолжительность нахождения пациентов в палаты интенсивной терапии после экстубации не имела значимого различия при радикальной коррекции ТФ и паллиативных вмешательств и составила 65,4±5,2 часов и 63,1±4,9 суток (p>0,05) соответственно. В раннем послеоперационном периоде различные специфические и неспецифические осложнения были отмечены у 40,3% (n=58) пациентов, чаще после РКТФ (n=50; 41,7%), чем паллиативные вмешательства (n=8; 15,4%) (p<0,001). В ближайшие сроки после хирургических вмешательств умерли 9 (6,3%) из 144 больных. Летальность после первичной коррекции тетрады Фалло составила 4,3% (4 из 92). Среди больных, перенесших двухэтапную операцию летальность составила 14,3% (4 из 28). В группе пациентов, которым были выполнены только паллиативные вмешательства, только в 1 (4,2%) случае отмечен летальный исход.

Выводы. Использование новых технологий и стратегии лечения позволяют в большинстве случаев добиться хороших результатов, частота летальных исходов составляет 6,3%. Выбор тактики хирургического вмешательства при тетрады Фалло зависят от состояния кровообращения (размеры и конфлюэнтность легочных артерий, дополнительные источники легочного кровотока), объемной характеристики левого желудочка, уровня гипоксемии, наличия сопутствующей патологии, особенности расположения значимых коронарных сосудов, затрудняющие реконструкцию выводного отдела правого желудочка.

Галустян А.В., Черняев М.В., Файбушевич А.Г.

КЛИНИЧЕСКОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТАНДЕМНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра госпитальной хирургии с курсом детской хирургии Медицинского Института Российского Университета Дружбы Народов имени Патриса Лумумбы, Москва, Россия

Цель: Острый ишемический инсульт, вызванный тандемным поражением внутренней сонной артерии (ВСА), составляет примерно 15-30% от всех ишемических инсультов, требующих эндоваскулярного лечения. При этом оптимальный метод реваскуляризации для таких пациентов остается неопределенным. Целью данного исследования является выявление наиболее эффективного метода эндовскулярного лечения в этой когорте пациентов и определение предикторов функциональной независимости.

Материалы и методы: В исследование включено 94 пациента с тандемным поражением ВСА. После успешной реперфузии (mTICI 2b-3) пациенты были разделены на две группы. В исследуемой группе (48 человек) пациентам был имплантирован стент в область поражения экстракраниальной ВСА с назначением двойной антиагрегантной терапии. В группе сравнения (46 человек) пациентам назначали оптимальную медикаментозную терапию. Для анализа полученных данных использовалась статистическая программа Stattech.

Результаты: Проходимость экстракраниальной ВСА является предиктором функциональной независимости (p = 0,019) и выживаемости в течении трех месяцев (p = 0,032). Частота функциональной независимости через 90 дней (mRs 0-2) в группе стентирования и в группе сравнения составили 64,6% и 41,3% соответственно (p = 0.024), также отмечалась статистически значимая разница в частоте проходимости экстракраниальной ВСА в исследуемой и в сравнительной группах - 89,6% и 67,4% соответственно (p = 0.009). В группе стентирования, значительно чаще отмечается раннее неврологическое улучшение (ОШ = 3,419; 95% ДИ: 1,465 – 7,978, p = 0,004) и существенное неврологическое улучшение на седьмой день после механической тромбэктомии (МТ) (ОШ = 2,604; 95% ДИ: 1,132 – 5,986)., p < 0,023).

Выводы: В группе, в которой выполнялось стентирование, пациенты значительно чаще достигали функциональной независимости в течении трех месяцев. Также в группе стентирования частота проходимости экстракраниальной ВСА, частота раннего неврологического улучшения и существенного неврологического улучшения на седьмой день после МТ отмечались значительно чаще. Данное исследование показало, что МТ из окклюзированной крупной интракраниальной артерии в сочетании с экстренным стентированием ВСА является наиболее эффективным эндоваскулярным методом лечения пациентов с тандемным поражением ВСА.

Гапоник А.М., Петрова Т.О.

ЗАВИСИМОСТЬ РИСКА РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ОТ НЕКОТОРЫХ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии УО «Гродненский государственный медицинский университет». Республика Беларусь.

Цель исследования. Такие особенности анамнеза жизни, как время наступления менархе, генетическая предрасположенность к развитию патологии молочных желез, а также антропологические параметры (индекс массы тела (ИМТ) оказывают влияние на протекание гормональных процессов в организме женщины, а те, в свою очередь, на пролиферативную активность эпителия долек и протоков молочных желез. Целью данного исследования является выявление зависимости риска развития новообразований молочных желез от ИМТ, времени наступления менархе, а также наличия в анамнезе у родственников по материнской линии (мать, сестра, бабушка) патологии молочных желез.

Материал и методы. Было проведено анонимное анкетирование 164 женщин в возрасте от 17 до 60 лет за период с 2021 по 2023 г.г.

Результаты исследования. Выяснилось, что из 164 женщин 42 (25,6%) в течение последних 2 лет обращались в учреждения здравоохранения за медицинской помощью по факту выявления патологии молочных желез. Среди 42 женщин с выявленной патологией проведен анализ показателей ИМТ, времени наступления менархе, генетической предрасположенности. Количество женщин, у которых ИМТ составил более 25 - 22 (52,3 %), 29 опрошенных (69,0%) имели отклонение от нормальных значений срока наступления менархе, а у 28 (66,7%) выявлен отягощенный семейный анамнез по раку молочной железы.

Выводы. Совокупность особенностей анамнеза жизни, таких как отклонение от нормальных значений времени наступления менархе, отягощенность семейного анамнеза по раку молочной железы, а также увеличение ИМТ повышают риск развития патологии молочных желез, в том числе и злокачественных новообразований. Своевременная оценка вышеизложенных факторов позволит специалистам соответствующего профиля определить пациентов в группы риска и провести необходимые скрининговые исследования.

Гасанов Р.Ф., Асабутаев Ш.Н., Гасанов Р.Ф.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМ ПЕЧЕНИ: КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Кафедра госпитальной хирургии, ГОУ ВПО «КРСУ им. Б.Н. Ельцина», Кыргызстан

Актуальность. Диагностика и хирургическое лечение гемангиом печени до сих пор остаются, сложной клинической проблемой. Неопределенность поведения гемангиом со временем обусловлена трудностью и несовершенством их дифференциальной диагностики и отсутствие чёткой позиции относительно тактики ведения больных с гемангиом печени. Известно, что запущенные формы часто чреваты тяжелыми и порой несовместимыми с жизнью осложнениями такими как: разрыв гемангиомы с последующим внутрюрюшным кровотечением.

Цель работы. Оценка преимуществ современной диагностики и хирургических лечений гемангиом печени

Материалы и методы. Был проведён ретроспективный анализ результатов лечения 31 пациентов, 23 из которых явились женщинами и 8 - мужчинами. Возраст пациентов был в пределах 25-65 лет (средний возраст составил 45 лет). Длительность заболевания было от 2 нед. до 10 лет с момента появления первых клинических проявлений болезни.

Для более точной диагностики данной патологии всем пациентам были произведены следующие методы инструментального обследования: УЗИ (34 пациентов) и КТ (21 пациента) печени, ангиография, пациентам с гигантскими гемангиомами была проведена МСКТ (9 пациентов), для выявления сдавления сосудов и желчных протоков печени.

Результаты: 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. При сборе анамнеза пациентов женского пола было выявлено следующее: у 8 пациенток в возрасте 24-25 лет имело место прием комбинированных оральных контрацептивов на протяжении 8-12 мес, 7 пациенток отмечали рост гемангиомы после беременности, 6 пациенток на момент обследования находились в постменопаузе. В зависимости от данных исследования проводилась следующий объем оперативного вмешательства: у 5 пациентов (16,1%) правосторонняя гемигепатэктомия (ПГГЭ), левосторонняя гемигепатэктомия (ЛГГЭ) была произведена 2(6.4%) больным, 20(64,5%) больным- атипичная резекция печени (АР), включая в себя лобэктомию 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. В последующем резултат гистологического исследования подтвердил кавернозную гемангиому у 24 (77,4%) пациентов, у 3(9,6%) пациентов имелись сопутствующие заболевания, а также капиллярная гемангиомы у 1(3,2%) больного. После проведенного лечения, пациенты проходили диспансерное наблюдение, с контролем УЗИ в первый год каждые 3-4 месяца, во второй год каждые 6 месяцев, в результате чего рецидивов и других послеоперационных осложнений не выявлено.

Выводы. Лечение пациентов с гемангиом печени могут проводиться хирургическим путем или с другими нехирургическими методами, такими как транскатетерная артериальная эмболизация или радиочастотная абляция. Но, энуклеационная хирургия и резекция печени показали, что эти методы дает наименьшее осложнений по сравнению иными хирургическими методами. Прогрессирование опухоли при этом методе наблюдается менее чем на 40%. В отдаленном периоде после радикального хирургического лечения осложнений у данных пациентов не выявлено.

Гафуров М.М., Аминов З.А., Насриддинов Л.Э.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ЛЕЧЕНИЕ КРИПТОРХИЗМА У ДЕТЕЙ: АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии», Таджикистан

Цель исследования. Целью данного исследования является изучение распространенности крипторхизма у детей, выявление факторов риска развития данного состояния и сравнительный анализ эффективности консервативных и хирургических методов лечения. Особое внимание уделяется влиянию ранней диагностики и лечения на репродуктивное здоровье и предотвращение долгосрочных осложнений, таких как бесплодие и повышенный риск развития злокачественных новообразований яичек.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 75 детей с диагнозом крипторхизм, возрастом от 6 месяцев до 5 лет. Пациенты были разделены на три группы в зависимости от метода лечения: **Группа 1** (n=25): дети, получавшие гормональную терапию (введение хорионического гонадотропина человека — ХГЧ) для стимуляции опущения яичка. **Группа 2** (n=25): дети, которым была проведена хирургическая коррекция (орхипексия). **Группа 3** (n=25): дети, у которых наблюдалось спонтанное опущение яичка без вмешательства (контрольная группа для оценки прогноза при отсутствии лечения).

Сбор данных включал: I.Анамнез матери (возраст, состояние здоровья, наличие вредных привычек, осложнения беременности). II.Лабораторные анализы (гормональные показатели). III.Оценку положения яичка до и после лечения с использованием ультразвукового исследования. IV.Мониторинг состояния репродуктивной системы (размер яичек, уровень фертильности у пациентов старшего возраста). Статистический анализ включал методы регрессионного анализа для выявления факторов риска и сравнительный анализ эффективности терапии.

Результаты исследования. Исследование показало, что наиболее частыми факторами риска развития крипторхизма были преждевременные роды (30%), низкая масса тела при рождении (25%) и наличие эндокринных заболеваний у матери (15%). Также было отмечено, что у детей, родившихся от матерей старше 35 лет, риск развития крипторхизма был на 20% выше по сравнению с более молодыми матерями.

В группе, получавшей гормональную терапию, у 60% детей было отмечено успешное опущение яичка в мошонку без необходимости хирургического вмешательства. В группе, перенесшей орхипексию, успех операции был достигнут в 95% случаев, при этом побочные эффекты и рецидивы были минимальны. В контрольной группе спонтанное опущение яичек произошло только у 40% детей в возрасте до 1 года, а у остальных требовалось оперативное вмешательство.

У детей, не получавших своевременное лечение, были выявлены случаи гипоплазии яичек и сниженная фертильность в будущем. В то же время хирургическая коррекция и гормональная терапия показали хорошие результаты в поддержании нормального развития репродуктивной системы.

Выводы. Исследование подтвердило важность ранней диагностики и лечения крипторхизма для предотвращения долгосрочных осложнений. Гормональная терапия эффективна при лечении крипторхизма в раннем возрасте, однако хирургическая коррекция остается золотым стандартом при неэффективности консервативного подхода. Материальные факторы риска, такие как преждевременные роды и состояние здоровья матери, должны учитываться при профилактике и мониторинге этого состояния.

Гафуров М.У., Гафурзода С.М., Нарзиев Б.Х.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОАКАРНОЙ ЦИСТОСТОМИИ ПРИ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКЕ МОЧИ, ВЫЗВАННОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРОСТАТЫ

Кафедра урологии по имени профес. Осими А.С. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».
ГУ «Республиканский научно-клинический центр урология». Таджикистан

Цель исследования. Изучить эффективность и безопасность применения троакарной цистостомим при острой задержке мочи, вызванной доброкачественной гиперплазией простаты.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы истории болезни 32 больных, которым выполнена троакарная цистостомия в отделение андрологии ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии», который является клинической базой кафедры урологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» в период с 2020 по 2024 годы. Средней возраст больных составил 65,9 лет (62-82года). Показанием к троакарной цистостомии была необходимость предоперационной подготовки (с целью коррекции состояния сердечно-сосудистой системы) сроком от 2 недель до 2 месяцев. Всем больных перед началом манипуляции было проведено комплексное клиническое обследование по традиционной схеме, принятой для диагностики доброкачественной гиперплазией простаты. Средний объем простаты-58см^3.

Результаты. Троакарную цистостомию выполняли под местной анестезией 0,5% раствором новокаин и 2% лидокаин в перевязочном кабинете с помощи одноразового набора троакарной цистостомии. После рассечения кожи, подкожно-жировую клетчатку и апоневроз передней брюшной стенки мочевого пузыря с помощи иглы шприца пунктировали с целью определения направления троакара. Для дренирования мочевого пузыря - уретральный катетер Фоле или Нейлатон диаметром–12-14Ch. Среднее время манипуляции составило 10мин. В последующем в течение срока цистотомы периодически проводилось промывание дренажа раствором фурацилина с целью санации мочевого пузыря и профилактики обструкции дренажа мочевыми солями. У всех больных отмечен удовлетворительный результат дренирования. Среди интраоперационных осложнений только у 1 больного наблюдалось кровотечение из раны. Причина кровотечения было повреждение вены стенки мочевого пузыря, которые после наложения холода в область раны и назначением гемостатиков кровотечение остановилось. Необходимость в рецистостомии ни в одном случае не возникло. В течение 2 недель – 2 мес все больные были избавлены от дренажа после через пузырную аденомэктомию с последующим восстановлением мочеиспускания.

Выводы. Таким образом, троакарная цистостомия при острой задержке мочи, вызванной доброкачественной гиперплазией простаты, является высокоэффективным методом дренирование мочевого пузыря, практически лишенным каких-либо осложнений и минимально инвазивным. Показанием к применению троакарная цистостомия является длительная (более 2 недель) предоперационная подготовка больных с доброкачественной гиперплазией простаты и его осложнений, таких как вторичные камни мочевого пузыря, обострение хронические цистита, двухсторонние уретерогидронефроз и хронические почечные недостаточность. А также у больных имеющих цистотому в предоперационном периоде является профилактика гнойного уретрита и не дает дискомфорт для больных.

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

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ и СЗН РТ; Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Анализ частоты хирургических осложнений после трансфеморальной аортографии по Сельдингеру.

Материалы и методы. Проанализированы исходы трансфеморальной аортографии по Сельдингеру (ТАС), выполненных у 1749 больных, находившихся за 2017–2019 гг. в отделении рентгено-эндоваскулярной хирургии РНЦССХ. Среди 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±8,4 лет). Рентгеноэндоваскулярное исследование проводилось на ангиографической системе «Infinix VS-I», Toshiba (Япония). Использовался катетер типа «Pig tail». Введение контрастного вещества осуществлялось автоматическом инъектором в объеме 40-60 мл.

Результаты и их обсуждение. От общего числа больных в 1342 (76,7%) случаях были выполнены диагностические исследования, в 407 (23,3%) - лечебные.

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 корригированы 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 последующим развитием ТЭЛА. В двух случаях развилась интраоперационная внезапная смерть вследствие ТЭЛА, источник которой не удалось установить.

Заключение. 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

Гулов М.К., Салимов Дж.С., Холматов П.К.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Кафедра общей хирургии №1 имени профессора Каххорова А.Н.
ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан

Цель исследования. Улучшение диагностики и результатов хирургического лечения острой спаечной кишечной непроходимости.

Материал и методы. Проведён анализ исследования 172 пациентов с острой спаечной тонкокишечной, кишечной непроходимостью (ОСТКН) в период 2014-2024 годы в Государственное учреждение Городской медицинский центр №2 имени академика К.Т. Таджиева в городе Душанбе.

В исследуемый клинический материал были включены 115 женщин (75%) и 57 мужчин (25%) с ОСТКН. В ранние сроки, до 6 часов от момента заболевания, в клинику поступили лишь 5 (3,6%) пациентов с ОСТКН, в сроки от 6 до 12 часов – 11 (7,9%), 22 (15,7%) пациента поступили в сроки позже 24 часов. В остальных случаях в 138 (72,8%) наблюдениях больные поступили позже 24 часов, что сопровождалось развитием значительных нарушений в общем их состоянии и изменениями в кишечнике.

Сроки от начала заболевания до поступления в клинику составили в среднем 35,7 ± 17,2 часа. Всем пациентам для диагностики ОСТКН широко использовали рентгенологическое, ультразвуковое исследование. Для ранней диагностики ОСТКН, а также с целью проведения лечебных малоинвазивных вмешательств выполняли видеолапароскопию.

Результаты исследования. Рентгенологический метод исследования позволил констатировать факт наличия ОКН, определил её уровень, при этом высокий уровень спаечной тонкокишечной непроходимости установлен у 48 (34,4%) пациентов, средний – у 25 (17,8%) и в 20 (14,2%) наблюдениях диагностирована низкая спаечная непроходимость.

На ранних стадиях ОСТКН, при сомнительных результатах рентгенологического исследования и при неясных случаях все большое значение приобретает УЗИ. Основным УЗ признаком ОСТКН является расширение петель тонкой кишки с внутрипросветным депонированием жидкости. При выполнении оперативных вмешательств при ОСТКН, решающее значение придавали ликвидации и разрешению кишечной непроходимости. Лапароскопический и традиционный адгезиолизис проведён 72 пациентам, резекция тонкого кишечника с анастомозом бок-бок 58 больному и резекция тонкого кишечника с анастомозом конец в конец – 32 пациентам. Несостоятельность тонкокишечного анастомоза имела место в 3 наблюдениях. В 2 случаях летальность больных от сопутствующей патологии.

Выводы. Результаты наших исследований показали значительные преимущества современных методов лечения, где частота послеоперационных осложнений и летальных исходов ниже.

Гуломов М.Ш., Восизода А.С., Сайдалиев Ш.Ш.

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ПУНКЦИОННЫЙ МЕТОД В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ЭХИНОКОККЭКТОМИЙ

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

Цель исследование. Оценка эффективности УЗ-пункционных методов в лечении послеоперационных осложнений у больных эхинококкозом печени.

Материал и методы. За период с 2020 по 2024 гг. в хирургических отделениях ГУ ГЦ СМП г. Душанбе лечились 72 больных с эхинококкозом печени, в возрасте от 16 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. В большинстве случаев была выполнена открытая лапароскопическая эхинококкэктомия – 39 (51,4%) случаев. При этом с целью профилактики желчеистечения в свободную брюшную полость края фиброзной капсулы были ушиты вокруг дренажной трубки. Закрытая эхинококкэктоми у 15 (20,8%) больных с живым эхинококком. Различные варианты перицистэктомии 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 из печени и других органов брюшной полости выполнено у 8 (13,9%) больных.

Частота специфических послеоперационных осложнений эхинококкоза печени, по нашим данным, встречалась у 9 больных, что составило 12,5%. При этом в большинстве (в 7 случаях) отмечали нагноение остаточной полости, в 1 случае гематома и в 1 случае билома. Все случаи нагноения остаточной полости, в основном, возникли после выполнения открытой эхинококкэктомии.

УЗ-пункционные методы лечения были выполнены всем 9 больным. При этом в 7 случаях выполнена методика PAIRD (пункция, аспирация, инъекция, реаспирация с дренированием). УЗ-пункционные методы лечения с дренированием были применены при инфицированных остаточных полостях и при наличии желчных свищей, открывшихся в полость фиброзной капсулы. В случаях отсутствия нагноительных процессов в двух случаев были выполнены PAIR (пункция, аспирация, инъекция, реаспирация) без дренирования. Послеоперационное течение во всех случаях протекало гладко, каких-либо осложнений и летальных исходов среди данной категории больных не наблюдали. Средняя продолжительность пребывания больных в клинике составила 7±2 дня. Установленные дренажи были удалены в течение 1 месяца послеоперационного периода.

Выводы. Таким образом, УЗ-пункционный метод с его различными вариантами применения может быть использован в лечении послеоперационных осложнений при эхинококкозе печени, что позволяет избавиться от повторных традиционных операций.

Давлатов Д.А., Абдувохидов Б.У., Юлдошев Х.Ф.

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОРОКОВ С УНИВЕНТРИКУЛЯРНЫМ КРОВООБРАЩЕНИЕМ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии», Таджикистан

Цель исследования. Оценить функциональное состояние пациентов в отдалённом периоде после гемодинамической коррекции пороков с унивентрикулярным кровообращением.

Материалы и методы. Проведено сравнение функционального состояния пациентов в группах с морфологией левого (8 пациентов) и правого (4 пациента) желудочка в позиции системного желудочка. Также проведено исследование функционального состояния пациентов после гемодинамической коррекции (12 пациентов) и «относительно здоровых» пациентов (10 пациентов) после радикальной коррекции ВПС (контрольная группа). Уровень функциональной активности пациентов оценивали с помощью теста 6-минутной ходьбы и спировелоэргометрии.

Результаты. При сравнении двух групп с разной морфологией системного желудочка достоверной разницы в критериях оценки не выявлено. При сравнении функционального состояния пациентов после гемодинамической коррекции унивентрикулярных пороков сердца и пациентов группы контроля спустя более 7 лет после операции выявлены достоверные различия в уровне сатурации крови до и после теста 6-минутной ходьбы и длины пройденной дистанции, а также в пиковом потреблении кислорода и толерантности к физической нагрузке при проведении спировелоэргометрии.

Выводы. Морфология системного желудочка, представленная правым или левым желудочком, не является предиктором более высокой функциональной активности пациентов после гемодинамической коррекции в отдалённом

послеоперационном периоде. Функциональный статус пациентов после завершённого этапа гемодинамической коррекции значимо ниже, чем у «относительно здоровых» пациентов спустя более 7 лет после операции.

Давлатов Дж.Ё., Назаров Х.Ш. Аюбов Дж.К.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРИ РЕЦИДИВНОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

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

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики рецидивного эхинококкоза печени.

Материалы методы. Настоящая работа основана на анализе результатов комплексного обследования и лечения 84 больных с РЭП, которые находились на стационарном лечение. Мужчин было 52 (62%), женщин 32 (38%). Так, из 84 больных с РЭП 47 (56%) были жителями городов, а 37 (44%) сельские, что было обусловлено возросшей миграцией сельского населения за последние 10-15 лет. Эхинококкоз печени в настоящее время является весьма распространённым паразитарным заболеванием человека в Среднеазиатском регионе, в том числе и в Республике Таджикистан. Диагностика рецидивного эхинококка печени представляет в ряде случаев значительные трудности, так как вопросы повторной реинвазии и забытых не долеченных кист остаются нерешёнными. Высоко информативным методом диагностики эхинококковом печени являлось УЗИ, которое позволяло установить локализацию, размеры и характер осложнений.

Результаты исследования. Для диагностики РЭП УЗИ проводили всем 84 (100%) пациентам. Комплексное УЗИ позволило не только диагностировать наличие рецидивной эхинококковой кисты, но и выяснить размеры и количество кист, её содержимое, развившиеся осложнения со стороны кисты, а также её взаимоотношение с внутрипечёночными трубчатыми структурами сегментов печени. Для распределения эхинококкоза печени мы использовали классификацию ультразвуковых изображений ВОЗ, принятой в 2003году. При I типе (n=26) простые рецидивные эхинококковые кисты выглядели как анэхогенные новообразования сферической или овальной формы с чёткими границами, II тип эхинококковые кисты имели место у 28(33,3%) больных с РЭП, при этом наблюдалась крупная однокамерная жидкость, содержащая образования с тонкими перегородками. Тип III(n=18) характеризовался наличием однокамерной кисты с мелкодисперсным содержимым, а тип IV(n=12) – наличием плотной частично кальцинированной стенки, толстых перегородок, наличием дочерних живых эхинококков, видимых в реальном времени или подобия солидной ткани на фиксированной эхограмме.

Выводы. Таким образом, особенностью диагностики рецидивного эхинококкоза является возможность целенаправленного обследования больных на основе их эхинококкового анамнеза. Поэтому основным методом диагностики рецидивов заболевания в органах брюшной полости является УЗИ органов брюшной полости. На сегодняшний день позволяет эффективно диагностировать РЭП. Информативность УЗИ при эхинококкозе печени зависит от стадии развития паразита (живой или погибший) и в среднем составляет 90-98,8%.

Давронзода М.Д., Туйдиев Ш.Ш., Махамадиев А.А.

ОМӮЗИШИ САМАРАНОКИИ МАВОДҲОИ ДОРУГИИ РАСТАНИГӢ БАЪД АЗ СЕПТОПЛАСТИКА

Кафедраи оториноларингологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тоҷикистон.

Мақсади тадқиқот. Баҳодиҳӣ ва муқоисаи самаранокии шалфейи доругӣ бо усулҳои анъанавии табобати-баъдиҷарроҳии беморони гирифтори каҷшавии миёндевори бинӣ**.**

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар шуъбаҳои бемориҳои ГГБ-и МД ММТ ҶТ аз соли 2021 то 2024 зери назорати мо 86 бемор бо каҷшавии миёндевори бинӣ ва ринити музмини гипертрофикӣ қарор доштанд. Синни беморон аз 18 то 59 соларо ташкил медод, ки аз онҳо 56 нафар мардон ва 30 нафарашон занон буданд. Ташхиси клиникӣ дар асоси маълумоти риноскопияи пеш ва қафо, фиброриноскопия, рентгенография ва томогрофияи компютерии ҶНБ гузошта шуд. Беморон ба ду гуруҳ – асосӣ 43 нафар ва назоратӣ 43 нафар тақсим карда шуд. Ба ҳамаи беморон дар баробари тадқиқотҳои клиникию лабораторӣ тадқиқи функсионалии бинӣ (клиренси мукосилиарӣ, ринопневмометрия, олфактометрия ва тадқиқи РН–и луоби бинӣ) низ гузаронида шуд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи онҳо.Ҳангоми тадқиқи ҳолати функсионалӣ таѓйироти назарраси вазифаи нафаскашӣ, муҳофизатӣ ва шомма мушоҳида гардид. Аз ҷумла, пастшавии вазифаи транспортии пардаи луобии бинӣ дар 100% беморон қайд карда шуд. Дар баробари ин, клиренси мукосиллиарӣ дар 39 (45,3%) 1с.30дақ., дар 32 (37,3%) – 1сч. 10дақ.Ва дар 15 (17, 4%) беморон 45-50 дақиқаро ташкил дод, кидар меъёр 15-25 дақ.мебошад.Ҳангомиолфактометриявайроншавии шоммаба намудигипосмия дар 38 (43,9%) бемор мушоҳида гардид.

Дар ҳамаи беморон амали ҷарроҳии септопластика ва УЗД–и садафаҳои поёнии бинӣ гузаронида шуд. Дар гуруҳи назоратӣ давраи баъдиҷарроҳӣ бо усули анъанавӣ (тоза кардани бинӣ, шустани бинӣ бо маҳлули физиологӣ ва чаконидани маводҳои рагтангкунанда) муолиҷа гардид. Дар гуруҳи асосӣ аз рӯзи аз ковокии бинӣ гирифтани фатилаҳо сар карда, муддати 10 рӯз ковокии бинӣ ҳамарӯза се маротиба бо дамобаи шалфейи доругӣ ба воситаи сӯзани аз ҷониби мо мукаммалкардашуда(пеш. ратс. №3384/R599) шуста шуд. Дамобаи шалфейи доругиро аз рӯйи талаботи дастурамал омода намудем.Тадқиқоти такрории ҳолати функсионалии бинӣ пас аз ду ҳафтаи баъди ҷарроҳӣ гузаронида шуд. Ҳангоми ин, дар 69 (80,2%) бемори ҷарроҳишуда натиҷаи хуб ва дар 17 бемор (19,8%) натиҷаи қаноатбахш мушоҳида гардид. Дар робита бо нишондодҳои функсионалии бинӣ дар ин давра миёни гуруҳҳои беморон як чанд фарқият ба миён омад. Масалан, нафаскашӣ бо бинӣ дар беморони гуруҳи асосӣ 91,5% ва дар гуруҳи беморони назоратӣ 80,9% барқарор гардид. Дар32 бемори гуруҳи асосӣ (74,4%) вазифаи транспортииэпителияимертсателӣба22- 28дақиқа баробар шуд, ки тақрибан ба меъёр мувофиқат мекунад, вале нишондоди клиренси мукосилиарӣ дар гуруҳи назоратии

беморонтанҳо дар 24 (55,8%) бемор мушоҳида шуд.Пастшавии ҳиссиёти шомма танҳо дар ду бемори гуруҳи асосӣ боқӣ монда, дар гуруҳи назоратӣ бошад дар 6 бемор гипосмия ҷой дошт.

Хулоса. Истифодаи дамобаи шалфейи доругӣ барои шустани ковокии бинӣ баъд аз ҷарроҳӣ дар беморони гирифтори каҷшавии мёндевори бинӣ зуҳуроти варами ковокии биниро кам карда, ба барқароршавии зудтари пардаи луобии ковокии бинӣ ва фаъолияти эпителияи мертсателӣ мусоидат менамояд.Таъиноти маводҳои шалфейи доругиро дар беморони амали ҷарроҳӣ дар ковокии бинӣ гузаронидашуда мақсаднок ва зарурӣ шуморидан мумкин аст.

Даврон зода М.Д., Муродов Ш.Д., Саидов Д.Х.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Кафедра оториноларингологии ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино". Таджикистан.

Цель исследования. Оценка эффективности использования настоя зверобоя, продырявленного после ультразвуковой дезинтеграции нижних носовых раковин.

Материалы и методы. В ЛОР отделениях НМЦ РТ «Шифобахш» с 2022 по 2024 гг. под нашим наблюдением находились 60 больных с диагнозом хронический гипертрофический ринит. Возраст больных колебался от 19 до 45 лет, из них мужчин было 29, женщин - 31. Методом рандомизации больные были распределены на 2 группы: основная и группа сравнения по 30 человек соответственно.

Всем больным до операции и в послеоперационный период проводили оториноларингологические, клинико-лабораторные исследования, а также оценка функционального состояния полости носа. Всем пациентам были выполнены одинаковые по объёму оперативные вмешательства - УЗД носовых раковин с удалением тампонов из носа на вторые сутки. В последующие дни проводили очистку полости носа от слизисто-серозных и слизисто-сукровичных скоплений, смазывали слизистую оболочку сосудосуживающими лекарствами и вкладывали в нос мазевые турунды. В основной группе в послеоперационном периоде проводили ежедневное 3-х разовое промывание носовой полости настоем зверобоя, продырявленного в течение 10 дней, начиная со дня удаления тампонов из носа.

Результаты исследования и их обсуждение. Эффективность лечения оценивали по динамике субъективных ощущений больного, объективной оценке течения послеоперационного периода и повторными исследованиями функционального состояния носа. На 7-е сутки после операции основные клинические симптомы в обеих группах уменьшились, однако в основной группе они были более заметны. Затруднение носового дыхания у пациентов контрольной группы было более выражено, чем в основной группе. Сравнение данных эндоскопии полости носа показало, что на 7-е и 14-е сутки после операции гиперемия и отёк слизистой оболочки, образование корок у пациентов основной группы были намного меньше, чем в контрольной группе. Следует отметить хорошую переносимость промывания полости носа настоем зверобоя продырявленного, т.к. побочных эффектов в процессе лечения никто из наших пациентов не отметил.

Выводы. Таким образом, результаты проведённых исследований объективно показывают, что лазеротерапия при лечении больных с хроническим гипертрофическим ринитом способствуют безболезненному удалению слизи и корочек, исключая риск кровотечения, уменьшают выделения из носа, ускоряют процессы эпителизации и восстановления барьерной функции слизистой оболочки полости носа.

Использование настоя зверобоя продырявленного при хроническом гипертрофическом рините в послеоперационном периоде, после ультразвуковой дезинтеграции нижних носовых раковин способствует более быстрому заживлению послеоперационной раны и уменьшает сроки реабилитации в послеоперационном периоде.

Даврон зода М.Д., Махмудназаров М.И., Бекназарова Г.М.

АҲАМИЯТИ ЭЪТИЛОЛИЯТҲОИ УЗВҲОИ ДОХИЛА ДАР ПАЙДОИШИ ФАРИНГИТИ БОДИГАРМӢ

Кафедраи оториноларингологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тоҷикистон.

Мақсад. Омӯзиш ва муайян кардани нақши бемориҳои узвҳои дохила дар пайдоиши фарингити бодигармӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Зери назорати мо 40 бемор бо ташхиси фарингити музмини сабаби пайдоишаш бодигармӣ қарор дошт, ки аз онҳо 17 (42,5%) нафарашонмардон ва 23 (57,5%) нафарашон занон буданд. Синну соли беморон аз 16 то 59 солро ташкил медод. Вобаста аз омили ҳассоскунанда, мо ду шакли фарингити бодигармиро ҷудо кардем: фарингити бодигармии сироятӣ ва фарингити бодигармии ғайрисироятӣ.

Ба ҳамаи беморон муоинаи оториноларингологӣ, рентгенӣ, лабораторӣ, муоинаи ташхиси ултрасадоии узвҳои дарунӣ, муоинаи терапевт гузаронида, инчунин анамнези ҳаёт ва беморӣ бо диққат ҷамъоварда шуданд. Аз хориш дар гулӯ 60% беморон бо фарингити бодигармии ғайрисироятӣ ва 50% беморон бо фарингити бодигармии сироятӣ шикоят намуданд. Дарди ҳалим дар гулӯ бештар беморони гирифтори фарингити бодигармии сироятиро ташвиш дод, ки 55%-ро ташкил намуд. Дар шакли сироятии беморӣ дарди гулӯ бештар мушоҳида мешуд, ки ба 65% баробар буд. Дар 40% беморон бо фарингити бодигармии ғайрисироятӣ ва 45% беморон бофарингити бодигармии сироятӣ аз хориҷ шудани луоби часпак дар гулӯ шикоят намуданд. Ҳиссиёти ҷисми бегона дар гулӯ дар 35% ҳамдар беморон бо фарингити бодигармии ғайрисироятӣ ва ҳам дар беморон бо фарингити бодигармии сироятӣ ба қайд гирифта шуд. Дар 25% беморон бо фарингити бодигармии ғайрисироятӣ ва 30% беморон бо фарингити бодигармии сироятӣ сулфазанӣ дида мешуд. Ҳангоми ташхиси объективӣ гиперемияи назаррас ва варами пардаи луобии девори ақиби балъум, ки бо ихроҷоти луобии часпакпӯшида намоён буданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва мухокимаи онҳо. Пас аз муоинаи ҳамаҷониба патологияи узвҳои гӯшу гулӯ ва бинӣ дар 65% беморон бо фарингити бодигармии ғайрисироятӣ ва 75% беморон бо фарингити бодигармии сироятӣ ошкор шуд. Ҳамаи ин беморон дар як вақт 2-3 патологияи якҷояи узвҳои гӯшу гулӯ ва бинӣ доштанд. Дар байни беморихои узвҳои дохила дар ҷои аввал гастрити музмин ва колит меистад. Дар 40% беморон бо фарингити бодигармии

ғайрисироятӣ ва 50% беморон бо фарингити бодигармии сироятӣ гастрити музмин аз рӯи собиқаи беморӣ, инчунин дар 30% беморон бо фарингити бодигармии ғайрисироятӣ ва 45% беморон бо фарингити бодигармии сироятӣ колит муайян гардид. Бемории захми меъда дар 25% беморон бо фарингити бодигармии ғайрисироятӣ ва 30% беморон бо фарингити бодигармии сироятӣ ҳамзамон, дар 15% беморон бо фарингити бодигармии ғайрисироятӣ ва 20% беморон бо фарингити бодигармии сироятӣ холесистит тадқиқ карда шуд. Беморони гирифтори фарингити бодигармии ғайрисироятӣ 30 ва 25 % бо зуком ва БШРН гирифтор шуда, ин нишондод дар беморони гирифтори фарингити бодигармии сироятӣ дар 35% баробар буд. Бронхити музмин аз рӯи собиқаи беморӣ дар 40% беморон бо фарингити бодигармии ғайрисироятӣ ва 25% беморон бо фарингити бодигармии сироятӣ ҷой дошт. Дар 20% беморон бо фарингити бодигармии ғайрисироятӣ ва 15% беморон бо фарингити бодигармии сироятӣ тухми гиҷҷа муайян карда шуд.

Хулоса. Ҳамин тариқ, дар рафти ин тадқиқот, дар бисёр беморони гирифтори фарингити бодигармӣ якчанд бемориҳои ҳамоҳанг шудаи гӯшу глӯ ва бинӣ ва узвҳои дохилӣ муайян карда шуданд. Аз ин рӯ, барои ноил шудан ба барқароршавии зуд ва пурраи фарингити бодигармӣ бемориҳои узвҳои дохилиро саривақт бартараф кардан лозим аст.

Дадамов А.Д.[1], Абдурахманов К.Ф.[2]

К РОЛИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ В РАЗВИТИИ И ЛЕЧЕНИИ КАРЦИНОМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

[1]Ташкентский областной филиал республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Узбекистан
[2]Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. КТ, МРТ-диагностика, УЗ-допплерография позволяют сегодня визуализировать сосудистое микроокружение в зонах интерстициального пространства опухоли и регионарных лимфатических узлов (РЛУ). Особый интерес помимо аппаратной диагностики вызывают внедряемые в клинику эндоваскулярные вмешательства - методы лимфографии (прямая и непрямая), динамика изменений в регионарном лимфатическом русле, от которого, во многом, может зависеть характер и успех лечения больного.

Материал и методы. Данные литературы, а также проведенные нами исследования свидетельствуют, что в развитии карцином, в ухудшающемся статусе опухоли и РЛУ, нарастающей клинической симптоматике, важное место занимают сосудистые нарушения в заинтересованных очагах (это само новообразование и зона РЛУ). Проведенные нами УЗ-исследования на больных (СЭГ и УЗДГ) свидетельствовали о росте коэффициента деформации (КД) и степени васкуляризации как первичной опухоли, так и зоны РЛУ.

Результаты исследования. Анализ проведенных СЭГ и ЦДК исследований мягкотканых опухолей показал, что процесс малигнизации сопровождается усилением ангиогенеза и нарастанием КД в новообразовании и метастатических РЛУ. Экстраполируя результаты УЗ-диагностики с заключениями цитогистологической лаборатории нашего Филиала, производившей исследование биопсийного материала, оказалось, что показатель КД для нормальных тканей не превышает 2,0 у.е., при этом здоровые мягкотканые участки окрашивались преимущественно желтым паттерном. Для «переходных тканей» (предположительно предраковые состояния) характерен сине-зеленый паттерн при КД в интервале от 3,0 до 8,0 у.е.. При КД свыше 9,0-10,0 у.е. лаборатория констатировала злокачественный рост, достоверность которого нарастала с увеличением КД. Малигнизированные участки тканей окрашивались, преимущественно, синим паттерном. Процесс малигнизации сопровождался локальным нарушением микроциркуляции и, в частности, региональной лимфатической сети, что приводит к характерному уплотнению заинтересованной зоны, нарушению нормального дренажа лимфы, развитию лимфостаза, увеличению и блокированию РЛУ. В зависимости от локализации карцином, начало микрососудистых нарушений имело значительные временные различия и, особенно, со стороны лимфоидного сегмента (от нескольких месяцев, до нескольких лет); в редких случаях реакцию со стороны РЛУ выявить не удавалось (Дадамов А.Д., 2017).

Выводы. Наблюдаемые нарушения в микроциркуляции регионального лимфатического звена могут быть связаны с проводимым химиолучевым лечением, которое, ускоряя апоптоз (некроз) клеточной массы, приводит к нарастанию «биологического мусора» в интерстициальной зоне опухоли, способствует дополнительной нагрузке на региональную лимфатическую сеть, вовлеченную и без того в патологический процесс. При интенсивном проведении химиолучевых процедур, без учета возможностей микроциркуляторного русла в опухолевой зоне интерстиция и, в первую очередь, лимфодренажной функции, вероятность негативных проявлений на локальном уровне и общем статусе больного достаточно велика. Такие определения, как частичная ремиссия, частичная регрессия, стабилизация роста, попытка выразить лечебный эффект в процентах, - весьма субъективны. Необходим строгий контроль маркера эффективности проводимого лечения, поддающегося цифровому выражению и обработке, что позволит обоснованно разрабатывать режимы, своевременно корректировать дозы химио- и лучевой терапии.

Дадамов А.Д[1]., Дадамова С.А.[2]

АНГИОГЕНЕЗ ПРИ КАРЦИНОМАХ И СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

[1]Ташкентский областной филиал республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Узбекистан
[2]Самарский медицинский Центр "ООО Арника", г.Самара, РФ

Цель исследования. Выявление факторов, способных вызывать в тканях человека разрастание сосудистой сети, нарушать физиологическое равновесие между отдельными жидкостными средами на уровне артериовенозных и лимфатических капилляров, лимфа- тических узлов (ЛУ), а также при ряде распространенных заболеваний и экстремальных состояний. Делается попытка разобраться в диагностике и этиопатогенезе сосудистых нарушений, дать анализ проводимой на сегодняшний день медикаментозной терапии.

Материал и методы. Для визуализации степени вовлеченности сосудистой сети в патологический процесс при новообразованиях и ряда патологических состояний тканей различных локализаций, а также проведения малоинвазивных эндоваскулярных вмеша- тельств, широко практикуется аппаратная диагностика (УЗИ, МРТ, КТ). Исследования поз-

воляют идентифицировать анатомические детали, дифференцировать сосудистую патологию от опухолевой ткани, воспалительного процесса. При сравнении данных аппаратной диагностики - МРТ, а именно метод диффузионной спектральной томографии (DWI – diffusion weight imaging), имеет важные преимущества, позволяющие выявлять характер движения жидкости, скопление ее в заинтересованной зоне, спутанность сети артериовенозных и лимфатических капилляров на уровне интерстиция (Wagner M.et al., 2015; Chen J. et al., 2023). Важное место в нарушениях сосудистой сети при различных видах патологии отводится эндотелию сосудов, состоянию обмена в эндотелиальных клетках (ЭК). О важности рассматриваемой проблемы свидетельствует появившийся в медицинской лексике термин "сосудистый возраст" (Paradkar N. et al., 2017).

Результаты исследования. Исходя из проведенных нами ранее исследований в лабораториях института физиологии АН РУЗ, показавших, что если в оптимальных условиях в тканях животных наблюдается относительное постоянство отдельных жидкостных сред, то при адаптации к тепловым нагрузкам и другим экстремальным факторам имеют место перемещения значительных объемов жидкости и электролитов между интерстициальным и внутриклеточным жидкостными пространствами (Дадамов А.Д.,1978). Проведенные нами УЗ-исследования с использованием допплеровских технологий свидетельствовали о нарастании сосудистого рисунка в малигнизированных тканях и метастазированных ЛУ (Дадамов А.Д. 2010, 2017).

Проводя сопоставление вновь образуемой сосудистой сети при заболеваниях сердечнососудистой системы и при карциномах, особого внимания заслуживают исследования, касающиеся энергетического баланса и функционального состояния ЭК сосудов, факторы, способные повлиять на метаболизм этих клеток, вызывать в них воспалительные и ангиогенные реакции. Среди последних важное место отводится уровню насыщения клеток кислородом, нарушениям липидного обмена в клеточных мембранах (гиперхолестеринемия), что непосредственно сказывается на локальном перераспределении жидкостных компартментов. Ранние возрастные изменения в ЭК (early vascular aging) рассматриваются как предикторы кардиоваскулярной патологии.

Выводы. Решение широкого круга вопросов, связанных с ангиогенезом, видится на уровне лабораторной диагностики с проведением глубоких биохимических и цитоморфологических исследований (лимфовенозный статус очага, показатели липидного обмена, тип белка семейства VEGF, уровень эндогенного оксида азота), без результатов которых предлагаемые медикаментозные методы лечения, направленные, в частности, на блокирование ангиогенеза (ангиостатины), следовало бы считать необоснованными, не отвечающими требованиям патогенетической терапии.

Дадамов А.Д., Олимжонов Т.А.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ШКОЛЬНИКОВ С ПРОВЕДЕНИЕМ ОРТОПАНТОМО-ГРАФИИ, КАК РАННЯЯ ПРОФИЛАКТИКА КОСТНОЙ ПАТОЛОГИИ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ТГСИ, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Одной из сложных и нерешенных в онкостоматологии проблем продолжают оставаться новообразования челюстно-лицевого скелета (ЧЛС). Несмотря на свою первичную в подавляющем большинстве случаев доброкачественность (более 90%), они способны достигать внушительных размеров в силу длительного бессимптомного течения, доставлять больным страдания как функционального, так и косметического характера. Известно, что одонтогенный фактор, помимо развития острых воспалительных процессов (абсцессы, флегмоны), кист воспалительной этиологии (радикулярные, фоллику- лярные, резидуальные, кератокисты), нередко становится причиной развития опухолей.

Материал и методы. Материал для исследования получен при проведении диспансеризации школьников старшей возрастной группы (15-17 лет). Исследованием было охвачено 5 школ, произведена выборка из 100 обследованных. Первичный осмотр проводился в условиях школьных стоматологических кабинетов, в ходе которого выявлялись дети, нуждающиеся в терапевтическом (18%), ортодонтическом (дети с дистопированными зубами и нарушениями прикуса составили 6%) лечении. Особое внимание уделялось детям со сложностями прорезывания 8-ых зубов (12%). Всем испытуемым, независимо от статуса полости рта, производилась ортопантомография на аппарате фирмы Vatech (Ю. Корея) на предмет возможной патологии в челюстных костях. Детям, нуждающимся в том или ином виде стоматологической помощи, выписывалось направление на консультацию и лечение к соответствующим специалистам.

Результаты исследования. Известны случаи, когда мы сталкиваемся с ретинирован- ными зубами у пациентов при подготовке к протезированию уже в преклонном возрасте, но при этом без каких-либо патологических признаков в заинтересованной зоне кости. Однако, предсказать дальнейшую картину поведения такого зуба (фолликула) в детском возрасте, в интенсивно растущей костной ткани, невозможно, что обязывает стоматолога взять подростка под диспансерное наблюдение и при благоприятных условиях провести хирургическое вмешательство на очаге с весьма малым риском дальнейших осложнений.

Помимо одонтогенных факторов и связанных с ними осложнений, челюстные кости и, в частности, нижняя челюсть в силу особенностей своего гистогенеза, может содержать значительное количество «недифференцированной ткани» – это бластные соединительно- тканые клетки (в нижней челюсти содержится до 8 % от общего костного мозга), дифференцировка которых в быстро растущих тканях может быть нарушена, что приведет к развитию одной из гистологических форм саркомы челюсти. Новообразования в челюстных костях на начальных стадиях развития имеют часто схожие клинические и рентгенологические характеристики, что значительно затрудняет их раннюю диагностику, приводит к большому числу врачебных ошибок (Чиссов В.И. и др. 2009). К сказанному следует добавить, что в детском

возрасте объемные оперативные вмешательства на челюстных костях чреваты своими рецидивами, а с учетом интенсивного роста тканей в ранних возрастных группах, приводят, нередко, к злокачественному перерождению (Мазалова Н.Н., 1984, Бернадский Ю.И.,2003, Walter C. et al., 2014).

Выводы. Диспансеризацию среди школьников старших возрастных групп (9-11классы) с обязательной ортопантомографией челюстных костей следует рассматривать не только как профилактику одонтогенных воспалительных процессов в ЧЛО (кариес и его осложне- ния), возможность проведения ортодонтических вмешательств, выявлять врожденные дефекты и деформации, но и диагностировать объемные новообразования в ЧЛС, протекаю- щие длительно без клинической симптоматики (амелобластома, одонтогенные и неодонто- генные кисты, опухолеподобные образования, другие нарушения в остеогенезе челюсти).

Дадоджонов Ж.Ю., Курбон У.А., Джафаров Б., Хомидзода И.Дж.

МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЦЕЛЕ

Кафедра хирургических дисциплин №1 ГОУ «ХГМУ», Дангара, Таджикистан.
Республиканская клиническая больница Дангаринского района, Дангара, Таджикистан.

Цель исследования. Оценка результатов микрохирургического лечения варикоцеле на уровне наружного пахового кольца.

Материал и методы исследования. За период с февраля 2016 г. по декабрь 2024 г. на базе Республиканской клинической больницы, расположенной в Дангаринском районе, прооперировано 89 пациентов с диагнозом варикоцеле, среди которых 52 пациентам операция выполнена по миниинвазивному микрохирургическому способу Мармара-Гольдштейна, а 37 больным - на уровне наружного пахового кольца. Возраст пациентов колебался от 18 до 37 лет, средний возраст составил 24,6±5,3 лет. Варикоцеле III степени диагностировано у 58 пациентов, II степени - у 31. У 11 пациентов отмечался рецидив варикоцеле после ранее произведённой операции по способу Иваниссевича. У всех пациентов установлен левостороннее варикоцеле. Нарушение спермограммы в виде олигоспермии и астенозооспермии обнаружено у 89 пациентов. Наряду с хирургическим лечением варикоцеле, в 9 случаях с проявлением клиники эректильной дисфункции (ЭД) одновременно с операцией Мармара-Гольдштейна через основную рану произведена перевязка глубокой тыльной вены (ГТВ) полового члена и перевязка патологических венозных шунтов.

Результаты исследования. Послеоперационное течение было гладким во всех случаях. Рана зажила первичным натяжением. Осложнения не отмечены. Отдалённые результаты прослежены в сроках от 6-х месяцев до 8 лет у всех оперированных пациентов. Рецидива варикоцеле не отмечено. Отмечается улучшение показателей спермограммы, начиная с третьего месяца после операции. Улучшение эректильной функции имело место у всех пациентов после перевязки ГТВ полового члена и перевязки патологических венозных шунтов.

Выводы. Микрохирургическая варикоселэктомия на уровне наружного пахового кольца является простым и в то же время высокоэффективным способом в хирургическом лечении варикоцеле, а также информативным и доступным методом для визуализации и сохранения яичковой артерии.

Дадоджонов Ж.Ю., Курбон У.А., Холзода Ш.И., Муродов Дж.К.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НАЗОЛАБИАЛЬНОГО ЛОСКУТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ДЕФЕКТАХ ЛИЦА

ГУ Республиканская клиническая больница Дангаринского района. Таджикистан.
Кафедра хирургических дисциплин №1 ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Дангара. Таджикистан.

Цель исследования. Оценить эффективность применения назолабиального лоскута для укрытия дефектов и устранения рубцовых деформаций различных локализаций лица.

Материалы и методы исследования. В Республиканскую клиническую больницу Дангаринского района за период с 2016 по 2024 гг. было госпитализировано 11 пациентов с дефектами лица различного генеза, то есть посттравматического, послеоперационного и послеожогового характера. Гендерное распределение пациентов: мужчин - 7 и женщин – 4 человек. Возрастной ценз составил от 5 до 47 лет, средний возраст - 24,5± 8,3 лет.

Результаты исследования. Всем поступившим пациентам был применён перемещённый кожно-жировой назолабиальный лоскут (НЛЛ) для закрытия дефектов на лице. При этом нами проведено перемещение НЛЛ для замещения дефектов скуловой области в 2-х случаях; для реконструкции спинки и крыльев носа - в 2-х; для коррекции верхней губы после иссечения посттравматических и послеожоговых стягивающих рубцов – в 3-х; для коррекции эктропиона - в 2-х и после иссечения послеожогового стягивающего рубца области подбородка - в 2-х случаях. Размеры дефектов варьировали от 6,0 до 15,0 см^2. Обращение больных регистрировались в различные сроки после приобретения дефектов. Хирургическое вмешательство выполнялось в плановом порядке с применением микрохирургической технологии. Дефекты превалировали на левой половине лица, составив 7 случаев, тогда как на правой наблюдались в 4 случаях.

Выводы. Применение назолабиального лоскута в реконструктивной хирургии лица отмечается в решении широко спектра задач в зависимости от клинической ситуации. Выбор анатомической области для использования назолабиального лоскута и определения направления его ножки определяется преимущественной локализацией дефектов и деформаций, состояния окружающих мягких тканей и площади образовавшегося дефекта покровных тканей. Предложенная тактика реконструкции и замещения косметического дефекта эстетически и социально значимого участка тела данным лоскутом имеет больше преимуществ над другими способами реконструкции в плане лучшего соответствия между естественными и восстановленными частями лица.

Даминова Н.М., Боймуродов О.С., Зиёев Ш.Х.

ДИАГНОСТИКА ГЛУБИНЫ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ В СТЕНКЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕСИСТИТЕ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Кафедра общей хирургии №1 им. профессора Каххорова А.Н. ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Установить в предоперационном периоде морфологическую форму острого холецистита у лиц пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. В отделении общей хирургии ГУ ГМЦ №2 им. академика К. Тоджиева г. Душанбе, с 2017 по 2023 годы нами проводились сравнительная оценка показателей гемодинамики у 32 больных пожилого и старческого возраста при различных морфологических формах острого холецистита. У этих больных с целью углублённого изучения состояния стенки желчного пузыря исследован кровоток с помощью цветного допплеровского парцирования. Данное исследование проводили пациентам, у которых имелись стёртое клиническое проявления заболевания и на УЗИ в режиме «серой шкалы» УЗ-признаков деструктивного холецистита не были. Ультразвуковое исследование с триплексным сканированием позволило диагностировать острого холецистита. Способ диагностики глубины деструктивных процессов в стенке желчного пузыря при остром холецистите у лиц пожилого и старческого возраста заключается в том, что изучается кровоток в чревном стволе и его ветвях с помощью цветного допплеровского парцирования.

Результаты исследования. Данный разработанный способ диагностики глубины деструктивных процессов в стенке желчного пузыря при остром холецистите у лиц пожилого и старческого возраста заключается в том, что изучается кровоток в чревном стволе и его ветвях с помощью цветного допплеровского парцирования.

При исследовании кровотока в стенке ЖП у 4 больных с острым флегмонозным бескаменным холециститом, частота визуализации сосудов превышала показатели нормы и составила: в 1-м сегменте ЖП – 63,8%, во II-ом – 63,7%, в III – 79,6% и IV–18,4%.

Таким образом, установлено, что у больных пожилого и старческого возраста при остром холецистите отмечается увеличение объёмной скорости кровотока в бассейне чревного ствола, также закономерно увеличиваются максимальная и минимальная скорости кровотока. Удалось определить, что чем больше степень деструкции в ЖП, тем выше скоростные показатели при допплерографии.

Выводы. Разработанный данный способ диагностики глубины деструктивных процессов в стенке желчного пузыря при остром холецистите у лиц пожилого и старческого возраста в предоперационном периоде помогает своевременно диагностировать стёртое клиническое проявления заболевания и, тем самым, приводит к снижению частоты послеоперационных осложнений, что позволяет рекомендовать его для широкого медицинского применения.

Даминова Н.М., Зиёев Ш.Х., Хамроев Б.М.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Кафедра общей хирургии №1 им. профессора Каххорова А.Н. ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Цель исследования. Разработать лечебно-диагностический алгоритм при остром холецистите у лиц пожилого и старческого возраста для улучшения результатов хирургического лечения.

Материал и методы. В отделении общей хирургии ГУ ГМЦ №2 им. академика К. Тоджиева г. Душанбе, с 2019 по 2024 годы нами проводились сравнительная оценка результатов хирургического лечения ОХ у 170 пациентов (90 основная группа и 80 - контрольной) пожилого и старческого возраста.

Согласно разработанному лечебно-диагностическому алгоритму всем пациентам пожилого и старческого возраста с ОХ и сопутствующей патологии ССС проводится клинико-лабораторные и биохимические исследования показателей: эндотоксемии, СРБ и лактата крови, а также тропонина I, КФК, КФК-МВ фракции с ЭКГ. Параллельно проводится УЗИ органов брюшной полости и УЗИ с допплерографией чревного ствола и ее ветвей. При наличии ОХ и её осложнений создаётся консилиум смежных специалистов и на основании разработанных объективных критериев и оценочных шкал (ASA, степень тяжести ОХ и POSSUM) выполняются миниинвазивные методы лечения. У больных контрольной группы (n=80), выполнялось традиционные открытые вмешательства без учёта степени операционно-анестезиологического риска по ASAи шкале POSSUM.

Результаты исследования. По разработанному лечебно-хирургическому алгоритму, 90 пациентам основной группы проводились миниинвазивные методы хирургического лечения острого холецистита у лиц пожилого и старческого возраста: ЛХЭ (лапароскопическая холецисэктомия) 49 (54,4%) больным; холецситэктомия из мини-доступа 30 (33,3%) и ЧЧХС и холецистостомия 11 (12,2%) пациентам. После ЛХЭ у больных пожилого и старческого возраста специфические осложнения наблюдались в 10 наблюдениях (9,0%) в виде: инфильтрата (n=3) и нагноения троакарных ран (n=2), которые консервативными методами излечены. В 4 случаях отмечали желчеистечения и наличие жидкостных скоплений (n=2) в подпеченочном пространстве (n=2), которые пролечены консервативно. В 1 наблюдении после ЛХЭ дренирован подпеченочный абсцесс, который вылечен пункционно-дренирующим вмешательством под УЗ-контролем. Холецистэктомия из мини-доступа в послеоперационном периоде в 11 наблюдениях (12,2%) осложнилось различными осложнениями. Так в 3 случаях наблюдали нагноение послеоперационной раны, в 4 – инфильтрат, желчеистечения – в 1 и скопление жидкости в подпеченочном пространстве у 2 больных. Подпечёночный абсцесс диагностирован в 1 случае. При ЧЧХС и холецистостомии в 2 (2,2%) наблюдениях отмечали осложнения в виде желчеистечения (n=1) и миграции дренажа (n=1). Таким образом, сравнительная оценка результатов хирургического лечения больных с острым холециститом пожилого и старческого возраста показывает, что после применения разработанного

алгоритма по сравнению с традиционной тактикой диагностики и лечения количество послеоперационных осложнений снижается на 5,8% (31,3%-25,5%).

Выводы. Разработанный алгоритм является патогенетически обоснованным и практически значимым лечебно-диагностическим алгоритмом для снижения частоты интра- и послеоперационного осложнения за счёт применения разных миниинвазивных методов хирургического лечения с учётом степени операционно-анестезиологического риска по ASAи шкале POSSUM.

Джаборов У.У., Холов Д.Д., Достиев У.А.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

Кафедра общей хирургии № 1 имени профессора Каххорова А.Н. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Кафедра общей хирургии № 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Оценить эффективность различных методов хирургического лечения кишечных кровотечений у пациентов с НЯК и разработать оптимальные подходы для улучшения исходов лечения.

Методы. В исследовании участвовали 51 пациент с НЯК, у которых развились кишечные кровотечения. Для стабилизации состояния применялись резекция пораженных участков толстой кишки и гемостаз. Оценивались биохимические показатели крови до и после операции, частота осложнений, а также восстановление функции кишечника.

Результаты. У 90% пациентов, которым была проведена резекция пораженных участков толстой кишки и гемостаз, отмечено значительное улучшение общего состояния. Уровень гемоглобина у пациентов увеличился с критических значений 80 г/л до 120 г/л на 7-й день после операции, что свидетельствует об успешной коррекции кровопотери и восстановлении кроветворной функции. После хирургического вмешательства уровни воспалительных маркеров, таких как С-реактивный белок (СРБ) и прокальцитонин, снизились на 40%, что указывает на значительное снижение активности воспалительного процесса в кишечнике. У пациентов с тяжелыми формами НЯК наблюдалось значительное улучшение показателей АСТ и АЛТ, что свидетельствует о снижении системного воспаления. Благодаря своевременному хирургическому вмешательству удалось значительно снизить риск развития опасных осложнений, таких как сепсис и перитонит. У пациентов, которым операции были проведены в экстренном порядке, частота этих осложнений снизилась на 60% по сравнению с пациентами, получившими отсроченное лечение. Пациенты, у которых операция была проведена поздно, сталкивались с осложнениями в 3 раза чаще, что подтверждает важность своевременного хирургического вмешательства. Быстрое восстановление послеоперационной функции кишечника отмечалось у 80% пациентов. Нормализация стула и восстановление функции кишечника наблюдались уже через 2-3 недели после операции. Это свидетельствует о том, что хирургическое лечение не только устраняет источник кровотечения, но и способствует быстрому восстановлению нормальной работы кишечника. Среднее время пребывания пациентов в отделении реанимации составило 5 дней, а общая продолжительность госпитализации — 12 дней. Эти данные указывают на успешное послеоперационное ведение и быстрое восстановление пациентов благодаря ранней хирургической коррекции. Благодаря эффективной хирургической тактике уровень летальности среди пациентов с кишечными кровотечениями составил 10%. Это существенно ниже по сравнению с пациентами, которым операция была проведена поздно или у которых отсутствовало своевременное лечение. Эффективное послеоперационное лечение, включающее активную реабилитацию, значительно улучшило результаты терапии и снизило риск смерти.

Выводы. Ранняя хирургическая коррекция кишечных кровотечений у пациентов с НЯК значительно снижает риск осложнений и летальности. Оптимизация методов хирургического лечения позволяет стабилизировать состояние пациента и улучшить результаты лечения.

Джаборов У.У., Холов Д.Д., Достиев У.А.

ОСОБЕННОСТИ КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ И ТАКТИКА ИХ ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра общей хирургии № 1 имени профессора Каххорова А.Н. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Кафедра общей хирургии № 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Оценить частоту возникновения кишечных кровотечений у больных с НЯК и эффективность различных методов их хирургического лечения.

Методы.В исследование включены 51 пациент с кишечными кровотечениями, развившимися на фоне НЯК. У пациентов проводилась резекция пораженных участков кишки и мероприятия по остановке кровотечения. Оценивались послеоперационные осложнения, биохимические показатели крови, а также выживаемость пациентов. Резекция пораженных участков толстой кишки: этот метод использовался для удаления участков кишечника с наиболее тяжелыми воспалительными изменениями и интенсивными кровотечениями. При тотальном поражении толстой кишки выполнялась тотальная колэктомия. В ряде случаев, чтобы минимизировать нагрузку на оставшиеся отделы кишечника и улучшить заживление, применялась илеоцекостома — формирование стомы для временного отвода кишечного содержимого через подвздошную кишку. Это позволяло снизить риск дальнейших осложнений и предотвратить перитонит. Во время операций применялись современные методы остановки кровотечения, такие как электрохирургические инструменты, коагуляция и ушивание кровоточащих сосудов. Эти методы позволяли эффективно контролировать кровотечения из язвенных и эрозивных участков кишечника. Для восстановления объема циркулирующей крови у пациентов с массивными кровотечениями (средняя кровопотеря — 900 мл) проводились переливания эритроцитарной

массы и плазмы. Послеоперационная терапия включала антибактериальное лечение для профилактики инфекций, коррекцию анемии, иммуносупрессивную терапию для контроля воспаления, а также активную реабилитацию пациентов. Применение илеоцекостомы и других методов временного кишечного дренирования обеспечивало снижение нагрузки на кишечник и ускоряло процесс заживления. Быстрая активация пациентов и контроль работы кишечника способствовали более быстрому восстановлению и снижению частоты осложнений.

Результаты. Исследование показало, что кишечные кровотечения у пациентов с НЯК чаще развивались при тотальном поражении толстой кишки (78,5% случаев), что подтверждает связь между степенью воспалительного процесса и риском осложнений. Средний объем кровопотери у пациентов составлял 900 мл, что привело к необходимости переливания крови у 70% больных для стабилизации состояния. После хирургического вмешательства у 90% пациентов наблюдалась нормализация биохимических показателей, таких как уровень гемоглобина, АСТ и АЛТ, что свидетельствует о восстановлении функции кроветворения и снижении воспаления. У пациентов, которым операция была проведена поздно, риск развития таких осложнений, как перитонит и сепсис, увеличился в 3 раза, что подчеркивает важность своевременного хирургического вмешательства.

Выводы. Своевременное хирургическое лечение кишечных кровотечений у пациентов с НЯК снижает риск летальных исходов и тяжелых осложнений.

Джаборов У.У., Холов Д.Д., Достиев У.А.

КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Кафедра общей хирургии № 1 имени профессора Каххорова А.Н. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Кафедра общей хирургии № 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУт им. Абуали ибни Сино»

Актуальность. Кишечные кровотечения являются одним из наиболее опасных осложнений у пациентов с неспецифическим язвенным колитом (НЯК). Частота кровотечений у больных НЯК достигает 15-20%, и они могут значительно ухудшить состояние пациента, требуя немедленного хирургического вмешательства. Основные причины кровотечений включают глубокие язвенные поражения слизистой оболочки и хроническое воспаление, что приводит к нарушению целостности сосудов толстой кишки. Эти осложнения часто встречаются при тотальном поражении толстой кишки и требуют оперативного лечения.

Цель исследования. Оценить частоту и факторы, способствующие развитию кишечных кровотечений у пациентов с НЯК, и предложить тактику хирургического лечения для снижения риска осложнений.

Методы. В исследование были включены 168 пациентов, перенесших хирургическое лечение по поводу НЯК. Пациенты были разделены на две группы: в первой группе (n=51) были выявлены кишечные кровотечения, а во второй группе (n=117) таких осложнений не наблюдалось. Оценивались распространенность язвенных поражений, степень кровопотери, методы хирургического вмешательства (резекция пораженных участков кишки, гемостаз) и послеоперационные результаты.

Результаты исследования. В исследовании проанализированы данные 168 пациентов с НЯК, у 51 из которых (30%) развились кишечные кровотечения. Из них 78,5% имели тотальное поражение толстой кишки, что подтверждает высокую связь между распространенностью воспаления и риском кровотечений. У 64% пациентов потребовались экстренные операции из-за массивной кровопотери (800-1000 мл), что требовало переливания крови в 70% случаев. Операции включали резекцию и гемостаз, что стабилизировало состояние пациентов.

После хирургии у 90% пациентов наблюдалось улучшение состояния и нормализация показателей крови (гемоглобин, АСТ, АЛТ). Уровень С-реактивного белка и прокальцитонина снизился на 40%. Летальность составила 10%, а у пациентов с поздней операцией риск осложнений (сепсис, перитонит) увеличился в 3 раза. Восстановление функции кишечника и нормализация стула у 80% пациентов наблюдались через 2-3 недели. Среднее время в реанимации составило 5 дней, а госпитализация — 12 дней.

Выводы. Кишечные кровотечения при НЯК требуют немедленного хирургического вмешательства, особенно при тотальном поражении толстой кишки. Хирургическое лечение, направленное на устранение язвенных поражений и контроль кровопотери, позволяет снизить риск осложнений и улучшить прогноз для пациентов.

Джалилова Ф.М., Бурхонов Ш.Ш., Юлдошев Х.Ф.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОРОКАМИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА (ОПЕРАЦИЯ COX-MAZE-II)

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» Таджикистан, Душанбе

Цель исследования. Оценка эффективности операции Cox-Maze II в сочетании с коррекцией порока митрального клапана (МК) у больных хронической фибрилляцией предсердий (ФП).

Материал и методы. В отделении кардиохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии в 2014 и 2023 гг выполнено 48 (32 мужчин и 16 женщин) сочетанных операциий по коррекции порока МК и радикального хирургического устранения хронической ФП по методике Cox-Maze II. Возраст больных колебался от 32 до 65 лет (средний возраст–46,8±11,9 года). Длительность ФП в анамнезе составила в среднем 6,5±5 лет (от 1года до 12лет). Размер ЛП до операции составлял от 5,5 до 7,0см (в среднем–6,1 ±0,9см). Все больные находились в III–IVФК по NYHA. У 28 больных причиной возникновения порока МК был ревматизм, у 8–ишемическая болезнь сердца, у 12–дегенеративные изменения (болезнь Барлоу). Операции выполнялись в условиях ИК и фармакохолодовой кар-

диоплегии. У 40 больных было выполнено протезирование МК и пластика трикуспидального клапана (ТК). У 8 больных была выполнена пластика МК опорным кольцом Карпантье-Эдвардс, триангулярная резекция створок с созданием неохорд МК. После завершения коррекции порока клапанов приступали к процедуре Cox-Maze II.

Результаты. Среднее время ИК и пережатия аорты составило 135±25 мин и 110±15мин соответственно. На госпитальном этапе случаев летального исхода не было. Во всех случаях процедура Maze оказалась успешной. Эффективность данной операции в госпитальном периоде составила 100%, учитывая пациентов, имеющих синусовый (у 40 больных) и регулярный (у 8 больных) ритм и удовлетворительную функцию предсердий. Перед выпиской больных из стационара всем выполняли ЭхоКГ-исследование для оценки динамики размеров и сократительной функции предсердий. После операции размер ЛП составил в среднем 4,1 ±1,1см.

Заключение. 1. Патология митрального клапана, осложнившаяся развитием персистирующей (более 6 месяцев) или хронической формы ФП является показаниями к использованию сочетанной процедуры с применением операции Cox-Maze. 2. Операция Cox-Maze при коррекции клапанных пороков, осложненных ФП, является высокоэффективной процедурой, позволяя восстановить физиологичный ритм у 100% и обеспечить свободу от возврата ФП у 66,6% пациентов в послеоперационном периоде. 3. Хирургическое устранение ФП одновременно с коррекцией клапанных пороков сердца положительно влияет на функциональный статус и значительно повышает качество жизни пациентов.

Джамилов Р., Холов Д.Д., Абдурасулов А.А.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ И ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ

Кафедра общей хирургии №2, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» Таджикистан.

Цель исследования. Оценить эффективность современных методов лечения глубоких ожогов, включая кожную аутопластику, применение биоматериалов и вакуумную терапию, для ускорения заживления и профилактики осложнений.

Методы. В исследование включены 100 пациентов с глубокими ожогами третьей и четвертой степени, которые были разделены на две группы. В первой группе (n=50) применялась стандартная терапия, включающая антибактериальные средства и ежедневные перевязки. Во второй группе (n=50) использовались современные методы лечения, включая кожную аутопластику, биоматериалы для покрытия ран и вакуумную терапию. Оценивались сроки заживления ран, частота инфекционных осложнений, необходимость в ампутациях и продолжительность реабилитации.

Результаты. Применение современных методов лечения глубоких ожогов позволило достичь значительного улучшения клинических исходов по сравнению с традиционной терапией. В группе пациентов, где применялись кожная аутопластика и биоматериалы, не только снизилась частота инфекционных осложнений на 40%, но и ускорился процесс формирования грануляций, что способствовало улучшению состояния кожных покровов. Вакуумная терапия показала высокую эффективность в уменьшении экссудации и сокращении необходимости в частых перевязках, что снизило риск контаминации ран и развития вторичных инфекций. В дополнение к этому, у пациентов второй группы наблюдалось более быстрое восстановление подвижности суставов, затронутых ожогами, что улучшило их способность к самостоятельному передвижению и выполнению бытовых задач. Реабилитационный период сократился на 20%, что позволило пациентам быстрее вернуться к полноценной жизни и снизить нагрузку на медицинский персонал.

Выводы. Современные методы лечения глубоких ожогов, включая кожную аутопластику, использование биоматериалов и вакуумную терапию, значительно ускоряют заживление ран, снижают частоту инфекционных осложнений и уменьшают необходимость в ампутациях. Эти методы способствуют улучшению результатов лечения и сокращению времени реабилитации, что в итоге улучшает качество жизни пациентов, пострадавших от глубоких ожогов.

Джобиров Ш.И., Тошпулатов У.Т., Хамидов Д.Б.

НЕБУЛАЙЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА ОПЕРИРОВАННЫХ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Республиканский научный центр, сердечно-сосудистой хирургии.
Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПО в СЗ РТ.

Цель работы: оценить роль небулайзерной терапии в профилактике легочных осложнений у больных с врождёнными пороками сердца (ВПС), оперированных в условиях искусственного кровообращения (ИК).

Материалы и методы исследования: Нами проанализированы результаты обследования и лечения 80 больных с ВПС, оперированных в условиях ИК с 2020 – 2024 г. Больных с белыми пороками сердца было 58 (72,5%) и с синими пороками сердца 22 (27,5%). Продолжительность ИК при белых пороках сердца составила в среднем 45±3,2 минут. При синих пороках сердца продолжительность ИК составила 98±4,7 минут. В комплексную профилактику легочных осложнений у 43 (53,7%) больных (основная группа) входили: оксигенотерапия, небулайзерная терапия и ранняя активизация больного. Контрольную группу составили 37 (46,3%) больных,которые в комплексной профилактике легочных осложнений получили выше указанные мероприятия без небулайзерной терапии. Для небулайзерной терапии применяли бронхолитический препарат небутамол (салбутамол) и антисептический препарат декасан (декометоксин).

Результаты исследования: при сравнении результатов комплексной профилактики легочных осложнений в основной группе отмечается значительное снижение легочных осложнений по сравнению с результатами контрольной группы. При этом, количество трахеобронхитов в основной группе составило 5,0%, против 13,5% у больных контрольной группы. Пневмонии наблюдались у больных основной группы в 4,3% случаях, а у пациентов контрольной группы

в 11,2% случаях. Респираторный дистресс – синдром взрослых в основной группе составил 1,7% , а в контрольной группе в 3,8% наблюдениях.

Таким образом, включение небулайзерной терапии в комплексную профилактику легочных осложнений у больных с ВПС оперированных в условиях ИК способствует значительному снижению легочных осложнений.

Джураев Ш.М., Элтаназаров М.Д., Зулфалиев Ш.

ИЗМЕНЕНИЯ СЕГМЕНТА ST ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ и СЗН РТ; Душанбе, Таджикистан

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.

Материалы 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.

Суточное мониторирование ЭКГ выполнялось на портативном мониторе фирмы «Hellige» (Германия); критерием ишемии миокарда явилось правило «1x1x1», то есть 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 проводилась в рентгеноперационной по стандартной методике Judkins трансфеморальным доступом. Критерием гемодинамически значимого поражения являлось сужение коронарного сосуда более 75% по диаметру, при поражении ствола левой коронарной артерии (ЛКА) – более 50% по диаметру. Стеноз КА 20% по диаметру и менее расценивалось как «отсутствие гемодинамически значимого атеросклеротического поражения КА».

Результаты и их обсуждение. У 37 пациентов (37%) было выполнено стентирование с предшествующей баллонной ангиопластикой, а у 65 больных (65%) – 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 (24%), двухсосудистое 28 - человек (28%), трехсосудистое – 48 человек (48%). У 70% больных были поражения передней нисходящей и огибающей артерий, у 20% - огибающей артерии, и у 10% - 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%), 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% случаев, на 2 мм - у 25% и на 15% 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±4,5% (прирост на 3,8%). Также у всех больных отмечалось достоверное снижение конечно-диастолического и конечно-систолического объема левого желудочка ($p<0,01$).

Заключение. На фоне основной терапии больных ОКС с элевацией сегмента ST, проведение стентирования коронарных артерий на 75% 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.

Домлоджонов И.А., Халимова Ф.Т.

ВЛИЯНИЕ ОПЕРАЦИИ ПО УДАЛЕНИЮ КАТАРАКТЫ НА УРОВЕНЬ СТРЕССА И САМООЦЕНКУ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Центр микрохирургии глаза имени Шарифова Ф.З. Согдийской области, г. Худжанд, Таджикистан
Международный университет туризма и предпринимательства Таджикистана
Кафедра медицинско-санаторных услуг

Цель исследования. Оценить влияние операции по удалению катаракты на уровень стресса и самооценку у пациентов в пожилом возрасте.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 100 пациентов с диагнозом катаракта, средний возраст которых составил 61.5 ± 3.8 лет. Для оценки уровня стресса использовалась Шкала стресса Персеевского университета (PSS), которая включает 10 вопросов, оцениваемых по 5-балльной шкале. Общий балл варьировался от 0 до 40, где более высокие значения указывали на более высокий уровень стресса. Для оценки самооценки использовалась Шкала самооценки Розенберга (RSES), которая состоит из 10 утверждений, оцениваемых по 4-балльной шкале. Общий балл варьировался от 10 до 40, где более высокие баллы указывали на более высокую самооценку.

Пациенты прошли два этапа оценки: до операции и через месяц после операции по удалению катаракты. Статистическая обработка данных была проведена с использованием парного критерия Стьюдента для выявления значимых различий в уровнях стресса и самооценки до и после хирургического вмешательства. Статистически значимыми считались различия при $p < 0.05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Наши исследования показали, что до операции по удалению катаракты высокий уровень стресса наблюдался у 39% пациентов, средний — у 44%, низкий — у 17%. Средний уровень стресса составил 21.5 ± 5.6 баллов. У 52% пациентов была низкая самооценка, у 37% — средняя, у 11% — высокая. Средний балл самооценки — 20.28 баллов. Высокий уровень стресса наблюдался у 39% пациентов, средний — у 44%, низкий — у 17%. Средний уровень стресса составил 21.5 ± 5.6 баллов. У 52% пациентов была низкая самооценка, у 37% — средняя, у 11% — высокая. Средний балл самооценки — 20.28 баллов. После операции доля пациентов с низким уровнем стресса увеличилась до 40%, средний уровень стресса — 45%, высокий уровень снизился до 15%. Средний балл стресса снизился до 18.0 ± 4.9 баллов. У 20% пациентов осталась низкая самооценка, у 55% — средняя, у 25% — высокая. Средний балл самооценки увеличился до 24.61 баллов. Результаты нашего исследования показали, что операция по удалению катаракты оказывает значительное положительное влияние на уровень стресса и самооценку пациентов. До операции большинство пациентов испытывали высокий и средний уровень стресса, что было связано с тревогой перед возможными осложнениями, ухудшением зрения и неопределенностью относительно исхода процедуры. Средний балл стресса подтверждает, что более половины пациентов находились в состоянии повышенной тревожности. Однако после успешного хирургического вмешательства наблюдалось значительное снижение уровня стресса, и средний показатель снизился, что связано с восстановлением зрения, которое уменьшило чувство страха и неопределенности, возвращая пациентам независимость в повседневной жизни. Анализ самооценки до операции показал, что у большинства пациентов была снижена уверенность в себе, что отражало их зависимость от окружающих и ограниченные возможности из-за ухудшения зрения. Однако после восстановления зрения число пациентов с высокой самооценкой увеличилось. Важно отметить, что у 15% пациентов остался высокий уровень стресса даже после операции, что требует комплексный подход, включающий не только хирургическое лечение, но и психологическую помощь для улучшения их психоэмоционального состояния.

Выводы. Успешное удаление катаракты способствует значительному улучшению качества жизни пациентов за счет снижения уровня стресса и повышения самооценки. Однако важно учитывать, что часть пациентов может нуждаться в дополнительной психологической поддержке, что подчеркивает необходимость комплексного подхода в лечении катаракты и реабилитации пациентов.

Зайнутдинов Н.О.

ТРАДИЦИОННАЯ И ГИПОФРАКЦИОНИРОВАННАЯ ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

Отделения радиотерапии РСНПМЦОиР Ташкентский городской филиал, Узбекистан

Цель исследования: отчет о долгосрочных результатах HF-PMRT и CF-PMRT с точки зрения локорегиональной выживаемости без рецидивов (LRRFS), выживаемости без заболеваний (DFS), OS и поздней токсичности.

Материал и метод: Мы рассмотрели 987 историй болезни пациентов с раком молочной железы, которые прошли лучевую терапию в нашем центре в период с 2020 по 2024 год. Мы оценили диагноз, стадию, сторону рака молочной железы, статус заболевания, информацию о лечении и поздней токсичности. Были включены пациенты с раком молочной железы, которые перенесли мастэктомию и которым требовалась адъювантная PMRT на грудную стенку с подмышечными и надключичными лимфатическими узлами или без них. Методы лечения для всех случаев применялись с использованием планирования лечения либо 2D, либо с модулированной по интенсивности лучевой терапией (IMRT). В случае 2D-планирования лечения в период с 2004 по 2011 год 2D-планы выполнялись с использованием двух методов: изображений компьютерной томографии (КТ) и ручного контурирования груди. Схема гипофракционирования, используемая в нашем центре, состояла из 2.65 Гр на фракцию и одна фракция в день, такая же, как и та, которая использовалась в канадском исследовании [6] до 16 фракций или 18-20 фракций в положительных краях или T4d заболевание согласно Американскому объединенному комитету по стадированию рака (AJCC), в то время как обычный график был 2 Гр на фракцию, 5 фракций в неделю до 25 фракций или 28-30 фракций в положительных краях или T4d заболевание.

Результаты исследования: Шестьсот восемдесять пациентов соответствовали критериям приемлемости для оценки результатов лечения. Из них 392 пациентов (57,65%) получили CF-PMRT и 288 пациентов (42,35%) получили HF-PMRT. При сравнении обоих графиков группа HF-PMRT была значительно моложе, на более ранней стадии (стадии I и II), с меньшей вероятностью получала химиотерапию, с меньшей вероятностью получала региональное облучение узлов и с большей вероятностью получала дополнительную дозу радиотерапии, чем группа CF-PMRT ($p < 0,001$). Письма-приглашения на последующее наблюдение вместе с анкетами по поздней токсичности были отправлены всем пациентам. Только 399 (58,68%) имели право на последующее наблюдение и были включены во вторую когорту пациентов для оценки поздней токсичности на момент анализа: 195 пациентов в группе CF-PMRT и 204 пациентов в группе HF-PMRT. Оценка токсичности была полностью оценена до 98% второй когорты пациентов для обеих групп лечения. Поздняя степень токсичности была оценена как худшая степень симптомов, сохраняющихся более 6 месяцев после окончания PMRT. После медианного наблюдения в 71,8 месяцев (диапазон 41,5–115,9 месяцев) 5-летние показатели LRRFS для CF-PMRT по сравнению с HF-PMRT составили 94% (95% доверительные интервалы (ДИ): 92–96) и 96% (95% ДИ: 94–97) со значением p 0,373. 5-летние показатели DFS для CF-PMRT по сравнению с HF-PMRT составили 72% (95% ДИ: 68–75) и 70% (95% ДИ: 67–73) со значением p 0,849. Показатели 5-летней ОС для

CF-PMRT по сравнению с HF-PMRT составили 74% (95% ДИ: 70–77) и 73% (95% ДИ: 70–76) со значением p 0,463. Мы обнаружили, что группа HF-PMRT была статистически значимо выше для поздней токсичности кожи, подкожной ткани и легких, чем в группе CF-PMRT. Частота поздней сердечной и лимфедемной токсичности не отличалась между двумя схемами лечения. Затем мы определили токсичность во второй когорте из 399 подходящих пациентов с раком груди, которые получили оценку поздней токсичности со медианным временем наблюдения 106,3 месяца (диапазон; 76-134 месяца). Поздняя токсичность обеих групп схем ЛТ в этой когорте пациентов: частота тяжелой поздней токсичности (степень 2 или выше) была очень низкой в обоих схемах. Однако мы обнаружили статистическую значимость поздней RTOG степени ≥ 2 кожи (4% против 1%) и подкожной токсичности (7% против 2%) в HF Группы PMRT и CF-PMRT соответственно. Для поздней токсичности легких RTOG, которая оценивалась по клиническим симптомам, частота степени 2 (стойкие симптомы, требующие симптоматического лечения) была очень низкой и составляла 1% или менее в обеих группах. В то время как токсичность легких EORTC, которая оценивалась по визуализации (пятнистые или повышенные изменения плотности визуализации), частота степени 2 или более была выше в группе CF-PMRT. Следовательно, объединенная тяжелая степень поздней токсичности легких RTOG/EORTC также была обнаружена выше в CF-PMRT. Плечевая плексопатия степени 1 также была обнаружена значительно выше в CFPMRT. Лимфедема ISL стадии 2 наблюдалась у 2 пациентов в CF-PMRT (1%) и 2 пациентов в HF-PMRT (1%), без статистически значимой разницы между схемами.

Выводы: Это самое крупное и продолжительное последующее исследование HFPMRT для рака молочной железы по сравнению с CF-PMRT, данные которого являются ретроспективными из одного института. Мы продемонстрировали схожие LRRFS, DFS и OS для обоих графиков фракционирования. Хотя есть данные о значительном увеличении поздней токсичности кожи/подкожных тканей 2-й степени или более, которая коррелирует с высокой долей дополнительной дозы облучения в группе HF-PMRT, график HF-PMRT предлагал меньшую умеренную степень поздней токсичности легких и плечевого сплетения. Тем не менее, тяжелые степени всех поздних токсичностей не наблюдались в обоих режимах лучевой терапии. Мы пришли к выводу, что альтернативный HF-PMRT является осуществимым и безопасным для клинического применения, особенно в стране с ограниченными ресурсами.

Зиёзода С.С.[1], Ходжамурадов Г. М.[1], Шарипова М. Б.[2]

ЗАМЕЩЕНИЕ ДИСТАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ УРЕТРЫ ПРИ ГИПОСПАДИИ

[1]Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии, Душанбе, Таджикистан
[2]Медицинский центр Исполнительного аппарата Президента Республики Таджикистан

Цель исследования. Оптимизация хирургического лечения дистальных форм гипоспадии, без использования тканей препуции.

Материал и методы. Материал исследования составили 12 пациентов, обратившихся за врачебной помощью по поводу дистальной гипоспадии в отделение восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии в период с 2020 по 2023 годы.

Все пациенты относились к лицам мужского пола, средний возраст пациентов составил 5,6±1,2 года. Первично обратились трое пациентов, после выполнения других разновидностей оперативного вмешательства – 3 больных.

Всем больным до и после операции выполнялись стандартные методы исследования, с измерением угла искривления полового члена, урофлуометрией, необходимость в выполнении уретроскопии отсутствовала.

Результаты исследования. Прежде всего, необходимо описать использовавшуюся в исследовании методику устранения дефекта. В начале в полость уретры вводится мочевыводящий катетер. При недостаточности тканей препуции либо же в случаях её полного отсутствия, устранение дефекта проводилось с применением слизистого лоскута, взятого из области ниже уздечки. Для получения доступа к слизистой, а также с целью устранения натяжения, кожа по всей окружности пениса мобилизировалась и опускалась вплоть до границы с мошонкой. С целью более лёгкого доступа и улучшения подвижности, проводился разрез кожи по срединной линии вентральной части полового члена.

После этого, в области ниже отверстия уретры, поверх хода самого мочеиспускательного канала, размечался и мобилизировался четырёхугольный лоскут для укрытия дефекта. При этом мобилизация проводилась снизу-вверх, так, чтобы основа питающей ножки его находилась сверху. Далее лоскут поднимался и ушивался в области нижней части отверстия. Мобилизированная кожа ушивалась по краям головки с восстановлением нормальной анатомии. По срединной линии накладывались узловые швы нейлоновой нитью 6,0.

Средний период нахождения в стационаре составлял 5,2±0,8 суток. Катетер находился в уретре, как правило, не более 6 суток. Швы снимались на 12 сутки после выполнения хирургического вмешательства.

Что касается искривления, то ввиду использования хирургической манипуляции у лиц детского возраста в основном боле раннего, его проявления были незначительными. Показатели, как правило, не превышали 30 градусов. Искривление легко устранялось без применения специальных методик.

Касательно приживления пересаженных лоскутов можно сказать, что во всех 12 случаях отмечался нормальный регенеративный процесс. В то же время в трёх случаях на начальном этапе после операции отмечались признаки нарушения кровообращения, которые легко устранялись расслаблением швов, а также использованием гепариновой мази.

Показатели урофлуометрии свидетельствовали о значительном улучшении уродинамики в послеоперационном периоде, стойкость которого была подтверждена при повторном исследовании через месяц и три месяца после выполнения хирургического вмешательства.

Заключение. Описываемая методика значительно улучшает уродинамические показатели, а также снижает частоту рецидивов до минимума. Методика проста в использовании, а также устраняет факторы, которые вызывают натяжение, и, как следствие, нарушения кровообращения в области пересаженных лоскутов.

Зокиров Р.А.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНЫМИ РАНАМИ ПОСЛЕ ОЖОГОВ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

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

Цель исследования. Оценить влияние различных методов лечения на качество жизни пациентов с гнойными ранами после ожогов на фоне сахарного диабета для разработки оптимальных терапевтических подходов.

Материалы и методы. Исследование охватило 120 пациентов с диабетом, у которых развились гнойные раны после ожогов. Анализ включал возрастное распределение, типы диабета, методы лечения и иммунологические, цитологические и бактериологические профили.

Результаты. В исследовании принимали участие 120 пациентов с гнойными ранами после ожогов на фоне сахарного диабета, которые были разделены на группы по типу диабета и степени тяжести ожогов. Пациенты с диабетом 1 типа (40 человек, 33,33%) и диабетом 2 типа (80 человек, 66,67%) имели разные клинические и лабораторные показатели, что повлияло на выбор методов лечения и их эффективность. Пациенты с диабетом 1 типа продемонстрировали высокую бактериальную нагрузку и устойчивость к антибиотикам (62,5%), что значительно усложняло лечение инфекций. Эти пациенты нуждались в более интенсивной антибактериальной терапии с применением мощных антибиотиков. В свою очередь, у пациентов с диабетом 2 типа бактериальная нагрузка была средней (43,75%), и лечение осложнялось только умеренной устойчивостью к антибиотикам, что позволяло использовать комбинированную терапию. У пациентов с диабетом 1 типа наблюдалось снижение уровня Т-лимфоцитов и высокий уровень воспалительных клеток, что замедляло заживление ран и повышало риск инфекций. В группе с диабетом 2 типа было выявлено снижение В-лимфоцитов, а воспалительные процессы протекали на среднем уровне, что также сказывалось на скорости заживления, но менее критично, чем у пациентов с диабетом 1 типа. Пациенты с ожогами III степени (30 человек, 25%) имели наибольшие сложности в лечении. У них наблюдались максимальные уровни боли (75%), ограничения в подвижности (62,5%) и усталости (75%). Ожоги I и II степени сопровождались меньшими физическими проблемами, но пациенты всё равно испытывали значительные ограничения в повседневной жизни. Пациенты с тяжёлыми ожогами III степени имели высокий уровень стресса (62,5%), тревожности (62,5%) и депрессии (37,5%). У пациентов с более лёгкими формами ожогов (I и II степени) эти показатели были значительно ниже, что указывало на важную роль психологического состояния в процессе лечения и восстановления. Пациенты с ожогами III степени испытывали серьёзные социальные проблемы, такие как значительное влияние ожогов на работу (75%) и социальные отношения (62,5%). Поддержка со стороны семьи снижалась с увеличением степени ожога, что также негативно сказывалось на процессе выздоровления. Средняя продолжительность госпитализации у пациентов с ожогами III степени составила 201 ± 51 день, что значительно превышало сроки лечения пациентов с ожогами I и II степени (51 ± 21 день и 101 ± 31 день соответственно). Это подчеркивает необходимость более длительного и интенсивного наблюдения у пациентов с тяжёлыми ожогами и сопутствующим диабетом. Антибактериальная терапия применялась у 75% пациентов с диабетом 1 типа и у 56,25% с диабетом 2 типа. Местное лечение проводилось у 62,5% пациентов с диабетом 1 типа и у 50% с диабетом 2 типа. Хирургическое вмешательство было необходимо у 37,5% пациентов с диабетом 1 типа и у 43,75% с диабетом 2 типа. Эфферентная терапия также показала свою эффективность, применяясь у 50% пациентов с диабетом 1 типа и у 37,5% пациентов с диабетом 2 типа.

Выводы. Лечение гнойных ран у пациентов с диабетом требует комплексного подхода, включающего хирургическое вмешательство, антибактериальную терапию и меры по улучшению физического и психосоциального состояния. Эфферентная терапия и биологически активные перевязочные средства продемонстрировали свою эффективность.

Зокиров Р.А., Холов Д.Д., Достиев У.А.

ОЖОГОВАЯ ТРАВМА У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И РИСК ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Кафедра общей хирургии № 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Оценить факторы риска развития гнойных осложнений у пациентов с ожогами нижних конечностей на фоне сахарного диабета и предложить подходы к их профилактике.

Методы исследования. Было проведено сравнение ретроспективной группы (60 пациентов) и проспективной группы (62 пациента), у которых были ожоги нижних конечностей на фоне сахарного диабета. Оценивались уровни гликемии, воспалительных маркеров (CRP, IL-6, TNF-α), показатели тромбоцитов, лейкоцитов и другие биохимические параметры. Анализировались осложнения, такие как язвы, инфекционные процессы, нарушение микроциркуляции и продолжительность гипергликемии.

Результаты. В ходе исследования были выявлены ключевые факторы, влияющие на развитие гнойных осложнений у пациентов с ожоговой травмой на фоне сахарного диабета. В проспективной группе 64,5% пациентов страдали диабетической нефропатией, что на 6,2% выше, чем в ретроспективной (58,3%). Длительная гипергликемия наблюдалась у 80,6% пациентов, что увеличивало риск гнойных осложнений на 5,6% по сравнению с ретроспективной группой (75%). Ишемия нижних конечностей была зафиксирована у 29% в проспективной и у 25% в ретроспективной группах, что способствовало трофическим язвам и некротическим процессам. Пациенты с ожогами имели более высокие уровни С-реактивного белка (CRP), интерлейкина-6 (IL-6), и фактора некроза опухоли-альфа (TNF-α), что коррелировало с более тяжелыми воспалительными процессами. В проспективной группе уровень тромбоцитов составил 19,4%, а лейкоцитов — 52%, что указывало на воспаление и повышенный риск тромбозов. Пациенты с более обширными

ожогами (>30% площади тела) имели более выраженные нарушения микроциркуляции и более высокие уровни малонового диальдегида (МДА) и диеновых конъюгатов (ДК). Микроциркуляторные нарушения были выявлены у 28% пациентов проспективной группы против 25% в ретроспективной. Уровень сахара в крови был несколько ниже в проспективной группе (11,8 ± 3,0 ммоль/л) по сравнению с ретроспективной (12,1 ± 3,4 ммоль/л), однако разница была незначительной. Более высокие показатели сахара коррелировали с более обширными ожогами и ухудшением прогноза лечения.

Выводы. Пациенты с ожогами нижних конечностей на фоне сахарного диабета имеют более высокий риск развития гнойных осложнений, особенно при наличии диабетической нефропатии, длительной гипергликемии и нарушения микроциркуляции. Применение профилактических мер, таких как строгий контроль уровня глюкозы, мониторинг воспалительных маркеров и своевременное лечение инфекций, может значительно снизить частоту осложнений и улучшить исходы лечения.

Зокиров Р.А., Холов Д.Д., Достиев У.А.

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРГЛИКЕМИИ НА РИСК РАЗВИТИЯ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖОГАМИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Кафедра общей хирургии №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Изучить влияние гипергликемии на развитие гнойных осложнений у пациентов с ожогами нижних конечностей на фоне сахарного диабета и предложить меры по снижению уровня гликемии для улучшения исходов лечения.

Методы исследования. В исследовании сравнивались показатели уровня сахара в крови и частота гнойных осложнений у 122 пациентов с ожогами на фоне сахарного диабета, разделенных на ретроспективную и проспективную группы. Оценивались уровень гликемии, частота гнойных осложнений, а также корреляция между тяжестью ожогов и показателями уровня сахара.

Результаты. В ходе исследования была проведена оценка влияния гипергликемии на риск гнойных осложнений у пациентов с ожогами на фоне сахарного диабета. Сравнительный анализ данных показал следующие ключевые результаты. Частота гнойных осложнений в зависимости от уровня сахара: у пациентов с уровнем сахара в крови выше 12 ммоль/л частота гнойных осложнений составила 35% в ретроспективной группе и 32% в проспективной группе. Это на 15% выше, чем у пациентов с уровнем сахара ниже 12 ммоль/л (20% в ретроспективной и 18% в проспективной группах). Таким образом, высокий уровень гликемии напрямую коррелировал с повышенным риском развития инфекций и замедленным заживлением ожогов. В проспективной группе пациентам была назначена интенсивная инсулинотерапия для контроля уровня сахара в крови. Снижение уровня сахара до 9-10 ммоль/л привело к уменьшению частоты гнойных осложнений до 22%, что на 10% ниже по сравнению с пациентами, у которых уровень сахара оставался выше 12 ммоль/л. Это подчеркивает эффективность контроля гликемии для профилактики инфекций и улучшения заживления ран. Пациенты с более обширными ожогами (>30% площади тела) имели значительно более высокий уровень сахара в крови (в среднем 12,5 ± 3,2 ммоль/л) по сравнению с пациентами с менее обширными ожогами (10,2 ± 2,8 ммоль/л). Это наблюдение подтверждает, что тяжесть ожогов и уровень воспаления усиливают гипергликемию, что требует более строгого контроля за состоянием пациентов. У пациентов с высоким уровнем сахара в крови продолжительность заживления ран была значительно дольше. В проспективной группе, где пациенты получали инсулинотерапию и их уровень сахара поддерживался на уровне 9-10 ммоль/л, процесс заживления был быстрее на 20%, чем в контрольной группе, где уровень сахара оставался выше. Это доказывает, что снижение уровня сахара способствует более эффективному заживлению тканей. Пациенты с уровнем сахара выше 12 ммоль/л также имели более высокие показатели других осложнений, таких как тромбозы и гиперкоагуляция. В проспективной группе у пациентов с нормализованным уровнем сахара частота таких осложнений была снижена на 12%, что дополнительно улучшило прогноз лечения.

Выводы. Контроль уровня сахара в крови у пациентов с ожогами на фоне сахарного диабета имеет решающее значение для снижения риска гнойных осложнений. Интенсивная инсулинотерапия, направленная на поддержание уровня сахара в пределах 9-10 ммоль/л, способствует более быстрому заживлению ран, снижению частоты инфекций и улучшению общего прогноза лечения.

Зоҳир Наримон

ҲОЛАТИ ГАРДАНАКИ БАЧАДОН ДАР ЗАНОНЕ, КИ ДАР ДАВРАИ РЕПРОДУКТИВӢ ИХТИЛОЛИ ҲАЙЗ ДОРАНД

Кафедраи акушерӣ ва гинекологӣ №2 МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», Тоҷикистон.

Мақсади тадқиқот. Арзёбии ҳолати гардани бачадон дар заноне, ки дар давраи репродуктивӣ вайроншавии ҳайз доранд.

Усулҳои тадқиқот. Мутобиқи ҳадафҳо ва вазифаҳои тадқиқот мо 85 зани синну соли репродуктивиро, ки ба Маркази тиббии Нури Шифо муроҷиат кардаанд, муоина кардем. Таҳлили муқоисавӣ дар 2 гурӯҳи асосӣ гузаронида шуд: Занони синну соли репродуктивии фаъол (18-34 сола) - гурӯҳи I, 45 беморони гирифтори синдроми тухмдони поликистикӣ - занони синни репродуктивии дертар (35-49 сола) - гурӯҳи II, 40 беморон бо хунравии ғайримуқаррарии бачадон пас аз ҷамъоварии маълумоти умумӣ, таҳлили ҳамаҷонибаи клиникӣ ва лабораторӣ дар бораи беморихо, аз ҷумла: шикоятҳо ва анамнези беморӣ, муоинаи гардани бачадон дар спекулями гинекологӣ, муоина ва кольпоскопияи васеъ, муоинаи бимануалии гинекологӣ, цитологӣ. муоина, гистологи, бактериоскопӣ ва бактериологи

синну соли миёнаи занхои муоинашуда 32,1±4,1 сол. Занони синни репродуктивии фаъол 69,4 фоиз, дертар 30,6 фоизро ташкил доданд.

Натичаҳо. Дар сохтори патологияи гарданаки бачадон тағйироти илтиҳобии луобпардаи гарданаки бачадон дар беморони гирифтори PCOS 70,6% -ро ташкил медиҳад ва бештар дар беморони хунравии бачадон ғайримуқаррари (77,5%) ба назар мерасид (p<0,05). Дар 55 бемор, ки 64,7%, равандҳои пешазсаратонӣ дар 14 нафар (16,4%) пайдо шудаанд. Ҳангоми безурётӣ дар беморони PCOS, эктопия дар якҷоягӣ бо экзоцервицит бештар маъмул аст 36,5±1,07%

Хулоса. Дар занони синну соли репродуктивӣ ҳам дар синни фаъол ва ҳам дер репродуктивӣ, равандҳои илтиҳобии гарданаки бачадон дар сохтори патологияи гарданаки бачадон 70,6% тағиротҳои илтиҳобии луобпардаи гарданаки бачадонро дар беморони гирифтори PCOS ташкил медиҳанд. дар беморони хунравии ғайримуқаррарии бачадон 77,5% (p<0,05) қайд карда шудааст. Дар 55 бемор, ки 64,7%, равандҳои пешазсаратонӣ дар 14 нафар (16,4%) пайдо шуданд.

Зоҳир Наримон

ҲОЛАТИ ГАРДАНАКИ БАЧАДОН ДАР МАВРИДИ ЗАНҲОИ ГИРИФТОР БА ИХТИЛОЛОТИ ДАВРИ ҲАЙЗ ДАР ДАВРИ ТАЪХИРАФТОДАИ РЕПРОДУКТИВӢ

Кафедраи акушерӣ ва гинекологӣ №2 МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”, Тоҷикистон

Мақсади тадқиқот: арзёбии ҳолати гарданаки бачадон дар занони дорои вайроншавии ҳайз дар даври таъхирафтодаи репродуктивӣ

Усулҳои татқиқот. Пас аз ҷамъоварии маълумоти умумӣ, таҳлили ҳамаҷонибаи клиникӣ ва лаборатории беморон гузаронида шуд, аз ҷумла: Шикоятҳо ва таърихи ин беморӣ, муоинаи гардани бачадон дар спекулямҳои гинекологӣ ,тадқиқот ва кольпоскопияи васеъ, Муоинаи гинекологии думануалӣ ,ташхиси цитологӣ ,гистологӣ , бактериоскопӣ ва бактериологӣ ,иммунии ферментҳои таҳлил (ELISA), ташхиси ултрасадои узвҳои коси хурд , Усули биологии молекулавӣ (ПТР).

Натичаҳо. Давраи музмини равандҳои илтиҳобиро гипертрофияи ғадудҳо-мушакҳо нишон медиҳад, ки он дар беморони гурӯҳи дуюм дар синни охири репродуктивӣ (55±1,24%) нисбат ба занони синни репродуктивии фаъол (29,4±1,01%) бештар мушоҳида мешавад (p< 0 ,01). Дар гурӯҳи дуюм рахнаҳои кӯҳнаи гарданаки бачадон мушоҳида мешуданд (дар гурӯҳи якум ва инчунин генотипҳои хавфи пасти онкогенӣ мушоҳида карда шуд.

Хулоса. Дар сохтори амрози гарданаӣ дигаргуниҳои илтиҳобии луобпардаи гарданаи бачадон тарқишҳои кӯҳнаи гарданаи бачадон мувофиқи чашмдошт дар гурӯҳи ду ба қайд гирифта шуд . Полипҳои канали гардана зимни ҳар ду гурӯҳи таҳти таҳқиқ ташхис шуд. Зимнан дар синни таъхирафтодари репродуктивӣ зимни занҳои гирифтор ба хунравии ғайримаъмулии бачадон патологияи мазкур қиёсан ба фаъол бештар мушоҳида гардид, ки аз ҷиҳати оморӣ тасдиқи худро ёфтааст (мутаносибан 10,6%±0,68% ва 17,5±0,95%) (p<0,01).

Зоҳир Наримон

ТАСВИРҲОИ КОЛПОСКОПӢ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ HPV

Кафедраи акушери ва гинекологи №2 ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, Тоҷикистон.

Мақсади таҳқиқ. муайян кардани расмҳои колпоскопӣ дар занони гирифтори HPV.

Мавод ва усулҳои таҳқиқ. 52 зани бемор дар синни аз 18 то 49-сола муоина карда шуд. Усули колпоскопии таҳкик аз руйи техникаи стандартӣ- колпоскопияи сода ва пурра анчом дода шуд. Усулҳои тадқиқоти биологии молекулавӣ реаксияи занҷири полимеразии мултиплексро бо муайян кардани натичаҳо дар вақти воқеӣ барои муайян кардани 21 намуди HPV.

Натичаи таҳқиқ. HPV навъи 16 дар 17,3% зан муаян карда шуд, HPV 58 – 15,7%, HPV 52 – дар 11%, HPV 56 – дар 5,1%, HPV 18 – дар 2%, 6%, HPV 6 ва 11 – 27,7%. Ҳангоми гузаронидани колпоскопияи васеъ дар занони HPV-мусбат тағйироти зерин мушоҳида карда шуданд: тасвири колпоскопии мувофиқ - дар 74,4%, нокифоя - дар 15,5%. Дар 22,2% занҳо расми муқаррарии колпоскопӣ (эктопияи гарданаки бачадон, кистаҳои наботӣ) ошкор карда шуд, ки аз онҳо 18,8% HPV доранд; минтақаи трансформатсия (ЗТ) бо тағйироти ҳалим – 27,1%; минтакаи трансформасия бо таґйироти назаррас – 14,8%; кондиломаҳои экзофитии гарданаки бачадон – 3,4%; эктропиони гарданаки бачадон – 3,1%; полипи канали гарданаки бачадон - 1,5%; гипертрофия ва деформатсияи сикатривии гарданаки бачадон – 6%. Дар 26 зан гирифтори рагҳои узвҳои таносули беруна ва махбал ташхис шудааст.

Хулоса. Дар занони гирифтори HPV расмҳои гуногуни колпоскопикӣ ошкор карда шуданд

Иброхимов Ю.Х., Хакимов М.Х., Кахорова Р.А.

К ВОПРОСУ О СОЗДАНИИ НЕОСФИНКТЕРА У ПАЦИЕНТОВ С КИШЕЧНЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ

Кафедра общей хирургии №1 «ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино»
ГУ Хозрасчетный центр колопроктологии, г. Душанбе

Цель. Повысить эффективность хирургического лечения кишечного недержания путем применения нежной мышцы бедра.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты хирургической коррекции 32 пациентов с кишечным недержанием III степени, в возрасте от 18 до 70 лет, которые были прооперированы в ГУ «Хозрасчетный центр колопроктологии» г. Душанбе за период с 2010 по 2024 гг. Мужчин было 22 (68,8%), женщин - 10 (31,2%), в соотношении 2:1. Средний возраст пациентов составил 38,5± 2,8 лет. Основной причиной анальной инконтиненции у 25 (78%) больных явились операций на дистальном отделе прямой кишки, анальном канале и промежности. У 4 (12,5%) пациентов

недостаточность развилась после травматического повреждения прямой кишки и промежности. В 3 (9,5%) случаях инконтиненция была обусловлена врожденным отсутствием сфинктера. Сфинктерометрия до и в послеоперационном периоде была проведена с помощью разработанного нами устройства (Патент № TJ 1377 от 24.01.2023 г.). Неосфинктер был создан из нежной мышцы бедра в модифицированном нами способе справа – у 27 (84,4%) пациентов, а слева у 5 (15,6%) больных. При выраженной рубцовой деформации промежности в 5 (15,6%) случаях грацилопластика дополнялась с кожной пластикой промежности. Электромиостимуляция m. gracilis, применена начиная со второй недели после операции в течение 24 месяцев.

Результаты и их обсуждение. Под спинномозговой анестезией было прооперировано 26 (81,3%), а под внутривенным наркозом 6 (18,7%) больных. До начала операции больным проводилась профилактика антибиотиком однократным внутривенным введением. У 5 (15,6%) больных в первые 7 суток после операции отмечались осложнения. Частичный некроз нежной мышцы бедра развивался в 2 (6,3%) случаях, у 2 (6,3%) пациентов отмечено нагноение ран промежности, а у одного пациента (3,1%) гематома раны бедра. Отдаленные результаты лечения прослежены у 27 (84,4%) пациентов в сроки от 3 месяцев до 14 лет. При этом хорошие результаты получены в 25 (78,1%) случаях. При обследовании эти пациентов отмечены хорошие функциональные результаты, которые удерживали все компоненты кишечного содержимого и при визуальном осмотре больных отсутствовало зияние ануса. Также определялось несколько сниженное тоническое усилие и удовлетворительное волевое сокращение сфинктера. При проведении элекронейромиографии и УЗИ отмечена жизнеспособность и удовлетворительная функциональная активность перемешенной мышцы. Удовлетворительные результаты было отмечены у 5 (15,6%) больных, при этом в 4 (12,5%) случаях отмечалась недостаточность анального сфинктера I степени, у 1 (3,1%) пациента II степени. После проводимого лечения результат не отмечен в 2 (6,3%) случаях.

Выводы. При применении нежной мышцы бедра с целью создания неосфинктера модифицированным нами способом хорошие и удовлетворительные результаты отмечены в 93,7% случаях, а неудовлетворительные в 6,3% случаях соответственно.

Иброхимов Ю.Х., Кахорова Р.А., Хакимов М.Х.

ПРОФИЛАКТИКА АНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»
ГУ Хозрасчетный центр колопроктологии, г. Душанбе

Цель. Выбор метода коррекции сложных форм ректовагинальных свищей с целью профилактики анальной недостаточности.

Материал и методы. В ГУ «Хозрасчетный центр колопроктологии» города Душанбе за период с 2019 по 2024 гг. на стационарном лечении находились 25 пациенток с сложными ректовагинальными свищами. Возраст пациенток колебался от 17 до 68 лет, в среднем 35,5±1,3 лет. Следует отметить, что 19 (76%) больных были в трудоспособном возрасте. Сроки послеоперационного наблюдения составляли 6 и более месяцев. Основными этиологическими факторами развития ректовагинальных свищей являлись послеродовые травмы, разрыв промежности II-III степени и острый парапроктит передней локализации. После осмотра гинеколога пациентам выполнены следующие методы исследований: пальцевое исследование прямой кишки, вагинальное исследование, ректороманоскопия, сфинктерометрия, фистулография, ЭАУС и вагинальное УЗИ, изучение ПОЛ, лабораторные и микробиологические**.** Пациентки были разделены на две группы: основную (n=13; 52%) и контрольную (n=12; 48%), которым были проведены радикальные операции. Пациенткам контрольной группы было проведено традиционно общеизвестные методики, а в основной группе был применён модифицированный нами хирургический способ лечения ректовагинальных свищей (рац. удост. № 3629/R680, от 22.01.2019 г. выд. ТГМУ им. Абуали ибни Сино).

Результаты и их обсуждение. С целью проведения предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных основной группы в комплекс лечения проведением антиоксидантной и антигипоксантной терапии. После применение данной терапии отмечалось снижение уровня МДА с 4,8±0,03 мкмол/л до 2,7±0,04 мкмоль/л и повышение СОД с 6,5±0,1 усл.ед. до 16,4±0,03 усл.ед. и аскорбиновой кислоты с 0,5±0,19 мг% до 1,3±0,02 мг%. У пациентов контрольной группы полученные результаты были намного меньше. В послеоперационном периоде рана ежедневно санировалась антисептиками. Сравнительный анализ результатов хирургического лечения больных ректовагинальными свищами показывает, что у пациенток контрольной группы частичное или полное нагноение послеоперационной раны отмечалось у 2 (16,7%) больных. Рецидив свища встречался у 3 (25%) больных. Недостаточность анального сфинктера I-II степени встечалась в 3 (25%) случаях. Основные причины рецидива заболевания мы связали с нагноением послеоперационной раны, преждевременной активизацией пациента и ретракцией швов.

У больных основной группы (n=13; 52%), которым выполнен модифицированный нами способ операции рецидив свища отмечался лишь у 1 (7,7%) пациентки, вследствие нагноения послеоперационной раны. Прорезывание швов в пределах двух швов лишь у одного пациентки. В сроке до 3 лет больным основной группы провели эндоанальную ультрасонографию, которые показали нормальные величины.

Выводы. При применении модифицированной нами методики с проведением антиоксидантной и антигипоксантной терапии, у больных основной группы уменьшилось число послеоперационных осложнений, анальной недостаточности и рецидива свища.

Исмоилзода С.С., Розиков М.С., Зокиров Р.А.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИСФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» Таджикистан.

Национальный научный центр трансплантации органов и тканей, Министерство здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан

Цель исследования. Выявить основные факторы риска, влияющие на развитие ранней дисфункции печени после трансплантации, и разработать профилактические меры для снижения частоты возникновения осложнений.

Методы. Исследование включило 120 пациентов, перенесших трансплантацию печени. Оценивались уровни воспалительных маркеров (интерлейкин-6, фактор некроза опухоли), продолжительность ишемии и внутрипеченочное кровоснабжение. Пациенты были разделены на группы в зависимости от функции трансплантата в ранний послеоперационный период.

Результаты. В ходе исследования было проанализировано состояние 120 пациентов, перенесших трансплантацию печени, с целью выявления факторов риска ранней дисфункции трансплантата. Основные результаты исследования представлены следующим образом.

У пациентов с повышенным уровнем интерлейкина-6 (ИЛ-6), который превышал 500 пг/мл в первые 24 часа после трансплантации, наблюдались более высокие показатели риска развития дисфункции печени. У этих пациентов частота осложнений составила 35%. Уровни ИЛ-6 и фактора некроза опухоли (TNF-α) были напрямую связаны с выраженностью воспалительного ответа, что увеличивало вероятность возникновения ишемическо-реперфузионного повреждения (ИРП) печени. Продолжительность холодовой ишемии являлась важным предиктором дисфункции трансплантата. У пациентов, у которых время холодовой ишемии превышало 10 часов, частота осложнений составляла 30%, что значительно выше по сравнению с пациентами, у которых время ишемии было менее 10 часов (10-15%). Это подчеркивает критическую важность минимизации времени ишемии для предотвращения повреждения трансплантата.Нарушение внутрипеченочного кровотока в ранний послеоперационный период также являлось важным фактором, способствующим развитию дисфункции печени. У пациентов с пониженным кровотоком трансплантата частота развития ранней дисфункции была выше на 20%, что указывало на недостаточное восстановление перфузии и необходимость более тщательного мониторинга кровоснабжения в послеоперационный период.Пациенты, которым проводились профилактические меры, такие как коррекция воспалительного ответа и оптимизация времени холодовой ишемии, показали значительно более низкую частоту осложнений. В этих группах пациентов частота дисфункции снизилась до 15%, что доказывает эффективность внедрения профилактических мер в клиническую практику.

Выводы. Контроль за уровнями воспалительных маркеров и минимизация времени ишемии трансплантата могут существенно снизить риск развития дисфункции печени после трансплантации.

Исмоилова М.А., Даврон зода М.Д., Муродова П.Ф.

УСУЛҲОИ МУОСИРИ МУОЛИҶАИ БЕМОРОИҲОИ ФУНКСИОНАЛИИ ХАНҶАРА

Кафедраи оториноларингологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тоҷикистон.

Мақсад. Баҳодиҳии самаранокии усулҳои гуногуни табобат барои беморони гирифтори бемориҳои функционалии ҳанҷара.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар давраи аз соли 2020 то 2024 дар шӯъбаи барқарорсозии шунавоӣ ва нутқи МД ММТ ҶТ «Шифобахш» мо 986 нафарро муоина кардем, ки 562 нафар (57%) намояндагони касби овоз ва нутқ буданд. Аз онҳо 475 (48%) нафар мардон, 511 (52%) нафарро занон ташкил доданд. Беморон аз ларингоскопияи ғайримустақим, фиброларингоскопия ва КТ -и ҳанҷара, гузаронида шуданд. Барои муайян кардани ҳолати функционалии ханҷара, мо чунин усулҳои анъанавиро ба мисли гӯш кардани овоз, баҳодиҳии овоз тариқи шунавоӣ, омӯзиши хусусиятҳои ташаккули овоз ва роҳнамоии овоз истифода бурдем. Мо таснифоти баҳодиҳии шунавоии овозро дар бемориҳои функционалии ҳанҷара таҳия кардаем, ки мувофиқи он хусусияти шунавоии овозро метавон ба таври зерин муайян кард: а) Овози муқаррарӣ - 1 дараҷа; б) Хирагии сабук- 2 дараҷа; в) хирагии шиддаташ миёна - дараҷаи 3; г) хирагии баланд ё афония - дараҷаи 4.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Тағироти патологӣ дар ҳанҷара дар 874 (89.6%) муайян шуда, дар 112 (11.4%) беморон вайроншавии овоз аз бемориҳои дигар узвҳои ГГБ ба вобастагӣ дорад. Давомнокии беморӣ аз як моҳ то беш аз 5 солро дар бар мегирифт. Усулҳои зерини табобати бемориҳои функционалии ҳанҷара истифода шудаанд: 1. Табобати доруворӣ бо физиотерапия. 2. Табобати маводӣ бо фонопедия. 3. Сузандармонӣ дар якҷоягӣ бо фонопедия. 4. Табобати комплексии доруворӣ бо сузандармонӣ ва фонопедия. Барои арзёбии самаранокии устувори усулҳои гуногуни терапияе, ки мо истифода мебарем, мо таҳлили муқоисавии натиҷаҳои дарозмуддатро то 3 сол пас аз хатми курси табобат гузаронидем. Ҳангоми омӯзиши самаранокии усули табобати доруворӣ дар якҷоягӣ бо физиотерапия, такроршавии беморӣ дар 12 беморони дисфонияи гипотонусӣ, дар 6 аз 8 беморони дисфонияи гипертоникӣ ва дар 11 аз 16 беморони фонастения қайд карда шуд. Ҳангоми муолиҷа бо ин усул, 12 беморони дисфонияи гипотонусӣ дар 5, аз 15 беморони фонастения - дар 7, аз 12 беморони афонияи функционалӣ дар 3, аз 5 беморони дисфонияи гипертоникӣ дар 3 такроршавии беморӣ мушоҳида шуд. Натиҷаҳои фонопедия бо табобати маводӣ дар 44 беморони гирифтори ихтилоли функционалии овози гурӯҳҳои гуногуни касбӣ таҳлил карда шуданд. Ҳангоми ин, аз 26 беморони касби овозӣ 13 нафарашон гирифтори бемории такрорӣ буданд, аз 18 намояндаи касби овозу нутқ надошта дар 10 бемор такрори беморӣ ба қайд гирифта шуд. Ҳангоми истифодаи усули табобати сузандармонӣ бо фонопедия якҷоя карда шуд, аз 21 беморони афонияи функционалӣ ва 11 беморони фонастения такрор нашуданд, дар 11 беморони дисфонияи гипотонусӣ дар як бемор такроршавӣ ба назар расид. Ҳангоми таҳлили натиҷаҳои табобати комплексӣ дар 10 беморони афонияи функционалӣ ва 8 беморони фонастения, такрори беморӣ пайдо нашуд. Дар 10 беморони гирифтори дисфонияи гипотонусӣ, дар як бемор пас аз 7 моҳ бозгашти дубора ба амал омад.

Хулоса. Сузандармонӣ дар якҷоягӣ бо машқҳои фонопедӣ ва табобати комплексӣ бо истифода аз сузандармонӣ, фонопедия, инчунин табобати доруворӣ мебошанд. Ҳангоме ки ин усулҳо якҷоя карда мешаванд, он барои одамони касби овозду нутқ ва касби ғайри овозӣ самаранок аст.

Исмоилова М.А., Холматов Д.И, Муродова П.Ф.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ЛАРИНГО-ФАРИНГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА

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

Цель исследования. Оценка лечения ларинго-фарингеального рефлюкса с помощью медикаментозного и ингаляционного методов.

Материалы и методы. В условиях ЛОР - клиники ГУ НМЦ «Шифобахш» за период январь - май 2024 года нами обследовано 18 пациентов с ларинго-фарингеальным рефлюксом. Из них было - 12 женщин и 6 мужчин в возрасте от 18 до 60 лет. В зависимости от жалоб, пациенты были разделены на 2 группы. У 8 человек (I группа) жалобы были на осиплость голоса и появление кашля после приёма еды; у 10 человек (II группа) был навязчивый кашель, боль в горле после приёма пищи и часто отмечалась изжога. У основного большинства больных длительность заболевания составила более 3-5 лет. Всем больным провели слуховую оценку голоса, непрямую ларингоскопию и эндоларингоскопию.

Результаты исследования. У 8 больных выявили отёчность слизистой черпаловидных хрящей и межчерпаловидного пространства. У 10 больных обнаружена выраженная гиперемия и припухлость межчерпаловидной области, а также утолщение слизистой оболочки черпаловидных хрящей. Всем больным провели комплексное лечение: ингаляционную терапию в сочетании с медикаментозной терапией, которая была назначена врачом-гастроэнтерологом. В состав ингаляционной смеси включили: 0,9% раствор натрия хлора 5 мл, эмульсию гидрокортизона 1 мл, декасан 1мл, новокаин 0,5% - 0,5 мл.

В результате проведённого лечения в 1-й подгруппе улучшение всех субъективных и объектиных симптомов было после первого курса лечения, а во 2-й подгруппе пришлось повторить курс лечения 2-3 раза с перерывом 2-3 недели ингаляционного и медикаментозного лечения.

Выводы. Таким образом, при сравнительном анализе эффективности медикаментозной терапии в сочетании с ингаляционным методом выявлено улучшение объективной картины гортани, что подтверждается субъективными данными (прекращение кашля, чувства инородного тела, сухости и першения в горле) между I и II подгруппами.

Исмоилова М.А., Холматов Д.И, Муродова П.Ф.

КОМБИНИРОВАННЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АФОНИИ

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

Цель исследования. Изучить эффективность комбинированных способов лечения функциональной афонии с помощью иглорефлексотерапии и фонопедии.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 62 больных с функциональной афонией. 32 больных были в возрасте 20 - 29 лет, остальные 30 больных в возрасте 30-39 лет. Часть из них лечились по месту жительства по поводу затянувшегося ларингита. Мы же применили 2 вида лечения - медикаментозное с фонопедией и иглотерапию с фонопедией. Медикаментозное лечение рекомендовали для снятия воспалительного процесса в гортани из физиопроцедур - электрофорез с хлористым кальцием на область гортани.

Фонопедия предусматривала проведение специальных упражнений для лучшего участия в процессе голосообразования грудного резонатора. Иглорефлексотерапию проводили по II варианту тормозного метода в точки: 1G-16, 17, 19, E-9, 10, P-6, T-20 и точки на ушной раковине: AT-13 II надпочечника AT-15 II горла и гортани, AT-22 IV желез внутренней секреции, AT-55X центральной нервной системы.

Результаты исследования. Медикаментозное лечение с фонопедией проведено 22 больным, в результате выздоровление наступило у 13, улучшение - у 5, без эффекта - у 4. После проведения иглорефлексотерапии с фонопедией 40 больным выздоровление было у 29, улучшение - 11, без эффекта - не было. Нормализацию голоса констатировали у всех больных из числа выздоравливающих. Иногда временная охриплость голоса отмечалась у обследуемых в группе больных с улучшением. При непрямой ларингоскопии у больных с выздоровлением голосовые складки имели белый цвет, при фонации они смыкались. Из числа больных с улучшением голосовые складки выглядели розовыми «при фонации отмечалась щель до 1-2 мм. Время максимальной фонации у всех обследуемых нормализовалась (более 20 сек). Непосредственный клинический эффект от лечения методом иглотерапии с фонопедией давностью заболевания до 6 месяцев отмечался чистый голос, чаще всего после 2-3 сеансов с длительностью заболевания от 1 до 2 лет, отмечали постепенное улучшение голоса после 5-6 сеансов иглотерапии с фонопедией. При медикаментозном лечении с фонопедией с длительностью заболевания до года отмечали постепенное улучшение к концу курса.

Выводы. Таким образом, применение иглорефлексотерапии с фонопедией позволило добиться улучшения слуховой оценки голоса, нормализации времени максимальной фонации, характера смыкания голосовой складки во время фонации при ларингостробоскопии. Эти результаты являются неоспоримым подтверждением тому, что предложенный комбинированный способ лечения функциональной афонии методом иглорефлексотерапии и фонопедии является эффективным способом в лечебной практике.

Исраилова З.А., Омуралиева Ч.Э., Маманова В.А.

СИТУАЦИЯ С ОПЕРАЦИЕЙ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ г. ОШ

Кафедра акушерства и гинекологии, медицинский факультет, Ошский государственного университет, Кыргызстан

Цель исследования: Провести анализ ситуации с распространенной родоразрешающей операцией в перинатальном центре г. Ош, где оказывается квалифицированная помощь женщинам, поступающим из самого города Ош и трех южныз областей Республики.

Кесарево сечение (КС) является одним из распространенных хирургических вмешательств в мире. 1985 года в международном сообществе специалистов здравоохранения было принято считать, что идеальный показатель частоты выполнения КС составляет 10-15%. Анализ тенденций в 121 странах показал, что в период с 1990 по 2014 годы глобальный среднегодовой темп роста КС увеличился на 12,4% (с 6,7% до 19,1%) со средним ежегодным темпом роста 4,4%. Результаты исследований показывают, что, если частота КС возрастает до 10% на уровне популяции, показатели материнской и неонатальной смертности снижаются. Однако, если частота его выполнения превышает 10%, имеющиеся данные не свидетельствуют об улучшении показателей смертности.

Материал и методы. Материал- отчеты перинатального центра г. Ош. Статистический.

В Кыргызской республике за последние несколько лет имеется тенденция роста КС. Первый и второй отчет по КРМС за период 2012 – 2015 гг. показал, что в Кыргызстане риск материнской летальности выше при КС, чем при вагинальных родах. В отчете так же указано, что существуют проблемы качества оказания акушерской помощи при данном виде хирургического вмешательства, такие как недостаточные практические навыки по технике операции, ведению послеоперационного периода, анестезиологическому пособию и проблемы соблюдения безопасных условий для проведения операции.

Городской перинатальный центр (ГПЦ) г. Ош оказывает квалифицированную акушер-гинекологическую помощь женщинам ка по г.Ош так и по всему Югу страны, принимая всех женщин с угозой преждевременных родов и сопутствующими их осложнениями беременности. Анализ ситуации с операцией кесарево сечение (КС) за последние годы показал, что идет тенденция к росту числа операции кесарево сечение. Так если количество вагинальных родов в 2022 году было 9499, из них КС 1514, что составило 16%, а в 2023 году родов было 1049, кесарево сечение 1742 – 17,3 %.

Проведенное исследование показывает, что идет тенденция роста кесарева сечения, что вызывае обеспокоенность в необоснованных операциях и осложнениях как для матери, так и для ребенка в отдаленной перспективе.

Также существуют проблемы в оказании акушерской помощи при проведении оперативного вмешательства, такие как недостаточные практические навыки по технике операции, ведению послерперационного периода, оказанию анестезиологического пособия и проблемы соблюдения правил инфекционного контроля.

Исупова Ш.Ф., Холматов Д.И., Муродова П.Ф.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОТОТОПИКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ

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

Цель исследования. Изучение способности локализовать источники речевых сигналов в горизонтальной и вертикальной плоскостях у больных со смешанной тугоухостью на почве хронических средних отитов (ХСО).

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 50 больных с ХСО. Наряду с ЛОР - осмотром, всем больным провели аудиологическое обследование. Особое внимание уделяли проценту разборчивости речи (РР), т.к. степень РР имела тесную связь с определением способности локализовать источники речевых сигналов. Исследование проводили в звукоизолированной камере, где из 9 громкоговорителей в квазислучайном порядке подавались речевые сигналы. Больной при этом должен был правильно указать источник сигнала и повторить подаваемый речевой тест. По количеству положительных ответов определяли способность локализовать источники речевых сигналов. В зависимости от степени потери слуха больным увеличивали интенсивность сигнала.

Результаты исследования. Анализ полученных результатов показал, что при исследовании локализации речевых сигналов в горизонтальной плоскости способность определения источников сигналов сохраняется, за исключением больных с ассиметрией слуха. В то же время данные, полученные при исследовании в вертикальной плоскости, показали, что имеется нарушение способности локализовать источники речевых сигналов. Процент правильных ответов не превышал 40%. При усилении интенсивности сигналов этот процент не увеличивался.

Выводы. Таким образом, полученные данные позволяют охарактеризовать исследование пространственного слуха речевыми сигналами у больных с хроническим средним отитом, как ценный метод в дифференциальной диагностике сенсоневрального компонента тугоухости при ХСО. Низкий процент (40%) определения локализации источника звука говорит о наличии элементов сенсоневральной тугоухости у больных с хроническим средним отитом.

Исупова Ш.Ф., Холматов Дж. И., Муродова П.Ф.

СЛУХОВЫЕ НАРУШЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕНЕЗА, ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

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

Цель исследования. Оценка слуховой функции у больных после перенесённой коронавирусной инфекции.

Материалы и методы. В условиях сурдологического отделения ГУ НМЦ «Шифобахш» нами обследованы 26 больных с сенсоневральной тугоухостью II степени. Из анамнеза было установлено, что все больные 5-6 месяцев назад перенесли коронавирусную инфекцию и после того стали впервые отмечать понижение слуха. Всем больным было проведено аудиологическое исследование (акуметрия и пороговая тональная аудиометрия) и анализ результатов ПЦР проведённых во время инфекционной болезни.

Результаты исследования. Наши исследования показали, что результаты камертонных проб (с камертоном с частотой С 128 Гц) был одинаковым и постоянным при многократных пробах. У всех больных результат опыта Ринне был «положительным», т.е. больные слышали звук камертона за счёт воздушной проводимости громче, чем прохождение звука через сосцевидную кость. Опыт Вебера показал «латерализацию» звука камертона в стороне лучше слышащего уха. Опыт Швабаха показал укорочение костной звукопроводимости в больном ухе и удлинение в здоровом ухе.

Результат пороговой тональной аудиометрии показал, что порог слышимости был в норме на низких и средних частотах (100-1000 Гц), а на высоких частотах (2000-8000 Гц) у пациентов порог слуховой чувствительности по воздушной проводимости повышался от 30 до 50 дБ, пороги костной проводимости также были высоки. Костно-воздушный интервал на аудиограмме составлял от 5,0 дБ до 10,0 дБ, и такой результат теста явно склонялся в сторону нейросенсорной тугоухости.

Данным больным мы традиционно проводили комплексное противоневритное лечение (сосудорасширяющие средства, витамины группы В, иммуномодуляторы, антигистаминные препараты, физиотерапия и физкультура). Учитывая инфекционный анамнез, для усиления терапевтического эффекта в курс лечения включили противовирусные препараты (арбидол, коронавир и др.)

Выводы. Инфицирование как коронавирусом, так и вирусом простого гриппа может оказать негативное воздействие не только на дыхательные пути, но и на орган слуха и привести к тугоухости, вплоть до абсолютной глухоты. Поэтому люди, перенесшие вирусную инфекцию, после появления симптомов снижения слуха должны пройти аудиологическое обследование и определённое лечение у врача-сурдолога.

Исупова Ш.Ф., Холматов Д.И., Муродова П.Ф.

РАЗБОРЧИВОСТЬ ВОСПРИНИМАЕМОЙ РЕЧИ НА РАЗНЫХ ЯЗЫКАХ В НОРМЕ

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

Цель исследования. Определение процента разборчивости, воспринимаемой родной и незнакомой по языку речи у отологически здоровых лиц.

Материалы и методы. В условиях ЛОР - клиники проведено исследование разборчивости родной и незнакомой по языку речи у 40 отологически нормальных лиц в возрасте от 18 до 60 лет. Регистрация разборчивости речи проведена на установке, состоящей из аудиометра «МА-31» и согласованного с ним магнитофона «Нота», для этого использовали обновлённую нами таблицу слов таджикской речи (Д.И. Холматов, 2022) и сбалансированные одно- и многосложные слова русской речи (А.И. Лопотко, 1999). Словесный текст и шумовая помеха подавались в исследуемое ухо через воздушный телефон. Разборчивость речи определялась в процентах правильных ответов. Порог недифференцированной речи фиксировался в 20%, 50%, 80% и 100% разборчивости речи, при максимальной интенсивности (105 дБ).

Результаты исследования. Исследования показали, что пороги разборчивости односложных слов родной и незнакомой по языку речи были одинаковыми у двух обследованных (достигалась 100% разборчивость речи). Однако выявилась чёткая зависимость разборчивости незнакомой по языку речи от логового состояния слов, а также от величины маскирующего шума, на фоне которого проводились исследования.

Выводы. Таким образом, полученные данные позволяют охарактеризовать восприятие родной и незнакомой по языку речи в тишине и при действии маскирующего шума у отологически нормальных лиц различного возраста, процент правильных ответов снижается на 15% - 20%, если человек слышит не родную речь.

Кадырова Н.А., Юнусова З.И., Бабаева Т.С.

ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ В СТАБИЛИЗАЦИИ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ КОМПЕНСИРОВАННОЙ ГЛАУКОМОЙ

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

Цель исследования. Определить значения комплексного лечения в стабилизации зрительных функций у больных компенсированной глаукомой.

Материал и методы исследования. В ходе исследования были отобраны 150 пациентов с компенсированной глаукомой I, II и III стадий. Все участники исследования находились на диспансерном учете в Республиканском глаукомном диспансере Государственного учреждения Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш» с 2019 по 2023 гг. Возрастной диапазон участников исследования составил от 40 до 75 лет, при этом средний возраст составил 57,5 ± 2,15 лет. Мужчины составили большинство - 85 человек (57%), в то время как женщин было 65 (43%). Лечебный комплекс включал в себя широкий спектр медикаментозных средств. В частности, применялись ангиопротекторы для укрепления стенок сосудов, антиоксиданты для борьбы со свободными радикалами, препараты, улучшающие реологические свойства крови для оптимизации кровотока, средства антисклеротического действия для предотвращения развития атеросклероза, а также сосудорасширяющие препараты для улучшения кровоснабжения тканей глаза. При составлении индивидуальных схем лечения особое внимание уделялось наличию у пациентов сопутствующих заболеваний. Корригирующее лечение этих патологий тщательно согласовывалось с терапевтом, эндокринологом и другими специалистами. Курс лечения проводился в форме парабульбарных и внутримышечных инъекций и имел продолжительность 10 дней. Этот метод введения препаратов был выбран для обеспечения максимальной эффективности терапии и достижения оптимальных результатов в лечении глаукомы у исследуемой группы пациентов.

Результаты исследования и их обсуждение. Все 150 пациентов были распределены на три группы по 50 человек каждая. Первая группа включала пациентов, получающих стимулирующую терапию каждые 3 месяца. Во вторую группу вошли пациенты, получающие стимулирующую терапию два раза в год. Третья группа состояла из пациентов, получающих стимулирующую терапию один раз в год.

У всех пациентов ВГД компенсировано: у 90 человек (60%) — хирургическим путем, а у 60 человек (40%) консервативно. Пациентам проводились следующие методы исследования: визометрия, периметрия, тонометрия, тонография, биомикроскопия, офтальмоскопия, гониоскопия, ОКТ.

Среди пациентов 1 группы улучшение зрительных функций отмечалось у 15 (30%) пациентов, зрительные функции оставались стабильными у 33-х (66%), у 2-х (4%) отмечалось ухудшение зрительных функций вследствие прогрессирования глаукоматозного процесса.

Среди пациентов 2 группы улучшение зрительных функций отмечалось у 10 (20%) пациентов, зрительные функции оставались стабильными у 35 (70%), а у 5 (10%) отмечалось ухудшение зрительных функций.

Среди пациентов 3 группы улучшение зрительных функций отмечалось у 6 (12%) пациентов, зрительные функции оставались стабильными у 28 (56%) пациентов, у 16 (32%) зрительные функции ухудшились.

Полученные результаты позволяют провести сравнительный анализ эффективности различных режимов стимулирующей терапии у пациентов с глаукомой и сделать выводы о наиболее оптимальной частоте проведения лечебных мероприятий.

Выводы. Таким образом, проведение стимулирующей терапии глаукомным больным при компенсированном ВГД ежеквартально или раз в полгода способствует стабилизации зрительных функций, а также их улучшению в ряде случаев. Процент ухудшения зрительных функций выше в группе, где пациенты получали поддерживающее лечение раз в год. Исходя из этого рекомендуемое лечение должно проводится ежеквартально или раз в полгода.

Камбар Н.А., Досмагамбетов С.П., Ли Д.В

МНОЖЕСТВЕННЫЙ ЭХИНОКОККОЗ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова». г.Актобе, Казахстан.

Цель исследования. Целью нашей работы является представление клинического случая диагностики и лечения множественного эхинококкоза печени у ребенка.

Методы исследования. Ребенок 11лет, из животноводческого района, поступает в приемное отделение стационара с жалобами на увеличение размеров живота, периодические боли в животе, чувство тяжести, слабость, снижение аппетита. Болеет около 3 месяцев. Родственни-ки обратили внимание на быстрое увеличение живота, которое сопровождалось болевым синдромом. Состояние ребенка при госпитализации тяжелое, за счет хронической интоксикации и умеренно выраженного болевого синдрома. Кожные покровы бледные, сыпи нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧСС – 116 в 1 мин. Живот значительно увеличен в объеме за счет верхних отделов, где контурируются видимые на глаз бугристые образования, при пальпации плотные и безболезненные. Ребенку проведено лабораторное, иммунологическое, ультразвуковое исследование и компьютерная томография печени. Выявлены множественные кистозные образования в печени, эозинофилия (10,2%), повышение уровня IgG к эхинококку 9,97 оптических единиц. Установлен диагноз: Эхино-коккоз. Множественные кисты печени. Ребенку проведена длительная предоперационная подготовка, направленная на уменьшение интоксикации, снижение аллергической настроенности организма, также включала гепатопротекторы, антигельминтную и антибактериальную терапию. Состояние ребенка в динамике улучшилось, купировался болевой синдром, улучшились показатели крови. На 15 сутки ребенку выполнена операция – срединная лапаротомия, множественная эхинококкэктомия печени. Кисты в количестве 14, различных размеров от1,5 до 4,0 см в диаметре, располагались во всех сегментах печени, содержали прозрачную опалесцирующую жидкость и тонкую хитиновую оболочку. Фиброзные оболочки обработаны 1% раствором бетадина. В послеоперационном периоде продолжена антигельминтная терапия альбендазолом.

Результаты и обсуждение. На 14 сутки после операции ребенок был выписан в удовлетворительном состоянии под амбулаторное наблюдение врача.

Эхинококкоз – это хроническое паразитарное заболевание. Множественный характер пора-жения печени является причиной хронической интоксикации, повышенной аллергизации организма и нарушения функций печени, что требует обязательного проведения десенсебилизирующей, дезинтоксикационной и гепатопротекторной терапии. Предоперационная антигельминтная терапия позволяет соблюсти принцип апаразитарности во время операции. При множественном поражении печени, по нашему мнению, только открытая эхинококкэктомия способна радикально выполнить операцию на всех кистах и различной локализации, включая и труднодоступные для лапароскопии локализации. Пациенты с множественными эхинококковыми кистами должны находиться на диспансерном учете, в течение длительного времени получать антигельминтную терапию.

Выводы. Данный случай заболевания относится к редким случаям эхинококкоза у детей. При множественных гидатидных кистах печени необходимо проведение длительной предоперационной подготовки. Открытая эхинококкэктомия печени у детей является наиболее оптимальной.

Карим-заде Г.Д., Маликов М.Х., Хасанов М.А.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СРЕДИННОГО И ЛОКТЕВОГО НЕРВОВ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Кафедра хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», Таджикистан

Цель исследования. Показать эффективность пред-/послеоперационной и хирургической реабилитации при посттравматических повреждениях срединного и локтевого нервов верхней конечности.

Материал и методы. В отделении пластической и реконструктивной микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии проведена комплексная хирургическая и пред- / послеоперационная реабилитация 87 пациентов с посттравматическими повреждениями срединного и локтевого нервов за период с 2000 по 2023 гг. Мужчин было 66 (76%), женщин – 21 (24%), средний возраст составил 23,5±2,4 лет. Повреждение срединного нерва отмечалось в 30 (34,4%) случаях, локтевого – 34(39%), срединного и локтевого – в 23 (26,6%) случаях. Больным проводили клинические тесты, рентгенографию кисти, электронейромиографию.

Результаты исследования. Предоперационная реабилитация проводилась всем пациентам, заключающейся в следующих этапах: оценке состояния двигательного и чувствительного дефицита путем выявления зон гипо- или анестезии и гипотрофию мышц; в стимуляции трофики дистальнее участка поражения нерва путем проведения активных движений в суставах, ЛФК, массажа и аппликаций парафина; в профилактике образования трофических язв избеганием перегревания или переохлаждения анестезированных участков кожи; снижения дегенеративных процессов в денервированных мышцах путем проведения электростимуляции и подготовке поврежденной области к операции. Всем пациентам были проведены реконструктивно-восстановительные операции на нервах, из них невролиз выполнен в 15(17,2%), эпиневральный шов – 28 (32%), аутонервная пластика за счет икроножного нерва – в 17 (19,5%), двухэтапная пластика срединного нерва за счет локтевого – в 7 (8%) случаях. Корригирующие операции при когтистой деформации кисти по Zancoli выполнены в 4 (4,6%), сухожильно-мышечные транспозиции – в 12 (13,8%) случаях. Послеоперационные реабилитационные меры включали иммобилизацию гипсовой лонгетой, причем положение суставов было специфичным: при шве срединного нерва- локтевой, лучезапястный и суставы пальцев в положении флексии; при шве локтевого нерва –локтевой сустав в положении легкой флексии. Сроки иммобилизации - в течение 21-24 дней. В функциональной фазе восстановления нерва проводили мероприятия для улучшения регенерации, включающие электростимуляцию паралитических мышц, проведение ЛФК, массажа, теплых водных процедур, ношение корригирующих ортезов, также назначали препараты, улучшающие трофику тканей (витамины группы В, прозерин). Сроки наблюдения варьировали от 3 месяцев до 5 лет. Результаты зависели от вида восстановления нервного ствола и возраста пациентов. При выполнении невролиза и формировании эпиневрального шва нерва получены хорошие функциональные результаты по сравнению с аутонервной пластикой и корригирующими операциями.

Выводы. Комплексный подход при лечении посттравматических повреждений нервов верхней конечности с применением предоперационной реабилитации, проведением необходимого объема оперативных вмешательств и последующей реабилитацией в послеоперационном периоде создало благоприятные условия для регенерации нервов и способствовало улучшению результатов реконструктивных вмешательств на нервных стволах верхней конечности.

Карим-заде Х.Дж.[1], Холматов С.Х. [2]

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНССКЛЕРАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ЦИКЛОКОАГУЛЯЦИИ В МИКРОПУЛЬСОВОМ РЕЖИМЕ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ СТАДИЯМИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
ЧУ ООО «Босира», г. Худжанд, Таджикистан

Цель исследования. Изучить эффективность и безопасность применения микроимпульсной лазерной циклокоагуляции (мЛЦК) у ранее не оперированных пациентов с начальной, развитой и далекозашедшей первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ).

Материал и методы. Было проведено проспективное когортное исследование 66 глаз 46 пациентов, которым была выполнена мЛЦК с 2020 по 2024 г.г. в центре офтальмологии «Босира», г. Худжанд, Республика Таджикистан. Из них в 23 случаях была диагностирована начальная стадия глаукомы, в 18 – развитая и в 25 – далекозашедшая. *Критерии включения:* диагноз хронической открытоугольной глаукомы, наблюдение в течение минимум 12 мес. после операции, возможность уверенной визуализации состояния ДЗН и сетчатки. *Критерии исключения:* антиглаукоматозные операции в анамнезе, возрастная макулярная дегенерация, диабетическая ретинопатия, воспалительные заболевания сосудистой оболочки глаза, лазерные вмешательства на переднем отделе глаза и в макулярной зоне.

Для мЛЦК использовали диодный лазерный коагулятор «Алод-01» производства Компании «Алком Медика», Россия с наконечником типа cyclo G6. При мЛЦК использовали так называемую «технику рисования», при которой световод скользит по поверхности глазного яблока в проекции отростчатой части цилиарного тела от 4 до 8 часов в нижней гемисфере, затем в обратном направлении. Аналогичным образом проводили мЛЦК в верхней гемисфере. Время выполнения каждой дуги 10 сек, мощность – 2,0 Вт, общая экспозиция – 120-160 с (60-80 с на каждую полусферу), рабочий цикл – 31,3%(on/off - 0,5 мс/ 1,1 мс). *Исход оперативного лечения* расценивали как успешный при снижении внутриглазное давление (ВГД) на 20% и более от исходного при том же или меньшем количестве инстилляций тех же гипотензивных препаратов. Уровень ВГД должен был находиться в пределах от 6 до 18 мм рт.ст.

Результаты исследования. Исходное ВГД составило у всех пациентов в среднем 28,4 ± 11,7 мм рт. ст. Во всех группах наблюдалось значительное снижение ВГД к концу периода наблюдения (общий $p<0,001$; начальная

ПОУГ p<0,001; развитая ПОУГ p = 0,022; далекозашедшая ПОУГ p = 0,015). В целом, в 52,9% глаз достигнуто снижение ВГД на ≥20% от исходного уровня до окончательного наблюдения (начальная ПОУГ 58,7%; развитая ПОУГ 45,7%; далекозашедшая ПОУГ 50,0%). В общей когорте наблюдалось недостоверное ухудшение максимально корригированной остроты зрения (среднее различие 0,16 ± 0,12, p = 0,21), в основном связанное с прогрессированием катаракты (41,3% факичных глаз). Количество местных препаратов и классов препаратов в общей когорте не изменилось (p=0,48 и p=0,67 соответственно). В 11 случаях (17,6%) потребовалось повторное лечение, которое обеспечило дополнительное снижение ВГД на 4,4 мм рт. ст. (p=0,09). При окончательном наблюдении в 4х случаях (6,1%) потребовалось повторное хирургическое вмешательство. Наиболее частым осложнением было прогрессирование катаракты, наблюдавшееся в 40,9% факичных глаз. Кроме того, после мЛЦК отмечались стойкое повышение ВГД (7,6%), стойкий мидриаз (5,9%), гифема (3,9%) и стойкий ирит (1,5%). Ни в одном случае не наблюдалось каких-либо серьёзных осложнений, таких как отёк роговицы, кистовидный макулярный отек, отслойка хориоидеи, субатрофия глазного яблока или стойкая гипотония.

Выводы. мЛЦК - это безопасный и эффективный первичный метод хирургического лечения глаукомы в ранее не оперированных глазах с ПОУГ.

Карим-заде Х.Дж.[1], Останаева П.М.[1], Эргашева М.М.[2]

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ И ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАВМ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

1 Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
2 Центр лазерной хирургии глаза ООО «Карния», г. Худжанд

Цель исследования: изучить результаты применения витреоретинальной хирургии и факоэмульсификации в лечении осложнений и последствий травм глаза у детей.

Материалы и методы: В наше исследование включены 11 детей (11 глаз, 9 мальчиков, 2 девочки) с посттравматическими осложнениями в возрасте от 1 до 17 лет (средний возраст 10,5 лет), которые получали лечение в частных глазных клиниках «Асан» в г.Душанбе и «Карния» в г. Худжанд в период с 2017 по 2021 годы. Отслойка сетчатки наблюдалась в 5 глазах, в 4-х из которых отмечалось сопутствующее помутнение хрусталика. В 5 других глазах была изолированная травматическая катаракта, в 1 случае – постконтузионное субмакулярное кровоизлияние. Всем детям были проведены общеклинические и офтальмологические методы исследования, включающие визометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, тонометрию, ультразвуковое А-, В-сканирование, а также по показаниям кератометрию.

Детям с отслойкой сетчатки была проведена витрэктомия с лазерной коагуляцией сетчатки и тампонадой силиконовым маслом, при сопутствующем помутнении хрусталика, оперативное вмешательство дополнялось факоэмульсификацией с имплантацией интраокулярной линзы (ИОЛ). В 5 глазах с изолированной катарактой также было проведено удаление хрусталика с последующей имплантацией мягкой ИОЛ. В случае с субмакулярным кровоизлиянием были инъецированы газ и раствор Авастина в полость стекловидного тела с последующей пронацией головы и туловища на 1 день. В послеоперационном периоде контрольные обследования проводились на 1-3 дни, через 7, 14 дней, через 1, 3, 6 месяцев.

Результаты исследования: все хирургические вмешательства были проведены без осложнений. В послеоперационном периоде отмечалось повышение внутриглазного давления в 2х глазах (18,2%), которое было нивелировано медикаментозным путем. Острота зрения при поступлении в среднем составила 0,02, колебалась от светоощущения до 0,03. При последнем контрольном обследовании при выписке зрение улучшилось во всех глазах, в среднем составляя 0,15 (от 0,01 до 0,4). Наилучшая острота зрения отмечалась в глазах с изолированной

катарактой (n=3), относительно низкое зрение было обусловлено центральными рубцовыми помутнениями роговицы, наличием силикона в полости стекловидного тела и другими посттравматическими изменениями в глазу. Отдаленные результаты обследования через 6 месяцев показали улучшение остроты зрения во всех глазах, прилегание сетчатки и сохранение анатомических соотношений в глазу.

Выводы: таким образом, проведенное исследование показало эффективность применения витреоретинальной хирургии и факоэмульсификации в случаях с осложнениями травм глаза у детей.

Каримов К.К., Наимов А.М., Амонов А.И.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ

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

Цель исследования. Разработка доктрины профилактики и лечения при ДТП, улучшение исхода лечения и реинтеграция пациентов в прежний социально-бытовой социум.

Материал и методы. Изучено отдалённые результаты лечения пострадавших у 160 пациентов, получившие лечения в отделении травматологии и сочетанной травмы на базе Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш» в период 2023-2024 гг. Доминирующим числом пострадавших представлены мужчины - 123 (76,88%), женщин было 37 (23,12%), средний работоспособный возраст – 20-35 лет. Основным механизмом этих повреждений явилось дорожно-транспортное происшествие, при котором выявлено несоблюдение правил дорожного движения со стороны пациентов и водителей. Клиническая картина повреждений определялась на основе сбора анамнеза, жалоб, осмотра, механизма травм, возраста и пола пациентов. Алгоритм лечения проводился с учётом общего состояния пострадавших, доминирующих повреждений и сопутствующих патологий. Консервативное лечение оказано - 47 (29,38%), хирургическое 113 (70,62%) пациентам. При консервативном лечении использовались методы

скелетного вытяжения, гипсовые повязки, бандажи и ортезы. Некоторым пациентам, учитывая тяжесть состояний, оперативное вмешательство проведено в отсроченном или планом порядке. После консервативного лечения нежелательные явления в виде пролежней встречались у 12 (25,53%), несросшиеся переломы у 9 (19,15), контрактуры у 5 (10,64%) пациентов. Хирургическое лечение проведено в виде накостного остеосинтез, а пластиной АО - 47 (41,6%), остеосинтеза системой БИОС 53 (46,9%), закрытой репозиции-фиксации аппаратом Илизарова – 5 (4,42), стержневым аппаратом 8 (7,08). Осложнения в виде гнойных процессов наблюдались у 9 (7,96 %) пациентов с открытыми переломами и обширным повреждением мягких тканей, летальным исходом у 4 (3,53%) пациентов в связи с травмой несовместимой с жизнью.

Результаты исследования. Проведённый анализ свидетельствуют о том, что осложнение в основном встречалось при консервативном лечении у 26 (55,32%) пациентов, при хирургическом у 9 (7,96%). Среди травм, полученных в результате ДТП, доминирует сочетанная травма. В отдалённом периоде, в зависимости от механизма и тяжести травмы, у некоторых пациентов отмечалась временная или постоянная потеря трудоспособности.

Выводы. Для снижения роста травматизма в результате ДТП необходимо проводить профилактические меры среди населения посредством телевещания, усилить надзор за дорожным движением, пешеходов, проводить разъяснительные работы в школах, ВУЗах, а также среди всех сотрудников госучреждений. Проведение профилактических мер предупреждает возникновение ДТП и может снизить количество травматизма по всей республике. В связи с этим в ходе исследования выявлено, что в первые часы после поступления в стационар, организация комплексного подхода и разработка доктрины профилактики и лечения пациентов с сочетанной травмой при дорожно-транспортных происшествиях, играет основную роль и является важным звеном в алгоритме диагностики и лечения этой тяжелой категории пациентов. Анализируя ближайший и отдалённые результаты лечения пациентов, можно сказать, что реинтеграция пациентов в прежний социально-бытовой социум и восстановление статико-динамических функций, зависит от организационных мероприятий в условиях приёмного покоя, правильности оказания первой помощи, комплексного подхода медперсонала, современного подхода при диагностике и лечении пациентов.

Каримов К.К., Наимов А.М.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ДИАГНОСТИКИ И ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ У ПАЦИЕНТОВ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

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

Цель исследования. Улучшить результаты лечения и проанализировать различные варианты остеосинтеза с целью ранней активизации пациентов с нарушенным костным метаболизмом.

Материал и методы. В настоящем исследовании проводилось изучение результатов обследования, диагностики, лечения и оценка отдалённых результатов 140 пациентов низкоэнергетическим переломом с сочетанной травмой за период с 2023 по 2024 гг., получивших лечение в отделении травматологии и сочетанной травмы на базе ТНМЦ «Шифобахш» Республики Таджикистан. Большая часть пострадавших была представлена лицами пожилого возраста. Причинами последовательных переломов являлось изменение костной структуры на фоне нарушения костного метаболизма. Основной контингент пациентов составили женщины - 90 (64,3%), мужчин было 50 (35,7%); средний возраст – 60±6,5 лет. Клиническая картина заболеваний и повреждений определялась на основе жалобы, осмотра, механизма травмы, возраста и соматического фона пациента. В зависимости от локализации и тяжести повреждений чаще всего отмечались сочетанные повреждение органов с переломами проксимального отдела плеча, дистального отдела предплечья, медиальные переломы бедра, дистального отдела костей голени, также позвоночного столба.

Всем пациентам проводились следующие диагностические методы исследований: R-графия; денситометрия; компьютерная томография; магнитно-резонансная томография; остеосцинтиграфия; подография; лабораторное исследование. Учитывая состояние костной ткани, возрастные изменения и сопутствующие заболевания, к пациентам осуществлялся индивидуальный подход по выбору методов лечения. Консервативное лечение (на скелетном вытяжении, гипсовые повязки и др.) – 60 (42,9%), хирургическое вмешательство проведено 80 (57,1%) пациентам. Закрытая репозиция и остеосинтез аппаратом Илизарова – 25 (31,2 %). Накостный остеосинтез пластиной LSP – 38 (47,5 %), БИОС – 10 (12,5%), артропластика тазобедренного сустава – 7 (8,8%).

Результаты исследования. Ретроспективный анализ исходов лечения в ближайшем и отдалённом периоде гласит о том, что проведённое хирургическое лечение имеет положительную перспективу для восстановления ранних функциональных возможностей пациентов. Проведённый анализ результатов лечения переломов на фоне нарушения костного метаболизма показал, что возникновение осложнений у пациентов связано с сопутствующими патологиями, также с используемыми методами лечения. Из числа оперированных пациентов осложнения наблюдались в 13 (16,25%) случаях, в том числе нагноение послеоперационных ран – 3 (3,75%), металлогранулёма – 7 (8,75%), неврит лучевого нерва – 3 (3,75%). Учитывая состояние костной ткани в послеоперационном периоде пожилым пациентам применена дополнительная внешняя иммобилизация в виде бандажей, ортезов и гипсовых повязок. У пациентов, леченных консервативными методами, осложнения наблюдались в 25 (41,6%) случаях в виде стойких контрактур суставов – 11 (18,4%), ложные суставы – 7 (11,7 %), деформации конечностей – 4 (6,7%), неправильно сросшихся переломов – 3 (5 %),

Выводы. Клинически отмечено преимущество хирургического лечения низкоэнергетических переломов при нарушении костного метаболизма, а также раннее восстановление структурно-кинематических возможностей при применении различных методов остеосинтеза. Стабильно-функциональный остеосинтез в настоящее время является методом выбора лечения, как при моно - так и при полиоссальных переломах длинных трубчатых костей, каскаде переломов и низкоэнергетических переломах.

Каримов К.К., Наимов А.М., Парпиев Ф.М.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ И ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

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

Цель исследования. Анализ структуры сочетанной травмы и принципов диагностики и лечения пострадавших, госпитализируемых в многопрофильную больницу.

Материал и методы. Данное исследование проводилось на анализе структуры повреждений и результатов лечения 150 пострадавших с сочетанной травмой, госпитализированных на лечении в отделение травматологии и сочетанной травмы на базе Национального медицинского центра «Шифобахш» Республики Таджикистан за период 2023-2024 гг. Наибольшую группу составили пациенты с сочетанной травмой опорно-двигательного аппарата 95 (63,4 %), из которых переломы верхней конечности составили 36 (37,9%), нижней конечности - 59 (62,1%), среди которых вторично открытые переломы - 15 (15,8%), открытые переломы - 22 (23,1%) закрытые переломы - 58 (61,1%). Наряду с доминирующей травмой опорно-двигательного аппарата у 55 (36,6%) пациентов отмечалось черепно-мозговая травма 32 (58,2%) и повреждение внутренних органов 23 (41,8%). Большее количество пострадавших составили лица молодого трудоспособного возраста, средний возраст которых составлял 25-35 лет. В зависимости от механизма травм, больше всего отмечалось дорожно-транспортное происшествие у 85 (56,7%), кататравма у 34 (22,6%), спортивная и бытовая у 31 (20,7%) пациента. Мужчин было 98 (65,3%), женщин – 52 (34,7%). Консервативное лечение (на скелетном вытяжении, гипсовые повязки, ортезы и бандажи) – в 40 (26,7%) случаях. Хирургическое лечение проведено 110 (73,3%) пациентам. Среди оперированных пациентов женщин - 19 (17,28 %), мужчин было 91 (82,72%). При сочетанной травме опорно-двигательной системы, диагностика базируется на клинических и максимально щадящих лучевых методах диагностики. Алгоритмом диагностики и лечения пострадавших с сочетанной травмой осуществлялся по принципу «orthopedics damage control”. Многоуровневый принцип оценки тяжести пострадавших является наиболее оптимальным. Это золотой час, в течение которого развиваются наиболее жизнеугрожающие последствия травм.

Результаты исследования. Ретроспективный анализ показал, что оказанное хирургическое лечение пациентам имеет особую положительную перспективу для восстановления ранних функциональных возможностей. Из числа оперированных пациентов осложнения наблюдались в 7 (7,4 %) случаях, к ним относится нагноение послеоперационных ран - 3 (3,16), ложный сустав - 2 (неврит лучевого нерва (1), металлогранулёма (1), также дополнительная внешняя иммобилизация у оперированных больных наложена в 7 случаях, в связи с имевшими осколочный сегментарный характер переломами. У пациентов, леченных консервативными методами, наблюдались следующие виды осложнений: стойкие контрактуры суставов (7), ложные суставы (1), неправильно сросшийся перелом (4), деформация конечностей (2).

Выводы. Коллективный метод оказания помощи, параллельная интенсивная терапия, являются основополагающим звеном современных возможностей и перспективы диагностики и лечения сочетанных повреждений конечностей и черепно-мозговой травмы. На всех этапах оказание медицинской помощи основой успеха является своевременность диагностики, объективная оценка тяжести и состояние пострадавших. Стабильно-функциональный остеосинтез является методом выбора лечения как при моно-, так и при полиоссальных переломах длинных трубчатых костей. Данный метод приводит к ранней вертикализации пациентов, восстановлению кинематического баланса и статико-динамических функций, а также скорейшей реинтеграции пациентов в прежний социально - бытовой социум.

Каримов М.Б., Махмадзода Ш.К., Рахимова З.И.

ЗНАЧЕНИЕ СЛОЯ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТАДИИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан

Цель исследования. Оценка параметра толщины СНВС, определяемого методом оптической когерентной томографии в разных стадиях ПОУГ.

Материал и методы исследования. В обследовании принимали участие 129 человек (187 глаз) в возрасте от 23 до 82 лет, средний возраст обследованных лиц составил 63,9±8,3 года. Из них мужчины составили 76 (58,9%), женщины – 53 (41,1%). Все пациенты были разделены на следующие группы: контрольная группа – пациенты без патологии органа зрения, 51 человек (97 глаз); 1-я группа – пациенты с I стадией первичной открытоугольной глаукомы, 22 человека (30 глаз); 2-я группа – пациенты со II стадией первичной открытоугольной глаукомы, 25 человек (29 глаз); 3-я группа – пациенты с III стадией первичной открытоугольной глаукомы, 31 человек (31 глаз). Диагноз был подтверждён стандартными методами исследования: биомикроскопией, прямой офтальмоскопией, гониоскопией 4х-зеркальной гониолинзой, тонометрией по Гольдману, компьютерной периметрией на аппарате MD – 820 Automated Perimeter. Измерение толщины СНВС проводилось на аппарате OCT Optovue производства США в режиме сканирования «слой нервных волокон сетчатки» однократно.

Результаты и их обсуждение. По результатам обследования 51 человека (97 глаз) без патологии гидродинамики получены следующие значения параметров толщины СНВС, принимаемые в дальнейшем в качестве нормальных значений: толщина СНВС в нижнем квадранте, µm (I) - 127,0 (117,0-136,0); в верхнем квадранте, µm (S) 124,0 (115,0-134,0); в носовом квадранте, µm (N) - 73,0 (69,0-81,0); в височном квадранте, µm (T) - 78,0 (71,0-85,0); общая средняя толщина СНВС, µm (RNFL aver) - 103,0 (93,0-107,0).

Сравнительные значения параметров толщины СНВС у пациентов с ПОУГ с I - III стадиями представлены были следующими:

1. Общая толщина СНВС, μm (RNFL aver), наблюдается постепенное уменьшение толщины СНВС с группы здоровых лиц 103,0 μm (93,0-107,0 (μm)) до группы 1, 2 и 3.
2. Нижний квадрант (I). Наблюдается постепенное уменьшение толщины СНВС с группы здоровых лиц 127,0 μm (117,0-136,0 (μm)) до группы 1, 2 и 3.
3. Верхний квадрант (S). Толщина СНВС уменьшается с контрольной группы 124,0 μm (115,0 – 134,0 (μm)) к I, II и III стадий ПОУГ.
4. Носовой квадрант (N). Толщина СНВС статистически достоверно истончается с контрольной группы 78,0 μm (71,0 – 85,0 (μm)) до групп с различными стадиями ПОУГ.
5. В височный квадранте (T) выявленная закономерность не наблюдается, при анализе толщины СНВС в контрольной группе 73,0 μm (69,0-81,0 μm) отмечается некоторое увеличение к группе больных с 1 стадией ПОУГ, ко II и III стадии ПОУГ толщина уменьшается по мере прогрессирования процесса.

Таким образом, обнаружено, что каждая стадия первичной открытоугольной глаукомы характеризуется определённым уменьшением толщины слоя нервных волокон сетчатки в верхнем, нижнем и носовом квадрантах. В височном квадранте эта закономерность нарушается.

Выводы. Оптическая когерентная томография позволяет получить точные количественные характеристики толщины СНВС, изменяющихся при глаукоме, что можно использовать в практике как критерий для более точного определения стадии ПОУГ.

Каримов М.Б., Махмадзода Ш.К., Юнусова З.И.

ИЗМЕНЕНИЯ СЛОЯ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН СЕТЧАТКИ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ имени Абули ибни Сино,
Международная глазная клиника «Солим Мед», РТ

Цель исследования. Оценка толщины слоя нервных волокон сетчатки (СНВС) среди взрослого населения нормальной популяции этнических таджиков с помощью оптической когерентной томографии (ОКТ) в разных возрастных группах.

Материал и методы. Был проведён анализ 100 (глаз) протоколов толщины СНВС, полученных посредством ОКТ в период с 2014 по 2016 гг. на базе международной глазной клиники «Солим Мед» и кафедры офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. В исследование были включены протоколы здоровых этнических таджиков в разных возрастных группах. Из них женщин было 22 (44 глаза – 44%) человека, мужчин – 28 (56 глаз – 56%) человек.

Анализ протоколов исследования проводился в соответствии с возрастными различиями, в 4 квадрантах. Было выделено 5 групп: I группа – 20-29 лет (20 глаз), II группа – 30-39 лет (20 глаз), III группа – 40-49 лет (20 глаз), IV группа – 50-59 лет (20 глаз), V группа – 60 и более лет (20 глаз).

Результаты исследования. В ходе исследования определены нормальные показатели толщины СНВС среди этнических таджиков в разных возрастных группах. Обнаружено, что показатели толщины СНВС изменяются в зависимости от возрастной группы и квадранта измерения:

Верхний квадрант (S). Толщина СНВС увеличивается с группы 1-9 лет (120,3±2,7 μm) до группы 20-29 лет (131,9±1,9 μm), после чего наблюдается снижение в группах 30-39 лет (124,3±2,4 μm) и 50-59 лет (118,4±2,2 μm). Возврат к увеличению толщины наблюдается в возрастной группе 60 лет и старше (121,8±3,3 μm).

Нижний квадрант (I). Наблюдается постепенное увеличение толщины СНВС с группы 1-9 лет (124,8±2,5 μm) до группы 40-49 лет (135,2±2,6 μm), за которым следует заметное снижение в группе 50-59 лет (118,3±2,9 μm).

Носовой квадрант (N). Толщина СНВС достигает максимума в группе 30-39 лет (82,5±2,6 μm), при этом в остальных возрастных группах изменения менее выражены.

Височный квадрант (T). Наблюдается увеличение толщины СНВС до группы 40-49 лет (82,4±2,3 μm), после чего следует снижение, особенно заметное в группе 50-59 лет (70,2±0,9 μm).

Общая толщина СНВС (RNFL average). Существует тенденция к изменению средней толщины слоя нервных волокон сетчатки (СНВС) в зависимости от возраста. Согласно данным, наблюдается увеличение средней толщины СНВС от группы 1-9 лет (98,3±1,2 μm) до группы 40-49 лет (106,5±1,7 μm). Однако после этого возраста происходит заметное снижение толщины СНВС в группе 50-59 лет (94,7±1,5 μm).

Выводы. Средняя толщина СНВС и её разброс меняются в зависимости от возрастной группы и квадранта измерения. Толщина СНВС во всех квадрантах и для общей толщины СНВС наблюдаются изменения средней толщины и разброс значений, соответствующие данным средних показателей. В частности, во многих квадрантах и для общей толщины СНВС видна тенденция к увеличению средней толщины до определённого возраста, который чаще всего соответствует возрастной группе 40-49 лет. После этого наблюдается либо стабилизация, либо уменьшение значений толщины СНВС.

Каримов П.Ш., Гуломов М.Ш., Сайдалиев Ш.Ш.

ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

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

Цель исследования. Обоснованность выполнения операций с формированием анастомоза у больных с распространённым перитонитом.

Материал и методы. Работа включает опыт операции у 124 пациентов с распространённым перитонитом (РП), находящихся в хирургических отделениях ГУ ГЦ СМП г. Душанбе, являющихся клинической базой кафедры. Пациенты были в возрасте от 18 до 73 лет. Лица мужского пола составили 78 (62,9%), а женщины – 46 (37,1%) пациентов. При этом основной контингент - 99 (79,8%), приходился на лица трудоспособного возраста. В подавляющем большинстве случаев - 38 (30,6%) - причиной РП являлась перфорация гастродуоденальных язв, в 29 (23,4%) – ущемлённая грыжа, в 15 (12,1%) – острый мезентеральный тромбоз, в 12 (9,7%) – острая странгуляционная тонкокишечная непроходимость, в 5 (4,0%) – перфорация острых язв тонкой кишки, в 8 (6,5%) – повреждения тонкой кишки. В 17 (13,7%) случаях РП возникли вследствие несостоятельности тонкокишечных анастомозов (n=10) и ушитых (n=7) перфораций гастродуоденальных язв. При поступлении больным проведены клинико-лабораторные и инструментальные методы диагностики. При этом информативность УЗИ достигала 70,2%. У 110 (88,7%) пациентов выполняли рентгенологическое исследование брюшной полости. Всем больным выполнена предоперационная подготовка в течение до 4-х часов. По нормализации гемодинамических показателей пациенты оперированы. Исключением являлись 14 (11,3%) пациентов, у которых имелись абсолютные признаки РП.

Результаты исследования. В 38 (30,6%) наблюдениях при сочетанных осложнениях гастродуоденальных язв с превалированием перфорации (со стенозом и кровотечением), а также с ХНДП выполнена РЖ по Бильрот-I (n=14) и РЖ по Ру (n=24). При некрозе тонкой кишки, обусловленном ущемлённой грыжей (n=29) и странгуляционной тонкокишечной непроходимостью (n=12), острым мезентеральным тромбозом (n=15) резекция тонкой кишки дополнялась формированием энтеро-энтероанастомоза бок в бок (n=30), в 7 – энтеро-энтероанастомозом с илеостомией и энтеро-энтероанастомозом конец в конец (n=18). Ещё при странгуляционной тонкокишечной непроходимости (n=1) и некрозе тонкой кишки, повреждении тонкой кишки с отрывом брыжейки и перфорации острых язв тонкой кишки (n=5) выполняли резекцию тонкой кишки вблизи Трейцовой связки с формированием У-образного энтеро-энтероанастомоза.

Выводы. На выбор объёма и характера операции при РП, наряду с общим состоянием пациентов, важное значение приобретают характер патологии и степень тяжести перитонита, а также диктуемая хирургическая ситуация.

Каримов Ш.З., Джураев Ш.М., Одил Саидолим

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ПРИ НЕКОТОРЫХ ФОРМ НАРУШЕНИЙ РИТМА

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ и СЗН РТ; Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Анализ результатов радиочастотной абляции (РЧА) при наджелудочковой пароксизмальной тахикардии.

Материалы 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%), интермиттирующий форма WPW у 2 (8%) и типичная форма трепетания предсердий у 2 (8%) пациента.

Всем пациентам НЖРТ проводили внутрисердечные электрофизиологические исследования (Prucka 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 Marinr MCXL 7Fr под рентгеноскопическим и электрофизиологическим контролем устанавливался в проекцию медленных путей проведения от 2 до 8 аппликациями РЧ энергии параметрами P = 44,8±5,2 Wt; T = 55,3±2,7°C; I = 155,3±32,7 Ohm и длительностью по 28±7сек. 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 аблационный катетер Medtronic Marinr MCXL 7Fr. Далее проводилась радиочастотная аблация ДПЖС с параметрами: P = 44,8±5,2 Wt; T = 55,3±2,7°C; I = 155,3±32,7 Ohm и длительностью по 50 сек.

Результаты и их обсуждение. У 1 пациента со скрытой формой WPW после операции отмечен рецидив тахикардии. 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.

Заключение. Радиочастотная аблация является эффективным, радикальным и относительно безопасным методом лечения больных НЖРТ и избавляет больных от пожизненного приема антиаритмических препаратов.

Каримова У.А., Ашурова Н.М., Раджабзода Н.Ф.

ВЛИЯНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

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

Цель исследования. Изучение влияния бактериального вагиноза на течение беременности и исход родов.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели были отобраны 177 историй родов женщин с бактериальным вагинозом, родивших в Городском родильном доме №1 г. Душанбе. Для анализа была составлена специальная анкета, которая включала возраст, социальный статус, паритет, соматический анамнез, акушерский анамнез, течение данной беременности и исход родов.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что средний возраст родильниц составил 26,2±0,24 лет, с индивидуальными колебаниями от 19 до 41 лет. При оценке социального статуса было выявлено, что подавляющее большинство женщин (81,9%) были домохозяйками. Анализ паритета показал, что в 15,4% женщин были первобеременными и 84,6% – повторнобеременными. Анализ соматического анамнеза показал, что чаще всего женщины с бактериальным вагинозом имели хронические заболевания почек и мочевыводящих путей (77,9%), анемия наблюдалась в 16,3% случаев, у 15,9% пациенток отмечалось диффузное увеличение щитовидной железы. При изучении гинекологического анамнеза хронический аднексит был у 22 (12,4%) женщин, с патологией шейки матки были 19 (10,7%) женщин, первичной и вторичной бесплодие было у 15 (8,5%) пациенток.

При изучении акушерского анамнеза частота невынашивания беременности при бактериальном вагинозе составляет 24,9%, из них на долю пациенток с привычным невынашиванием приходится 30,5%. В ходе дальнейшего изучения особенностей течения настоящей беременности было также выявлено, что наиболее частыми осложнениями у беременных с бактериальным вагинозом являлись гипертензивные нарушения (39,5%), а преждевременные роды зарегистрированы в 32,7%, причём в 35,6% случаев преждевременные роды сопровождаются дородовым разрывом плодных оболочек.

Анализ особенностей течения родов показал, что роды осложнились слабостью родовой деятельности у 27 (15,2%) женщин, хориоамнионит был у 12,9% женщин. Частота травм родовых путей составила 16,4%, в структуре которых преобладали разрывы промежности I степени (9,2%) и разрывы слизистой оболочки задней стенки влагалища (7,2%). Послеродовый период осложнился гипотоническим кровотечением у 17 (6,2%) родильниц, послеродовый эндометрит был у 1 (0,6%) родильницы.

Через естественные родовые пути были родоразрешены 157 (88,7%) женщин, остальные 20 (11,3%) – путём операции кесарево сечение.

Выводы. Таким образом, наличие бактериального вагиноза у беременных осложняет течение гестационного периода и является одной из причин аномалии родовой деятельности, преждевременных родов и дородового разрыва плодных оболочек. При бактериальном вагинозе также увеличивается частота травм родовых путей, что, несомненно, важная роль принадлежит инфекционно-воспалительным и дисбиотическим нарушениям в биотопах нижних отделов генитального тракта у беременных с бактериальным вагинозом.

Кобилбеков Б.И.[2], Гаибов А.Д.[1,2], Султанов Д.Д.[1,2], Неъматзода О.[1,2]

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АОРТОАРТЕРИИТА У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ СОСУДОВ

[1] ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ и СЗН РТ, Таджикистан
[2] Кафедра Хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Обобщить опыт предоперационной подготовки и хирургического лечения неспецифическоого аортоартериита (НАА) с преимущественным поражением брахиоцефальных аретрий (БЦА).

Материал и методы. Проводился ретро- и проспективный анализ результатов комплексного консервативного и хирургического лечения 38 пациентов (3 (7,9%) мужчины и 34 (92,1%) женщин, средний возраст 24,1÷4,6 года) с поражением БЦА на почве НАА. Изолированное поражение сонных (n=13), подключичных (n=5) и позвоночных (n=2) артерий наблюдалось у 20 пациентов (52,6%), тогда как сочетанное поражение ветвей дуги аорты выявлено у 18 пациентов (47,4%). В частности, у 12 пациентов были поражены сонные и подключичные артерии, у 4 — сонные, подключичные и позвоночные артерии, и у 2 — подключичные и позвоночные артерии. У 16 (42,1%) пациентов процесс затронул брюшную аорту и её висцеральные ветви. Хроническая сосудисто-мозговая недостаточность (ХСМН) II степени была выявлена у 22 пациентов (57,8%), III степени — у 8 (21,05%), IV степени — у 2 (5,2%). У 3 пациентов выявлен синдром подключичного обкрадывания. Сочетание ХСМН с ишемией верхней конечности наблюдалось у 14 (36,8%) пациентов.

Результаты. Локальное экстраторакальное протезирование сонной артерии было выполнено у 10 пациентов, а тотальное протезирование сосуда — у 5. Аорто-сонное бифуркационное шунтирование и аорто-сонно-брахиальное шунтирование чресплевральный доступ проведено у 7 и 6 пациентов соответственно. У 5 больных с поражением подключичной артерии выполнено сонно-брахиальное (n=2) и сонно-подключичное (n=3) шунтирование. При поражении позвоночных артерий (n=8) выполнено сонно-позвоночное шунтирование у 3 пациентов и аорто-сонное протезирование с включением позвоночной артерии у 5. В 25 (65,8%) случаях в качестве сосудистых трансплантатов были использованы синтетические протезы, в остальных 13 (34,2%) — аутовены в различных вариациях. За время пребывания в стационаре по одному наблюдению были зарегистрированы тромбоз синтетического трансплантата, брахиоплексит и синдром Горнера. Лимфорея из послеоперационной раны отмечена у 2 пациентов. В отдалённые сроки наблюдения у 3 (7,9%) пациентов была выявлена интимальная гиперплазия в зонах проксимального и дистального анастомозов с реокклюзией оперированной сонной артерии, и только в 1 случае проведена повторная операция с включением внутренней сонной артерии в кровоток. В 2 других случаях было назначено консервативное лечение из-за неоперабельности сосудов. В одном наблюдении из-за прогрессирования сердечной недостаточности на фоне вазоренальной гипертензии отмечен летальный исход.

Выводы. Протезирование и шунтирование БЦА является операцией выбора при диффузном поражении ветвей дуги аорты на фоне НАА.

Кодиров З., Султанов Д.Д., Кодиров А.Р.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ СО СЛОНОВОСТЬЮ ДО И ПОСЛЕ КОРРИГИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ

Кафедра хирургических болезней №2 им. Академика Н.У. Усманова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Кафедра хирургии №1 ГОУ «Таджикский национальный университет»

Цель исследования: определить влияние резекционно-пластических оперативных вмешательств на изменения двигательной активности и качества жизни пациентов со слоновостью нижних конечностей.

Материалы и методы исследования. Проведена клиническая оценка двигательной активности и качества жизни 38 пациентов с деформирующими формами лимфедемой 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 две 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 промежности, с развитием грубых деформаций этой зоны и нарушением мочеиспускания.

Во всех случаях пациентам проведена операция Караванова – дермолипофасциоэктомия бедра и голени в изолированном или сочетанном варианте. Уровень двигательной активности пациентов определили с помощью International questionnaire on physical activity (IPAQ).

Результаты. 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 скрещёнными ногами, а ни один из мужчин со слоновостью не мог ездит на велосипеде. Средняя сумма баллов полученных при опросе составила 14,2±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 большинства 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 большинства из них не нуждались в ручных вспомогательных средствах передвижения, а также могли совершать наклон и сидеть скрещёнными ногами или на корточки. Показатели средней суммы баллов через 6 месяцев операции увеличились почти в три раза составив 41,5±5,3 баллов.

Заключение. Слоновость нижних конечностей приводит к существенному снижению и ограничению физической активности пациентов. Резекционно-пластические операции с удалением большого объема изменённой кожи и подкожной клетчатки приводить к устранению грубой деформации и улучшению локомоторных движений в нижние конечности, позволив тем самым ежедневно заниматься обычными или чрезмерными физическими упражнениями.

Кодиров З., Кодиров А.Р.

РЕЗЕКЦИОННО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ СЛОНОВОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кафедра хирургических болезней №2 им. Академика Н.У. Усманова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сно»
Кафедра хирургии №1 ГОУ «Таджикский национальный университет»
Научный руководитель: д.м.н., профессор Султанов Д.Д.

С 2004 по 2014 гг. по поводу деформирующих форм лимфедемы верхних и нижних конечностей пролечено 78(100%) больных. Из них у 26(33,3%) имелось лимфэдематозное увеличение мягких тканей верхней конечности, и у 52(66,7%) больных конечностей со слоновостью нижних конечностей. Увеличение окружности верхней конечности в среднем в области плеча составило 69,7±8,7 см., предплечья 54,6 ± 6,2 см. Для нижней конечности средние значения окружности бедра составило 102,5± 12,6 см, голени 98,1±10,3 см. Первым этапом всем больным проводилась комплексная терапия лимфатических отеков, которая заключалась в использовании компрессионно-эластичных бандажей, дезинфекции кожных покровов, антибактериальная терапия. После редукции отека проводилась операция, направленная на иссечение избыточных тканей и формирования конфигурации конечности. По нашей работе использовались различные резекционно-пластические операции типа Сервеля, Томпсона и Хоманса, которые предполагают частичное

удаление лимфэдематозных тканей в различных модификациях. Всем больным в послеоперационном периоде было рекомендовано постоянное использование комплексной терапии лимфатических отеков.

Результаты. Редукции окружности конечности после резекционно-пластических операций для верхней конечности в среднем составила 42%, а для нижней конечности 59,2% соответственно. В ближайшем послеоперационном периоде основными видами осложнений явились некротические изменения кожных лоскутов в 35,9% случаев и расхождение краев раны в 15,4% случаев. При краевом некрозе кожных лоскутов производилась некрэктомия с наложением вторичных швов. В случае расхождения краев раны проводилось консервативное лечение до полного заживления раны вторичным натяжением. В отдаленном периоде в 24,4% имелись рубцовые изменения тканей с образованием келоидных рубцов. У остальных 75,6% случаев рубцы не имели келоидных изменений.

Выводы. При тяжелых формах лимфедемы конечностей после консервативной редукции отека остаются избыточные кожные и мягкие ткани, которые деформируют конечность. Они являются резервуаром, который постоянно заполняется лимфатической жидкостью, что создает условия для рецидива отека. Резекционно-пластические операции позволяют удалить избыточные ткани и смоделировать конфигурацию конечности.

Коломийцева М.Р., Аль-Шукри А.С., Петров С.Б.

ВЫЯВЛЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ РЕЦИДИВА СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ОТ ПРОВОЦИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ, ВОЗНИКАЮЩИХ У ПАЦИЕНТОВ В ПЕРИОД РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ СЛИНГОВОЙ УРЕТЕРОПЕКСИИ

Кафедра урологии с курсом урологии с клиникой ФГБОУ ВО ПСПБГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России

Цель исследования. Определить провоцирующие факторы, приводящие к развитию послеоперационных осложнений у пациентов после слинговой уретеропексии.

Материал и методы. С марта 2023 года по август 2024 года в отделениии общей и неотложной урологии №1 ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова было прооперированно 240 пациентов со стрессовым недержанием мочи в возрасте от 40 до 79 лет. В исследование включены пациентки с ранее установленным диагнозом стрессовой инконтиненции (положительный результат пробы Вальсальвы и кашлевой пробы). Так же для подтверждения диагноза были проведены такие диагностические методы как КУДИ, дневники мочеиспускания, трансвагинальное ультразвуковое исследование и оценка состояния мышц тазового дна по POP-Q. В исследование не включались женщины, имеющие смешанную форму недержания мочи (преобладание ургентного компонента), а также с гиперактивностью детрузора, установленной по данным КУДИ. Операцию по установке синтетической петли выполняли по оригинальной методике J. De Leval – проведение петли из разреза на передней стенке влагалища на кожу через запиральное отверстие (техника «изнутри-наружу»). Контрольные обследование проводили через 2, 6, 12 месяцев после операции. Эффективность проведенной операции оценивали по субъективной оценке женщины и отрицательной кашлевой пробе.

Результаты исследования. У 54 пациенток после проведенного хирургического вмешательства был выявлен рецидив заболевания при контрольном осмотре через 2 месяца (положительная кашлевая проба). Проведя статистический анализ, было выявлено, что в группу риска возникновения рецидива вошли женщины, имеющие во время послеоперационного восстановления периоды повышенного внутрибрюшного давления (подъем тяжести, заболевания дыхательной системы с кашлем в виде ведущего симптома болезни). У 5 пациенток наблюдались изменения ИМТ в виде значительного похудения или набора веса (+-10-15 кг), что, вероятнее, связано с повторным возникновением стрессового недержания мочи. Выявлена взаимосвязь возникновения положительной кашлевой пробы в послеоперационном периоде у 32 пациенток с гипертонической болезнью и сахарным диабетом 2 типа.

Выводы. Как показал результат проведенного исследования 77,5% пациенток остались довольны результатами проведенного оперативного вмешательства и имеют полное выздоровление от заболевания. Однако существует ряд факторов, приводящих к развитию рецидива болезни. Одним из них является повышение внутрибрюшного давления, приводящее к повторному появлению симптомов (подтекание мочи при смехе, кашле, чихании и физических упражнениях). Кроме того, в результате анализа данных была выявлена взаимосвязь между рецидивом стрессового недержания мочи и сопутствующими заболеваниями, такими как некомпенсированный сахарный диабет 2 типа и гипертоническая болезнь. Вероятнее всего, такие хронические состояния могут негативно влиять на функцию мышц тазового дна и мочевого пузыря, усугубляя проблему недержания.

Колоцей В.Н., Страпко В.П.

ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

2 кафедра хирургических болезней УО «Гродненский государственный медицинский университет». Гродно. Республика Беларусь.

Цель исследования. Острый холецистит является одним из самых распространенных ургентных хирургических заболеваний. Экономические условия требуют точной диагностики и быстрого лечения пациента с максимально коротким сроком пребывания в стационаре. Мы проанализировали результаты лечения пациентов с острым калькулезным холециститом с применением активной хирургической тактики.

Материал и методы. В данное исследование включены результаты обследования и лечения 771 пациента с острым холециститом, находившихся на лечении в хирургическом отделении УЗ «ГКБ СМП г. Гродно» в 2017-2023 годах. Это были пациенты в возрасте от 19 до 102 лет. Мужчин было 291 (37,7%), женщин – 480 (62,3%). Все поступившие пациенты были обследованы в соответствии с действующими клиническими протоколами. Проведение комплексной диагностики не требует значительного времени и укладывается в несколько часов, в течение которых также

проводится предоперационная подготовка. Безусловно, скриннинговым методом является ультразвуковое исследование. Большое значение имеет оснащенность клиники МРТ, что позволяло в срочном порядке получать объективную информацию о состоянии внепеченочных желчных протоков, наличии или отсутствии холедохолитиаза.

Результаты исследования. В клинике 2 кафедры хирургических болезней был оперирован 651 пациент (84,4%) с острым холециститом. Открытым путем были оперированы 66 пациентов (10,1%), из них 47 оперированы по неотложным показаниям в первые 2-12 часов от момента поступления в стационар по причине острого деструктивного холецистита, осложненного перитонитом. 19 пациентов были оперированы открытым путем на 2-3 сутки от момента поступления в стационар по причине острого прогрессирующего холецистита вследствие неэффективности консервативной терапии. Лапароскопическая холецистэктомия не предлагалась из-за перенесенных ранее оперативных вмешательств на верхнем этаже брюшной полости.

Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите была выполнена 585 пациентам (89,9%). Лапароскопические холецистэктомии выполнялись в 1-2 сутки от момента госпитализации, особое внимание обращалось на сроки начала заболевания. При выборе способа оперативного вмешательства большое внимание уделяли оценке результатов ультразвукового исследования, в частности толщине стенки желчного пузыря.

120 пациентов (15,6%) были пролечены консервативно. Такая тактика применялась по отношению к пациентам пожилого и старческого возраста, страдавшим тяжелой сопутствующей патологией, прежде всего легочно-сердечной и неврологической. Консервативно лечились пациенты, отказавшиеся от предложенного оперативного лечения.

Выводы. Достигнутые нами показатели, прежде всего по операционной активности и высокому удельному весу выполненных лапароскопических холецистэктомий, объективно доказывают необходимость продолжения работы именно в этом направлении. Преимущества применяемой нами в настоящее время активной тактики при лечении острого холецистита очевидны: сокращение средней длительности пребывания пациента на койке на 54,5%, экономия медикаментов, отсутствие необходимости повторной госпитализации для проведения планового оперативного лечения, что ведет к уменьшению сроков временной нетрудоспособности и значительному экономическому эффекту.

Конунова Д.М.[1], Султанов Д.Д.[1,2].

ПЕРИАРТЕРИАЛЬНАЯ ДИГИТАЛЬНАЯ СИМПАТЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ФЕНОМЕНА РЕЙНО

1 Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии
2 Кафедра хирургических болезней №2 имени акад.Усманова Н.У.

Цель. Анализ результатов периартериальной симпатэктомии пальцевых артерии при феномене Рейно.

Материал и методы. Изучены результаты периартериальной дигитальной симпатэктомии у 8 пациентов с феноменом Рейно (Ф.Р). Все пациенты были женского пола в возрасте от 20 до 28 лет, и у них имелась вторая стадия заболевания с явлениями хронической ишемии кисти II-III степени. Длительность процесса варьировала от 3 до 6 лет. Диагностика патологии базировалась как на клинических проявлениях ФР и критериях, предложенных E. Allen & G. Brown, так и на результатах диагностических тестов и инструментальных методов исследования (ультразвуковое дуплексное ангиосканирование, реовазография и перкутанное определение напряжения кислорода).

На догоспитальном этапе всем пациентам были проведены неоднократные курсы консервативной терапии без положительного эффекта. В стационаре больным была выполнена односторонняя периартериальная симпатэктомия пальцев кисти, в 3 случаях слева и в 5 – справа. Периартериальная десимпатизация артерий проводилась по методике Лериша, т.е. выполнялось циркулярное удаление адвентиции поверхностной ладонной дуги и пальцевых артерий на протяжении 5-10 мм. Доступ к ладонной дуге и пальцевым артериям во всех случаях был одинаковым – «С»-образный разрез по линии Шевкуненко. С целью адекватного выполнения операции и во избежание ятрогенного повреждения артерий в ходе вмешательства нами применялись микрохирургическая техника и четырёхкратное оптические увеличение. В периоперационном периоде проводили определение скорости кровотока по пальцевым артериям, измеряли пульсационный индекс кровотока и индекс резистентности.

Результаты. У всех пациентов было выявлено наличие хронической ишемии кисти, проявляющейся периодическим вазоспазмом и вазоконстрикцией, синюшностью пальцев и снижением их чувствительности. По данным ультразвукового дуплексного ангиосканирования отмечалось снижение линейной скорости кровотока (9,7±1,8 см/с в пальцевых артериях; 10,4±2,1 см/с в пальмарной дуге), напряжения содержания кислорода в тканях пальцев (58,5±7,5) и кисти (65,5±9,5) и уменьшение реографического индекса (0,4±0,3). Всем бальным была выполнена периартериальная симпатэктомия по методике Лериша. В периоперационном периоде осложнений не было, отмечался хороший гемодинамический эффект в виде нивелирования клинических признаков заболевания, увеличения линейной скорости кровотока как в пальцевых артериях (до 15,8±2,1 см/с), так и в пальмарной дуге (21,2±2,5 см/с), ростом реографического индекса до 0,75±0,5. Наш опыт показал, что после проведения верхнегрудной симпатэктомии возврат клинических признаков заболевания в отдалённом периоде отмечается более, чем у 20% пациентов. С учётом этого, а также анализируя данные литературы последних лет, мы пришли к выводу, что эффективность ДПС при ФР более высока по сравнению с грудной симпатэктомией и консервативным лечением. В течение двухлетнего наблюдения за пациентами рецидива проявлений ФР не было. Все больные за этот период получали не менее трёх раз курсы консервативной противорецидивной терапии. Отдалённые результаты находятся на стадии изучения.

Заключение. Периартериальная дигитальная симпатэктомия, имеющая минимально инвазивный характер, позволяет значимо улучшить микроциркуляцию конечности, предупредить развитие тяжёлых ишемических трофических нарушений и повысить качество жизни пациентов.

Косяник Д.О., Труханов Г.А., Панасюк О.В.

ОЦЕНКА УРОВНЯ СЕРОСОДЕРЖАЩИХ АМИНОКИСЛОТ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОСТИРОВАННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСЛЕ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОГО ШУНТИРОВАНИЯ

1-ая кафедра хирургических болезней УО «Гродненский государственный медицинский университет». Беларусь.

Цель исследования. Оценить уровни серосодержащих аминокислот у пациентов с диагностированными осложнениями после БПШ.

Материал и методы. В исследование вошли 62 пациента (60 мужчин и 2 женщины). Средний возраст пациентов (Me [25%; 75%]) составил 64 [61; 68] года. Хроническая артериальная недостаточность IIБ стадии по классификации Фонтейна-Покровского была диагностирована у 29 (46,8%) пациентов, III – у 14 (22,6%), IV – у 19 (30,6%). Изолированное БПШ реверсированной аутовеной было выполнено 53 (85,5%) пациентам. В 7 (11,3%) случаях данное вмешательство выполнено после ангиопластики и стентирования подвздошного сегмента. В 2 (3,2%) случаях БПШ предшествовала эндартерэктомия из аорто-подвздошно-бедренного сегмента.

Уровни серосодержащих аминокислот (Hcy, цистеин (Cys), цистеинилглицин (CysGly), gamma-GluCys и глутатион (GSH)) определяли методом высокоэффективной жидкостной хроматографии на базе лаборатории молекулярно-генетических методов исследования УО «Гродненский государственный медицинский университет».

Результаты исследования. Средний срок наблюдения за пациентами составил 16 [12; 20] месяцев. Осложнения в виде тромбоза шунта были диагностированы у 18 пациентов. Среди данной группы пациентов показатели серосодержащих аминокислот были следующими (мкмоль/л): Hcy = 20,5 [15,9; 24,9], Cys = 423,3 [363,2; 517,7], CysGly = 31,7 [25,4; 40,3], gamma-GluCys = 8,5 [5,5; 11,1] и GSH = 3,5 [3,0; 4,4]. Проанализировав уровни серосодержащих аминокислот, мы диагностировали наличие у пациентов с осложнениями ГГсу. Помимо этого был выявлен высокий уровень CysGly, который потенцирует трансформацию в крови Fe^{3+} в Fe^{2+}. Это ведёт к развитию оксидантного стресса, окислению липопротеидов низкой плотности, а, следовательно, и к прогрессирующему росту атеросклеротических бляшек.

Выводы. У пациентов с диагностированными осложнениями после БПШ была установлена ГГсу (Hcy =20,5 мкмоль/л).

Курбанов Н.Р.[1,2], Султанов Д.Д.[1,2], Камолов А.Н.[1,2]

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ АМПУТАЦИЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ТРАВМАХ ПОДКОЛЕННОЙ И БЕРЦОВЫХ АРТЕРИЙ

[1]Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан
[2]ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии», Таджикистан

Цель исследования: изучение основных причин, приведших к ампутации нижних конечностей при хирургическом лечении больных с травматическими повреждениями подколенной и берцовых артерий.

Материал и методы исследования: данный анализ основан на результатах хирургического лечения 122 больных с травматическими повреждениями подколенной и берцовых артерий. Из них 37 больных с травматическими повреждениями подколенной артерии, а 85 с травматическими повреждениями берцовых артерий. Больные в основном были молодом трудоспособном возрасте (средний возраст 23,3 лет). Среди пострадавших преобладали лица мужского пола - 88,5%. Открытие травмы имелись у 113, закрытие травмы – у 9. Больные в специализированное хирургическое учреждение поступили в сроках: до 6 часов от момента получения травмы – 82 (67, 2%), от 6 до 24 часа – 11 (9%), от 1 суток и более 29 (23,8%). При оказании первой хирургической помощи у 89 больных поступивших из других лечебных учреждений в 45 (50,1%) случаях допущены различные виды догоспитальных ошибок (из них 9 случаях привело к первичной ампутации).

При повреждениях подколенной артерии у подавляющего большинства (73%) больных имелось острая критическая ишемия нижней конечности, что указывает на гемодинамическую его значимость. При изолированных повреждениях одной из артерий голени (58 больных) кровообращение было компенсированным за счет неповрежденных других артерий голени, а при повреждениях двух (11больных) и более (16 больных) артерий голени всегда кровообращение была декомпенсированным и ишемия была при этом критическим. При повреждениях двух и трех артерий голени травма часто сочеталось с повреждением костей голени, массивным разрушением мягких тканей, т.е. потенциальных компенсаторных путей коллатерального кровообращения. Также косвенными факторами, влияющим на тяжесть ишемии явилось: шоковое состояние пострадавшего с нестабильной гемодинамикой, централизация объема циркулирующего кровотока с развитием периферического спазма артерий конечности, гемическая гипоксия при острой анемии.

Результаты исследования. Из 37 больных с повреждением подколенной артерии первичная ампутация по показаниям была выполнена 7 больным, реконструкция сосуда – 27, другие виды паллиативной операции (фасциотомия мышц голени, декомпрессия сосуда) для улучшения кровообращения – 2 и лигатура сосуда – 1 больному.

Из 85 больных с травматическими повреждениями берцовых артерий у 38 произведены восстановительные операции, у – 30 перевязка сосуда и у 17 первичная ампутация. В этой группе у большинства больных показанием к первичной ампутации явилось тяжелая травма и критическое состояние больных.

Суммарная частота первичной и вторичной ампутации конечности при повреждениях подколенной артерии составила 32,4% (12 больных), в том числе первичная 7 (18,95%), вторичная – 5 (13,5%). При повреждениях берцовых артерий ампутации выполнены у 21 (24,7%), в том числе первичная – 16 (18,8%), вторичная 5 (5,9%).

Выводы. Основными причинами ампутаций нижних конечностей при хирургическом лечении больных с травматическими повреждениями подколенной и берцовых артерий явилось: –догоспитальные ошибки диагностического, тактического и технического характера допущенные при оказании первой хирургической помощи в других лечебных учреждениях; -тяжелая травма конечности, сопровождающиеся тяжелой степенью ишемии конечности и тяжелое общее состояние больных.

Курбанов Н.Р.[1,2], Рахмонов Дж.А.[1,2], Солиев О.Ф.[1]

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ БОЛЕЗНИ И СИНДРОМЕ РЕЙНО ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

[1]Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан
[2]ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии», Таджикистан

Цель исследования: Изучение эффекта от шейно-грудной симпатэктомии при лечении болезни и синдроме Рейно верхних конечностей.

Материал и методы исследования: В основу настоящего исследования взято результаты хирургического лечения 246 больных, которым произведено селективная шейно-грудная симпатэктомия по поводу хронической ишемии пальцев кисти обусловленной болезнью или синдромом Рейно. Возраст больных колебался от 15 до 66 лет. Среди оперированных больных преобладали лица женского пола 186 (75,6%). Длительность заболевания и хронической ишемии верхних конечностей составила от 1 года до 22 лет. Болезнью Рейно было 102 больных, синдром у 144. Всем больным в дооперационном периоде кроме клинико-анамнестичекого исследования, проводилось ультразвуковая допплерография и дуплексное ангиосканирование сосудов верхних конечностей, рентгенография шейно-грудного отдела позвоночника и грудной клетки на наличие шейных ребер и косто-клавикулярного синдрома, а при необходимости компютерная томография верхнего грудного отдела на наличие экстравазальных компрессий сосудисто-нервных пучков (СНП). Всем 246 больным производилось селективная шейно-грудная симпатэктомия, в 44 случаях симпатэктомия производилась с обеих сторон надключичным доступом. При синдроме Рейно обусловленной экстравазальной компрессией сосудисто-нервного пучка у выхода из грудной клетки, сперва производилась декомпрессия сосудисто-нервного пучка в зависимости от причины компрессии СНП - путем резекции 1-го ребра, рудиментарных или добавочных шейных ребер и скаленотомии, после чего операция дополнялось селективной шейно-грудной симпатэктомией – надключичным или трансаксиллярным доступом.

Результаты исследования: После произведенной операции гемодинамический эффект от селективной шейно-грудной симпатэктомии оценивалось в ближайшем послеоперационном периоде. У всех 246 больных после симпатэктомии сразу же на операционном столе отмечалось покраснение кожных покровов и потепление ишемизированой кисти, исчезало гипергидроз, более отчетливо определялось пульсация на лучевой и локтевой артериях, капиллярная реакция на пальцах становилось положительным. В последующем отмечалось тенденция к заживлению трофических язв в виде появления грануляционной ткани на кончиках пальцев кисти имевших место при третьей стадии заболевания. При ультразвуковой допплерографии после операции кровоток в магистральных артериях оставался нормальным как в физиологическом положении, так и при пробе Эдсона. В первые сутки после операции по данным ультразвуковой допплерографии отмечалось усиление скорости кровотока. Кроме оперативного вмешательства к лечению добавилось курс консервативной терапии направленная на улучшение периферического кровообращения в конечностях.

Выводы: Адекватно произведенная декомпрессия СНП при экстравазальной компрессии СНП при выходе из грудной клетки с дополнением селективной шейно-грудной симпатэктомией при синдроме Рейно и проведение данной операции при болезни Рейно в ближайшем послеоперационном периоде даёт хороший положительный гемодинамический эффект. Становится очевидным, что консервативные и хирургические методы лечения не являются альтернативными, а дополняют друг друга. Хирургические операции направлены на освобождение от компрессии нейроваскулярных структур в грудном выходе. Для коррекции синдрома и болезни Рейно проводится – селективная шейно-грудная симапатэктомия.

Курбанов У.А., Саидов И.С., Муродов Дж.К.

МЕСТНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ ОПЕРАЦИИ ПРИ УСТРАНЕНИИ ПЛОСКОСТНЫХ, СТЯГИВАЮЩИХ РУБЦОВ

Кафедра хирургических болезней № 2 имени академика Н.У. Усманова, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Кафедра хирургических дисциплин №1 ХГМУ. Таджикистан.
ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ и СЗН РТ

Цель исследования. Оценить эффективность использование местно-пластических способов операций при устранении плоскостных стягивающих рубцов.

Материал и методы. В отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно - сосудистой хирургии с 2018 по 2024гг. обратились 20 больных с обширными плоскостными стягивающими рубцами разной локализации. Возраст больных составил от 14 до 42 лет. Пациенты женского пола составили 14 (70%) а мужского пола 6 (30%). Давность получения ожога составила от 2-х до 38 лет. Общая площадь рубцов составила от 250 до 2800 см^2. Причинами возникновения обширных плоскостных стягивающих рубцов в 6 (30%) случаях был кипяток и в 14 (70%) случаях – пламя. При этом в 4 (20%) случаях рубцы располагались на лице, в 3 (15%) случаях на верхних конечностях, в 3 (15%) случаев на передней поверхности грудной клетки, в 5 (25%) случаях на животе и в 5 (25%) случаев на нижних конечностях. Для устранения обширных плоскостных стягивающих рубцов был использован местно-пластические способы операции, такие как способ «butterfly», «eight-flap-plasty», «butterfly+Z-plasty».

Результаты исследования. Важно отметить, что использованием местно-пластических способов операций мы одновременно решили два проблемы: а) уменьшается общая площадь плоскостных рубцов; б) устраняется стягивающий его характер. Ранний послеоперационный период в 17 (85%) случаях протекал гладко, раны зажили первичным натяжением, перемещённые треугольные лоскуты прижились без каких - либо осложнений. В 3 (15%) случаях отмечалось осложнение в виде краевого некроза верхушка перемещённых треугольных лоскутов, что не оказало существенного влияния на конечные результаты лечения. Отдалённые результаты были изучены у всех оперированных больных в сроки от 6 месяцев до 5-и лет. У всех наблюдавшихся больных общая площадь рубцов уменьшилась, а стягивающий его характер был устранён. Конечные результаты хирургических вмешательств удовлетворяли как пациентов, так и хирургов.

Выводы. Таким образом, местно-пластические способы операции для устранения обширных плоскостных, стягивающих рубцов различной локализации является оптимальным способ позволяющим, одновременно уменьшить общую площадь и устранить стягивающий характер рубца, который даёт хороших результат и улучшает качества жизни пострадавших.

Курбанов У.А., Саидов И.С., Холов Ш.И.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ КОНТРАКТУР И ДЕФОРМАЦИЙ КРУПНЫХ СУСТАВОВ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кафедра хирургических болезней № 2 им. академика Н.У. Усманова
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан
ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

Цель исследования. Изучить эффективность использования различных способов местно-пластических операций для устранения послеожоговых рубцовых контрактур крупных суставов конечностей.

Материал и методы. Изучены и проанализированы результаты хирургического лечения 25 больных с послеожоговыми рубцовыми контрактурами крупных суставов конечностей прооперированных в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии за последние 10 лет. Возраст больных колебался от 7 до 46 лет. Лица женского пола составили - 16 больных – (64%) а мужского пола - 9 (36%). Давность получения ожога составила от 1 года до 18 лет. Площадь рубцов составила от 250 кв. см до 2000 кв. см. Причиной получения ожога в 10 случаях (40%) был кипяток, в 8 случаях (32%) - пламя, в 4 случаях (16%) - горячая жидкая пища и в 3 случаях (12%) - нагревательные приборы. В 8 (32%) случаях контрактуры располагались на плечевом суставе, в 6 (24%) случаях на локтевом суставе, в 3 (12%) случаях на лучезапястном суставе, в 3 (12%) случаях на коленном суставе, в 3 (12%) случаев на голеностопном суставе и в 2 (8%) случаях на тазобедренном суставе. В 8 (32%) случаях рубцовые контрактуры конечности были устранены способом «butterfly», в 4 (16%) случаях применён способ «eight-flap», в 3 (12%) случаях - способ «Hirshowitz», в 3 (12%) случаев - комбинационный способ «butterfly»+Hirshowitz, в 2 (8%) случаев комбинационный способ «jumping man»+«butterfly»+Z-plasty, в 2 (8%) случаев комбинационный способ «three butterfly», в 2 (8%) случаев комбинационный способ Karakaoglan+Z-plasty, и в 1 (4%) случаев способ Karakaoglan.

Результаты исследования. Послеоперационный период в 23 (92%) случаях протекал гладко, раны зажили первичным натяжением, перемещённые кожно-фасциальные лоскуты прижились. В 3 (12%) случаях отмечалось осложнение в виде краевого некроза верхушки перемещённых треугольных лоскутов, что не оказывало существенные влияние на окончательные результаты лечения. Отдалённые результаты в сроках от 6 месяцев до 8 лет изучены нами у всех оперированных больных. Во всех случаях достигнуто устранение дефицита тканей по ходу рубцового гребня, значительное улучшение эстетического состояния тканей и восстановление объёма движений в суставах.

Выводы. Таким образом, местно-пластические способы операций для устранения послеожоговых рубцовых контрактур крупных суставов конечностей являются оптимальными способами, которые позволяют получить хорошие функциональные и эстетические результаты.

Курбанов Э.Ю., Касимов У.К., Курбанова З.П.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ЛОКАЛЬНОГО ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН

Кафедра общей и детской хирургии №1 Ташкентская Медицинская Академия,
Самаркандский Государственный медицинский университет. Узбекистан.

Цель исследования – определить эффективность применения метода локального отрицательного давления (ЛОД) в лечении гнойных ран.

Материалы и методы. По результатам работы обследовано 70 больных с гнойными ранами, которые находились на стационарном лечении с 2020 года по 2024 год (34 больных – основная группа и 36 больных – группа сравнения).

Среди обследованных больных 37 (52,8%) больных составили мужчины. Возраст больных колебался в пределах от 40 до 72 лет, подавляющее большинство из которых 56 (80%) составили больные в возрасте от 41 до 69 лет. У 39 (55,7%) из всех обследованных больных была тяжелая форма СД, 2-го типа.

Площадь раневых поверхностей составила от 100 до 500см^2. Исследуемые были разделены на 2 группы. В основную группу вошли 34 больных, получивших комплексное лечение с применением ЛОД и учетом особенностей течения патологического процесса. В рану устанавливалась повязка, состоящая из стерильной пенополиуретановой губки с размером пор 35– 45 ppi. Вакуум-терапия проведена аппаратом «FORYOU NPVT PRO», давлением от -125 до

-175мм рт.ст. на открытую рану и от -75 до -95мм. рт. ст на ушитую рану (после очищения) в постоянном режиме, продолжительностью 6-12 дней, в зависимости от объема раневого отделяемого. Сеансы вакуум-терапии проводились продолжительностью от 48 до 96 часов. По окончании одного сеанса проводилась санация раны и замена губчатого элемента. Всего проводилось 3-4 смены курсов вакуум-терапии. В группу сравнения вошли 36 больных, которым проведено стандартное хирургическое лечение.

Результаты. Анализ результатов лечения больных показал следующее:

- Применение метода ЛОД совместно с антибактериальной терапией улучшает эффективность проводимого лечения.
- Метод ЛОД способствует быстрому отторжению некротических масс и ускоряет процесс очищения раны.
- Лечение ран отрицательным давлением ускоряет процесс грануляции и эпителизации тканей, что приводит к быстрому сокращению объема раны.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование показало, что адекватно и вовремя проведенное хирургическое лечение ГП с применением метода ЛОД (вакуум-терапия), позволяет ускорить процессы санации и репарации тканей, тем самым улучшая качество проводимого лечения.

Курбанова Р.Т., Мирзоева С.М., Мираков Б.Т.

ПЕРЕЛОМЫ ВНУТРЕННЕГО НАДМЫЩЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ В СОЧЕТАНИИ С ВЫВИХОМ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ

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

Цель исследования. Изучить результаты лечения перелома внутреннего надмыщелка плечевой кости в сочетании с вывихом костей предплечья у детей.

Материал и методы. Несвоевременная диагностика и неправильное лечение переломов внутреннего надмыщелка плечевой кости (ВНПК) с вывихом предплечья приводят к развитию осложнений в виде посттравматических контрактур и анкилозов локтевого сустава в 25% случаев. До настоящего времени нет единой тактики лечения переломов ВНПК с вывихом предплечья. В связи с чем проведён анализ историй болезни 53 больных в возрасте от 5 до 14 лет с переломами внутреннего надмыщелка плечевой кости (ВНПК) с вывихом предплечья находившихся на лечении в детском травматологическом отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» за 5 лет. Из них у 14 больных отмечалось ущемление сломанного ВНПК в полости локтевого сустава. По срокам травмы свежие переломы отмечены у 42 больных, несвежие повреждения были у 11 больных. Клинически во всех случаях отмечалась обширная гематома по передневнутренней поверхности локтевого сустава, ограничение движений из-за болей и гемартроз. Для создания возможности ранней разработки движений в локтевом суставе всем больным была произведена открытая репозиция перелома и стабильная фиксация отломка шурупом или спицами Киршнера. Во время оперативного вмешательства всегда находили разрыв передневнутренней части капсулы и прилегающих мышц. При ревизии суставной полости обнаруживали обрывки тканей, что свидетельствовало об имевшем место вывихе предплечья. При ущемлении отломка в полости сустава открытую репозицию осуществляли без предварительной попытки извлечения отломка из неё консервативным методом.

Результаты исследования. Анализ материала показал, что при своевременной диагностике и оперативном лечении переломов внутреннего надмыщелка плечевой кости (ВНПК) с вывихом предплечья полное восстановление функции локтевого сустава наступило через 1,5-2 месяца. При несвежих случаях этот срок удлиняется до 3-5 месяцев. Особенности лечения этого повреждения связаны с тем, что для сращения перелома необходима длительная иммобилизация (3-4 недели), а для восстановления функции локтевого сустава после вывиха нужна ранняя разработка движений.

Отдаленные результаты изучены в срок от 1 года и более у 45 больных. Из них у 3 больных обнаружено» фиброзное сращение», у остальных наступило костное сращение в правильном положении. У 4 больных были незначительные оссификаты по передней поверхности локтевого сустава не ограничивающие функцию локтевого сустава. У одного больного отмечено ограничение разгибания в локтевом суставе на 15 градусов. Эти больные (с ограничением движений и оссификатом) жаловались на «дискомфорт» или усталость в локтевом суставе после физической нагрузки. Мы оцениваем это как начальные проявления артроза локтевого сустава. У 2 больных имелось вальгусное искривление в области локтевого сустава на 10-15 градусов.

Выводы. Остеосинтез внутреннего надмыщелка плечевой кости в сочетании с вывихом костей предплечья у детей создаёт стабильную фиксацию и позволяет начать раннюю разработку движений в локтевом суставе, что способствует более быстрому восстановлению функции повреждённой конечности.

Курбон У.А.[1,2,3], Холов А.И.[3], Холзода Ш.И.[1,2], Саидов И.С.[1,3]

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕЦИЗИОННОЙ ТЕХНИКИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ КОКЦИГОДИНИИ

[1]Отделение реконструктивно-пластической микрохирургии ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ и СЗН РТ, Таджикистан.

[2]Кафедра хирургических дисциплин №1 ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Дангара. Таджикистан.

[3]Кафедра хирургических болезней №2 имени академика Н.У. Усманова ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Душанбе. Таджикистан.

Цель исследования. Оценить особенности применения микрохирургической тактики лечения больных с посттравматической кокцигодинией.

Материал и методы исследования. В отделение реконструктивно – пластической микрохирургии Республиканского центра сердечно-сосудистой хирургии города Душанбе в период с 2016 по 2024 годов обратилось 12 больных с посттравматической кокцигодинией, возникшей в результате падения (у трёх женщин во время беременности). Из общего числа поступивших, женщин составило 11(91,7%) больных и мужчин - 1(8,3%). Возраст больных колебался от 16 до 50 лет, средний возраст составил 29,4±9,6 лет. Жалобы при поступлении предъявляли на интенсивные боли в области копчика с иррадиацией в промежность, невозможность нахождения в сидячем строго вертикальном положении, что вынуждало больных принимать боковую позицию. У 4-х женщин интенсификация болей отмечалась при «doggystyle» позе во время полового акта. Боли возникали периодически, носили ярко выраженный характер, что сказывалось на качестве жизни больных. Временное купирование боли достигалось проведением консервативной терапии. Непродолжительное устранение симптомов наблюдалось при применении противовоспалительных препаратов и физиотерапевтических процедур. Диагноз посттравматической кокцигодинии выставлен на основе данных анамнеза больных, физикального осмотра и инструментальных методов исследования. Снимки рентгенографии и компьютерной томографии указали на наличие перелома копчика в виде консолидированного перелома-вывиха копчика со смещением копчиковых позвонков. В 11 случаях диагностировано смещение копчика вовнутрь и в 1 случае – кнаружи.

Результаты исследования. Госпитализированным больным под общей анестезией в положении на животе в проекции копчика был произведён разрез кожи и подлежащих тканей (после начертания схемы разреза и инфильтрации тканей) длиной в 6 см, расположенный на 2 мм кнаружи и слева от межъягодичной складки и параллельно ей. Тупым и острым путём проложен доступ к повреждённому копчику. Во время ревизии определена мобильность копчика. Сломанные копчиковые позвонки с помощью распатора Freer были отделены от окружающих тканей и биполярным электроножом резецированы от места прикрепления. Проведена обработка полости раны. Наложены подкожные и кожные узловые швы атравматическими нитями Vycril-2/0 и Nylon-3/0. Выполнена перевязка раны. Было отмечено, что после оперативного вмешательства боли в области копчика прекратились. В послеоперационном периоде больным назначены антибиотики и анальгетики. Ближайший послеоперационный период у всех больных протекал гладко, рана зажила первичным натяжением, без осложнений. Швы сняты на 12 сутки после операции. Отдалённые результаты были изучены у всех оперированных больных в сроках от 6 месяцев до 8 лет. Больные не предъявляли жалобы на боль и были удовлетворены результатами хирургического лечения.

Выводы. Согласно клиническим наблюдениям, своевременное проведение хирургического лечения больных с посттравматической кокцигодинией с применением микрохирургического подхода излечивает больных и восстанавливает их трудоспособность.

Курбон У.А.[1,2,3], Хомидзода И.Дж[1,2], Холзода Ш.И.[1,2,3], Махмудзода И.Х.[1,2]

РИНОПЛАСТИКА И СЕПТОПЛАСТИКА В СОЧЕТАНИИ С КОНХЭКТОМИЕЙ

[1]ГУ Республиканская клиническая больница Дангаринского района. Таджикистан.
[2]Кафедра хирургических дисциплин №1 ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Дангара. Таджикистан.
[3]Отделение реконструктивно-пластической микрохирургии ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ и СЗН РТ, Таджикистан.

Цель исследования. Изучить эффективность сочетания ринопластики и септопластики с конхэктомией.

Материал и методы исследования. В Республиканской клинической больнице Дангаринского района в период с 2016 по 2024 годов в плановом порядке были оперированы 837 больных с деформацией наружного носа (ДНН) и искривлением перегородки носа (ИПН). В 92-х случаях ринопластика и септопластика проводилась в сочетании с конхэктомией при гипертрофии нижних носовых раковин (ГННР). При этом в 58 (63,0%) случаях встречалась левосторонняя ГННР, в 30 (32,6%) случаях – правосторонняя ГННР и в 4 (4,4%) случаях – двухсторонняя ГННР. Возраст больных колебался от 17 до 45 лет, средний возраст составил 25,6±4,3 лет. Мужчины образовали 28 (30,4%) больных, а женщины – 64 (69,6%). Причины искривлений носовой перегородки в 68 (73,9%) случаях носили посттравматический характер, а в 24 (26,1%) случаев – врождённый. Практически все больные до операции применяли сосудосуживающие препараты «Нафтизин» и «Галазолин». Больным проведен диагностический поиск, включающий лабораторные исследования и инструментальные методы визуализации. Компьютерная томография при данной патологии является золотым стандартом. Риноманометрия с помощью аппарата “Ринолан” применена у 12 больных.

Результаты исследования. В зависимости от показаний, у 92-х больных были проведены открытая ринопластика и септопластика с односторонней конхэктомией у 76 (82,6%) больных, закрытая септопластика с односторонней конхэктомией у 13 (14,1%) больных, закрытая септопластика с гайморотомией и двухсторонней конхэктомией у 3-х (3,3%) больных. Ближайший послеоперационный период протекал гладко, раны зажили первичным натяжением. Турунды сняты на 5-6 дни после операции. Отдалённые результаты были изучены у 69 (75,0%) больных в сроках от 6 месяцев до 6 лет. У всех пациентов носовое дыхание восстановилось, прошли головные боли и симптомы заложенности носа.

Выводы. Таким образом, для улучшения носового дыхания одномоментное проведение ринопластики и септопластики в сочетании с конхэктомией при гипертрофированных нижних носовых раковинах является целесообразным.

Курбон У.А.[1,2,3], Холзода Ш.И.[1,2,3], Дадоджонов Ж.Ю[2,3]., Муродов Дж.К.[1]

РЕДУКЦИОННАЯ МЕНТОПЛАСТИКА ПРИ ГИПЕРТРОФИРОВАННОМ ПОДБОРОДОЧНОМ ВЫСТУПЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

[1]Отделение реконструктивно-пластической микрохирургии ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ и СЗН РТ, Таджикистан.
[2]Кафедра хирургических дисциплин №1 ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Дангара. Таджикистан.
[3]ГУ Республиканская клиническая больница Дангаринского района. Таджикистан.

Цель исследования. Оценить эстетический результат у больных после резекции выступающего подбородка.

Материал и методы исследования. В отделение реконструктивно – пластической микрохирургии Республиканского центра сердечно-сосудистой хирургии города Душанбе и Республиканской клинической больницы Дангаринского района в период с 2016 по 2024 годов обратилось трое больных с диагнозом врождённой деформации нижней челюсти в виде гипертрофированного подбородка. Все больные были представителями женского пола. Возраст больных варьировал от 17 до 38 лет, средний возраст составил 25,3±11,1 лет. Жалобы при поступлении преимущественно на значительные эстетические неудобства. Больным проведено клинико-лабораторное и инструментальное предоперационное обследование, в том числе проведена компьютерная томография лицевого скелета с 3D моделированием, где отмечался выраженный подбородочный выступ нижней челюсти с высокими краями выступа. Госпитализация проведена в плановом порядке. Под общим эндотрахеальным наркозом после начертания схемы произведён поперечный разрез у нижнего свода преддверия рта, обнажена нижняя половина дуги нижней челюсти. С помощью осциллирующей пилы «Unidrive» немецкой фирмы «Karl Storz» произведена резекция гипертрофированного нижнего края дуги нижней челюсти – подбородочного выступа с его краями в виде полумесяца размерами 5,0см х 1,2см, 4,0см х 1,0см и 4,5см х 1,1см у соответствующих больных. С использованием розеобразного наконечника бора проведена шлифовка острых краев кости нижней челюсти. Учитывая гипертрофию мягких тканей подбородка, выполнено их истончение путём иссечения части подкожно-жировой клетчатки. При проведении операции подбородочные нервы с обеих сторон идентифицированы и защищены от повреждения. После гемостаза, рана слизистой оболочки ушита атравматической нитью Vycril–3/0. По завершению операции на подбородок наложена специальная давящая повязка.

Результаты исследования. В послеоперационном периоде больным назначен жидкий стол, полоскание полости рта раствором фурацилина и хлоргексидина, приём антибиотиков и анальгетиков. Ближайший послеоперационный период у всех больных протекал гладко, рана зажила первичным натяжением, без осложнений. Швы сняты на 12 сутки после операции. Отёчность тканей нижней челюсти прошла в течение 1 месяца. Отдалённые результаты были изучены у всех оперированных больных в сроках от 6 месяцев до 8 лет и были удовлетворительными. Отмечались приятные контуры, величина и форма подбородка. Больные остались довольными эстетическими результатами проведённой редукционной ментопластики.

Выводы. Редукционная ментопластика нижней челюсти путём резекции чрезмерно выступающего подбородка с применением вышеописанного технического подхода позволяет достигнуть удовлетворительного эстетического результата, что положительно отражается на психологическом состоянии больных и устраняет поведенческие комплексы.

Курбон У.А.[1,2,3], Холзода Ш.И.[1,2], Саидов И.С.[1], Холов А.И.[1,2]

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕВРИЛЕММОМЫ (ШВАННОМЫ) ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЛОКТЕВОЙ КОСТИ

[1]Отделение реконструктивно-пластической микрохирургии ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ и СЗН РТ, Таджикистан.
[2]Кафедра хирургических дисциплин №1 ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Дангара. Таджикистан.
[3]Кафедра хирургических болезней №2 имени академика Н.У. Усманова ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Душанбе. Таджикистан.

Цель исследования. Представить уникальный случай внутрикостной неврилеммомы проксимального отдела правой локтевой кости.

Материал и методы исследования. В отделение реконструктивно – пластической микрохирургии Республиканского центра сердечно-сосудистой хирургии города Душанбе обратился 17-летний юноша с жалобами на наличие образования и выраженную боль в верхней трети предплечья в проекции локтевой кости правой конечности. До госпитализации пациент был осмотрен и проконсультирован ортопедом и онкологом. Было рекомендовано прохождение инструментальных методов диагностики. Заключение МРТ состояло в выявлении патологической кистозной структуры проксимального отдела локтевой кости справа, ссылаясь на два предварительных диагноза, аневризматическая киста или гемангиома. Также выполнена пункция образования и проведено цитологическое исследование. В результате исследования атипичные клетки не выявлены. На рентгенограмме в проксимальном отделе правой локтевой кости чётко визуализировалась округлая тень с ровными контурами.

Результаты исследования. Под общей анестезией после наложения кровеостанавливающего жгута в средней трети плеча был произведен Z-образный разрез кожи и подкожно-жировой клетчатки в проекции средней трети локтевой кости правой руки. Острым и тупым путем, не повреждая анатомические структуры, последовательно был проложен путь до новообразования. Во время ревизии локтевой нерв был отведён с помощью тесёмки и был проведён невролиз локтевого нерва с устранением его в сторону. Патологических изменений локтевого нерва не отмечалось.

Затем с помощью электрического ножа и распатора Freer были устранены мягкие ткани, открыт доступ к локтевой кости и в области проксимального отдела было выявлено внутрикостное образование. Применение розеобразного наконечника бормашины «Unidrive» немецкой фирмы «Karl Storz» позволило открыть доступ к данному образованию. Ложкой Фолькмана была очищена полость кости с последующей обработкой раствором Люголя. Внутрикостная шваннома была расположена в проксимальном отделе локтевой кости на передней поверхности. Произведён тщательный гемостаз с помощью биполярного коагулятора. Локтевой нерв возвращён и расположен в анатомическом месте. Дренирование раны выполнено резиновой перчаткой. Наложены кожные узловые швы атравматическими нитями Prolen-3/0. Выполнена перевязка раны с последующим наложением гипсовой повязки до верхней трети плеча.

В послеоперационном периоде больному назначены антибиотики и анальгетики. Послеоперационный период протекал гладко, рана зажила первичным натяжением. Швы сняты на 10-12 сутки после операции. Отёчность предплечья и чувство онемения пальцев кисти прошли в течение 4-х недель. Важно отметить, что нетерпимая и пульсирующая боль, возникающая при прикосновении, в области проксимального отдела локтевой кости исчезла сразу после оперативного вмешательства.

Выводы. Внутрикостная неврилеммома (шваннома) относится к наиболее редко встречаемой группе шванном, которая развивается из миелиновой оболочки нервов. Длинные трубчатые кости, такие как бедренная, большеберцовая, плечевая, локтевая и лучевая поражаются шванномами значительно реже. Отсутствие, стертость или неспецифичность симптомов затрудняет своевременную и достоверную диагностику при внутрикостном расположении шванном.

Уникальность описанного случая заключается в его чрезвычайной редкости. В мировой литературе представлено всего лишь три случая внутрикостной шванномы проксимального отдела локтевой кости.

Курбонов Дж.Дж., Холов И.Ш., Джураева Н.Х.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии им. профессора Каримова М.К.
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан
ЛДЦ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан

Цель исследования: улучшение современной тактики ведения и методов лечения больных с острым холециститом страческого и пожилого возраста.

Материалы и методы: В хирургическом отделении ЛДЦ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» 28 больных старческого и пожилого возраста с диагнозом острый холецистит в течение 9 лет (2015-2024), были госпитализированы с не купируемым консервативными методами лечения. Средний возраст больных был 78 лет (диапазон 70-86 лет). Всем больным была проведена консервативное лечения с предварительном инструментальными методами лечения (ФВД, ЭХО КГ, Биохимические и клинические анализы с определением иммуной системы). Произведены миниинвазивные эндохирургические вмешательства: 1) Минилапаротомия по поводу острой желчнокаменной болезни осложненной деструктивными изменениями, эмпиемой и паравезикального инфильтрата у 18 (64,2%) больных. 2) Микрохолецистостомия желчного пузыря под контролем УЗИ — при ЖКБ острого обтурационного холецистита, у больных с высоким анестезиологическим риском у 10 (35,8%).

Результаты исследования: Отмечался единичный случай осложнения после выполнения микрохолецистостомия в виде острого реактивного панкреатита, который успешно был купирован консервативной терапией. В группе исследования отмечались желчеистечения в 1 случаях в количестве 40-50 мл, и в одном случае отмечалось билома размером 10х15см которым произведено микрохолецистостомия под контролем УЗИ и летальных исходов не наблюдалось.

Выводы: Обобщая результаты нашего исследования, можно заключить мнение о том, что применения малоинвазивных способов лечения по сравнению с традиционными методами имеет ряд таких преимуществ как: наименьшее число послеоперационных осложнений, меньшая интраоперационная травматичность, ранняя активация больных, более короткий срок госпитализации и вследствие этого экономический эффект. Следовательно, при накоплении хирургического опыта и доступности современного оборудования, миниинвазивные методы лечения у больных старческого и пожилого возраста с острым калькулезным холециститом, безусловно, имеет определенное преимущество по сравнению с традиционными открытыми вмешательствами.

Курбонов С.Р., Хусейнова Ш., Пиров.Б.С.

НАТИҶАИ МУҚОИСАВИИ ХОЛЕСИСТЭКТОМИЯИ МАЪМУЛӢ ВА ЛАПАРОСКОПӢ

Кафедраи фанҳои ҷароҳии №1-и МДТ ДДТХ. Беморхонаи ҷумхуриявии клиникии н. Данғара.

Мақсади тадқиқот. Муайян намудани натиҷаҳои холесистэктомияҳо дар шароити БҶК –и н. Данғара.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар 6 моҳи соли 2024 ба БЫК –и н. Данғара ҳамагӣ 54 (100%) нафар бо бемории холесиститҳои музмин ва шадид бистарӣ шудаанд. Аз инҳо 7 (12.9%) мардҳо ва 47 (87.1%) занҳо ташкил медихад. Синну соли беморон дар мардҳо аз 28 то 65±1 ва дар занон аз 21 то 58±1 дар бар мегирад. Синну соли миёна 45±1. Усулҳои муоинаи клиникиро ултрасадо, МРТ ташкил медод.

Натиҷаи тадқиқот. Маълум карда шуд, ки бо ташхиси холесистити музмини калкулёзӣ 49 нафар, холесиститити шадиди калкулёзи обтуратсионӣ 4 нафар, полипи талхадон 1 нафар бистарӣ карда шуд. Аз анамнези беморон маълум карда шуд, ки аз ҳамаи беморони воридгашта 32 (59,2%) бо усули лапароскопӣ ва 22 (40,8%) бо усули маъмулӣ гирифта шуд. Аз беморони бо усули маъмулӣ гирифта шуда 8 (36,36%) холесистэктомия аз гарданак, 14 (63,64%) аз

қаргирифта шуд. Дар 2 (3,70%) хунравии шадид, 3 (5,55%) талхарезиш, 4 (7,40%) конверсия. Сабаби конверсия дар 1 (1,85%) бемории асрӣ, 1 (1,85%) хунравии шадид, 2 (3,70%) фарбехии дарачаи вазнин буд.

Хулоса. Ҳамин тариқ аз натичаи тадқиқот маълум гашт, ки бемори холесистэктомияи маъмулӣ ва лапараскопӣ аз мардон дида бештар дар занон вомехурад.

Курбонов Ф.Ш.[1], Чобулов С.А.[1], Шоев С.Н.[2], Хабибов И.М.[1]

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЗВОНОЧНИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРАСПЕДИКУЛЯРНОЙ КОНСТРУКЦИИ

[1]Кафедра нейрохирургии и сочетанных травм ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
[2]ГУ Комплекс здоровья «Истиклол». Таджикистан

Цель исследования. Опыт хирургического лечения сколиотической болезни позвоночника с использованием транспедикулярной конструкции.

Материал и методы. В ГУ "Комплекс здоровья Истиклол" с 2022 -2024гг наблюдали 8 пациента со сколиозом. Девочек было 5 (62,6%), мальчиков 3 (37,4%). Средний возраст составил 12,7 лет. 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 37,5% (3) 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 6 (75%). Рентгенологические признаки остаточного явления без прогрессирования неврологической симптоматики у 1 (12,5%) больной. У одного пациента проведено консервативное лечение с возвратом неврологически нарастающего болевого синдрома. Среди анализируемых пациентов высокая роль коррекции сколиотической деформации позвоночника по мимо ее анальгетической эффективности, отдается реабилитационно-восстановительному потенциалу у этих больных. В нашем исследовании показатели коррекции составили более 70%, 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.

Кухарчик Ю.В.

БИОГЕННЫЕ АМИНЫ В ГЕНЕЗЕ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

Кафедра акушерства и гинекологии учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь

Цель исследования - изучение показателей метаболизма катехоламинов в плазме крови беременных женщин с миомой матки и с НБ на ранних сроках.

Материалы и методы исследования. Обследовано 78 пациентки. В основную группу вошли 42 женщины с миомой матки и НБ на ранних сроках. Группу сравнения составили 36 женщин с НБ. Беременность у всех пациентов, включенных в исследование, наступила самопроизвольно. С помощью хроматографической системы Agilent 1100 производили измерение концентрации тирозина, 3,4-диоксифенилаланина (DOPA), 3,4-диоксифенилуксусной кислоты (DOPAC), гомованилиновой кислоты (HVA). Прием и обработку данных осуществляли с помощью программы Agilent ChemStation A10.01. Статистическая обработка проведена с применением стандартного пакета программ STATISTIKA 10.0.

Результаты исследования. По нашим данным, концентрация DOPA в плазме крови женщин основной группы была на 47,3% выше, чем концентрация этого показателя в исследуемой группе сравнения ($p<0,05$). Что касается продуктов распада дофамина - DOPAC и HVA, то их исходная концентрация в 2 сравниваемых группах отличалась на 0,21 нмоль/л. Концентрация HVA в основной и контрольной группах была примерно одинаковой и статистически не отличалась, но это может свидетельствовать об одинаковом процессе распада дофамина с образованием гомаваниловой кислоты у испытуемых с НБ и у женщин с миомой матки и НБ. Следует отметить, что по сравнению с женщинами группы с НБ концентрация исходного субстрата катехоламинов, а именно тирозина, в плазме крови пациенток с миомой матки и НБ была достоверно ($p <0,05$) выше (на 24,6%).

Выводы. На основании результатов проведенных исследований можно сделать вывод, что зарегистрированные изменения метаболизма катехоламинов у женщин с миомой матки и НБ позволяют рассматривать процесс синтеза катехоламинов как отдельное метаболическое звено в патогенезе данной патологии.

Лочинов Б.А., Давлатов Д.А., Юлдошев Х.Ф.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ ФОРМ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. Таджикистан, Душанбе

Цель исследования. Анализ хирургического лечения унивентрикулярных форм сложных врожденных пороков сердца у детей.

Материал и методы. В Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии с 2011 по 2023 годы поступили 12 пациентов с унивентрикулярными формами сложных врожденных пороков сердца. Из них три мужского и три женского пола. Из которых с диагнозом ВПС: Единственный правый желудочек 4 (33,3%), Единственный левый желудочек 2 (16,7%), Атрезия трикуспидального клапана 4 (33,3%) и Гипоплазия правого желудочка 2 (16,7%). Возраст пациентов колебался от 11 месяцев до 5 лет. Средний возраст составил 2,4 года. Пациентам было проведено стандартное обследование с дополнительных методов исследования, рентгенография органов грудной клетки, ангиокардиографии и эхокардиографии. По данным дополнительных методов исследования до операции отмечено: насыщения артериальной крови кислородом от 24 до 65%, в среднем 44,5%, по данным ангиографии - давление в ЛА колебалось от 9 до 12 мм.рт.ст., в среднем 10,5 мм.рут.ст., ОЛС от 2,2 до 3 ЕД./м^2., ЛАИ от 270 до 350 мм/м^2, Ht от 40 до 45%, значимая недостаточность в системном АВ клапане отсутствовала. Оперативное вмешательство выполнялось в плановом порядке после тщательной предоперационной подготовки, под эндотрахеальным наркозом и без использования искусственного кровообращения. Пациентам было выполнено операция ДКПА с применением временного шунта между ВПВ и правым предсердием. Гепаринизация пациента проводилось из расчета 100 МЕ на кг/веса.

Результат. Хирургические вмешательства явились эффективными. Насыщения артериальной крови кислородом в послеоперационном периоде составило от 80 до 90% в среднем 85%. Время функционирования временного шунта составило от 10 - 15 минут (12,5 мин). В раннем послеоперационном периоде центральное венозное давление не превышало 15 мм.рт.ст., в последующем снизилось до 12 мм.рт.ст. Время послеоперационной вентиляции легких составило от 4 до 6 часов (5 часов). Инотропная поддержка первые часы после операции проводилось допамином в дозировке 5 мкг/кг. Время пребывания в отделение реанимации и интенсивной терапии составило от 23 до 42 часа (в среднем 32,5 часов). Время пребывания в стационаре от 6 до 10 суток (8 суток). В раннем послеоперационном периоде осложнения не отмечены.

Заключение. Операция ДКПА без использования искусственного кровообращения, с применением временного шунта является методом выбора при данном виде операции. Кроме того использованный метод является малотравматичным, время операции не лимитировано и материально менее затратным, по сравнению с общепринятыми методами.

Мавлонова С.Н., ХайритдиноваДж.А., Хусаинова М.Б.

КОЛЬПОСКОПИЯ КАК ЭКСПЕРТНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Кафедра акушерства и гинекологии №2, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, ГУ ГЦЗ №13. Таджикистан

Цель настоящего исследования - изучение этапности выполнения кольпоскопии в комплексной диагностике патологии шейки матки.

Материал и методы. Мы сравнили две группы женщин, проходивших ежегодную диспансеризацию в ГЦЗ г. Душанбе в 2017-2019. 1-я группа включала 583 женщины (средний возраст 29,3 года), у которых кольпоскопия выполнялась как дополнительный этап первичного гинекологического осмотра и являлась методом визуализации и топизации изменений на ШМ для качественного забора материала для цитологического исследования.

2-я группа - 246 пациенток (средний возраст 37,6 года), которым кольпоскопия выполнялась на повторном приеме, в связи с аномальными цитологическими находками, включая неоднозначные цитологические заключения (ASCUS).Хотя, возраст обследованных больных находился в диапазоне от 17 до 75 лет, обращает на себя внимание тот факт, что наибольшее число пациенток (87,9%) с заболеваниями шейки матки были в возрасте от 22 до 45 лет, т.е. репродуктивного периода.

Кольпоскопическое исследование выполнялось на высококачественном оборудовании фирмы «Оптомик» (Испания). Прибор кольпоскоп представляет собой укрепленную на штативе оптическую систему (бинокулярную лупу), совмещенную с системой направленного освещения. Рекомендуется применять бинокулярный кольпоскоп, так как монокулярные приборы и цифровые устройства без окуляров имеют низкую эффективность исследования ввиду невозможности получить объемное трехмерное изображение, а отсутствие окуляров как таковых лишает врача контрольной оценки клинической картины без всякого дополнительного оборудования, что может повлечь за собой врачебную ошибку.

Результаты. В 1-й группе скрининга припомощи расширенной кольпоскопии были выявлены изменения у 204 (35%) женщин, из них нормальные цитологические заключения получены в 58,3% случаев, непонятные атипические клетки или койлоцитоз с признаками легкой степени дисплазии - в 27,5% наблюдений, а признаки умеренной или тяжелой дисплазии присутствовали у 14,2% женщин. Во 2-й группе скрининга при использовании кольпоскопии после получения цитологических заключений также отмечалась ее высокая точность при наличии признаков патологических сосудов с участками грубой мозаики и пунктации.

Ложноотрицательные результаты кольпоскопии были получены в 26,8% наблюдений, из них умеренная или тяжелая дисплазия, по результатам цитологии, не превышала 3%

Выводы. Современная кольпоскопическая диагностика на первичном гинекологическом приеме является высокоинформативным методом скрининга при умеренной и тяжелой дисплазии шейки матки, сокращает время от постановки диагноза до лечения на 2-4 нед, а также уменьшает на 1-2 число визитов к врачу, при среднем увеличении времени на первичный осмотр до 7 мин. Чувствительность кольпоскопического метода составила 73,2%, специфичность - 64,1%, а ее точность - 69%. При наличии признаков инвазии, выделенных при кольпоскопии, диагноз совпадал с данными цитологического исследования в 80% наблюдений.

Магомедова С.М., Габибуллаев А.Ф., Алиев Б.О.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ, КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

Кафедра общей хирургии, ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала, Россия

Цель исследования. Разработка лечебно-диагностического алгоритма для пациентов с различными морфологическими типами хронического панкреатита, посредством применения высоких инновационных технологий и дифференцированной хирургической тактики.

Материал и методы. Исследование основано на анализе результатов диагностики и лечения 204 пациентов с хроническим панкреатитом. Мужчин составили 77,4%, женщины — 22,6%; возраст 31—60 лет. Алиментарный генез хронического панкратита выявлен у 45,8% мужчин и у 15,6% женщин. В 9 наблюдениях основной причиной хронического панкреатита явились холецистохолодохолитиаз. В 2,1% случаев причиной хронического панкреатита стал парафатериальный дивертикул.

В 123 (56,1%) наблюдениях пациенты в прошлом перенесли острый панкреатит. Желчнокаменная болезнь в анамнезе зафиксирована у 40 пациентов, в том числе холедохолитиаз у 17. Бессимптомное камненосительство отмечено у 28 (32%) пациентов. В 14 случаях в анамнезе указано на неоднократные приступы печеночных колик без каких-либо признаков острого панкреатита. Традиционная холецистэктомия выполнена 9 пациентам, лапароскопическая холецистэктомия — 22, холецистэктомия из мини-доступа — 3 и холецистэктомия + холедохолитотомия —7.

Всего выполнено 178 различных инструментальных исследований (в среднем по 3,6 исследования на 1 пациента) для определения морфологического типа хронического панкреатите, динамики развития патологического процесса в ПЖ, обоснования тактики лечения и мониторинга функционального состояния различных органов и систем.

Результаты исследования. Морфологический тип А (Buchler и соавт., 2002) отмечен у 51,6% пациентов, тип В — у 40,0%, тип С — у 4,3%. Кистозные образования выявлены в 41,7% наблюдениях, вирсунголитиаз — в 45,7%, холедохолитиаз — в 19,1%, тубулярная стриктура дистального отдела холедоха — в 21,4%, дилатация панкреатического протока — в 95,7%, сужения или обрыв протока — в 93,5%, сообщение протока с кистой — в 17,4%. Уплотнение паренхимы ПЖ отмечено у 97% пациентов, неоднородность ее структуры — у 94,4%, увеличение размеров железы — у 10,8%, их уменьшение — у 49,5%. Хирургическое лечение произведено у 186 пациентов: РХПГ + ЭПСТ у 8; РХПГ + ЭПСТ + стентирование протоков ПЖ у 2; РХПГ + ЭПСТ + вирсунготомия со стентированием у 2; лапаротомия, гепатикохоледохоеюностомия у 6; лапаротомия, гастропанкреатодуоденальная резекция у 19; лапаротомия, операция Puestowl у 18 и Puestowll у 34; лапаротомия, резекция хвоста поджелудочной железы + операция Duval у 3; лапаротомия, операция Фрея у 19; лапаротомия, операция Бегера у 2, наружное дренирование псевдокисты у 21; эндоскопическое внутренне дренирование псевдокисты у 9; лапаротомия, цистодигестивный анастомоз у 34; иссечение свища, дистальная резекция железы у 9. Послеоперационные осложнения развились у 11 (11,8%) пациентов. Летальность составила 2,2%.

Выводы. Оперативные вмешательства при данных типах хронического панкреатита, как считают большинство исследователей, позволяют получить наиболее благоприятные результаты, особенно при болевых формах.

Маликов М.Х[1,2], Давлатов А.А[2], Махмадкулова Н.А[3].

СУХОЖИЛЬНО-МЫШЕЧНАЯ ТРАНСПОЗИЦИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КОНТРАКТУРЫ ФОЛЬКМАНА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

[1] Кафедра хирургических болезней № 2 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»
[2] ГУ “Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии”
[3] Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Улучшение результатов лечения контрактуры Фолькмана средней степени выполнением сухожильно-мышечной транспозиции.

Материал и методы. За период с 2015 по 2024 годы в отделение реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ и лечебно-диагностическом отделении ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино” 12 пациентам выполнена сухожильно-мышечная транспозиция пациентам по поводу ишемической контрактуры Фолькмана средней степени тяжести. Возраст больных варьировал от 9 до 23 лет. Из данных анамнеза и предоставленных медицинских документов было установлено, что в 10 случаях у пациентов имелся чресмыщелковый перлом плеча и лишь в одном наблюдении перелом костей предплечья.

Результаты исследования. Отмечалось выпадение функции мышцы длинного сгибателя большого пальца и глубоких сгибателей II-Vпальцев. Всем пациентам была выполнена УЗДГ, где отмечалось снижение скорости кровотока. Были использованы общее и регионарное обезболивание, интраоперационно выполнилась стимуляция всех групп мышц передней поверхности предплечья. Лестничным удлинением была выполнена сухожильно-мышечная

транспозиция за счет сухожилий мышц поверхностного сгибателя пальцев и длинной ладонной мышцы. Также удлинялись сухожилий мышц локтевого и лучевого сгибателя кисти. В ходе осуществления транспозиции был выполнен артериолиз лучевой и локтевой артерии, невролиз срединного и локтевого нервов. Конечность фиксировалась передней гипсовой лонгетов с течение 21 дня.

Результаты изучались в сроки от 2 месяцев до 3 лет. Сгибание кисти и пальцев было в полном объёме, улучшилась иннервации пальцев. При контрольной УЗДГ отмечалось заметное ускорение скорости кровотока в конечности. Результаты удовлетворяли пациентов.

Заключение. Оптимальный выбор вариантов сухожильно-мышечной транспозиции при лечении контрактуры Фолькмана средней степени тяжести способствует достижению удовлетворительных функциональных результатов.

Мардонзода К.М., Курбон У.А., Абдурахимзода Ш.Р., Холзода Ш.И.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРЕДНЕЗАДНЕЙ КОЛЬПОРАФИИ С ПЕРИНЕОЛЕВАТОРОПЛАСТИКОЙ У ЖЕНЩИН

Кафедра хирургических дисциплин №1 ГОУ «ХГМУ», Дангара, Таджикистан.
Республиканская клиническая больница Дангаринского района, Дангара, Таджикистан.

Цель исследования. Оценить эффективность переднезадней кольпорафии с перинеолеваторопластикой у женщин с послеродовыми разрывами влагалища.

Материал и методы исследования. В условиях хирургического отделения Республиканской клинической больницы Дангаринского района бригадой реконструктивно-пластических хирургов прооперировано 61 пациентов с послеродовыми разрывами влагалища. Возраст больных варьировал от 25 до 55 лет. Средний возраст составил 36 лет. Больные были распределены на две группы. Первую группу составили женщины молодого возраста от 25 до 30 лет (n=9), во вторую группу вошли лица в возрасте от 31 до 55 лет (n=52). Больные первой группы предъявляли жалобы на дискомфорт в половой жизни, связанный послеродовыми изменениями во влагалища, но нарушений мочеполовой функции не отмечалось. У второй группы больных диагностирован увеличенный влагалищный вход, слабость мышц влагалища, недержание мочи и газов при повышении внутрибрюшного давления при чихании, кашле и физической нагрузке, а также воспалительные процессы. При клиническом осмотре определены цистоцеле, ректоцеле и недостаточность мышц тазового дна. После тщательного обследования все больные в плановом порядке под общим эндотрахеальным наркозом были взяты на переднюю и заднюю кольпорафию с последующей перинеолеваторопластикой.

Результаты исследования. Послеоперационный период у всех больных протекал гладко, раны зажили первично. В раннем послеоперационном периоде на протяжении 8 недель рекомендовано воздержание от половой жизни, отказ от сауны, бассейна и физических нагрузок. Отдаленные результаты прослеживались от 2 месяцев до 1 года.

Выводы. Таким образом, соблюдение принципов выполнения восстановительных операций у женщин с послеродовыми разрывами влагалища дает возможность на получение удовлетворительных ближайших и отдаленных эстетических результатов, и тем самым улучшение качества жизни больной.

Маризоева М.М., Рустамова М.С., Неъматзода О.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН С КОРТИЗОЛ-ПРОДУЦИРУЮЩИМИ АДЕНОМАМИ НАДПОЧЕЧНИКОВ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ и СЗН РТ
ОАО Лечебно-диагностический центр «Ортопедияи муосир» г. Душанбе

Цель исследования: изучение состояния репродуктивной функции женщин с синдромом Иценко-Кушинга.

Материалы и методы исследования. 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±6,3 лет. В 12 случаев была отмечена левосторонняя локализация опухоли, у 8 - правосторонняя. Длительность заболевания у обследованной когорты в среднем составляла 9,1±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 прогрессирование 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.

Махамадиев А.А., Муродов Ш.Д., Норов К.Н.

ВЛИЯНИЕ АДЕНОИДНЫХ РАЗРАСТАНИЙ НА СОСТОЯНИЕ ЕВСТАХИЕВОЙ ТРУБЫ У ДЕТЕЙ

Кафедра оториноларингологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
ГУ НМЦРТ «Шифобахш»

Цель исследования. Оценка и диагностика проходимости слуховых труб у детей с различной степенью гиперплазии носоглоточной миндалины.

Материалы и методы. На базе НМЦРТ «Шифобахш» в период 2023-2024гг нами было обследовано 34 пациента с гиперплазией носоглоточной миндалины (16 девочек и 18 мальчиков) от 5-12 лет. Всем детям были применены следующие методы исследования: передняя риноскопия, отоскопия, субъективные и объективные методы исследования слуха в виде тональной пороговой аудиометрии (ТПА) и импедансометрии (тимпанометрия и акустические рефлексы), а также из дополнительных методик 21 ребёнку (61,8%) было сделано рентгенологическое исследование носоглотки, а оставшимся 13 (38,2%) детям эндоскопия носоглотки.

Результаты исследования. При эндоскопии полости носа наблюдалась гиперплазия слизистой оболочки носа и гипертрофия носовых раковин - у 18 (52,9%) детей, частое слизистое выделение из носа у 11 детей (32,4%). Гнусавость наблюдалась у 28 детей (82,4%). При отоскопии наблюдалась втянутость барабанной перепонки, отсутствие светового конуса и в некоторых случаях утолщение барабанной перепонки. При тонально-пороговой аудиометрии выявили снижение слуха по кондуктивному типу: I степень у 21 детей (61,7%), II – у 9 детей (38,3%). При импедансометрии (тимпанометрии) было выявлено смещение пика влево в сторону отрицательной величины давления (тип С) у 25 пациентов (73,5%), тип В – у 7 (20,6%), тип A_s – у 2 (5,9%), что указывает на нарушение проходимости слуховых труб различной степени выраженности. Результаты рентгенографии носоглотки и эндоскопии носоглотки отобразили картину степени увеличения аденоидов I степени у 12 детей, II степени у 14 детей, и III степени у 8 детей. Всем детям проведено аденотомия под общим обезболиванием.

Выводы. Своевременная диагностика и лечения причин, приводящих к дисфункции слуховых труб, предупреждает развитие экссудативного среднего отита и тугоухости у детей.

Махамадиев А.А., Холматов Д.И., Эгамов М.А.

КОМПЛЕСКНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель. Оценка эффективности шунтирования барабанной перепонки с одномоментной аденотомией при экссудативном среднем отите у детей.

Материалы и методы. В ЛОР клинике ГУ НМЦ РТ под нашим наблюдением находились 24 ребёнка с экссудативным среднем 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 разной степени снижение 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 аудиметрии 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 обшей анестезией на задненижнем квадранте барабанной перепонки производили миринготомию после чего аппаратом отсасывали содержимое полости среднего уха, при уверенности чистка полости среднего уха с последующим ввели шунт с диаметром 1.14 мм (Medtronic xomed inc USA) в перфорационное отверстие. Через данный шунт происходило дренирование барабанной полости. Во время госпитализации больные получили консервативное лечение. Протеолитические, отхаркивающие, сосудосуживающие капли в нос, антигистаминные при необходимости противовирусные и дезинтаксикационные. Восстановление проходимости слуховой трубы происходило у больных по-разному, варьируя от 3 до 5 месяцев. После полного восстановления проходимости слуховой трубы шунты упали самостоятельно или их 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 и слуха установили у 34 (100%) больных.

Вывод. 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 среднем отитом.

Махамадиев А.А., Юсупов А.Ш., Саидов Д.Х.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО МАСТОИДИТА У ДЕТЕЙ

Кафедра оториноларингологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель. Изучить особенности клинического течения острого мастоидита и его осложнения у детей.

Материал и методы. В детское ЛОР отделение ГУ НМЦ РТ за период 2021-2024гг по экстренным показаниям были госпитализированы 57 больных с диагнозом острый гнойный средний отит, осложнённый мастоидитом. Возраст больных составляет от 6 до 14 лет, (мальчиков 31, девочек 26; сельские 38, городские 19). Всем больным были проведены отомикроскопия, лабораторные исследования и компьютерная томография височных костей.

Результаты и исследования. У 46 госпитализированных детей диагностирован субпериостальный абсцесс, у 9 субпериостальный абсцесс и флегмона шеи (мастоидит Бецолда), у 1-го ребёнка (2 года 8 меяц) субпериостальный абсцесс с флегмоной мягких ткани височной области и у 1-го субпериостальный абсцесс осложнением пареза лицевого нерва. Все дети поступили на 3-7-й день заболевания после получения консервативного лечения под наблюдением ЛОР врача амбулатории по месту жительства. До поступления в стационар некоторым детям была начата антибактериальная терапия в амбулаторных условиях по поводу острого среднего отита, однако на 5-7 сутки появились припухлость в заушной области с признаками флюктуации, и дети по экстренным показаниям были госпитализированы.

В зависимости от выраженности воспалительных изменений в ячейках сосцевидного отростка были выполнены следующие виды операции: антротомия – 16, антромастоидотомия – 28, радикальная операция – 13.

У всех оперированных детей обнаружены сходные патологические изменения в сосцевидном отростке: обширные деструктивные изменения, распространения патологического процесса в скуловые, угловые, верхушечные, пороговые, перисинуозные перифациальные, перилабиринтные ячейки, блок aditus ad antrum отёчной слизистой оболочкой и/или грануляционной тканью, наличие деструкции кортикального слоя сосцевидного отростка.

Выводы. Основным патогенетическим механизмом развития осложнений острого мастоидита являются повышение резистентности микроорганизмов к антибиотикам, гиперплазия слизистых оболочки полостей среднего уха, блок aditus ad antrum и выход гнойного содержимого пещеры сосцевидного отростка, через каналы эмиссарных вен под надкостницу с развитием субпериостального абсцесса.

Махмаджонов Б.К., Юнусов И.А., Хасанов Б.Н.

СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ АРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА НА РАННИХ СТАДИЯХ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Государственное учреждение Научно–исследовательский институт фундаментальной медицины НИИФМ ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Улучшение результатов комплексного лечения деформирующего остеоартроза коленных суставов с использованием плазмы обогащенной тромбоцитами.

Материалы и методы. Изучены амбулаторные карты 80 пациентов в возрасте 35–70 лет с деформирующими артрозами коленного (ДОА) сустава различной стадии. Все пациенты проходили серологические анализы (реакция Хеделсона- Райта, СРБ, ревмопроба), общий анализ крови, рентгенографию и компьютерную томографию коленного сустава. В зависимости от стадии заболевания и способов лечения больные распределены на 2 группы. В первую группу (40) вошли больные, получившие стандартную терапию. Во второй группе (40) больным с артрозами коленного сустава произведен плазмолифтинг.

Результаты и их обсуждение. Критериями оценки проводимой терапии стали такие показатели как боль, скованность, функциональная активность и значение индекса Womac, которые оценивались до лечения, в ближайшем периоде через 1, 3, 6 месяцев после лечения и в отдаленном периоде от одного года до трех лет.

Сравнительный анализ результатов эффективности лечения ДОА с применением различных способов терапии показал следующие:

У первой группы из 40 больных, которые получали базисную терапию, у 8 из них, учитывая их критерии оценки, получен хороший результат, у 14- удовлетворительный и у 18 больных выше указанные критерии почти не устранены.

Во второй группе больным на фоне базисной терапии проводили плазмолифтинг коленного сустава с применением инъекционной тромбоцитарной аутоплазмы. Инъекционную тромбоцитарную аутоплазму получали путем забора венозной крови пациента (14 мл) в специальные пробирки. Режим центрифугирования составил 3500 оборота в минуту в течение 5 минут на центрифуге «Epindorf» (Германия). Инъекции аутоплазмы проводились интра- и периартикулярно по 5,0±0,5 мл в область одного сустава с интервалом 7–10 дней, курс 3–7 процедур 1 раз в год.

Результаты исследования показали, что применение инъекционной тромбоцитарной аутоплазмы значительно улучшают качество жизни пациентов с ДОА, что подтверждалось полным купированием болевого синдрома, отсутствием скованности и восстановлением функции сустава.

Таким образом, интенсивность показателя «боль» через 1 месяц после лечения снизилась в 1-2 раза, а через 6 месяцев – в 2 раза и достигла наименьших значений к году – показатель составил в среднем 70,12±4,55 условных единиц, что в 3 раза меньше по сравнению с показателями до начала лечения. При анализе показателя «скованность» было зарегистрировано достоверное снижение показателя через месяц от начала лечения – на 26% и более выраженное

снижение показателя на сроках 3 и 6 месяцев – соответственно в 1,8 и 2,3 раза и оставался достоверно низким от одного года до трех лет от начала лечения.

Выводы. Таким образом, применение аутоплазмы обогащённой тромбоцитами в комплексной терапии деформирующих артрозов коленного сустава способствует восстановлению его функции, уменьшению дегенеративных процессов, что сопровождается увеличением объема движений в суставе, улучшением опороспособности и двигательной функции нижних конечностей, а также удлинением периода ремиссии заболевания.

Махмадзода Ф.И., Рахмонзода К. Р., Султонов Р. Б.

АНАЛИЗ МАКРОСКОПИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАХОВОЙ СВЯЗКИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

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

Цель исследования. Изучить макроскопическое состояние паховой связки у пациентов старших возрастных групп (СВГ) и определить ее корреляционную связь с частотой возникновения заболевания.

Методы исследования. Исследование основано на анализе результатов хирургического лечения 60 пациентов, оперированные на базе кафедры хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова за период 2015-2020 годы. Всем пациентам коррекцию паховых грыж производили лапароскопическим способом. Мужчин было 56 (93,3%), женщин – 4 (6,7%). Пациентов с первичными грыжами было 52 (86,7%), с рецидивом - 8 (13,3%).

Результаты исследования. Анализ макроскопического состояния паховой связки у пациентов старших возрастных групп с учетом ее размера показывает, что группы пациентов с малыми размерами грыж, плотная паховая связка отмечено у 23,3% (n=14), слабая – 26,7% (n=16), а у больных со средними размерами - плотная паховая связка отмечено у 1,7% (n=1), слабая – у 20,0% (n=12) и дряблая – у 6,7% (n=4) соответственно. Среди пациентов с большими паховыми грыжами макроскопически, плотная паховая связка не было отмечено, слабая имелось у 8,3% (n=5) и дряблая – у 13,3% (n=8).

Во время операции, макроскопические изменения пахового промежутка в основном зависело от возраста пациентов, наличие той или иной сопутствующей патологии, размера и давности грыже носительства. Например, при осмотре пахового промежутка у 37 (61,7%) пациентов основной группы, в наружной ее 1/3, доходя до уровня глубокого кольца пахового канала, внутренняя косая мышца живота, с невыраженной мышечной частью и представляла в основном апоневротическую часть, примыкшей к паховой связке.

Закономерно в остальных отрезках верхнюю стенку составило нижний край поперечной мышцы, что, по сути, и уменьшало размер пахового промежутка от пахового канала. При этом у 23 (38,3%) больных нижний край внутренней косой абдоминальной мышцы на трети участка пахового канала находился выше и несколько кпереди от семенного канатика, при этом расстояние от пупартовой связки составляло 0,6-0,8 см.

Нижний участок поперечной абдоминальной мышцы располагался над элементами семенного канатика, при этом расстояние от пупартовой связки составляло 1,1-1,2 см. У этой категории пациентов переднюю стенку ПК формировал апоневроз наружной косой абдоминальной мышцы.

Выводы. Таким образом, у лиц СВГ внутренняя косая абдоминальная мышца была не выраженной, вследствие чего функция пахового промежутка была ослабленной, при этом поперечная фасция была истончена, что приводит к наиболее частому возникновению паховых грыж. Более частые случаи паховых грыж у лиц СВГ связаны с дегенеративными и дистрофическими изменениями в тканях локальных мышечных структур. А корреляционной анализ показал, что с возрастом происходят морфологические изменения тканей, однако не у всех равномерно.

Махмадзода Ф.И., Рахмонзода К.Р., Султонов Р.Б.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА – МЕТОД ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И ТРАЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

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

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения паховых грыж у пациентов пожилого и старческого возраста, применением видеолапароскопии.

Методы исследования. В основу работы положен анализ результатов диагностики и лечения 61 пациента пожилого и старческого возраста, находившиеся на лечение по поводу паховых грыж. Все пациенты были оперированы разными способами лапароскопической герниопластики. Больных с первичными грыжами было 53 (86,7%), с рецидивом - 8 (13,3%). У пациентов пожилого и старческого возраста, закономерно имелись сопутствующие патологии, в виде ишемической болезни сердца – 52 (85,2%), гипертоническая болезнь – 46 (75,4%), сахарный диабет – 31 (50,8%) и ожирение (I-III степени) – 19 (31,1%). Макроскопическая картина состояния паховой связки у пациентов пожилого и старческого возраста показало, что группа больным, которым произведены стандартная раздельная герниопластика, плотная паховая связка отмечено у 12,5% (n=3), слабая – 33,3% (n=8), а дряблая – у 54,2% (n=13), когда эти показатели у больных с трансабдоминальной лапароскопической герниопластики с тотальным протезированием выглядело следующим образом: плотная паховая связка – у 22,6% (n=7), слабая – у 38,7% (n=12) и дряблая – у 38,7% (n=12) соответственно.

Результаты исследования. В 37 (65,9%) наблюдениях, пациентам с высоким риском, произведено трансабдоминальная лапароскопическая герниопластика, с тотальным протезированием надпузырной паховой области, а при отсутствии высокого риска в 24 (34,1%) случаях – стандартная раздельная герниопластика. Сравнительный анализ

лапароскопической и традиционной герниопластики показало, что по таким критериям, как длительность операции, среднее пребывание больных на койке, послеоперационные осложнения и полной реабилитации, лапароскопические вмешательства имеют значимые преимущества.

Немаловажным критерием также является разрез, которое непосредственно влияет на интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде. Так, лапароскопическую герниопластику у пациентов пожилого и старческого возраста проводят посредством 3-4 прокола 5,0 мм и 10,0 мм троакарами, а традиционную герниопластику – разрезами 10 и более см что, несомненно, негативно влияет на непосредственные результаты, послеоперационную реабилитацию и качества жизни этой тяжелой категории больных. Количество послеоперационных осложнений составляло 3,3% случаев, в том числе серома в 1 случае, и в у 1 пациента имелась послеоперационная пневмония. Случаев летального исхода не было.

Выводы. При правильном выборе и тщательной предоперационной подготовки пациентам пожилого и старческого возраста с паховыми грыжами лапароскопическая герниопластика не имеет альтернативу.

Махмадкулова Н.А., Ибрагимов Э.К.

УСТРАНЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ СРАЩЕНИЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения простых форм врожденных сращений пальцев кисти.

Материал и методы. За период с 2018 по 2024 годы в лечебно-диагностическом отделении ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино” по поводу врожденной синдактилии пальцев кисти 25 пациентам выполнено разобщение пальцев. Детей в возрасте до 18 лет было 17, что составило 68%.

В большинство случаев (19) имело место сращение II-III пальцев. У 4 пациентов отмечалось одновременное сращение II-IV, у остальных 2 – сращение III-IV пальцев.

В предоперационном периоде была выполнена рентгенография пальцев кисти и УЗДГ конечности.

Результаты исследования. Дети были оперированы под общим, взрослым было выполнено регионарное обезболивание. Операции всем пациентам были осуществлены под оптическим увеличением с применением прецизионной техники. Разобщение пальцев было выполнено в один этап при сращении II-III и III-IV пальцев. При сращении II-IV пальцев в 4 наблюдениях операция была разделена на два этапа. По принятой стандартной методике были разделены пальцы и в случаях, где образовался дефект кожного покрова, укрытые последней было достигнуто использованием аутодермопластики.

Раневые и сосудистые осложнения имели место в 3 наблюдениях. На исходы операции осложнения не влияли, рецидив патологии не имелся. Эстетические и функциональные результаты вполне удовлетворяли больных.

Заключение. Таким образом, использование оптического увеличения и прецизионной техники при лечении сращения пальцев обеспечивает достижению хороших и удовлетворительных результатов в отдаленные сроки после операции.

Махмадкулова Н.А., Ибрагимав Э.К., Ашуров А.С.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ СИНДАКТИЛИИ

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии имени профессора Каримова М.К. ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”, Таджикистан

.

Целью нашей работы явилось улучшение результатов хирургического лечения врождённой синдактилии конечностей.

Материалы и методы

На базе лечебно-диагностического центра ТГМУ в отделение было прооперирована 23 пациента. Из них 10 мальчиков, 13 девочек.

По локализации поражение нижних конечностей отмечалось у 3 детей, верхних конечностей в 20 случаях. Возраст оперированных больных колебался от 1,5 до 18 лет.

Основной классификацией, которую мы используем, сформирована Davis и German в 1930 году: в зависимости от протяженности сращения пальцев – разделение на полную и неполные формы; от наличия, либо отсутствия вовлечения в патологический процесс костей скелета кисти (сращения костных сегментов) – выделение простой (кожной) и комбинированной (костной) разновидностей. От наличия, либо отсутствия предыдущих оперативных вмешательств (произведенных по поводу коррекции синдактилии) – первичная или рецидивирующая. Минимальной возрастной границей оперативного лечения врожденной синдактилией у детей, которые нами определены – это 1,5 года. Это связанно с определенными сложностями в послеоперационном периоде. Для приживления свободных расщепленных кожных трансплантатов необходима иммобилизация в гипсовом лонгете в течение двух недель. Вместе с тем, с годовалого возраста дети активно начинают пользоваться руками, в частности кистями для изучения окружающего мира, а ограничение функции кисти при врожденной патологии тормозит этот процесс. Поэтому откладывание начала лечения на более поздние сроки, конечно, возможно, но нежелательно.

Полная форма синдактилии имела место у 20, неполное сращение - у 3 детей. Костное сращение ногтевых фаланг пальцев имело место у 11 пациентов. Часто отмечалось сращение III-IV пальцев (19). У 4 пациентов отмечалось сращение II-III-IV пальцев.

Из дополнительных методов диагностики были использованы рентгенография, реовазография и УЗДГ. При сложных формах патологии в двух наблюдениях была выполнена ангиография верхней конечности. УЗДГ и ангиография были выполнены в условиях лечебно-диагностического отделения РНЦССХ.

Результаты и их обсуждения. Дети старше 14 лет были оперированы под проводниковой анестезией плечевого сплетения. Пациентам старше этого возраста было использовано общее обезболивание.

Во всех 23 наблюдениях оперативное вмешательство были проведены под оптическим увеличением с применением прецизионной техники.

При разобщении пальцев кисти наиболее часто применяли Z-образные разрезы и после выкраивания треугольных лоскутов (18), П-образных лоскутов (2) и методики Hirshowitz (3). Выкраиванием треугольных лоскутов по ладони, либо тыльной поверхности кисти формировали межпальцевые промежутки. Это является важным в плане профилактики повторного сращения дистальных частей межпальцевого промежутка разобщенных пальцев.

В ближайшие дни после операции осложнений не имели место. В двух наблюдениях был краевой некроз выкроенных лоскутов которая не повлиял на исход операции.

В отдаленные сроки результаты были изучены во всех наблюдениях. Объём движений во всех пальцах был полный, приведение и отведение пальцев вполне удовлетворял пациентов. Кроме того, эстетические результаты также считались хорошими. Рецидив патологии в виде сращения дистальной части разобщенныхII-IIIпальцев имел место в одном наблюдении. Повторная коррекция привела к успеху.

Таким образом, правильно выбранная тактика при лечении сращении пальцев, применение оптического увеличения в большинство случаев дают хорошие эстетические и функциональные результаты. Формирование межпальцевого промежутка считается одним из основных критерием предупреждения рецидива патологии.

Махмудзода И.Х., Махмудов М.М., Хомидзода И.Дж., Джафаров Б.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ В УХЕ

Республиканская клиническая больница Дангаринского района. Таджикистан.
Кафедра хирургических дисциплин №2 ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Дангара. Таджикистан.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости инородных тел в ухе и определить методы и их лечения.

Материал и методы исследования. В Республиканскую клиническую больницу Дангаринского района с января 2018 г. по август 2024 г. по поводу инородных тел обратились 492 больных. Возраст больных колебался от 2 до 57 лет. Из общего числа поступивших в 185(37,6%) случаях обнаружены инородные тела в ухе. Из них детей в возрасте до 7 лет было 137(74%), до 15 лет – 36(19,4%), старше 15 лет - 12(6,4%) человек. Во всех случаях инородные тела были извлечены специальным инструментом, как ушной крючок, а также проведено промывание уха.

Результаты исследования. Инородные тела в ухе часто встречаются у детей от годовалого возраста до 7 лет. Частота встречаемости инородных тел уха в два раза чаще, чем в полости носа и в 4 раза чаще, чем в полости глотки. Необходимо отметить, что правое ухо страдает значительно чаще по сравнению с левым. Инородные тела были представлены разными предметами, такими как шарики из детского пистолета, кусочки тканей, камешки, кусочки бумаги, жевательная резинка, ушные палочки, вата, косточки фруктов и насекомые. Обращение за медицинской помощью было зарегистрировано в первые часы или в тот же день, в связи с чем инородное тело было удалено легко специальным крючком и зондом или промыванием. Во всех случаях инородные тела были извлечены специальными ушным крючком и промыванием уха. Больные предъявляли жалобы на снижение слуха, боли в ухе, чувство инородного тела, тяжесть в ухе и гнойные выделения из уха. В 35 случаях при обнаружении инородного тела родители или медработники в амбулаторных условиях безрезультатно пытались сами извлечь его, что приводило к травматизации целостности слухового прохода, которое создало трудности при удалении инородных тел специалистами. В 55 случаях инородные тела диагностировались случайно при обследовании больных, поступивших с жалобами на гнойные выделения и зловонный запах из уха.

Выводы. Инородные тела представляют одну из частых причин обращаемости детей в возрасте до 7 лет к лор врачам. Инородные тела необходимо удалять в экстренном порядке специальными атравматичными инструментами в специализированных медучреждениях. При длительном присутствии инородных тел в ухе могут развиваться осложненные гнойным выделением фурункулы слухового прохода, которые могут сопровождаться тугоухостью. В связи с вышеизложенным, необходимо повысить уровень санитарно - просветительной работы среди населения.

Махмудзода И.Х., Хомидзода И.Дж., Холзода Ш.И., Абдурахимзода Ш.Р.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМЫ НОСА И НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Республиканская клиническая больница Дангаринского района. Таджикистан.
Кафедра хирургических дисциплин №1 ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Дангара. Таджикистан.

Цель исследования. Оценить и изучить преимущество методов коррекции деформации носа и носовой перегородки в остром и отсроченном периоде травмы.

Материалы и методы исследования. в РКБ района Дангара находились на лечении 24 больных в период 2016-2022 гг. по поводу закрытых переломов костей носа и носовой перегородки. Им была проведена репозиция костей носа и носовой перегородки под местным и общим обезболиванием (9 женщин -37,5% и 16 мужчин - 62,5% в возрасте от 17 до 56 лет).

В 2016-2017гг. первой группе - 13 больным с травмами носа была проведена закрытая репозиция костных отломков и носовой перегородки под местным обезболиванием. Фиксация проведена только передней тампонадой полости носа, марлевыми мазевыми тампонами под местной анестезией.

В период 2017-2022гг. 11 больным с травмами наружного носа и носовой перегородки произведена репозиция костей носа и носовой перегородки под общим обезболиванием. Фиксация представлена передней тампонадой полости носа и иммобилизацией костей пирамиды носа с помощью гипсовой маски –лангеты.

Результаты исследования. Форма носа у всех пациентов при выписке была восстановлена. При контрольном осмотре через 6 месяцев пациентов первой группы котрым репозится костей носа проводилось в перве сутки после травмы, у 4-х больных (30,7%) отмечена вторичная девиация носовой перегородки. Степень деформации у 1 больного была незначительной, у 3-х - умеренной. У 3-х больных отмечались синехиии разной степени. Данное осложнение объясняется недостатками местной анестезии – отсутствие полного обезболивающего эффекта, беспокойство больного, кровотечение. Развивающийся травматический отек тканей приводит к вторичной деформации. Общее обезболивание у пациентов второй группы позволило произвести радикальную репозицию костей носа и носовой перегородки, придать правильную форму. Наложение гипсовой маски –лангеты предупреждает развитие отеков и вторичной деформации. Пациенты второй группы показали хорошие косметические и функциональные результаты при репозиции деформаций наружного носа и носовой перегородки в разные сроки- от двух недель до 2-х месяцев.

Выводы. Ранняя коррекция костных фрагментов наружного носа и носовой перегородки под общим обезболиванием и иммобилизация гипсовой маской - лангетой предупреждает развитие таких осложнений, как синехии носовой полости и девиация носовой перегородки. Таким образом, репозицию костей носа можно провести в остром и отсроченном периодах травмы до двух месяцев.

Махмудзода И.Х., Хомидзода И.Дж., Дадоджонов Ж.Ю., Холзода Ш.И.

ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Республиканская клиническая больница Дангаринского района. Таджикистан.
Кафедра хирургических дисциплин №2 ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Дангара. Таджикистан.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости патологических процессов носа и околоносовых пазух.

Материалы и методы исследования. В данном исследовании использованы сведения о 422 больных, которые обратились в РКБ Дангаринского района в период с января 2018 года по сентябрь 2023 года по поводу нарушения носового дыхания и других заболеваний носа. Возраст больных колебался от 7 до 52 лет, средний возраст составил 23,5 ± 4,7 лет. Среди зарегистрированных больных представители мужского пола составили 174 человек и женского пола – 248. При изучении КТ снимков выявлены следующие заболевания: искривление носовой перегородки в 390 случаях, гипертрофия нижних носовых раковин в 256 случаях, конхобулёза в 112 случаях, синуситы в 27 случаях, аденоидные разрастания в 17 случаях, поллинозы в 12 случаях, кисты и полипы пазух носа в 31 случаях, инородные тела гайморовой пазухи носа в 3 случаях. При изучении 405 снимков компьютерной томографии у 256 больных отмечалась гипертрофия нижних носовых раковин. В большинстве случаев гипертрофия нижних носовых раковин отмечалась с противоположной стороны от искривления носовой перегородки и костного шипа. Но следует упомянуть, что в 15 случаях отмечалась двухсторонняя гипертрофия нижних носовых раковин и в единичных (4) случаях со стороны искривления перегородки и костного шипа.

Результаты исследования. Всем больным под общим эндотрахеальным наркозом открытым доступом были проведены следующие операции: риносептопластика - в 319 случаях, открытая септопластика одновременно с устранением проблемы внутриносовых структур – в 86 случаях, конхэктомия при гипертрофии носовых раковин – в 108 случаях, вазотомия носовых раковин при наличии конхабулёза - в 112 случаях, латероконхопексия - в 148 случаях.

Выводы. Изучение результатов компьютерной томографии носа и околоносовых пазух позволяет выявить деформации наружного носа, носовой перегородки, а также патологии полости носа и околоносовых пазух. Результаты наблюдений показали, что одномоментное устранение искривления перегородки носа и внутриносовых структур улучшает носовое дыхание, ликвидирует функциональное нарушение и позволяет избежать осложнений.

Махсумов С.М., Ризоев Х.Х., Рабиев К.Р.

КОЖНО-ФАСЦИАЛЬНЫЙ ЛОСКУТ ГЕНИТАЛИЙ: УНИВЕРСАЛЬНАЯ ЗАМЕНА ПЕРЕДНЕЙ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ

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

Цель исследования. Оценке хирургической техники уретропластики, использующей кожный лоскут, взятый с генитальной области.

Материалы и методы. Данное исследование сосредоточено на оценке хирургической техники уретропластики, использующей кожный лоскут, взятый с генитальной области, и анализе первичных результатов данного метода лечения стриктур передней уретры. Основная цель исследования заключается в оценке эффективности, безопасности и частоты рецидивов при лечении сложных стриктур пенильной и бульбарной части уретры. Учитывая, что стриктуры уретры могут существенно ухудшать качество жизни пациентов, важно разработать и оценить методы, которые обеспечат наиболее успешное восстановление функциональности уретры. Исследование проводилось в нашем медицинском учреждении с января 2018 года по январь 2024 года и включало в себя 58 пациентов, которым была выполнена заместительная уретропластика с использованием кожного лоскута, взятого с дорсальной поверхности полового члена. Возраст пациентов варьировался от 14 до 75 лет, средний возраст составил 46 лет. Процедура осуществлялась

в соответствии с установленными протоколами, и после операции пациенты находились под наблюдением на протяжении в среднем 60 месяцев (в диапазоне от 6 до 120 месяцев).
Наблюдение включало регулярные визиты для физического осмотра, урофлоуметрии, анализ остаточной мочи и периодических уретрографических исследований, которые позволяли тщательно оценивать состояние уретры и выявлять возможные рецидивы стриктур. Также был собран анамнез пациентов для исключения факторов риска, которые могли повлиять на результаты лечения.

Результаты. Средняя длина стриктуры у пациентов составила 8,5 см (в диапазоне от 3 до 16 см), а средняя длина кожного лоскута, использованного для восстановления уретры, составила 6,4 см. Общий показатель успеха уретропластики составил 88%, что указывает на высокую эффективность применяемой методики. У 4 пациентов (5%) в течение первого года после операции были выявлены рецидивирующие стриктуры, которые были успешно устранены с помощью внутренней уретротомии.

На протяжении трехлетнего наблюдения рецидивы стриктур были обнаружены у 5 пациентов (7%), которые также были успешно устранены с применением минимально инвазивных методов. Наиболее частым послеоперационным осложнением был мочевой свищ, который наблюдался у нескольких пациентов. Однако большинство случаев разрешились с использованием консервативных методов лечения. Осложнения были минимизированы благодаря тщательному наблюдению и корректировке тактики лечения, что также подчеркивает важность последующего контроля за состоянием пациентов после операции.

Выводы. На основании проведенного исследования можно сделать вывод, что заместительная уретропластика с использованием кожного лоскута, взятого с полового члена, является безопасным и эффективным методом лечения сложных стриктур передней уретры. Данный подход особенно актуален при наличии стриктур большой длины, когда другие методы лечения могут оказаться неэффективными. Результаты нашего исследования позволяют рекомендовать эту методику для применения у пациентов с длительными и рецидивирующими стриктурами, подтверждая её целесообразность и высокую эффективность в клинической практике.

Мерининшоев О.А., Шарипов Дж.Т., Назаров Х.Ш.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино им. академика Курбонова К.М., ГУ Городской центр скорой медицинской помощи г. Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с перфоративными гастродуоденальными язвами.

Материал и методы исследования. В исследование включены данные о диагностике и лечении 120 больных с перфоративными гастродуоденальными язвами, находившихся на стационарном лечении в ГУ «Медицинский центр скорой помощи» (ГУ МЦ СП) города Душанбе в период с 2019 года по август 2024 года. Возраст пациентов варьировал от 18 до 72 лет. Среди них 23 (19,2%) женщины и 97 (80,8%) мужчин. Время поступления пациентов с момента перфорации до госпитализации составило от 1,5 до 48 часов. Преобладали пациенты с перфорацией передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки, что наблюдалось в 92 (76,7%) случаях. В 17 (14,2%) случаях перфоративное отверстие (ПО) локализовалось на передней стенке пилорической части желудка, в 7 (5,8%) случаях — в области тела желудка, в 3 (2,5%) — на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки и в 1 (0,8%) случае — на задней стенке пилорического отдела желудка. Размер ПО варьировал от 0,6 до 12 мм. В 42 (35%) случаях был диагностирован серозный перитонит, в 63 (52,5%) — серозно-фибринозный, и в 15 (12,5%) — фибринозно-гнойный перитонит.

В 27 (22,5%) случаях операция была выполнена традиционным (лапаротомным) методом, в 93 (77,5%) — миниинвазивным (видеолапароскопическим). В 3 (2,5%) случаях была проведена резекция желудка с наложением гастроэнтероанастомоза, в остальных 117 (97,5%) случаях выполнено ушивание перфоративного отверстия. Для диагностики и динамической оценки результатов лечения использовались общелабораторные и биохимические исследования крови и мочи, УЗИ органов брюшной полости, обзорная рентгенография грудной клетки и брюшной полости, а также фиброгастродуоденоскопия. По необходимости проводилось МРТ органов брюшной полости для выявления осложнений заболевания и сопутствующей патологии.

Результаты исследования. Показаниями для выполнения традиционного метода операции были: большой размер ПО (более 10 мм), наличие в анамнезе операций в верхнем этаже брюшной полости, выраженные инфильтративные процессы в области ПО, повышенный риск ятрогенного повреждения ближайших органов и наличие фибринозно-гнойного распространённого перитонита при лапароскопии. ПО ушивали Z-образным швом с использованием рассасывающихся нитей «Polysorb» (Auto Suture) или «Vicryl» (Ethicon) диаметром 2/0 и 3/0 с интракорпоральным формированием узлов, при этом прокол иглы выполнялся на расстоянии не менее 5 мм от края отверстия. При наличии ПО диаметром более 0,8 см и периульцерогенного инфильтрата свыше 10 мм (n=9), перфорация ушивалась с использованием пряди большого сальника на ножке по методу Оппеля-Поликарпова. Показанием для резекции желудка было сочетание перфорации с пилородуоденостенозом, выявленным во время операции.

Послеоперационные осложнения у больных, оперированных традиционным методом, наблюдались в 3 случаях: у одного пациента — нагноение послеоперационной раны, у другого — частичная несостоятельность шва, которая была устранена консервативным путем, и у третьего — несостоятельность швов с развитием перитонита, потребовавшего релапаротомии. У больных, оперированных миниинвазивным методом, осложнения включали нагноение троакарной раны (n=1) и частичную несостоятельность шва, которая также была устранена консервативным путем (n=1).

Летальный исход зафиксирован в 1 (0,8%) случае — пациент с продолжающимся вялотекущим послеоперационным перитонитом скончался от полиорганной недостаточности.

Выводы. Применение современных миниинвазивных технологий может быть методом выбора при лечении перфоративных гастродуоденальных язв, способствующим снижению частоты послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений. Однако правильный выбор метода операции, включая при необходимости традиционную лапаротомию, сохраняет свою ценность и улучшает результаты хирургического лечения данной патологии.

Меридиншоев О.А., Назаров Ш.К., Алимов С.У.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

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

Цель исследования. Определить возможности лапароскопического доступа в лечении ОСКН и профилактике ее рецидивирования.

Материалы и методы. В основе работы лежит клинический анализ результатов лечения 138 больных, оперированных в экстренном порядке с диагнозом ОСКН за период с 2005 по 2024 г. Основную группу, составили 71 пациента, в лечении которых, при отсутствии противопоказаний, использовались эндовидеохирургические методы (2015-2024 г.). В контрольную группу вошли 67 больных, оперированных стандартными методами в период с 2005 по 2015 г. Исследуемые группы сопоставимы по возрастным, гендерным показателям и общесоматическому фону.

В основной группе в качестве оперативного доступа, при отсутствии противопоказаний, избирался эндовидеохирургический. К таким противопоказаниям, наряду с общими факторами, мы относили перитонит и чрезмерное вздутие живота, исключающее возможность лапароскопических манипуляций в условиях ограниченного рабочего пространства. Установка оптического троакара осуществлялась открытым способом после предварительной эхолокации участков париетальной брюшины, свободных от СП. После ревизии брюшной полости принималось решение о возможности выполнении оперативного доступа лапарокопическим путем. Конверсия доступа осуществлялась при обнаружении распространенного спаечного процесса (наличие фиброзно-рубцовых сращений), необходимости резекции нежизнеспособной петли или интубации кишечника. При наличии единичных сращений или локального СП осуществлялся лапароскопический адгезиолизис.

Отдаленные результаты лечения оценивались по частоте рецидивирования ОСКН, требующей госпитализации или повторного оперативного вмешательства.

Результаты исследования. Из 71 пациентов основной группы диагностическая лапароскопия была выполнена 45 пациентам (63.4%), у 26 пациентов эндовидеохирургический доступ не выполнялся (36.6%). У 43 (60.6%) больных лапароскопия носила характер лечебной, в 18-и случаях (25.35%) осуществлена конверсия. При необходимости адгеолизис дополнялся обработкой брюшной полости противоспаечными средствами. Таким образом, лапароскопическая ликвидация ОСКН оказалась возможной у 60.6% больных, остальные пациенты основной и вся группа сравнения (67 больных) оперированы лапаротомным доступом.

Отдаленные результаты прослежены на глубину от 2 до 10 лет. Среди 71 пациентов основной группы рецидивы ОСКН, потребовавшие госпитализации, были зафиксированы у 17 пациентов (23.9%); 6 (8.4%) больных были повторно оперированы по поводу ОСКН. Из 67 больных группы контроля рецидивы ОСКН наблюдались у 35 человека (52.2%), повторно оперированы 18 (26.8%).

Выводы. Предшествующее оперативное вмешательство на органах брюшной полости не является противопоказанием к выполнению эндовидеохирургического доступа. Решение о возможности проведения лапароскопической операции принимается по результатам анализа клинических данных и интраоперационной ревизии. Применение лапароскопических технологий в лечении пациентов с ОСКН уменьшает частоту ее рецидивирования с 52.2% до 23.9%.

[1]МехмондустовС.Г., [2]ЭргашевМ.А., [3]Исмоилова С.С.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «БАУМЕ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

*[1]*Кафедра оториноларингологии ТГМУ им. АбуалиибниСино. Таджикистан
[2]ГУ «Национальный медицинский центр РТ»
[3]ГУ «Городской центр здоровья №7»

Цель исследования: Оценка эффективности и переносимости препарата «Бауме» в комплексном лечении хронического гнойного среднего отита у детей.

Материалы и методы. С 2022 по 2024 на кафедре оториноларингологии ТГМУ под нашим наблюдением находились n=55 детей с хронического гнойного среднего отита от 1 года до 14 лет. Среди них мальчиков было n=29 (52.7%) а девочек n=26 (47.3%).Уn=34 (61.8%) больных диагностирован двусторонний, у n=21 (39.2%) односторонний ХГСО. У 26 (47.3%) детей диагностирован хроническийгнойный средный отит в форме мезотимпанита, у 16 (29%) – эпитимпанита и у 13 (23.7%) детей в форме эпимезотимпанита. Давность заболевания варъировал от 2 до 10 лет. 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 «Бауме» было назначено пациентам основной группы на 2-4 день от начала заболевания. Препарат применялся по 3-5 капель 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, физиотерапии – УВЧ.

В основе комбинированных ушных капель «бауме» лежат антибиотики широкого спектра действия -хлорамфеникол (антибактериальный) и клотримазол (противогрибковый), а также кортикостероид – бетаметазон, что позволяет её назначить для лечения ХГСО сочетанных с отомикозами.

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 количества и характера отделяемого, данные исследования слуха и анализов крови). Больные и их родители отмечали хорошую переносимость препарата фарфолекс, ни в одном случае аллергических реакцийне было.

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.

Выводы. Таким образом, ушные капли «Бауме» 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.

[1]Мехмондустов С.Г., [2]Ахунова З.А., [3]Эргашев М.А.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА СОЧЕТАННОГО С ОСТРЫМРИНОСИНУСИТОМ

[1]Кафедра оториноларингологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан
[2]ГОУ «Республиканский медицинский колледж»
[3]ГУ Национальный медицинский центр РТ «Шифобахш»

Цель исследования - изучить эффективность комбинированного топического ГКС в сочетании с антибиотиками Неладекс-НС и H_1 блокатора Левосетила 5 мг при лечении аллергического ринита, сочетанного с острым риносинуситом.

Материалы и методы. В исследование было включено 43 больных с сезонным и круглогодичным АР в сочетании с острым риносинуситом в возрасте от 17 до 49 лет. У 29 пациентов был диагностирован сезонный аллергический ринит (САР) в сочетани, у 14 – круглогодичный (КАР). Пациенты с АР жаловались на головные боли, чихание, зуд в носу, заложенность носа и обильные слизисто-гнойные выделения из носа.

Комбинированная терапия со спреем Неладекс НС и Левосетилом назначалась в период обострения АР. Неладекс-НС назначали по 1 ингаляции в каждый носовой ход 4 раза в сутки. Левосетил 5мг применяли по 1 таблетке 1 раз в день в течение 10 дней.

Результаты исследования. Результаты лечения оценивались по динамике клинических признаков заболевания - жалобы больных, риноскопическая картина и результаты функционального исследования.Выраженность симптомов САР и КАР существенно уменьшилась в течение второй недели от начала лечения. После завершения курса лечения интенсивность симптомов САР снизились в среднем в 3 раза, КАР в 2 раза. При оценке клинических признаков в динамике было отмечено исчезновение зуда в носу, чихания, ринореи у большинства наблюдаемых пациентов с САР и несколько меньше у больных с КАР. В ходе лечения у 13,8% больных с САР и у 21,4% - с КАР сохранялась умеренная заложенность носа, которая не причиняла им значительного беспокойства. С помощью ринопневмотахометрии было обнаружено улучшение назальной проходимости у большинства пациентов с САР (86,2%) и с КАР (78,6%). Наблюдалось улучшение обоняния. Заметно активнее стала двигательная активность ресничек мерцательного эпителия. Исследование РН убедительно показало снижение щелочности носового секрета. Отмечался положительный сдвиг в картине цитологического пейзажа у больных. Нормализовался цвет слизистой оболочки носа. Исчезал или уменьшался отёк носовых раковин.

Выводы. Таким образом, включение в лечении аллергического ринитасочетанного с бактериальным риносинуситоминтраназального ГКС спрея Неладекс-НС в комбинации с Левосетилом ускоряет регресс клинических симптомов аллергического ринитаи сокращает сроки лечения. Данное лечение можно широко применять в клинической практике.

[1]Мехмондустов С.Г., [2]Худойдодов Ё.Б., [3]Ахунова З.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАНДАРТНЫХ НОСОВЫХ ТАМПОНОВ ПРИ ВАЗОТОМИИ НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН

[1]Кафедра оториноларингологии ГОУ «ТГМУ имени АбуалиибниСино». Таджикистан
[2]ГУ «Национальный медицинский центр РТ Шифобахш»
[3]ГОУ «Республиканский медицинский колледж»

Цель исследования - оценить эффективность стандартных губчатых тампонов при вазотомии нижних носовых раковин у больных с хроническим гипертрофическим ринитом (ХГР).

Материалы и методы. С периода 2023 по 2024г под нашим наблюдением находились 62 больных с ХГР в возрасте от 28 до 59 лет. Мужчин было-38 (61%), женщин-24 (39%). Всем больным проводили оториноларингологическое обследование, рентгенографию околоносовых пазух с целью исключения патологии последних и лабораторные методы исследования. При передней риноскопии у 39 (63%) больных наблюдали – двусторонний ХГР, а у 23 (37%)–

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 56 (90.3%) больных длительное время регулярно пользовались сосудосуживающими каплями.

Результаты исследования. Всем больным после проведения операции вазотомии нижних носовых раковин 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 57 (91.6%) больных после удаления тампонов кровотечения из носа отмечено не было.

Выводы. Таким образом, использование стандартных губчатых тампонов с трубкой для дыхания после операции вазотомии нижних носовых раковин, обеспечивает эффективную остановку кровотечения и сохраняет носовое дыхание больному, что предотвращает развитие дискомфорта, нарушения сна и головных болей вследствие гипоксии мозга.

Мираков Р.С., Садулоев А.М, Набиев Б.И.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ УРОВНЕМ ВИТАМИНА D И РАЗВИТИЕМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

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

Цель исследования. Целью данного исследования является изучение взаимосвязи между дефицитом витамина D и развитием доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) у мужчин старшего возраста. Понимание этой связи может способствовать более эффективной профилактике и лечению данного заболевания за счет возможной коррекции уровня витамина D.

Материал и методы. Для проведения исследования были отобраны 150 мужчин в возрасте от 55 до 75 лет, которым был установлен диагноз ДГПЖ. Контрольную группу составили 100 мужчин аналогичного возраста без признаков гиперплазии. Все участники исследования прошли клиническое обследование, включающее:

1. Анализ крови на уровень витамина D (25-гидроксивитамин D).
2. Ультразвуковое исследование предстательной железы.
3. Оценка симптомов заболевания с использованием Международного индекса симптомов предстательной железы (IPSS).
4. Сбор анамнестических данных, включая информацию о факторах риска (курение, индекс массы тела, уровень физической активности).

Данные анализировались с использованием методов корреляционного анализа и регрессионного моделирования для выявления возможных зависимостей между дефицитом витамина D и степенью увеличения простаты.

Результаты исследования. Результаты показали, что средний уровень витамина D в группе мужчин с ДГПЖ был статистически значимо ниже ($p<0,05$) по сравнению с контрольной группой. Кроме того, у пациентов с более выраженными симптомами заболевания (по шкале IPSS) наблюдался более выраженный дефицит витамина D. Корреляционный анализ показал умеренную обратную связь между уровнем витамина D и объемом предстательной железы ($r=-0,35$). В регрессионной модели дефицит витамина D был выделен как независимый фактор риска развития ДГПЖ, наряду с возрастом и индексом массы тела.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о наличии взаимосвязи между низким уровнем витамина D и развитием доброкачественной гиперплазии предстательной железы у мужчин старшего возраста. Результаты исследования могут указывать на целесообразность добавления витамина D в программы профилактики и лечения ДГПЖ. В дальнейшем требуется проведение более масштабных и длительных исследований для подтверждения выявленных связей и изучения потенциальных механизмов влияния витамина D на патогенез заболевания.

[1]Мираков Р.С., [1]Мухаббатов Х.Дж., [2]Набиев Б.И.

МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОБСТРУКЦИИ ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ АДЕНОМЭКТОМИИ

[1]Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
[2]ГУ «Научно-клинический центр урологии». Таджикистан.

Цель исследования. Повысить эффективность лечения пациентов с аденомой предстательной железы. Разработать методы профилактики обструкции выходного отдела мочевого пузыря (ОВОМП) после аденомэктомии (АЭ).

Материалы исследования. Проанализированы результаты АЭ у 265 больных, находившихся на лечении в урологической клинике ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии» с 2020 по 2023 гг. Средний возраст пациентов был 65±3 лет. 168 пациентам операция АЭ выполнялась одномоментно с глухим швом мочевого пузыря (МП) и гемостазом ложа аденомы съёмными лигатурами по методике Гельфера-Блатного-Ситдыкова. Гемостаз шейки мочевого пузыря поперечными швами по Гаррис-Гринчак осуществлён у 6 пациентов. Второй этап АЭ у 51 пациента

с эпицистостомой выполнен с восьмиобразным отсроченным глухим швом мочевого пузыря (13) и гемостазом съёмными лигатурами и у 11 с первичным глухим швом МП. 27 больным был осуществлён гемостаз методом тампонады и выполнен отсроченный восьмиобразный шов мочевого пузыря, который был затянут после удаления надлобкового дренажа на четвертые сутки после операции.

Результаты исследования и их обсуждение. С целью профилактики воспалительных и обструктивных осложнений в послеоперационном периоде нами использовался метод вазостомии с дренированием семявыносящего протока (СВП) и введением антибактериальных препаратов в «ложе» удалённой аденомы предстательной железы (АПЖ). Эффективность методики оценивали путём сравнения двух групп пациентов, по частоте возникновения воспалительных осложнений с дренированием СВП и без дренирования, которым АЭ выполнена с глухим швом мочевого пузыря. При дренировании СВП воспалительных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде не наблюдалось, что, по нашим данным, способствует профилактике обструктивных осложнений после АЭ. Поздние осложнения в виде склероза шейки мочевого пузыря после гемостаза по Гаррис-Гринчак (поперечными швами) диагностированы у 75% оперированных. Анализ нашего клинического материала показал, что стриктура простатического отдела уретры после АЭ возникает в связи с вытягиванием (тракцией) и отрывом простатической части уретры в процессе выделения (вылущивания) аденоматозных узлов, или в связи с пересечением АПЖ дистальнее апикальной зоны. Стриктура простатического отдела уретры у 8,3% пациентов. Анализ клинического материала (данные морфологических, ренгенорадиологических и эндоскопических исследований) подтвердил, что причиной стриктуры уретры является травматический интраоперационный отрыв простатического отдела уретры в зоне семенного бугорка. С целью предупреждения повреждения уретры при энуклеации АПЖ, для профилактики стеноза пузырно-уретрального сегмента нами предлагается метод трансуретральной резекции (ТУР) простатического отдела уретры проксимальнее зоны семенного бугорка до АЭ. Ретроспективный анализ показал, что у 16 пациента, с применением данного метода предоперационной ТУР осложнений в виде ОВОМП не диагностировано.

Выводы. Таким образом, разработанный метод профилактики ОВОМП после АЭ, заключающийся в дренировании СВП и эндоскопической ТУР, является высокоэффективным, а гемостаз ложа аденомы съёмными лигатурами с глухим швом МП обеспечивает профилактику обструктивных осложнений области пузырно-уретрального сегмента.

Мирахмедова П.К., Останаева П.М., Юлдашева С.А.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ TELEGRAM-БОТА ДЛЯ ОТСЛЕЖИВАНИЯ ДИНАМИКИ РАЗРЕШЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ УВЕИТЕ

ООО “Чаррохии чашм Нигох”
Кафедра офтальмологии ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”. Таджикистан

Цель исследования. Оценить сравнительную эффективность применения Telegram – бота для отслеживания динамики разрешения воспалительного процесса при увеите.

Материалы и методы. Для исследования в течение 4 визитов пациенту с увеитом разной степени активности по классификации SUN было выполнено 12 снимков в виде радиальных и линейных срезов в режиме AC-OCT на томографе “SOCT Copernicus REVO 60” (OPTOPOL Technology, Poland). Снимки высокого качества с разрешением 1566 x 956 сохранялись в идентичном формате, с одинаковым контрастом и небольшим разбросом в степени яркости (от -10 до 4), на которых были различимы клетки воспаления. Эти снимки загружались в специально разработанное программное обеспечение (Telegram-бот) для автоматического подсчёта клеток воспаления. В качестве контроля этому же пациенту в каждое посещение проводилось офтальмологическое обследование, включавшее определение остроты зрения с коррекцией, пневмотонометрию и тонометрию по Гольдману, биомикроскопию на щелевом микроскопе SL-9800 (CSO, Italy) с определением активности воспаления в передней камере по классификации SUN, осмотр глазного дна в состоянии медикаментозного мидриаза при помощи линз силой 60,78,90 D (Volk, USA).

Статистическая обработка производилась при помощи программы Excel (Microsoft Office, Microsoft Inc., USA) и Chat GPT4. Корреляция рассчитывалась с использованием коэффициента корреляции Пирсона, который измеряет линейную зависимость между двумя переменными.

Результаты исследования. Проведение сравнительного анализа снимков при помощи Telegram - бота и количества обнаруженных видимых клеток в передней камере через центральную часть роговицы в луче щелевой лампы размером 1 × 1 мм (т.е. установленной стадии увеита по критериям номенклатуры SUN) в разные периоды активности воспалительного процесса продемонстрировало наличие умеренной с тенденцией к усилению положительной корреляции ($r \cong 0.7$).

Выводы. Telegram-бот является достаточно точным, бесплатным и доступным инструментом и может применяться для отслеживания динамики разрешения воспалительного процесса при увеите.

Миргозиев М.К., Мавлонов Ф.Б., Зокиров Р.А.

ЭТИОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА МАЛОГО ПО РАЗМЕРУ ПЕЧЕНОЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Кафедра общей хирургии № 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Национальный научный центр трансплантации органов и тканей Министерства здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан

Цель исследования. Исследовать основные этиологические факторы, способствующие развитию синдрома малого по размеру трансплантата, и разработать эффективные хирургические методы профилактики и лечения СМПТ у пациентов, получивших печень от живого донора.

Методы. В исследовании приняли участие 158 пациентов, которым была выполнена трансплантация печени от живого донора. Пациенты были разделены на ретроспективную, проспективную и контрольную группы. Оценивались параметры, такие как индекс массы трансплантата (GRWR), объем трансплантата, уровень портального венозного давления, показатели биохимии крови, частота осложнений и продолжительность госпитализации. Особое внимание уделялось методам модуляции портального кровотока: лигированию селезеночной артерии, созданию портокавальных шунтов и использованию медикаментозной коррекции кровотока.

Результаты. Анализ данных показал, что частота развития синдрома малого по размеру трансплантата составила 20,9% среди всех пациентов. У пациентов с СМПТ отмечены более высокие значения портального давления (более 20 мм рт. ст.) и более низкие показатели индекса GRWR (менее 0.8%). Это связано с недостаточным объемом трансплантата для поддержания адекватного функционирования печени. В результате пациенты с СМПТ имели повышенный риск развития осложнений, таких как:

Инфекционные осложнения — 45% пациентов с СМПТ против 30% в группе без СМПТ; Тромбозы сосудов — 35% против 20%; Печеночная недостаточность — 35% против 20%.

Применение метода лигирования селезеночной артерии привело к значительному снижению портального давления (до 15 мм рт. ст.), что позволило улучшить перфузию трансплантата и снизить частоту осложнений. У пациентов, которым была выполнена модуляция кровотока путем создания портокавального шунта, частота осложнений снизилась на 15%, а показатели биохимических маркеров (билирубин, АСТ, АЛТ) нормализовались на 3-5 день после операции. Дополнительно был проведен анализ уровня билирубина и других биохимических маркеров у пациентов с СМПТ. У 70% пациентов уровень билирубина превышал 10 мг/дл на 7-й день после трансплантации, что свидетельствовало о недостаточной функции трансплантата. У пациентов, получивших трансплантаты с индексом GRWR менее 0.8%, наблюдались более частые эпизоды асцита и нарушения свертываемости крови. Проведенные интраоперационные ультразвуковые исследования показали, что у пациентов с СМПТ значительно повышен портальный кровоток (более 250 мл/мин/100 г), что также подтверждает важность контроля кровотока для предотвращения этого осложнения.

Выводы. Применение методов модуляции портального кровотока, таких как лигирование селезеночной артерии и создание портокавальных шунтов, позволяет значительно снизить риск развития синдрома малого по размеру трансплантата. Эти методы эффективно нормализуют кровоток в печени, снижают частоту послеоперационных осложнений и улучшают функциональные показатели трансплантата. Разработка и внедрение таких методик имеет важное значение для улучшения результатов трансплантации печени, особенно у пациентов с высоким риском СМПТ.

Миргозиев М.М., Мавлонов Ф.Б., Зокиров Р.А.

МОДУЛЯЦИЯ ПОРТАЛЬНОГО КРОВОТОКА КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА МАЛОГО ПО РАЗМЕРУ ПЕЧЕНОЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Кафедра общей хирургии № 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Национальный научный центр трансплантации органов и тканей Министерства здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан

Цель исследования. Оценка эффективности методов модуляции портального кровотока, таких как лигирование селезеночной артерии и создание портокавальных шунтов, для профилактики СМПТ у пациентов, получивших трансплантат печени от живого донора.

Методы. В исследовании участвовали 158 пациентов, которым была проведена трансплантация печени от живого донора. Пациенты были разделены на три группы в зависимости от метода модуляции портального кровотока: лигирование селезеночной артерии (группа 1), создание портокавальных шунтов (группа 2), а также контрольная группа (группа 3), где модуляция кровотока не проводилась. Оценивались показатели портального давления до и после модуляции, уровень биохимических маркеров (билирубин, АСТ, АЛТ), частота осложнений и результаты выживаемости.

Результаты. Модуляция портального кровотока оказалась эффективной в снижении частоты осложнений и улучшении функциональных показателей трансплантата. В группе 1 (лигирование селезеночной артерии) наблюдалось снижение портального давления с 22 мм рт. ст. до 14 мм рт. ст., что способствовало значительному улучшению перфузии трансплантата. Уровень билирубина снизился до 8 мг/дл на 5-й день после операции, что свидетельствует о восстановлении функции трансплантата. Частота осложнений (асцит, коагулопатия, тромбозы) снизилась на 25% по сравнению с контрольной группой.

В группе 2 (портокавальные шунты) также наблюдалось снижение портального давления до 13 мм рт. ст. У 90% пациентов нормализовались биохимические показатели к 7-му дню после трансплантации. Частота осложнений в этой группе снизилась на 30% по сравнению с контрольной группой. Выживаемость пациентов через 1 год составила 85% по сравнению с 65% в контрольной группе. В контрольной группе (без модуляции портального кровотока) частота осложнений была выше: асцит наблюдался у 45% пациентов, тромбозы — у 35%, а уровень билирубина оставался высоким (более 10 мг/дл) на 7-й день после трансплантации.

Выводы. Модуляция портального кровотока, включая лигирование селезеночной артерии и создание портокавальных шунтов, является эффективным методом профилактики синдрома малого по размеру трансплантата. Эти методы позволяют значительно снизить портальное давление, улучшить перфузию трансплантата и сократить частоту послеоперационных осложнений. Таким образом, применение данных методик должно быть рассмотрено в качестве стандарта при трансплантации печени от живого донора для улучшения исходов и повышения выживаемости пациентов.

Миргозиев М.М., Мавлонов Ф.Б., Зокиров Р.А.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КРИТЕРИЕВ ПОДБОРА РАЗМЕРА ПЕЧЕНОЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МАЛОГО ПО РАЗМЕРУ ТРАНСПЛАНТАТА

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Кафедра общей хирургии № 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Национальный научный центр трансплантации органов и тканей Министерства здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан

Цель исследования. Улучшение результатов трансплантации печени путем профилактики синдрома малого по размеру трансплантата от живого родственного донора.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 158 пациентов, которым была проведена родственная трансплантация печени. Пациенты распределены на три группы: ретроспективную (65 пациентов), проспективную (63 пациента) и контрольную (30 пациентов). Анализ проводился по таким показателям, как индекс массы трансплантата, уровень биохимических маркеров (АСТ, АЛТ, билирубин), портальное давление, а также по частоте осложнений и уровню выживаемости. Проводился расчет индекса массы трансплантата (GRWR), а также оценка предоперационных факторов риска, включая уровень сывороточного АСТ и ИМТ.

Результаты. Частота синдрома малого по размеру трансплантата (СМПТ) составила 20,9% среди всех пациентов. Пациенты с СМПТ имели более высокий индекс массы тела (ИМТ), более низкий индекс массы трансплантата (GRWR), а также более высокие уровни АСТ и MELD. Среднее портальное давление у пациентов с СМПТ было значительно выше, чем у пациентов без синдрома ($p<0.001$). Среднее артериальное давление у пациентов с СМПТ также оказалось ниже, а продолжительность операции была длиннее. Пациенты с СМПТ имели более высокий риск послеоперационных осложнений, таких как инфекционные осложнения (30% против 45%), кровотечения (25% против 40%), тромбозы (20% против 35%), отторжение трансплантата (15% против 30%) и печеночная недостаточность (20% против 35%) в проспективной группе по сравнению с ретроспективной. Выживаемость пациентов также была выше в проспективной группе. Через 1 год выживаемость в группе высокого риска составила 55% в проспективной группе по сравнению с 50% в ретроспективной группе, а через 2 года — 50% против 45% соответственно.

Выводы. Комплексный подход к подбору размера трансплантата, включающий учет индекса массы тела (ИМТ), уровня биохимических маркеров и портальной гемодинамики, позволяет значительно снизить риск развития синдрома малого по размеру трансплантата и улучшить выживаемость пациентов после трансплантации печени.

Миргозиев М.М., Мавлонов Ф.Б., Зокиров Р.А.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА МАЛОГО ПО РАЗМЕРУ ТРАНСПЛАНТАТА

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Кафедра общей хирургии № 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Национальный научный центр трансплантации органов и тканей Министерства здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан

Актуальность. Синдром малого по размеру трансплантата (СМПТ) является одним из самых серьезных осложнений при трансплантации печени, особенно при использовании трансплантатов от живого донора. Этот синдром развивается, когда размер трансплантата не соответствует метаболическим потребностям реципиента, что может привести к печеночной недостаточности, портальной гипертензии и другим осложнениям. Основной причиной развития СМПТ является недостаточная масса трансплантата относительно массы тела реципиента (индекс GRWR < 0.8%). Хирургические методы играют ключевую роль в профилактике и лечении этого синдрома, направленные на уменьшение портального давления и улучшение венозного оттока.

Цель исследования.Оценить эффективность различных хирургических методов для профилактики синдрома малого по размеру трансплантата, таких как лигирование селезеночной артерии, создание портокавальных шунтов и реконструкция венозного оттока печени.

Методы. В исследовании участвовали 158 пациентов, которым была проведена трансплантация печени от живого донора. В ходе операции применялись следующие хирургические методы: Лигирование селезеночной артерии (группа 1): метод направлен на снижение притока крови в портальную вену, что уменьшает портальное давление и улучшает перфузию печени. Создание портокавальных шунтов (группа 2): этот метод позволяет перераспределить кровоток от портальной вены к нижней полой вене, снижая давление на трансплантат. Реконструкция венозного оттока печени (группа 3): включает создание анастомозов для обеспечения адекватного венозного оттока из трансплантата и предотвращения застоя крови. Оценивались показатели портального давления до и после операции, частота осложнений (асцит, коагулопатия, тромбозы), а также биохимические показатели (билирубин, АСТ, АЛТ) и выживаемость пациентов.

Результаты. Применение хирургических методов профилактики синдрома малого по размеру трансплантата показало высокую эффективность в снижении риска осложнений и улучшении функциональных показателей трансплантата. В группе 1 (лигирование селезеночной артерии) портальное давление снизилось с 22 мм рт. ст. до 14 мм рт. ст., что способствовало уменьшению частоты асцита (до 20%) и нормализации уровня билирубина на 5-й день после операции. В группе 2 (портокавальные шунты) портальное давление снизилось до 13 мм рт. ст., частота осложнений, связанных с коагулопатией и тромбозами, уменьшилась на 30%, а уровень билирубина нормализовался на 7-й день. Пациенты этой группы продемонстрировали лучшие результаты выживаемости через 1 год (85%). В группе 3 (рекон-

струкция венозного оттока) наблюдались улучшенные показатели венозного дренажа, что позволило значительно снизить риск развития застоя крови в трансплантате и связанных с этим осложнений. Частота тромбозов снизилась до 10%, а уровень АЛТ и АСТ пришел в норму на 3-5 день.

Выводы. Хирургические методы профилактики синдрома малого по размеру трансплантата, такие как лигирование селезеночной артерии, создание портокавальных шунтов и реконструкция венозного оттока, показали высокую эффективность в снижении портального давления, улучшении перфузии трансплантата и уменьшении частоты послеоперационных осложнений.

Мирзоева Г.Б., Нурзода З.М., Сирочов Д.Н., Гулзода М.К.

ПРИМЕНЕНИЕ КРЕМА ПРОКТОГЛИВЕНОЛ (PROCTO-GLIVENOL) В КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Кафедра общей хирургии №1 им. Каххарова А.Н. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования: рассмотрение возможностей улучшения результатов консервативного лечения больных хроническим геморроем путем применения крема проктогливенол.

Материал и методы исследования: рассмотрены результаты клинического и функционального обследования и лечения 58 больных с хроническим геморроем, у которых в качестве основного компонента схемы лечения применяли крем Проктогливенол, ежедневно 2 раза в сутки, в течение 7-14 суток. В совокупности использован традиционный комплекс консервативной терапии хронического геморроя с применением препаратов для нормализации деятельности ЖКТ, с целью устранения запоров, спазмолитиков, препаратов, улучшающих микроциркуляцию, венотоников, противовоспалительных средств в виде мазей.

Результаты исследования: Результаты лечения наблюдались в течение 6 месяцев, при этом у 45 больных эффект от лечения был стойким, жалоб пациенты не предъявляли. В 8 случаях после консервативного лечения, через 3 месяца после лечения, отмечался рецидив заболевания, при этом симптомы были менее выражены. Остальные 5 больных, спустя 6 месяцев от первого консервативного лечения пошли на оперативное лечение. Анализ лечения больных показал, что успех лечения зависит от длительности заболевания, сопутствующих заболеваний. Данный препарат обладает широким спектром действия, такими как уменьшение застойных явлений в венозном отделе микроциркуляторного русла, снижение проницаемости сосудистой стенки вен, а также действует как антагонист с брадикинином, серотонином и гистамином. Блокирует диапедез форменных элементов крови, плазмы во внеклеточное пространство, поэтому его эффект говорит о выборе препарата в пользу его применения,

Выводы: Применение предлагаемой схемы консервативного лечения позволяет достичь ремиссии приблизительно в 77,58 % наблюдений.

Мирзоева Г.Б., Нурзода З.М., Гулзода М.К.

ВЛИЯНИЕ ДОНАТОРА ОКСИДА АЗОТА НА ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ОЖИРЕНИЕМ

Кафедра общей хирургии №1 им. Каххарова А.Н. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования: улучшение результатов консервативного и хирургического лечения больных геморроем с ожирением, путем применения донатора оксида азота.

Материал и методы исследования: в последние годы особое место отводится проблемам ожирения и метаболического синдрома, так как число страдающих ожирением достигает эпидемиологических масштабов и встречается во всех возрастных категориях. За 2023-2024 гг. в «Колопроктологическом хозрасчетном центре» г.Душанбе было прооперировано 530 больных с хроническим геморроем. Из них 83 имело ожирение (ИМТ ≥30) (15,6 %). Ожирение 1-ой степени 43 (8,1 %), 2-ой степени 29 (7,3 %), 3-ей степени 11 (2,0%). Больных с морбидным ожирением не было. Из них с ожирением 45 пациентов (54,2 %) составляли женщины и 38 (45,7%) мужчины. Возраст респондентов составлял от 16 до 75 лет.

Результаты исследования: больным с диагнозом хронический геморрой и сопутствующее заболевание ожирение, к основному лечению применяли донатор оксида азота (Тивортин) 100,0 × 1 раз внутривенно, 3-5 суток. Больные, которые применяли донатор оксида азота быстрее активизировались и реабилитировались, по сравнению с традиционным лечением.

Выводы: применение донатора оксида азота (Тивортин) патогенетически обоснованно для лечения больных как с геморроидальной болезнью, так и с ожирением, так как обладает ангиопротекторным действием, а, следовательно, благополучно воздействует на организм в целом, ускоряя сроки восстановления пациента.

Мирзоева М.Б., [1]Вафоева Н.В [1]., Исхокова Ш.М.[2]

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКА ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИУ БЕРЕМЕННЫХ С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ АНАМНЕЗОМ

Кафедра акушерство и гинекологии №1, ГОУ «ТГМУ» им. Абуали ибни Сино[1]
ГУ «Городской медицинский центр№1» им. Ахмеда Карим[2]

Целью настоящей работы явилась оптимизация диагностики герпес вирусной инфекции у беременных с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом в динамике беременности и поиск адекватных средств медикаментозной коррекции в целях профилактики развития у них внутриутробной инфекции, начиная со второго триместра беременности.

Материал и методы. Было обследовано 74 беременных женщин: 49 первородящих и 25 повторнородящих. Возраст пациенток составил от 20 до 41 года. Все женщины были с ОАГА. Исследование проводилось в динамике, начиная с 16-24 недель беременности.

При обследовании пациенток были применены вирусологический, молекулярно-биологические (ПЦР) и серологические (ИФА) методы. В качестве клинического материала у беременных женщин были изучены кровь и урогенитальные соскобы. О вирусной нагрузке в различных клинических материалах судили по количеству ДНК ВПГ, которую определяли методом ПЦР. Для оценки параметров гуморального ответа исследовали сыворотки крови ИФА на наличие специфических анти-ВПГ антител (АТ) классов IgM и IgG. Определяли также активность антител, которую выражали в титрах, и авидностьIgG-АТ, о которой судили по индексу авидности (ИА).

Результаты и обсуждение. Среди обследованных беременных отмечалась высокая инфицированность: у 43/74 (58%) женщин была выявлена та или иная урогенитальная инфекция (УГИ) вирусной или бактериальной этиологии. При подробном изучении анамнеза было обнаружено, что смешанная урогенитальная инфекция была выявлена у 21/74 (28%) беременных женщин. В структуру инфицирования входил целый спектр возбудителей УГИ: ureaplasmaurealiticum, micoplasmahominis, toxoplasmagondii, gardnerellavaginalis, chlamidiatrahomatis, candidaalbicans, humanpapillomavirus. У 22/74 (30%) беременных женщин был обнаружен единственный возбудитель УГИ: ureaplasmaurealiticum – у 15 (20,4%), micoplasmahominis – у 4 (5,4%). При этом жалоб пациентки не предъявляли и клинических признаков инфекции не отмечено. Gardnerellavaginalis обнаружена у 3 (4,2%).На первом этапе обследования женщин был проведен сравнительный анализ частоты выявления прямых маркеров ВПГ (инфекционной активности вируса и ДНК ВПГ). Пациентку считали инфицированной, если маркер вируса был обнаружен хотя бы в одном изученном клиническом материале. В течение всего периода обследования у 18/74 (24,3%) беременных были выявлены маркеры ВПГ. Ни у одной из этих женщин во время обследования не было обнаружено каких-либо клинических проявлений генитального герпеса. При этом ДНК ВПГ была обнаружена у 18/74 (24,3%) беременных, инфекционный вирус был обнаружен у 3 (4%) женщин. Различия в частоте выявления ДНК ВПГ по сравнению с инфекционно-активным вирусом были статистически значимыми с высокими титрами (1:320). Из числа обследованных беременных IgG-т АТ не были обнаружены у двоих, что указывает на первичное инфицирование. Изменение концентрации IgG- АТ или выявление АТ с высокими титрами в сыворотках крови при исследовании в динамике сопровождалось выявлением прямых маркеров ВПГ в течение всего обследования у троих беременных. У одной беременной IgG- АТ так и не были обнаружены, несмотря на выявление маркеров ВПГ в течение всего исследования.

Выводы. Таким образом, оптимизация диагностики герпесвирусной инфекции у беременных с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом во время гестации и поиск адекватных средств медикаментозной коррекции в целях профилактики развития у них внутриутробной инфекции, начиная со второго триместра беременности применение противовирусную терапию, имеет медико-социальную значимость в результате положительного воздействия антенатальной иммунокоррекции на формирование иммунитета плода и новорожденного.

Мирзоева М.Б.[1], Ашурова Н.М.[1], Киличева Г.Н.[2]

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПРИ ГЕРПЕМВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОК С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Кафедра акушерство и гинекологии №1, ГОУ «ТГМУ» им. Абуали ибни Сино[1]
ГУ «Городской медицинский центр №1» им. Ахмеда Карим[2]

Цель исследования. Изучить гормональный статус беременных женщин с неразвивающейся беременностью на фоне гермес вирусной ифекции.

Материал и методы исследования. Гормональный статус организма оценивался путем определения в сыворотке крови - эстрадиола, прогестерона, пролактина, плацентарного лактогена (ПЛ), хорионического гонадотропина (ХГ).

Результаты исследований и их обсуждение. После аборта по поводу неразвивающейся беременности 37 женщинам через 2-3 месяца послеабортного периода были проведены эндокринные исследования, которые показали, что у 17 (45,9%) больных выявлена гиперпролактинемия и у 9 (24,3%) – гиперандрогения. У более половины обследованных – 59,9% установлены нарушения уровня гормонов щитовидной железы, при этом у большинства – 68,2% (15 жен.) – в виде гипотиреоза и у трети из них – 31,8% (7 чел.) – гипертиреоз. При гиперпролактинемии в крови небеременных женщин с наличием в анамнезе неразвивающейся беременности отмечен широкий диапазон колебаний концентрации пролактина в пределах от 20,7 до 74,7 мкг/л.Средняя величина содержания пролактина в I фолликулиновую фазу менструального цикла составила 38,3±3,3 мкг/л, которая почти не отличалась от среднего значения этого гормона во II половину фазы – 37,2±3,2 мкг/л ($p<0,05$). Однако, по сравнению с аналогичными показателями здоровых женщин контрольной группы, разница оказалась значительной и достоверной ($p<0,001$).

При гиперпролактинемии на протяжении цикла содержание эстрадиола в крови претерпевает особые изменения. В фолликулиновой фазе среднее значение эстрадиола достоверно превышает в 3,3 раза контрольную норму, составляя 0,30±0,05 нмоль/л, а во вторую фазу в 2,2 раза – 0,27±0,03 нмоль/л, при этом его уровень почти не изменяется в зависимости от фаз менструального цикла ($p>0,05$). Заслуживает внимания динамика изменения концентрации прогестерона в крови больных женщин с гиперпролактинемией. В первой половине цикла концентрация прогестерона мало отличается от контрольной нормы. В лютеиновой фазе содержание гормона в крови больных женщин повышается в среднем более чем в 3,9 раз и доходит до 4,3±2,2 нмоль/л. Этот своевременно появившийся максимум прогестерона заметно отличается от высокого пика у здоровых женщин, который сопровождается достоверным повышением прогестерона в среднем до 24,6±2,0 нмоль/л.

Снижение содержания прогестерона у больных с гиперпролактинемией в 5,7 раз от контрольного значения указывает на развитие у них недостаточности лютеиновой фазы.

Динамика содержания в крови эстрадиола и прогестерона в цикле позволяет считать, что повышенные уровни пролактина тормозят нормальное развитие фолликула с развитием неполноценного желтого тела, которое неспособно секретировать достаточное количество прогестерона.

Выводы. При гиперпролактинемии выявлены характерные особенности изменения стероидных гормонов в виде достоверного повышения концентрации эстрадиола в первую и вторую половину и снижения прогестерона в лютеиновую фазу менструального цикла.

Как было отмечено, у 24,3% обследованных женщин при гормональном исследовании была выявлена гиперандрогения. При этом отмечалось повышение концентрации тестостерона в крови до 8,8±1,5 нмоль/л, при амплитуде колебаний от 5,1 до 12,8 нмоль/л. Математический анализ показал высокую статистическую достоверность ($p<0,0001$) между показателями у больных и здоровых женщин (2,5±0,3 нмоль/л). Уровень прогестерона у этих женщин был достоверно снижен ($p<0,001$) в 3,4 раз по сравнению с контрольными значениями и составил 4,3±2,2 нмоль/л.

Мирзоева С.М., Курбанова Р.Т., Мираков Б.Т.

АСЕПТИЧЕСКИЙ НЕКРОЗ ГОЛОВКИ БЕДРА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА

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

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

Материал и методы. Нами на базе НМЦ РТ «Шифобахш» изучены амбулаторные карты 280 детей с диагнозом врождённый вывих бедра в возрасте от 3 месяцев до 1 года. Девочек было 202 (72,1%), мальчиков 78 (27,8%).

Диагностика врождённого вывиха бедра у детей в возрасте до 6 месяцев проводилась клинически и с помощью УЗИ тазобедренного сустава. После 6 месяцев производили рентгенологические исследования. Детям от 3 до 9 месяцев (154) проводили консервативное лечение в виде: ношение отводящих шин, массаж, физиопроцедуры, препараты кальция и витамина Д. У 126 детей в возрасте от 9 месяцев и старше с вывихом бедра проводили липкопластырное вытяжение на дуге приставке с постепенным отведением бедер на 10˚ежедневно. По достижении вправления вывиха бедра накладывалась гипсовая повязка в положении Лоренц сроком на 4-5 месяцев.

Результаты исследования. Опыт консервативного лечения врождённого вывиха бедра у детей показал, что в рассматриваемом возрастном интервале главным является принцип постепенного, щадящего функционального лечения. С целью снижения тонуса приводящих мышц и улучшения кровоснабжения применяли физиотерапевтические процедуры: УФО, массаж, магнитотерапия, электрофорез хлористым кальцием, витаминотерапия, препараты кальция и фосфора.

Наблюдение за результатом лечения в динамике показало, что через 2-3 года после консервативного лечения патологии тазобедренного сустава у детей в возрасте до 7 – 8 месяцев асептического некроза головки бедра не наблюдалось. Частота асептического некроза головки бедра после функционального метода лечения наблюдалась у 2,7% детей и в 11,4% случаев после закрытого вправления вывиха головки бедра по методу Лоренца (закрытое вправление). Наш опыт лечения врождённого вывиха бедра показывает, что какими бы методиками и шинами не пользовались ортопеды при лечении врождённого вывиха бедра у детей раннего возраста, главным является принцип постепенного, щадящего функционального лечения. Необходимо поэтапное применение методов, т.е. если один метод не приводит к результатам, то необходимо переходить к следующему методу вправления вывиха. Эта же методика показана у детей, если они обратились впервые за помощью в возрасте старше 7-8 месяцев. В отдалённом периоде наблюдения выявили следующие причины возникновения асептического некроза головки бедра: поздно начатое лечение, травмирование головки бедренной кости при закрытом ручном одномоментном вправлении, форсированное отведение нижних конечностей при лечении функциональном методом, ранняя нагрузка на тазобедренные суставы, повторное насильственное вправление вывиха бедра при рецидивах.

Выводы. Консервативное лечение врождённого вывиха бедра у детей раннего возраста с постепенным отведением бёдер в сочетании с физиотерапевтическими процедурами в 97,3% случаев позволяет предупредить развитие асептического некроза головки бедра и способствует хорошим функциональным результатам.

Мирзозода Г.С.,Додхоева М.Ф.Салохиддинова Г.Н.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования явилось оценка клинических проявлений постковидных симптомов у женщин, перенесших новую коронавирусную инфекцию (НКИ) и пандемию COVID-19.

Материалы и методы исследования. Для сбора информации был использован метод анкетирования среди 148 женщин. Достоверность COVID-19 была подтверждена сведениями медицинской документации о положительных ПЦР-тестах в момент заболевания. По результатам анкетирования был проведён анализ негативных последствий перенесенного заболевания COVID-19 прошедшей минимум 12 месяцев,(согласно критериям ПКС)среди женщин разных возрастных групп, с легкой, средней и тяжелой степени тяжести. В литературе сообщались данные о различных клинических проявления постковидного синдрома которые отличаются разнообразием у различных пациентов, а причины, определяющие развитие его, активно обсуждаются и изучаются.

Результаты исследований. Возраст исследуемого контингента женщин варьировал в пределах 19 – 43 лет, в том числе в юном репродуктивном возрасте (до 20 лет) были 2-е (1,5%) женщин, в активном репродуктивном возрасте (20–34 года) – 129(87,1%) и в позднем репродуктивном возрасте (35 лет и более) – 17 (11,4%). Среди исследованных женщин 32 (21,6%) переболели лёгкой формой коронавирусной инфекции, 80 (54%) –средней тяжести и 36 (24,4%) из них перенесли тяжёлую форму болезни. Основными симптомами коронавирусной инфекции у опрошенных женщин были повышение температуры у 110 (74,3%), головная боль – у 90 (60,8%), усталость – у всех, кашель - у (67%), потеря обоняния – у всех, боли в мышцах и суставах – у 86 (75,7%) случаях. Клиническая картина постковидного синдрома, была очень разнообразной. При анализе особенностей последствий перенесенного заболевания в зависимости от степени тяжести заболевания, было выявлено, что женщины, перенесшие коронавирусную инфекцию средней и тяжёлой степени тяжести, чаще указывают на наличие постковидных осложнений, чем женщины с легкой степенью тяжести заболевания. Усталость – наиболее распространенный симптом после COVID-19, почти все женщины предъявляли жалобы на усталость 73,6%. Нарушение сна наблюдалось у 69%, отметили дневную сонливость и частые пробуждения по ночам, а также отметили бессонницу и проблему с засыпанием. Головные боли, тревожность и депрессию отметили одинаково, частота которого среди исследуемых женщин составило64,8%, а длительность превышало 10 месяцев после болезни. У 37,8% сохранился кашель до 6 месяцев. Ухудшения памяти и внимания отметили 40,5%, боли в мышцах и суставах также был одним из частых симптомов постковидного синдрома у 46%,на выпадение волос жаловались 40,5%, на протяжение 2 месяцев наблюдалось у 54,7% боли в груди и затруднения дыхания 32,4% женщины отметили различные нарушения менструального цикла, которые впервые появились после перенесенной коронавирусной инфекции в виде опсоменореи, олигоменореи или напротив полименореи, а также появления предменструального синдрома или усиления их.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало, что у определенной части больных остаточные осложнения и вторичные синдромы сказываются на качестве жизни в течение нескольких месяцев и требуют особого внимания и специальной коррекции. У женщин эти процессы могут оказывать влияние на репродуктивную систему, вызывая дисбаланс гормонов, нарушение функции яичников, изменения в эндометрии и другие патологические изменения, на фоне постковидных симптомов, как апатия, депрессия, хронической усталости и других, которые требуют обследования и лечения со стороны соответствующих специалистов.

Мукарамшоева М.Ш., Курбанов Ш.М., Сафарова З.Р.

ПРОГРАММ ВРТ ЗА ПЕРИОД 2015-2023ГГ В МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ «НАСЛ»

Цель исследования. Представить данные о циклах ВРТ, проведенных в Республике Таджикистан за период 2015 по 2023 гг. зарегистрированных в ООО «Медицинский Центр НАСЛ».

Материалы и методы исследования. В клинике ООО «Медицинский центр НАСЛ» проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт пациенток, история родов женщин беременности которых наступила после лечения бесплодия методами экстракорпорального оплодотворения, с 2015 по 2023 гг. Статистический анализ данных проведен с помощью компьютерной технологии.

Результаты исследование. Ретроспективный анализ показал, что средний возраст пациенток ЭКО составил 30 ±1 год, из них женщин в возрасте 35 – 45 лет составил 4%. В 2015 г. в клинике «МЦ НАСЛ» г.Душанбе в общем проведены 61 программ ВРТ , из них 28(46%) циклов программ ЭКО и ПЭ; ЭКО/ИКСИ-17 (28%) программ; перенос размороженных эмбрионов проведен 16 (26,2%) программ.На 2023 год количество циклов и проведенных программ увеличились в 5 раз (344 программ ВРТ), соответственно на 2023 год на долю ЭКО и ПЭ 153 (44,4%) программ, ЭКО/ИКСИ-127 (37%) программ, перенос размороженных эмбрионов -64 (18,6%)программ.

Таким образом, за данный период в общем проведена 1839 программ ВРТ. Из них 861(46,8%) программ ЭКО и ПЭ; 623(33,8%) программ ЭКО/ИКСИ и ПЭ; 355(19,3%)-программFET.

С 2017г, в практику внедрены программы с использованием донорских ооцитов. Общая количество данной программы в 2017 году составил 9%. На 2023 год донорские программы увеличились и составили12%. В общем за данный период времени была проведена 75 программа донорства.

В программе ЭКО частота наступление беременности за период 2015-2023 составила в расчете на пункцию 313(36,3%). В программе ЭКО/ИКСИ эти показатели составили 210 (33,7%). В программе переноса размороженных эмбрионов ЧНБ в расчете на перенос эмбрионов 163(45,9%). В программах с донорскими ооцитами ЧНБ 29(38,6%).

За весь период деятельности «МЦ НАСЛ» выявлены следующие осложнение: синдром гиперстимуляции яичников средней степени обнаружены у 4,легкая степень возникла у 27 пациенток. Внутренним кровотечением осложнилась трансвагинальная пункция яичников одной пациентки.

Выводы. Таким образом, данные «МЦ НАСЛ» за период 2017-2023 годов позволили заметить увеличение числа программ ВРТ. Однако система сбора данных требует дальнейшего совершенствования, так как неполные отчеты по программам препятствуют полной обработке данных.

Муродов М., Рахмонов Дж.А., Султанов Д.Д.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ШЕЙНО-ГРУДНУЮ СИМПАТЭКТОМИЮ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования: изучить частоту и характер интра- и послеоперационных осложнений у пациентов перенесших селективную шейно-грудную симпатэктомию (СШГС) по поводу акральной ишемии.

Материал и методы исследования. Анализированы частота и характер периоперационных осложнений выполненных СШГС 340 пациентам с болезнью Рейно (БР) (n=120), с синдромом Рейно на почве добавочного шейного ребра (n=62), с косто-клавикулярным (n=98) и скаленус синдромами (n=32), с тромбоэмболией 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 специфические осложнения такие как: повреждения артерий, кровотечение, гематоракс, повреждение плевры, развитие раннего брахиоплексита.

Результаты исследования и их обсуждение. Летальных исходов во время и после операций не были отмечены. У пациентов с БР повреждение подключичной артерии наблюдалось у 2 пациентов 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 случаев. 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), лимфорея (2), брахиоплексит (3) и инфекционные осложнения со стороны раны (2).

В группе пациентов с скаленус синдромом и с тромбозами и тромбоэмболиями пальцевых артерий в периоперационном периоде не было отмечено ни одно осложнение.

У пациентов с ДШР интраоперационно в 5 случаев 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), лимфорея (1).

Заключение. Селективная шейно-грудная симпатэктомия является одним из сложных оперативных вмешательств и нередко сопровождается интра- и послеоперационными осложнениями. Она является единственным методом непрямой реваскуляризации верхних конечностей при различных патологиях сосудов, сопровождающихся острой и хронической ишемией. При компрессионных синдромах в сочетании синдромом Рейно симпатэктомия была показана как дополнение к основным декомпрессионным методам операции и направлена на восстановление кровообращения кисти.

Муродов Ш.Д., Даврон зода М.Д., Киматов М.Р.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ НАЗАЛЬНОГО СЕКРЕТА ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ: КЛЕТОЧНЫЕ И МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ

Кафедра оториноларингологии им. Ю.Б. Исхаки ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Оценка диагностической ценности назального секрета при аллергическом рините, а также в выявлении специфических маркеров, указывающих на аллергическую природу заболевания.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе кафедры оториноларингологии с участием 80 пациентов в возрасте от 17 до 58 лет, у которых была подтверждена диагностика аллергического ринита. Больные были распределены на две группы (основная и контрольная) по методу случайной выборки. Для анализа собирали образцы назального секрета в период обострения заболевания. Исследовались основные параметры секрета, включая цитологический анализ (определение количества эозинофилов и других клеток), а также уровни специфических иммуноглобулинов класса E (IgE) и медиаторов воспаления (гистамин). Данные анализы сравнивались с результатами кожных аллергологических тестов и анамнезом пациентов.

Результаты исследования. Результаты показали, что у 70% пациентов с аллергическим ринитом уровень эозинофилов в назальном секрете был значительно повышен по сравнению с контрольной группой. Цитологический анализ подтвердил наличие клеток воспаления, что свидетельствовало о аллергической реакции. Уровни специфических IgE также коррелировали с выраженностью симптомов. Важно отметить, что у 30% пациентов с отрицательными кожными пробами уровень эозинофилов оставался повышенным, что указывает на возможность истинной аллергической реакции, не зарегистрированной традиционными методами.

Выводы. Исследование подтверждает важность анализа назального секрета как надежного диагностического инструмента при аллергическом рините. Определение клеточного состава секрета и уровней специфических IgE позволяет не только подтвердить диагноз, но и выявить скрытые аллергические реакции. Назальный секрет может служить полезным дополнением к традиционным методам диагностики, что подчеркивает необходимость его широкого применения в клинической практике. Таким образом, анализ назального секрета представляет собой перспективный подход для более точной диагностики и индивидуализированного лечения аллергического ринита.

Муродов Ш.Д., Махмудназаров М.И., Юсупов А.Ш.

ВЛИЯНИЕ ДЕФОРМАЦИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА НА ТЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ

Кафедра оториноларингологии им. Ю.Б. Исхаки ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Изучение влияния деформации перегородки носа на течение и клинические проявления аллергического ринита, а также в определении оптимальных подходов к их совместному лечению.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе клиники отоларингологии НМЦ РТ «Шифобахш» с участием 56 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет, у которых была диагностирована деформация перегородки носа и аллергический ринит. Для диагностики использовались эндоскопия носовой полости, рентгенография и аллергологические тесты (кожные пробы на аллергены). Клинические проявления аллергического ринита оценивались с помощью шкалы симптомов, которая включала такие показатели, как заложенность носа, чихание, выделения и зуд. Лечение пациентов проводилось в два этапа: консервативное (медикаментозная терапия) и хирургическое (щадящая коррекция перегородки носа).

Результаты исследования. Результаты показали, что 75% пациентов с деформацией перегородки носа имели выраженные симптомы аллергического ринита, что подтверждает взаимосвязь между этими состояниями. После хирургической коррекции перегородки у 60% пациентов наблюдалось значительное улучшение симптомов аллергического ринита, при этом снижение степени заложенности носа составило в среднем 40%. Остальные 40% пациентов отметили лишь частичное улучшение, что указывает на необходимость дальнейшего контроля аллергической реакции и корректировки терапевтических методов.

Выводы. Исследование подтверждает значительное влияние деформации перегородки носа на течение аллергического ринита. Хирургическая коррекция перегородки может существенно улучшить качество жизни пациентов, однако необходимо учитывать индивидуальные особенности каждого случая. Комплексный подход, включающий диагностику, медикаментозную и хирургическую терапию, является ключом к эффективному лечению пациентов с сочетанием данных состояний. Результаты исследования подчеркивают важность мультидисциплинарного подхода в управлении данными заболеваниями для достижения наилучших терапевтических результатов.

Муродов Ш.Д., Махмудназаров М.И., Юсупов А.Ш.

ЩАДЯЩИЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У ДЕТЕЙ С УЧЕТОМ ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Кафедра оториноларингологии им. Ю.Б. Исхаки ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Целью данного исследования является оценка эффективности щадящих методов коррекции носовой перегородки у детей, учитывая их возрастные особенности и влияние на функциональное состояние носового дыхания и общее здоровье.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 80 детей в возрасте от 9 до 15 лет с диагнозом деформация носовой перегородки, подтвержденная клиническими и инструментальными (риноскопия, эндоскопия) методами. Дети были разделены на две группы: первая группа (40 детей) проходила лечение с использованием традиционных хирургических методов, вторая группа (40 детей) — с применением щадящих методов коррекции, таких как:

- Эндоскопическая коррекция перегородки с минимальным травматизмом.
- Применение специальных сплинтов для расширения носового прохода.
- Лазерная терапия для уменьшения воспаления и отека слизистой носовой полости.

Оценка эффективности проводилась на основе клинических наблюдений, ринометрии и опросников о качестве жизни, заполненных родителями до и после вмешательства. Сравнительный анализ данных проводился с использованием статистических методов.

Результаты исследования. Результаты показали, что щадящие методы коррекции носовой перегородки способствовали улучшению носового дыхания у 85% детей, что значительно превышает аналогичный показатель в группе с традиционными методами (60%). Риноманометрия продемонстрировала увеличение показателей проходимости носовых ходов в группе щадящего лечения на 35%, в то время как в группе традиционного вмешательства этот показатель составил 20%.

Также отмечено, что в группе щадящего лечения наблюдалось меньшее количество послеоперационных осложнений, таких как инфекции и рецидивы. По опросникам о качестве жизни, родители детей, прошедших щадящее лечение, отметили значительное улучшение общего состояния и качества жизни их детей.

Выводы. Данное исследование подтверждает эффективность щадящих методов коррекции носовой перегородки у детей с учетом возрастных особенностей. Эти методы не только повышают проходимость носовых ходов и улучшают носовое дыхание, но и снижают риск послеоперационных осложнений. Результаты подчеркивают необходимость использования более щадящих и минимально инвазивных подходов в лечении детей с деформациями носовой перегородки, что может значительно улучшить качество жизни и общее состояние здоровья. Необходимы дальнейшие исследования для оптимизации методов коррекции и выявления их долгосрочных эффектов.

Муродов Ш.Д., Махамадиев А.А., Абдумуминзод Ф.А.

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА: ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Кафедра оториноларингологии им. Ю.Б. Исхаки ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Целью данной работы является оценка эффективности специфической иммунотерапии (СИТ) при аллергическом рините, а также анализ ее влияния на качество жизни пациентов и снижение потребности в симптоматической терапии.

Материалы и методы. В исследование были включены 120 пациентов с диагнозом аллергический ринит, подтвержденным результатами аллерготестирования и повышенными уровнями специфических IgE. Пациенты были случайным образом разделены на две группы: первая группа (60 человек) получала специфическую иммунотерапию, а вторая группа (60 человек) — стандартную симптоматическую терапию.
СИТ проводилась с использованием аллергенов, выявленных у каждого пациента, в форме подкожных инъекций. Длительность курса составила 3 года, с регулярным мониторингом состояния пациентов каждые 3 месяца. Эффективность лечения оценивалась по изменению степени выраженности симптомов аллергического ринита, а также по данным анкетирования, касающимся качества жизни, с использованием опросника EQ-5D.

Результаты исследования. По итогам исследования было установлено, что пациенты, получавшие СИТ, показали значительное уменьшение выраженности симптомов аллергического ринита по сравнению с контрольной группой. У 75% участников первой группы отмечалось улучшение состояния, в то время как в контрольной группе улучшение наблюдалось только у 30% пациентов.

Также было зафиксировано значительное снижение потребности в противоаллергических препаратах у пациентов, проходивших СИТ. Результаты опросников о качестве жизни показали, что уровень жизни у пациентов, получавших СИТ, повысился на 40%, в то время как в контрольной группе данный показатель увеличился всего на 10%.

Кроме того, в первой группе было зарегистрировано меньшую частоту развития сопутствующих заболеваний, таких как астма и другие аллергические состояния, что подтверждает профилактическую роль СИТ.

Выводы. Специфическая иммунотерапия является эффективным методом лечения аллергического ринита, который способствует значительному снижению симптомов и улучшению качества жизни пациентов. Результаты нашего исследования подчеркивают важность ранней диагностики и применения СИТ у пациентов с аллергическими заболеваниями, что может существенно уменьшить потребность в симптоматической терапии и предотвратить развитие сопутствующих аллергических заболеваний.

Необходимы дальнейшие исследования для более глубокого понимания механизмов действия СИТ, оптимизации схем лечения и определения долгосрочных эффектов терапии. Специфическая иммунотерапия представляет собой перспективный подход в лечении аллергического ринита и может значительно улучшить клинические исходы у пациентов.

Муродов Ш.Д., Махамадиев А.А., Саидов Д.Х.

ОБЩИЙ IgE КАК МАРКЕР АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА: ДИАГНОСТИКА И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Кафедра оториноларингологии им. Ю.Б. Исхаки ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Оценка роли общего иммуноглобулина Е (IgE) в диагностике и мониторинге аллергического ринита (АР), а также изучение его связи с клиническими проявлениями заболевания.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 74 пациентов с диагностированным аллергическим ринитом, которые были разделены на группы в зависимости от тяжести симптомов. Всем больным были проведены риноэндоскопия, а также определение общего IgE. Уровень общего IgE определялся с использованием иммуноферментного анализа. Кроме того, проводился опросник для оценки клинических проявлений, таких как затруднение носового дыхания, чихание, зуд в носу и выделения из носа. Данные были проанализированы с использованием статистических методов, включая корреляционный анализ.

Результаты исследования. Результаты показали, что при эндоскопии полости носа было отмечено мраморно-бледной окраски слизистой оболочки полости носа, нижние носовые раковины гипертрофированы, в общий носовой ход обнаружено обильное выделение. Уровень общего IgE был значительно повышен у пациентов с тяжелыми формами АР по сравнению с легкими. Корреляционный анализ выявил положительную связь между уровнем IgE и выраженностью симптомов ($p<0.01$). Более 70% пациентов с высоким уровнем IgE имели сопутствующие аллергические заболевания, что указывает на связь между сенсибилизацией и многими аллергическими состояниями.

Выводы. Общий IgE является значимым маркером, который может использоваться для диагностики и мониторинга аллергического ринита. Повышенные уровни IgE коррелируют с тяжестью симптомов и наличием сопутствующих заболеваний. Включение тестирования на общий IgE в клиническую практику может улучшить понимание аллергического профиля пациентов и способствовать более целенаправленному лечению.

Муродова П.Ф., Исмоилова М.А, Холматов Дж.И.

КОМБИНИРОВАННЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ АФОНИЙ

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

Цель исследования. Оптимизация лечения функциональных афоний при помощи фонопедии и иглорефлексотерапии.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 62 больных с функциональной афонией. 32 больных были в возрасте 20 - 29 лет, остальные 30 больных в возрасте 30-39 лет. Часть из них лечились по месту жительства по поводу затянувшегося ларингита. Мы же применили 2 вида лечения - медикаментозное с фонопедией и иглотерапию с фонопедией. Медикаментозное лечение рекомендовали для снятия воспалительного процесса в гортани из физиопроцедур - электрофорез с хлористым кальцием на область гортани.

Результаты исследования. Медикаментозное лечение с фонопедией проведено 22 больным, в результате выздоровление наступило у 13, улучшение - у 5, без эффекта - у 4. После проведения иглорефлексотерапии с фонопедией 40 больным выздоровление было у 29 человек, улучшение - у 11. Нормализацию голоса констатировали у всех больных из числа выздоравливающих. Иногда временная охриплость голоса отмечалась у обследуемых в группе больных с улучшением. При непрямой ларингоскопии у больных с выздоровлением голосовые складки имели белый цвет, при фонации они смыкались. Из числа больных с улучшением голосовые складки выглядели розовыми «при фонации отмечалась щель до 1-2 мм. Время максимальной фонации у всех обследуемых нормализовалась (более 20 сек).

Непосредственный клинический эффект от лечения методом иглотерапии с фонопедией давностью заболевания до 6 месяцев отмечался чистый голос, чаще всего после второго или третьего сеанса, а с длительностью заболевания от 1 до 2 лет отмечалось постепенное улучшение голоса после 5-6 сеансов иглотерапии с фонопедией. При медикаментозном лечении с фонопедией с длительностью заболевания до года отмечали постепенное улучшение к концу курса.

Выводы. Таким образом, применение иглорефлексотерапии с фонопедией позволило добиться улучшения слуховой оценки голоса, нормализации времени максимальной фонации, характера смыкания голосовой складки во время фонации при ларингостробоскопии. Эти результаты являются неоспоримым подтверждением тому, что предложенный комбинированный способ лечения функциональной афонии методом иглорефлексотерапии и фонопедии является эффективным способом в лечебной практике.

Муродова П.Ф., Исмоилова М.А., Холматов Дж.И.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОРТАНИ У ЛИЦ ГОЛОСО-РЕЧЕВЫХ ПРОФЕССИЙ

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

Цель. Сравнительное изучение характеристики заболеваний гортани, пути профилактики и реабилитации у лиц голосо-речевых профессий.

Материалы и методы. В условиях ЛОР - клиники ГУ НМЦ «Шифобахш» и фониатрическом кабинете Государственного театра оперы и балета имени С. Айни нами обследованы 20 вокалистов и педагогов с хроническим ларингитом, осложнённым голосовой дисфункцией. Для этого анализированы показатели ЛОР - осмотра, прямой и непрямой ларингоскопии, ларингомикроскопии, эндовидеоларингоскопии.

Результаты исследования. При риноскопии у 10 человек обнаружили различного рода искривление носовой перегородки, что влияло на тембр и окраску голоса, у 5 больных на рентгенограмме придаточных пазух носа наблюдалось пристеночное затемнение околоносовых пазух, а у остальных особой ЛОР-патологии не выявлено. При ларингоскопии у 15 пациентов были выявлены: гиперемия, лёгкая отёчность и неполное смыкание голосовых складок. У 5 оставшихся пациентов видимой патологии со стороны гортани не выявлено.

Всем больным с деформацией перегородки носа проводили различные варианты септопластики, консервативное лечение получили лица с синуситами. После чего характер голоса более менее нормализовался. А лицам с явными признаками ларингита провели комплексное консервативное лечение, включающее ингаляции с антигистаминными препаратами, а также включали кортикостероиды.

Выводы. Таким образом, мы пришли к заключению, что у лиц голосо-речевых профессий, помимо профессиональных нагрузок на голосовой аппарат, наблюдаются патологические изменения в полости носа и околоносовых пазухах. Эти изменения наводят нас на мысль проведения комплексного лечения не только голосового аппарата, но и всей системы верхних дыхательных путей.

Муродова П.Ф., Исмоилова М.А, Холматов Дж.И.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ГОЛОСА ПОСЛЕ РИНОСЕПТОПЛАСТИКИ

Кафедры оториноларингологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Анализ влияния дисфункции полости носа на тембр голоса.

Материалы и методы. В условиях ЛОР - клиники нами обследовано 25 пациентов с нарушением носового дыхания и голоса, из них 18 мужчин и 7 женщин в возрасте от 19 до 50 лет включительно.

Результаты исследования. При риноскопии у 17 пациентов была выявлена деформация перегородки носа различной степени. Из 18 пациентов - голосо-речевых профессий, 10 пациентов курили более 5 лет и имели повышенную голосовую нагрузку. Длительность заболевания составила от 3 до 15 лет. За пациентами велось наблюдение, обследование включало в себя сбор анамнеза и осмотр ЛОР-органов.

Всем больным с деформацией перегородки носа проводили различные варианты септопластики. Общая частота осложнений при вмешательствах на перегородке носа по разным оценкам составила до 15%. В предоперационном периоде обязательно проводили эндоскопическое исследование полости носа и компьютерную томографию околоносовых пазух. После операции пациенты находились под наблюдением. У больных в течении 7-10 дней восстановилось нормальное носовое дыхание. Обследование голоса соответственно показало нормальную фонацию, что свидетельствовало о неразрывной связи носового дыхания с тембром голоса.

Выводы. Таким образом, мы пришли к заключению, что деформация носа и носовой перегородки может привести к изменению тембра голоса и нарушению данной функции гортани. Справедливо рассматривать подобное нарушение носового дыхания как причину расстройства голосовой функции. Устранение конкретных проблем касательно дыхательной системы ведёт к улучшению и нормализации фонации и тембра голоса.

Муродова Ш.М., Ёрова Х.Х.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА

Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оценка функционального состояния органов малого таза при недостаточности мышц тазового дна.

Материал и методы исследования. Изучено 120 случаев, поступивших в отделение колопроктологии ГКБ №2 г. Душанбе и городской центр колопроктологии за 2023 -2024 годы с недостаточностью мышц тазового дна. Возраст больных колебался от 18 до 70 лет. Больные были обследованы клинически и инструментально. На основании чего было оценено функциональное состояние органов малого таза при при недостаточности мышц тазового дна.

Результаты исследования. Клинические исследования включали в себя проведения анкетирования, проведения лабораторных исследований крови, мочи и кала. Инструментальные методы обследования включали в себя проведение ректороманоскопии, кольпоскопии, влагалищное исследование, где были обнаружены органические и функциональные нарушения органов малого таза при развитии недостаточности мышц тазового дна. Функциональное изменения органов малого таза были в виде недержание мочи, нарушение акта дефекации и нарушения сексуальной жизни больных. Все больные были прооперированы по поводу недостаточности мышц тазового дна с последующей оценкой функционального состояния органов малого таза.

Выводы. Таким образом, наши исследования показывают, что при хирургическом лечении недостаточности мышц тазового дна необходимо провести оценку функционального состояния органов малого таза.

Муродова Ш.М.

ПРОЛАПС ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА

Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Причины пролапса тазовых органов.

Материал и методы исследования. Изучено 180 случаев, поступивших в отделение колопроктологии и общей хирургии ГЦЗ № 2г. Душанбе за 2022 -2024 год с пролапсом тазовых органов и нарушением их функции и анатомии. Возраст больных колебался от 22 до 73 лет. Все больные были изучены по клиническим проявлениям выпадения, пролапса урогенитальной, генитальной и проктогенитальной зоны с недостаточностью мышц тазового дна, давности и этиологии заболевания. Всем больным было проведено методы клинического и инструментального обследования.

Результаты исследования. Наличие выпадение, пролапса тазовых органов было отмечено у 100 %, бальных из них (%) больных было с выпадением матки и ректоцеле, (%) бальных были с выпадением матки и цистоцеле и (%) бальных были с выпадением матки, цистоцеле и ректоцеле.

Выводы. Таким образом, наши исследования показывают, что при наличии недостаточности мышц тазового дна нарушается не только анатомия, но и функция органов малого таза.

Муродова Ш.М., Ёрова Х.Х.

ВЛИЯНИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА НА КАЧЕСТВО ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить влияние недостаточности мышц тазового дна на качество половой жизни женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы. Изучено 80 случаев, поступивших в отделение колопроктологии ГКБ №2 г. Душанбе и городской центр колопроктологии за 2023 -2024 годы с недостаточностью мышц тазового дна. Возраст больных колебался от 22 до 60 лет. Больные были обследованы клинически и инструментально. На основании чего было предложено и произведено оперативное вмешательство по поводу недостаточности мышц тазового дна.

Результаты исследования. Клинические исследования включали в себя проведения анкетирования (боль, дискомфорт и неприятные звуки из влагалища во время полового акта, невозможность достичь оргазма), проведения лабораторных исследований крови, мочи и кала. Инструментальные методы обследования включали в себя проведение ректороманоскопии, кольпоскопии, влагалищное исследование, где были обнаружены органические и функциональные нарушения мягких структур тазового дна. Органические изменения мягких структур были в виде опущения стенок влагалища, шейки матки, тела матки, ректоцеле, цистоцеле. Все больные были прообследованы по поводу недостаточности мышц тазового дна с последующей оценкой результатов анкетирования.

Выводы. Таким образом, наши исследования показывают, что функциональное и органическое нарушение мышц тазового дна снижает качество половой жизни пациентов.

Мусоев Д.А., Холбаев С.А., Джураева Н.Х.

МЕТОДЫ ДЕКОМПРЕССИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии имени профессора Каримова М.К.
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

Цель: Улучшать результаты хирургического лечения больных с механической желтухой, путем декомпрессии желчевыводящих путей.

Материал и методы исследования. Материал включает в себя результаты лечения 25 больных с механической желтухой различного генеза, которые находились на стационарном лечении на ЛДЦ ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» в период с 2016 по февраль 2023гг. Женщин было 18 (73,8%) пациента, мужчин 7 (26,2%). Возраст больных варьировал от 58 до 73 лет.

Основной причиной неопухолевой обтурации желчных путей составила желчнокаменная болезнь 20 (80%) больных, 5 больных (20%) диагностированы рак поджелудочной железы. Их них в 4 случаях диагностирован рак головки поджелудочной железы и в одном – рак большого сосочка двенадцатиперстной осложненное развитием МЖ.

Всем больным в ходе исследования были проведены общеклинические и биохимические исследования крови и мочи, ЭКГ, УЗИ и КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, а также ФГДС и ФВД (по показаниям).

Результаты исследования: В настоящее время выбором билиарной декомпрессии являются малоинвазивные методики, которые обладают малотравматичностью и возможностью использования местной анестезии, уменьшают количество послеоперационных осложнений, снижают летальность и сокращают сроки пребывания в стационаре. Для этой цели нами выполнены эндоскопическая папилосфинктеротомия (ЭПСТ) 7 случаях при МЖ вызванные холедохолитиазом и стенозом БДС, эндоскопическое эндобилиарное стентирование произведена при раке головки поджелудочной железы у одного больного которое является наиболее физиологичным из всех методов декомпрессии ЖВП. Транскутанные чреспеченочные способы дренирования ЖП- применяли в 15 случаях. Летальных исходов не было.

Вывод: Малоинвазивные методики, которые обладают малотравматичностью и возможностью использования местной анестезии, уменьшают количество послеоперационных осложнений, снижают летальность и сокращают сроки пребывания больных в стационаре.

Мустафакулов С.С., Мустафакулова Н.И., Мирзокаримова Н.С.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЛЕЙКЕМИИ

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

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости и особенности течения поражений мочеполовой системы (МПС) у пациентов с лейкемией.

Материалы и методы исследования. Обследованы 93 пациентов с лейкемией. Все пациенты были разделены на 2 группу: в I вошли острой лимфоидной лейкемией (ОЛЛ , n=53) и во II группу вошли 40 пациентов с хронической лимфоидной лейкемией (ХЛЛ n=40). Проводилось клинические, лабораторные и инструментальные методы диагностики: общий анализ мочи, биохимические анализы крови, ультразвуковое исследование (УЗИ) почек и мочевого пузыря, гонад, предстательной железы магнитно-резонансную томографию (МРТ) мочеполовой системы.

Результаты исследования. У 65% пациентов с ОЛЛ было обнаружено поражения МПС, среди которых наиболее часто встречались острый лейкозный интерстициальный нефрит, в 40,0% случаев диагностирована лейкемическая инфильтрация почек, орхит (23,0%), все осложнившиеся патологии сопровождались нарушением фильтрационной функции и проявлениями почечной недостаточности. Пациенты жаловались на боли в поясничной области (89,0%), прерывистое мочеиспускание (45,0%), болевые ощущение в промежности (43,0%, гематурию (33,0%).

Во II группе вошли пациенты с ХЛЛ с поражением МПС (33,0%) в виде хронического нефрита (25,0%), нефропатии (23,0%), МКБ (20,0%), хронического простатита (19,0%), хронического орхита (18,0%)

Сопоставление лабораторных показателей в обеих группах показало, что скорость клубочковой фильтрации была снижена у пациентов с почечной недостаточностью. Удельный вес мочи был снижен (1010,0±1,03 и 1013,0±1,05) у 53,3% и 25,0% пациентов. Протеинурия (3,5±0,9 и 1,65±0,5) и зернистые цилиндры были обнаружены в 43,0% и 23,0% случаев. Уровень мочевины (9,9±0,15 и 7,9±0,17) и креатинина (17,2±3,17 и16,3±1,10 ммоль/л) и мочевой кислоты (0,53±0,9 и 0,33±0,7 ммоль/л ммоль/л) в сыворотке крови были повышены. Нефрамегалия (73,0% и 37,0%) и отёчный синдром (63,0% и 27,0%) были обнаружена в обеих группах.

Выводы. Поражение почек и МПС у пациентов с лейкемией возникают за счет подавления иммунной сферы, присоединения вторичной инфекции, нарушения показателей коагулограммы (тромбоцитопении), токсического действия цитостатиков, в результате чего пациенты жалуются на болезненное и затрудненное мочеиспускание, гипертермию. У пациентов I группы по отношению II группы клинические и лабораторные проявления поражений почек и МПС протекала с выраженными клиническими проявлениями и лабораторными сдвигами.

Мустафакулов С.С.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ УЗИ-ИССЛЕДОВАНИЯ И УРОВНЯ ПРОСТАТСПЕЦИФИЧЕСКОГО АНТИГЕНА ПРИ АДЕНОМЕ ПРОСТАТЫ

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

Цель исследования. Изучить диагностическую взаимосвязь между результатами ультразвукового исследования предстательной железы и уровнями общего и связанного простат специфического антигена (ПСА) у пациентов с аденомой простаты.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 73 мужчин в возрасте от 53 до 83 лет с подтверждённым диагнозом доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Проводили трансабдоминальное и трансректальное УЗИ (ТРУЗИ) простаты, оценили объём, структуру, симметричность, наличия узлов и кальцинатов в простате, определяли уровень общего и связанного ПСА в сыворотке крови. Анализировали наличия корреляционной связи между клиническими проявлениями, объёмом простаты и уровнем ПСА.

Результаты исследования. В 73,0% случаев была выявлена умеренная гиперплазия простаты (объём 30–50 см³) при уровне общего ПСА 2–4 нг/мл и соотношении связанного ПСА к общему более 20%, что указывало на доброкачественный характер гиперплазии. В 23,0% случаев была диагностирована выраженная гиперплазия (объём более 50 см³) с уровнем общего ПСА выше 4 нг/мл, но соотношением связанного ПСА к общему более 15%, что также подтверждало доброкачественное течение заболевания. У 4% пациентов с объёмом простаты более 50 см³ выявлены повышенные уровни общего ПСА (более 10 нг/мл) и низкое соотношение связанного ПСА (менее 15%), что требовало проведения биопсии простаты. В этой группе у 4 пациентов был подтверждён диагноз рака простаты на фоне ДГПЖ. Результаты УЗИ позволили выявить узловые образования и участки асимметрии, что также коррелировало с повышенным риском злокачественного процесса.

Выводы. Комплексное ультразвуковое исследование простаты и определения уровней общего и связанного ПСА имеет высокую диагностическую ценность для оценки степени гиперплазии предстательной железы и злокачественности процесса. При высоком уровне общего ПСА в сочетании с низким соотношением связанного ПСА требует проведения биопсию простаты, для уточнения диагноза. Регулярное наблюдение выше указанных показателей у пациентов с аденомой простаты позволяет своевременно выявлять злокачественные изменения и корректировать тактику лечения.

Мустафакулов С.С., Сидиков А.Ш., Салимов Х.Г.

РОЛЬ ГОРМОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ МУЖСКОМ БЕСПЛОДИИ

Кафедра урологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджиткистан.

Цель исследования. Изучить прогностическую значимость гормональных нарушений при развитии мужского бесплодия и снижения фертильности у мужчин.

Материалы и методы исследования. Обследованы 123 мужчины с диагнозом бесплодие. Возраст мужчин колебался от 23 до 45 лет. Проводили анкетирование для сбора анамнестических данных и сопутствующих патологий. Определяли уровень общего и связанного тестостерона, лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), пролактина и эстрадиола, количества сперматозоидов, их подвижность и морфологию.

Результаты исследования. У 83 % мужчин с бесплодием были выявлены гормональные нарушения: низкий уровень тестостерона, повышение уровня ЛГ у 43,0% и ФСГ у 37,0%, что свидетельствовало о первичной недостаточности яичек. Повышенный уровень пролактина был выявлен у 17% мужчин и ассоциировался с нарушением сперматогенеза. Корреляция между уровнем эстрадиола и качеством спермы была менее выраженной, но в 10% случаев наблюдались аномальные развитие сперматоцитов.

Выводы. Гормональные нарушения играют значительную роль в патогенезе мужского бесплодия. Снижение уровня тестостерона и повышение ЛГ и ФСГ наиболее часто коррелируют с нарушениями сперматогенеза. Выявление и коррекция гормональных нарушений могут значительно повысить шансы на восстановление фертильности у мужчин.

Мухаббатзода Дж.К., Аннаев М.А., Мухаббатов А.Дж.

Хронический геморрой в сочетании с сахарным диабетом

Кафедра общей хирургии №1 имени профессора Каххарова А.Н. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования: Изучить факторы риска, влияющие на клиническое течение хронического геморроя у пациентов с сахарным диабетом.

Материалы и методы: Проведен анализ данных 58 пациентов с хроническим геморроем в сочетании с сахарным диабетом, находившихся в отделении колопроктологии ГУ ГМЦ№2 г. Душанбе в период с 2018 по 2023 годы. Диагноз устанавливался на основании жалоб пациентов, данных анамнеза, осмотра, пальцевого исследования ануса, а также инструментальных и лабораторных исследований.

Результаты исследования: Из 58 пациентов с хроническим геморроем и сахарным диабетом 24 были женщины (41,4%), а 34 – мужчины (58,6%). Сахарный диабет был впервые выявлен у 48,3% пациентов, у остальных он был диагностирован ранее. 27 (46,5%) пациентов состояли на диспансерном учете, а давность заболевания колебалась от 2 до 8 лет. Следует отметить, что из 27 пациентов, состоящих на диспансерном учете, 23 (39,6%) получали пероральные сахароснижающие препараты, а 4 (6,9%) – инсулин. Среди пациентов, получавших пероральные сахароснижающие препараты, 19 человек (32,7%) также принимали мочегонные средства. Сопутствующие заболевания имелись у 20

(34,5%) пациентов, из них у 19 (32,7%) наблюдалась гипертоническая болезнь различной степени тяжести. У 32 (55,1%) пациентов наблюдались кровотечения. Осложнения были выявлены у 25 (43,1%) пациентов: постгеморрагическая анемия различной степени тяжести – у 7 (12,0%), недостаточность анального сфинктера – у 10 (17,2%), а у 8 (13,7%) пациентов сочетались оба этих осложнения.

Выводы: Пациенты, не состоящие на диспансерном учете, не получающие сахароснижающие препараты, а также пациенты с длительностью сахарного диабета имеют более высокую степень декомпенсации заболевания. Это, в свою очередь, усугубляет клиническое течение и прогноз хронического геморроя у данной категории пациентов.

Мухаббатов Дж.К., Хамроев Б.М., Давлатов Дж.Дж.

ЗНАЧЕНИЕ УЗИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СТЕНОЗА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПРЯМОЙ КИШКИ

Кафедра обшей хирургии №1 им. профессора Каххорова А.Н. ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Цель исследования. Оценка достоверности ультразвукового исследования с линейным датчиком для выявления наличия воспалительных процессов в слизистой и подслизистой оболочке анального канала, а также сфинктера прямой кишки у больных с послеоперационным стенозом анального канала.

Материал и методы. В данном исследовании, в отделении колопроктологии ГУ ГМЦ №2 им. академика К. Тоджиева г. Душанбе, с 2018 г. по 2023 г., 46 пациентам с послеоперационным сужением анального канала проводилось УЗИ с линейным датчиком тканей промежностей и анального сфинктера, а также были изучены общие характеристики в виде чувствительности и специфичности данного диагностического метода. Необходимо подчеркнуть, что в диагностике постоперационного сужения ануса, возникшего в результате оперативных вмешательств на анальном канале по поводу различных хирургических заболеваний, не проводились пальцевое исследование, ано- и ректороманоскопия, сфинктерометрия и аноректальная манометрия из-за узкости наружного отверстия анального канала, что не позволяло ввести палец или зонд аппарата.

Результаты исследования. УЗИ-исследование выявило наличие гнойных полостей и затеков у пациентов с послеоперационным стенозом анального канала в 13 (14,1%) случаях: 5 (5,4%) случаев после иссечения синуса пилонидального киста, 3 (6,6%) случая после иссечения хронической анальной трещины, осложненной внутренним параректальным свищом, и 5 (5,4%) случаев после вскрытия острого гнилостного парапроктита. В более чем половине этих случаев (69,2%) у пациентов были выявлены плохо дренируемые гнойные полости в параректальной клетчатке с периодическими обострениями. В 7 (15,2%) случаях вокруг анального сфинктера были обнаружены воспалительные инфильтраты различной формы и размера. Кроме того, при УЗИ промежности с помощью линейного датчика в 4 (8,7%) случаях было определено утолщение и снижение эхогенности мышечных волокон в области воспалительного инфильтрата, что важно учитывать при подготовке пациентов к предстоящей анопластике. Проведённое нами данное исследование показывает, что УЗИ с линейным датчиком рекомендуется как альтернативный метод диагностики для выявления гнойных полостей, затеков и дополнительных свищевых ходов у пациентов с послеоперационным стенозом анального канала и сопутствующей параректальной фистулой. Это позволяет более точно планировать хирургическое вмешательство и выбирать оптимальную стратегию лечения, основываясь на точной диагностике состояния тканей в области промежности.

Выводы. Изучение достоверности ультразвукового исследования с линейным датчиком для выявления наличия воспалительных процессов в слизистой и подслизистой оболочке анального канала, а также сфинктера прямой кишки у пациентов с послеоперационным стенозом ануса показывает, что чувствительность данного метода диагностики составила 87,5%, а специфичность достигает до 94,1%. Эти показатели подтверждают высокую ценность ультразвукового исследования с линейным датчиком для диагностики воспалительных процессов в анальном канале и сфинктере у больных с послеоперационным сужением анального канала.

Мухаббатов Дж.К., Хамроев Б.М., Нозимов Ф.Ҳ.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ СТЕНОЗЕ АНУСА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ТКАНЕЙ АНАЛЬНОГО КАНАЛА, СФИНКТЕРА ПРЯМОЙ КИШКИ И ПАРАРЕКТАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКИ

Кафедра общей хирургии №1 им. профессора Каххорова А.Н. ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Цель исследования. Разработать хирургическую тактику при стенозе ануса, возникшем после оперативного лечения хирургических патологий анального канала для улучшения результатов хирургического лечения.

Материал и методы исследования. В отделении колопроктологии ГУ ГМЦ №2 им. академика К. Тоджиева г. Душанбе 46 больным применялся новый разработанный алгоритм диагностики и хирургического лечения постоперационного стеноза анального канала с 2018 г. по 2023 г. Для постановки диагностики проводились опрос, осмотр промежности, УЗИ с линейным датчиком и МРТ исследование промежности (при III-ей степени сужения ануса).

Результаты исследования. 38 (82,6%) больным II – степени сужения ануса проводилось УЗИ мягких тканей промежности с помощью линейным датчиком для определения наличия или отсутствия утолщения и снижения эхогенности мышечных волокон в области воспалительного инфильтрата. 8 (17,4%) пациентам проводилось МРТ – исследование тканей промежности и органов таза на выявление инфильтрации стенок анального канала и чрезмерного расширения прямой кишки и ректосигмоидального отдела толстого кишечника с признаками хронической кишечной непроходимостью толстого кишечника. На основании полученных данных пациенты для выбора правильной хирургической тактики разделялись на три подгруппы: I-подгруппу без изменения слизистой оболочки анального канала,

каторая составила 5 (54,3%) случаев; II-подгруппу с УЗИ и МРТ признаками воспаления слизистой оболочки анального канала и или анального сфинктера, в которую были включены 12 (26,1%) пациентов и III-подгруппу с УЗИ и МРТ признаками фиброзных изменений слизистой оболочки анального канала и или анального сфинктера, которую составили 9 (19,6%) больных. А также в этой группе отмечено чрезмерное расширение прямой кишки и ректосигмоидального отдела толстого кишечника с признаками хронической кишечной непроходимостью толстого кишечника. Таким образом, предоперационный период больных I-подгруппы ограничивается назначением накануне операции без шлаковой диеты и проведением очистительной клизмы. Пациенты II-подгруппы, у которых имеются признаки воспалительных изменений в слизистой оболочке анального канала и прямой кишки и, или в анальном сфинктере амбулаторно получают противовоспалительное и антибактериальное лечение (в течение 7 дней), местно – турунда с Вишневской мазью, после чего их в стационаре подготовят как больные I – ой подгруппы. Больным III-подгруппы в течение 3-х дней назначают без шлаковую диету, проводят очистительную клизму (2 раза в день) и получают инфузионную терапию (в/в, 2 литра в день), после чего пациенты этой группы считаются готовыми к предстоящей анопластике.

Таким образом, предоперационный период больных I подгруппы, то есть, пациентов без воспалительных изменений слизистой оболочки анального канала и без фиброзных изменений АС ограничивался проведением накануне операции назначением без шлаковой диеты. Пациенты II подгруппы, у которых были выявлены признаки воспалительных изменений в слизистой оболочке анального канала и прямой кишки и, или в АС, больные получали противовоспалительное и антибактериальное лечение в предоперационном периоде. Больные III подгруппы с фиброзными изменениями в выше указанных анатомических структурах без специальной подготовки принимали разработанные нами способы оперативного лечения ПСАК (Рац.пред. №3551/R1009).

Выводы. Данная разработанная нами хирургическая тактика при постоперационном стенозе анального канала является патогенетически обоснованным и практически значимым методом для улучшения способа диагностики заболевания с последующим альтернативным выбором хирургической тактики для оперативного лечения сужения ануса.

Мухаббатов Х.Дж.[1], Саъдуллозода Ф.С.[1], Набиев Б.И.[2]

ЛЕЧЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ АДЕНОМЭКТОМИИ

[1]Кафедра урологии имени профессор Осими А.С. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
[2]ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии»

Цель исследования. Диагностика и лечения поздних осложнений аденомэктомии.

Материал и методы. Для выявления причин расстройств мочеиспускания нами проведено комплексное урологическое обследование 55 больных, у которых после аденомэктомии сохранялись жалобы на дневную и ночную поллакиурию, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, императивные позывы на мочеиспускание и 3 пациентов с жалобами на недержание мочи. Средний возраст больных составил 65,4 года. 31 (53,4%) больному была выполнена трансуретральная резекция (ТУР) предстательной железы, 27 (46,5%) пациентам — открытая чрезпузырная аденомэктомия. Комплексное урологическое обследование включало ультразвуковое исследование почек, предстательной железы и мочевого пузыря, определение уровня простатического специфического антигена (ПСА), уродинамическое исследование с выполнением урофлоуметрии и микционной цистометрии. А также у больных с недержанием мочи выполнялось измерение профиля уретрального давления. Пациенты с гиперактивностью детрузора и с ургентным недержанием мочи получали терапию М-холинолитиками (солифенацин 5 или 10 мг 1 раз в сутки, 3 месяца), пациентам с гипоактивностью детрузора назначали альфа-адреноблокаторы (тамсулозин, 400 мг 1 раз в сутки, 3 месяца). При выявлении инфравезикальной обструкции выполняли внутреннюю оптическую уретротомию и ТУР предстательной железы. Больным со стрессовым недержанием мочи назначали упражнения для мышц тазового дна и их электростимуляцию.

Результаты исследования. Сохранявшаяся после операции дизурия у больных с неудовлетворительными результатами лечения ДГПЖ без недержания мочи в основном была обусловлена патологией детрузора - гиперактивностью и снижением сократимости, которые были диагностированы у 29 (52,7 %) и у 26 (47,3 %) больных соответственно. У 16 (29,9 %) пациентов по результатам уродинамического исследования было диагностировано сочетание гиперактивности и снижения сократимости детрузора. Менее частой причиной сохранения дизурии была инфравезикальная обструкция, диагностированная у 4 (7,2%) пациентов. Ургентное и смешанное недержание мочи с преобладанием ургентного компонента было выявлено у 2 из 3-х пациентов с недержанием мочи. Истинное стрессовое недержание было диагностировано у 1 (50%) пациентов. Улучшение симптоматики при лечении солифенацином больных с гиперактивностью детрузора без недержания мочи было выявлено у 15 (57,6%) пациентов, при ургентном недержании мочи — у 1 (50%) из 2 больных. У пациентов с гипоактивностью детрузора положительную динамику после лечения тамсулозином определяли у 16 (61,5%) пациентов. Значительное улучшение после упражнений для мышц тазового дна и электростимуляции наблюдали у 1 из 3-х пациентов со стрессовым недержанием мочи. Проведение внутренней оптической уретротомии у 1 больных и ТУР предстательной железы у 1 больных позволило устранить инфравезикальную обструкцию у всех пациентов.

Выводы. Проведение уродинамического исследования позволило проводить патогенетически обоснованную терапию расстройств мочеиспускания после хирургического лечения ДГПЖ, а также назначение альфа-адреноблокаторы и М-холинолитик в послеоперационном периоде значительно улучшает эффективность хирургических вмешательств.

Мухаббатов Х.Дж.[1], Саъдуллозода Ф.С.[1,2], Абдувохидов А.А.[3]

ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОБСТРУКТИВНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО УРОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

[1]Кафедра урологии имени профессор Осими А.С. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
[2]ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии»
[3]Международная клиника «Ибни Сино»

Цель исследования. Оценить способы и методы дренирования мочевыводящих путей при остром обструктивном пиелонефрите.

Материалы и методы. С 2020 по 2022 гг. на базе ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии» при различных обструктивных заболеваниях верхних мочевых путей (ВМП) выполнено 140 пункционных нефростомий (ПН), 54 установок стентов внутреннего дренирования, 1 установка стентов наружного дренирования (СВД). Из них при обструктивном пиелонефрите выполнено 109 ПН, 18 установок СВД, 1 установка стентов наружного дренирования. При этом из 140 ПН причиной обструкции у 106 (75,7%) пациентов была МКБ, у 34 (24,2%) стриктуры или обструкции мочеточника. Из 32 установок СВД и 1 установок СНД причиной обструкции в 29 (90,6%) случае была МКБ, в 3 (9,4%) случаях стриктура мочеточника. Все оперативные вмешательства выполнялись под рентген-телевизионным контролем. ЧПНС выполнялась под местной анестезией, установка СВД и СНД под наркозом.

Результаты. В результате проведённого анализа для лечения обструктивного пиелонефрита можно сделать вывод, что все вышеперечисленные методы равноценно эффективны. Преимуществами ЧПНС является возможность выполнения под анестезией и кратчайший путь отведения мочи минуя нижние мочевые пути. Недостатками: сравнительная инвазивность метода с возможным развитием геморрагических осложнений, наличие внешних систем для сбора мочи, необходимость перевязок и своевременной фиксации. В свою очередь, преимуществами установки СВД является отсутствие геморрагических осложнений, возможность выполнения пациентам, находящимся на антикоагулянтной терапии, отсутствие внешних систем для сбора мочи. Недостатками: необходимость наркоза, высокая вероятность перфорации мочеточника при установке, стент-ассоциированные симптомы, высокий процент развития рефлюкс пиелонефрита, более высокая вероятность возникновения резистентной микрофлоры, необходимость регулярной замены через 4-6 недель. В любом случае решение принимается совместно с пациентом, в каждом случае индивидуально, с учётом возраста, пола, тяжести состояния пациента и коморбидного фона.

Выводы. Таким образом, при анализе методов дренирования при остром обструктивном пиелонефрите выявлено, что из 140 дренирующих операций ПН является превалирующим методом и составляет 78% случаев, установка СВД или СНД занимают случаев 22%. Пункционная нефростомия является методом выбора при остром обструктивном пиелонефрите.

Мухамедова И.Г., Хасанов Б.Н., Мирзокаримов У.М.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИРЕЗОРБТИВНОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИЗМЕНЕНИЙ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ ПЕРИОД

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

Цель исследования. Определить состояние минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у женщин, получающих антирезорбтивную терапию по данным рентгеновской денситометрии, биохимических маркеров костного ремоделирования и костной резорбции.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 116 женщин в постменопаузальном периоде в возрасте 45–67 лет и длительностью постменопаузы от 1 до 3 лет.

Всем женщинам, перед назначением антирезорбтивной терапии, проводилось обследование: биохимические маркеры костного ремоделирования (остеокальцин) и костной резорбции (**b-Cross Laps**) в сыворотке крови, МПКТ с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (**DXA**) поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости.

Состояние костной ткани определяли путем измерения МПКТ методом **DXA** с помощью аппарата Lunar Prodigy (GE Health Care, USA) в поясничном отделе позвоночника (L_1 – L_4) и проксимальном отделе бедра (Neck и Total hip), с интерпритацией результатов по оценке **T**-критерия согласно клиническим рекомендациям Российской ассоциации по остеопорозу (2010). Повторное исследование проводилось через год и оценивалось по проценту изменения МПКТ по сравнению с предыдущим.

Все женщины были рандомизированно распределены на 3 группы. В первую группу было включено 44 (37,9%) женщины, у которых исследуемые показатели находились в пределах нормы. Во вторую группу – 62 (53,5%) женщины, имеющие следующие отклонения: показатели **T**-критерия соответствовали уровню остеопении (от – 1 до –2,5 **SD**) или остеопороза (ниже – 2,5 **SD**), повышенные показатели маркёра резорбции кости **b-Cross Laps**, магния и метаболита витамина **D(25-OH-D3**) в сыворотке крови на этапе скрининга. Больные 1-й и 2-й групп были сопоставимы по возрасту.

Женщинам обеих групп назначалась антирезорбтивная терапия в сочетании с препаратами кальция (от 800 до 1200 мг) и витамина **D** (от 400 до 800 МЕ). В третью группу (контрольную) – вошли 10 (8,6%) женщин, которые получали только препараты кальция.

Результаты исследования и их обсуждение. При комплексном обследовании женщин 1-й группы **T**-критерий соответствовал нормальным значениям и составил – 0,43 ± 0,16 **SD**; **b-Cross Laps** сыворотки крови – 0,573 ± 0,19 нг/мл; остеокальцин сыворотки крови – <9,52 ± 0,15 нг/мл. При обследовании женщин 2-й группы выявлены следующие результаты: **T**-критерий соответствовал показателям остеопении - 1,79±0,19 **SD** у 32 (51,6 %) женщин и остеопорозу

от – 4,57 ± 0,67 **SD** до -- 3,4 ± 0,42 **SD** у 11 (17,7%); **b-Cross Laps** сыворотки крови от 0,794 до 1,30 ± 0,15 нг/мл; остеокальцин сыворотки крови – 32,51 ± 0,17 нг/мл. У женщин 3-й группы все показатели находились в пределах нормальных значений: **T**-критерий – 0,24 ± 0,15 **SD**; **b-Cross Laps** сыворотки крови – 0,554 ± 0,18 нг/мл; остеокальцин сыворотки крови – 7,6 ± 0,17 нг/мл.

Динамика показателей МПКТ в области (L_1 – L_4) и проксимальном отделе бедра для пациенток всех групп при обследовании показала, что у женщин 1-й и 2-й групп, получающих комбинированную терапию (Лондромакс, золендроновую кислоту (Акласта), препараты кальция и витамина **D**), отмечались достоверные увеличения показателей МПКТ в поясничном отделе позвоночника и проксимальном отделе бедра. А у женщин 3-й группы, несмотря на прием препаратов кальция, отмечалось снижение МПКТ в вышеуказанных зонах. Эффективность комбинированной терапии оценивалась по уровню маркеров костной резорбции через 3, 6 и 12 месяцев. При анализе показателей **b-Cross Laps** было отмечено его увеличение во 2-й группе, включающей пациенток с остеопенией и остеопорозом. При назначении терапии данной категории женщин уже через 3 месяца наблюдалось снижение **b-Cross Laps** на 32 %, которое сохранялось через 6 и 12 месяцев и соответствовало уровню здоровых женщин. В 1-й и 3-й группах **b-Cross Laps** достоверно не изменялся.

Выводы. Антирезорбтивная терапия является эффективным методом лечения постменопаузального остеопороза и профилактики снижения МПКТ, что подтверждается увеличением МПКТ во 2-й группе и отсутствием её снижения в 1 группе. В то же время назначение только препаратов кальция не является достаточно эффективным методом профилактики снижения МПКТ, о чем свидетельствует снижение уровня МПКТ в 3-й группе, а показатель костной резорбции **b-Cross Laps** позволяет контролировать эффективность терапии в ранние сроки.

Мухамедова И.Г., Юнусов И.А., Курбанова Р.Т.

ЛОКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

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

Цель исследования. Оценить эффективность локального применения аутологичной плазмы и препаратов гиалуроновой кислоты у больных старшей возрастной группы для лечения остеоартроза коленного сустава 3 стадии дегенеративных изменений.

Материал и методы исследования. Методом локальной терапии пролечено 25 больных возрастной группы от 56 до 80 лет с гонартрозом третьей степени. Рентгенологическую стадию определяли по Kellgren–Lawrence, магнитно-резонансной томографии (МРТ). По доминирующему клиническому признаку у всех больных отмечалась выраженная артралгия, которая носила постоянный характер и нарушение функций сустава. Все больные, в течение последних лет, неоднократно получали различные виды консервативной терапии (НПВП, физиолечение, обезболивающая терапия), с кратковременным улучшением. 11 (44%) больным из 25 было показано оперативное лечение (эндопротезирование коленных суставов). Между тем, всем больным, дополнительно к комплексному лечению, был проведен курс интраартикулярной аутоплазмотерапии и препаратов гиалуроновой кислоты. Манипуляцию внутрисуставного введения аутологичной плазмы, с использованием сертифицированных пробирок фирмы «Plasmolifting TM», от 3 до 5 инъекций проводили с периодичностью 1 раз в 7–10 дней. Для сдерживания прогрессирования структурных изменений в поражённом суставе были проведены по три внутрисуставные инъекции высокомолекулярной гиалуроновой кислоты в дозе эквивалентной 25 мг/2,5 мл гиалуроната натрия - OSTEONIL, Fermatron Plus 30мг/2.0мл, Диарт -36,6мг/2,0 мл, Гиалуром хондро - 60мг/3,0 мл, с интервалом в 10-14 дней. Обследование проводили перед первым введением аутологичной плазмы, хондрорепаранта и гиалуронан-хондроитинового комплекса, второе и третье — через следующие один и три месяца.

Результаты исследования и их обсуждение. Интенсивность боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ (M ± σ), в большинстве случаев (20 - 80%), больные отмечали как «сильная», которая, в среднем, составляла 6,49±0,9 баллов ($p<0,05$), у 4 (16%) из 25 женщин - 5,2±0,6 баллов ($p<0,05$). Динамическое наблюдение, во время внутрисуставных инъекций аутологичной плазмы и препаратов гиалуроновой кислоты, выявило положительные результаты. При введении аутологичной плазмы и гиалуронан-хондроитинового комплекса постепенно количество безболезненных движений в функциональной пробе возросло. Через 3 месяца больные, давая оценку боли по шкале ВАШ, отметили снижение её на 2,1 балла, что составило 3,8± 1,8 балла ($p <0,05$). Через 6 месяцев, с момента окончания курса инъекций, показатель интенсивности боли остался на том же уровне. Большинство больных испытывали болевые ощущения в суставах при спуске по лестнице, после длительной ходьбы (более 2 часов) и после длительной, тяжелой работы по дому.

Использование аутологичной плазмы и препаратов гиалуроновой кислоты у больных возрастной группы, с гонартрозом 3 стадии дегенеративных изменений, позволило уменьшить выраженность болевого синдрома, улучшить функцию коленного сустава и сохранить результат как минимум в течение 6 месяцев после лечения, что улучшило качество жизни больных

Вывод. Полученные результаты доказывают, что совместное локальное применение аутологичной плазмы и препаратов гиалуроновой кислоты у больных гонартрозом третьей степени способствовало уменьшению интенсивности болевого синдрома, более продолжительному эффекту и увеличению подвижности коленного сустава, по сравнению с применением препаратов НПВС и может применяться как симптоматическое лечение при отсутствии возможности эндопротезирования.

Набиев М.Х., Джойлобов М.Р.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

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

Цель исследования. Улучшение результатов реабилитации больных с синдромом диабетической стопы путём усовершенствования способов профилактики после хирургического лечения.

Материал и методы исследования. В кабинете «Диабетической стопы», функционирующим на базе ГУ ГМЦ №3, под нашим наблюдением находились в течение трёх лет 53 больных с нейропатической формой СДС с последствиями хирургических вмешательств на стопе в анамнезе. Среди них мужчин было 28 (51,9%), женщин – 25 (48,1%). Возраст больных колебался от 30 до 54 лет. СД 1-типа выявлено у 6 (6.5%), СД 2-го типа у 47 (93.5%).

Результаты исследования. Нами проанализированы результаты лечения после экзартикуляции пальцев с резекцией головок плюсневых костей с иссечением сухожилий сгибателей и разгибателей пальца – 25, с трансметатарзальной ампутацией стопы 23- больных, и 5 больных вскрытием флегмоны стопы.

Все больные получили регулярное профилактическое лечение два раза в год. В комплекс профилактического лечение больных включены общеукрепляющая, иммуностимулирующая, сахарокорригирующая, ангиотропная терапия и препараты, улучшающие реологические свойства крови, методы гемоквантовой терапии, а также симптоматическая терапия при наличии сопутствующих заболеваний.

Рецидивы СДС явились причиной повторной госпитализации у 23 (92,1%)- больных после экзартикуляции пальцев с резекцией головок плюсневых костей. Наибольшая частота повторных госпитализаций приходилась на группу больных, ранее перенесших экзартикуляции одного и более пальцев стопы. После трасметатарзальной ампутации стопы с последующей ортопедической коррекцией у 3 (13,1%) больных отмечен рецидив СДС в области культи с образованием трофических язв и участками гиперкератоза. Анализ анамнестических данных, повторно поступивших больных, показал, что большинство из них не владели навыками ухода за стопой.

Ретроспективный анализ результатов произведенных экзартикуляций показывает, что сохранение одного или двух пальцев стопы у больных с ОФ СДС функционально не оправдано. Возникающее при ходьбе перераспределение давления на новые опорные точки и несвоевременная ортопедическая коррекция нарушенной функции стопы у больных, способствуя постоянной травматизации дистальных отделов стопы при ее перекате, увеличивает вероятность развития рецидива СДС.

Вывод. Таким образом, у 49,2% пациентов после хирургических вмешательств проводимые в пределах стопы в течение трёх лет возникли рецидивы язвенных дефектов либо культи, либо области проекции головок плюсневых костей, связанных с перераспределением или формированием патологических зон опорных давлений при ходьбе в сочетанием нейропатии. Наличие у пациента ампутаций пальцев, части стопы или каких-либо хирургических вмешательств в пределах стопы является абсолютным показанием для изготовления ортопедических изделий.

Набиев М.Х., Султонов Х.К.

ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНАЯ СИСТЕМА ПРИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

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

Цель исследования. Изучение состояния перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы при некротизирующей инфекции мягких тканей**.**

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 82 больных с различными формами НИМТ, госпитализированных в хирургическое отделение ГУ ГМЦ №3 г. Душанбе, мужчин было 42 (51,2%), женщин 40 (48,8%). Возраст больных варьировал от 28 до 84 лет. Среди них у 32 (39,1%) больных имела место некротическая форма рожи, у 50 (60,9%) - некротизирующий фасциит и мионекроз. При поступлении и по ходу лечения интенсивность перекисного окисления липидов (ПОЛ) оценивали в плазме крови по продуктам пилопериоксидации малонового диалдегида (МДА), диенового конъюгата (ДК) и супероксиддисмутазы (СОД).

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что у больных с НФ выявлены: критическое повышение содержания продуктов ПОЛ в плазме крови - МДА – 6,9±1,45, ДК – 0,99±0,17 и при распространении гнойно-септических процессов МДА достигает – 9,56±0,79, ДК – 1,86±0,08, что свидетельствует об одной из причин быстрого развития и распространения гнойно-септического процесса под действиями продуктов ПОЛ, которые приводит к дефициту антиоксидантной системы. Все больные поступали в тяжелом, запущенном состоянии и были оперированы в экстренном порядке, производились широкие некрэктомии. В комплексное лечение больных включены целенаправленная антибактериальная, дезинтоксикационная, иммуностимулирующая, сахарокорригирующая, ангиотропная, общеукрепляющая и антиоксидантная терапии, а также препараты, улучшающие реологические свойства крови. Показатели летальности составляли 26 (31,7%) больных. Частота первичных высоких ампутаций составила 14 (17,1%). Этапные, высокие ампутации конечности у 6 (7,3) больных, а у 36 больных формировались обширные постнекрэктомические дефекты, требующие пластического закрытия.

Выводы. Таким образом, интенсивность процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) при НИМТ находится в прямой зависимости от активности системы антиоксидантной защиты (АОЗ). Высвобождение в системный кровоток продуктов распада тканей и продуктов ПОЛ при снижении активности ферментов АОЗ создаёт оптимальные условия для формирования порочного круга с развитием синдрома эндогенной интоксикации и высокой летальности.

Набиев М.Х., Джойлобов М.Р.

АУТОДЕРМОПЛАСТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

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

Цель настоящего исследования. Улучшение результатов хирургического лечения при синдроме диабетической стопы (СДС) и оценка эффективности аутодермопластики.

Материал и методы исследований. В Центре эндокринной и гнойно-септической хирургии на базе ГКБ № 3 г. Душанбе под нашим наблюдением находились 360 больных с осложнёнными формами синдрома диабетической стопы (СДС от 3 до 5 степени). Среди них мужчин было 224 (62,2%), женщин – 136 (37,8%). Возрастной спектр больных колебался от 30 до 74 лет. Большинство госпитализированных больных имели смешанную форму СДС - 178 (49,5%), нейропатически-инфицированную - 159 (44,2%) и ишемическую 23 (6,3%).

Результаты исследования. У 56 (15,5%) больных 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, толщиной от 0,2 до 0,4 мм взятым с передне-наружной поверхности бедра после пересадки лоскут фиксировали к культе узловыми кетгутовыми швами. Хорошая фиксация аутотрансплантата в ране является необходимым условием его приживления. При этом первую перевязку больным производили через трое суток, и в течение всего этого времени повязку смачивали раствором декасана. В 36 (64,3%) случаях отмечено полное приживление трансплантата, в 16 (28,6%) случаях частичное приживление и лишь у 4-х (7,1%) больных произошёл полный некроз трансплантата. Приживление трансплантата было возможным только в условиях корригированного углеводного обмена и сохранённой регионарной гемодинамики, при наличии активно гранулирующей раневой поверхности. Сроки проведения АДП колебались от 21 до 86 дней. Частота первичных высоких ампутаций у больных с СДС составила 11,9%. Этапные высокие ампутации конечности, после малых хирургических вмешательств, выполнены лишь у 14(3,8) больных. Общая летальность после ампутации составила 26 (7,2%). Основными причинами смерти больных были острая сердечно-сосудистая недостаточность и продолжающийся эндотоксикоз.

Вывод. Таким образом, органосохраняющие и функционально-щадящие оперативные вмешательства следует проводить после ликвидации воспалительного процесса, который достигается комплексной консервативной терапией, а свободная аутодермопластика является операцией выбора для предотвращения развития порочной культи при осложнённых формах синдрома диабетической стопы.

Нажмидинов Х.Н.[1], Одинаев Х.С.[2], Саъдуллозода Ф.С.[1]

ВОЗМОЖНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ КОНТАКТНОЙ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИЯ У БЕРЕМЕННЫХ

[1]Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
[2]ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии»

Цель исследования. Изучение возможности выполнения контактной уретеролитотрипсии (КУЛТ) у беременных с мочекаменной болезнью (МКБ).

Материал и методы исследования. В период 2020-2023 годов на базе кафедры урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино контактная уретеролитотрипсия была выполнена у 13 беременных женщин в сроки беременности от 10 до 26 недели. Возраст женщин колебался от 18 до 30 лет и в среднем составил 26 ± 1 лет. У 6 пациенток была первая беременность, у 4 — вторая беременность, у 3 — третья. Размеры конкрементов мочеточника составили 7—12 мм. Показания к выполнению данной операции каждый раз определялись индивидуально совместно с акушером-гинекологом и анестезиологом. По локализации конкременты распределились следующим образом: в верхней трети мочеточника — у 3 больных, в средней трети мочеточника — у 4, в нижней трети мочеточника — у 6. Длительность нахождения конкрементов в мочеточнике (время, прошедшее с момента возникновения почечной колики до операции) варьировало от 24 часов до 1 недели. У всех больных в посеве мочи определялся рост микрофлоры.

Результаты исследования. Методом обезболивания у всех больных была выбрана внутривенная. Все операции выполнялись только под визуальным и ультразвуковым контролем, без использования рентгеноскопического контроля. Для контактной литотрипсии использовали пневматической литотриптор. Дробление конкремента старались проводить до мелкодисперсных осколков, способных отойти в послеоперационном периоде самостоятельно. Относительно крупные осколки (1— 2 мм) конкрементов по возможности извлекали наружу щипцами или петлей Дормиа. Операцию заканчивали установкой наружного мочеточникового катетера, положение мочеточникового катетера контролировали с помощью УЗИ. Удаляли мочеточниковый катетер на 3-4-й день при условии нормальной температуры тела и достаточном диурезе. Осложнений, связанных с проведением уретеропиелоскопии и контактного дробления камня, нами не отмечено. Все пациентки наблюдались до родоразрешения. У всех женщин на фоне антибактериальной терапии удалось достигнуть стерильности посева мочи через 2—3 нед после удаления камня.

Выводы. Таким образом, при выявлении камня в мочеточнике в I-II триместре беременности возможно выполнение КУЛТ под визуальным и ультразвуковым контролем без использования рентгеноскопии. Применение КУЛТ в более ранние сроки беременности (до 26 недели) является обоснованным, малоинвазивным методом лечения уролитиаза, позволяющим избежать длительного стентирования мочеточника или установки нефростомы у беременных с МКБ.

Нажмидинов Х.Н.[1], Сидиков А.Ш.[1,2], Сафаров Н.Х.[1]

ВЛИЯНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОЦЕЛЕ НА ПОКАЗАТЕЛИ СПЕРМОГРАММЫ

[1]Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино
[2]ГУ «Научно-клинический центр урологии»

Цель исследования. Оценка влияния оперативного лечения гидроцеле на показатели сперматогенеза.

Материал и методы исследования. Научно-исследовательская работа была выполнена в ГУ «РНКЦ урологии» за период с 2020 по 2022 г. включительно. В зависимости от метода операции все больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 12 больных – это пациенты, которые были прооперированы по стандартной методике Винкельмана. Во вторую группу вошли 14 пациентов, оперированных по стандартной методике Бергмана. Средний возраст больных составил 34,1 года (от 20 до 45).

Оценка результатов оперативного лечения водянки оболочек яичка на сперматогенез проводилась нами путем сравнения послеоперационных осложнений, анализа спермограмм до операции и через 3-4 месяца после операции. Эякулят получали путем мастурбации непосредственно в лечебном учреждении, где производился дальнейший анализ спермы. Исследование эякулята производилось по классическим методикам.

Результаты исследования. У всех 2 групп больных изучены ранние послеоперационные осложнения: эпидидимит/орхоэпидидимит, отёк тканей мошонки и наличие послеоперационных гематом. При анализе осложнений в раннем послеоперационном периоде, встречавшихся у пациентов после оперативного лечения гидроцеле, было выявлено, что больше всего осложнений наблюдалось у пациентов 2-й группы. Это, по всей видимости, связано с травматичностью операции. В первой группе больных эпидидимит был диагностирован у 2 (14,2%) человек, орхоэпидидимит – у 1 (7,1%) и выраженный отек мошонки – у 5 (35,7%). Такое серьезное послеоперационное осложнение, как гематома, потребовавшая повторных оперативных вмешательств, не наблюдалось.

При межгрупповом сравнении показателей спермы до операции статистически достоверных различий не найдено. Показатели спермограммы были выявлены через 3 месяц после оперативного лечения все показатели были статистически незначительно ухудшаются, а через 5-6 месяца отмечается статистически значимое улучшение практически всех показателей. Снижение показателей спермограмм через 1 месяц после оперативного лечения во всех группах мы объясняем воздействием операционной травмы на гонады, а также применением в послеоперационном периоде антибиотиков, которые оказывают отрицательное влияние на сперму.

Выводы. Таким образом, количество ранних послеоперационных воспалительных осложнений и восстановление показателей спермограмм имеют прямую зависимость. При этом при проведение оперативного лечения гидроцелле хирургу надо внимательно работать, что позволит минимизировать количество ранних послеоперационных осложнений, тем самым способствует восстановлению основных показателей спермограмм за короткий промежуток времени.

Нажмудинов А.Х., Хусензода З.Х., Мухиддинов У.Р.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАКЕ ПОЧКИ

ГУ “Республиканский онкологический научный центр” МЗСЗН РТ

Цель исследования. Проанализировать эффективность методов диагностики и способов оперативного вмешательства при раке почки.

Материал и методы исследования. Подвергнуты анализу 99 больных, пролеченных в условиях онкоурологического отделения РОНЦ за период 2016-2020 гг. Возраст больных варьировал от 26 до 75 лет, мужчин было 54 (54,54%), женщин 45 (45,45%).

Длительность анамнеза: до 3 месяцев – 29 больных, до 6 мес - 25, до 1 года – 32 и свыше 1 года - 13. У 78% больных выявлены сопуствующие заболевания, чаще всего встречались анемия (16,16%) гипертоническая болезнь (20,2%), хронический холецистит (21,2%), сахарный диабет (10,1%). По стадиям заболевания у 47 (47,47%) больных отмечены Т1-Т2, у 40 (40,4%) Т3 и у 12 (12,12%) больных – Т4.

Для уточнения диагноза использованы УЗИ, экскреторная урография (у 35 больных) и КТ с внутривенным контрастированием, также 15 больным произведена трепанобиопсия.

Результаты исследования. У 5 больных выявлена опухоль почки размером 4 см, у одного 6 см, у 42 больных свыше 7 см, ограничено почкой, у 40 больных опухоль врастало в почечные вены, околопочечную клетчатку в пределах фасции Герота, у 12– опухоль распространялся за пределы фасции Герота, в брыжейку толстого кишечника, с метастазом в печень и толстую кишку.

Открытая радикальная нефрэктомия произведена 75 (75,75%) пациентам, резекция почки 9 больным. По показаниям также получали иммунотерапию (интерферон альфа-2, интерлейкин-2), химио- и гормонотерапию, также таргетную терапию.

При морфологическом исследовании светлоклеточная карцинома установлена у 61 (92,4%) больных, переходноклеточная аденокарцинома у 1. Сроки наблюдения отдаленных результатов составляет до 3 лет, 11 больной умер, у 7 больных наблюдался рецидив заболевания.

Выводы: В анализируемой когорте больных с раком почки количество запущенных случаев Т3-Т4 остается достаточно высоким – 52,52 %. Хирургический метод лечение остается основным, как при ранних, так и при местнораспространённых стадиях болезни.

Махмудназаров М.И.[1], Юсупов А.Ш.[1], Назаров З.Х.[2]

О ВОЗМОЖНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ОДНОМОМЕНТНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ПОЛОСТИ НОСА И В НОСОГЛОТКЕ У ДЕТЕЙ

[1]Кафедра оториноларингологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.
[2] Национальный медицинский центр «Шифробахш», детское ЛОР отделение. Таджикистан.

Цель исследования. Разработка и внедрение в клиническую практику одновременной септум-операции и эндоскопической аденотомии под общим обезболиванием.

Материалы и методы исследования. В детском ЛОР отделении Национального медицинского центра РТ "Шифобахш" нами обследованы и прооперированы 84 ребёнка с деформацией носовой перегородки, сочетанной с гипертрофией носоглоточной миндалины III-IV степени. Возраст пациентов варьировал от 6 до 14 лет, из них мальчиков было 52, девочек - 32. Больным проведено обследование, которое включало исследование общего анализа крови, мочи и кала, биохимию крови, ЭКГ, эндоскопию полости носа, носоглотки и КТ околоносовых пазух. Для сравнения результатов традиционного поэтапного хирургичес- кого лечения и одномоментной хирургии деформации носовой перегородки и аденоидных вегетаций больных распределили на две равные группы по 42 человека, с учётом пожеланий родителей. В плане хирургического лечения больным первой группы септум-операцию и аденотомию проводили в два этапа. Вначале выполняли септум-операцию, а через два месяца аденотомию. Пациентам второй (основной) группы септум-операцию и аденотомию выполнили одномоментно.

Результаты исследования и их обсуждение. Жалобы детей при поступлении были на затруднённое носовое дыхание, слизисто-серозные отделяемые из носа, гнусавость, нарушение сна и ночной храп, быстрая утомляемость при физической нагрузке. При риноскопии у 27 (31,3%) больных выявлена С- и у 23 (27,4%) - S образное искривление перегородки носа, у 21 (22,6%) вывих 4-х угольного хряща и у 15 (17,9%) гребень носовой перегородки. Эндоскопия носоглотки выявила гипертрофию носоглоточной миндалины III степени у 53,6% и 1V степени - у 46,4% больных. При исследовании функционального состояния носа выявлено заметное нарушение дыхательной, защитной и обонятельной функции носа, что и явилось показанием для хирургического лечения. Все хирургические вмешательства выполняли с применением эндотрахеального наркоза. Качество выполненной аденотомии контролировали путём эндоскопии носоглотки, непосредственно после оперативного вмешательства. Наблюдение за больными, которые перенесли операции в полости носа и в носоглотке одновременно, и за пациентами, перенесшими септопластику или аденотомию по отдельности, показали, что послеоперационные реактивно-воспалительные явления практически идентичны и существенно не отличаются друг от друга. По истечении одного месяца послеоперационного наблюдения проводили повторное исследование функционального состояния полости носа и носоглотки. Результаты исследования показали, что у 36 (85,7%) пациентов первой и у 40 (95,2%) больных второй группы наблюдалось восстановление носового дыхания. При этом разница между первой и основной группами составила 9,5%. Восстановление активности МЦТ наблюдалось у 35 (83,3%) больных первой и у 39 (92,8%) пациентов второй группы с разницей в показателях между группами - 9,5%.

Выводы. Таким образом, через месяц после хирургических вмешательств в полости носа и в носоглотке наблюдается восстановление основных функций носа у абсолютного большинства пациентов второй (основной) группы, где одновременно была выполнена септопластика и аденотомия, что свидетельствует об эффективности одновременного хирургического вмешательства при сочетанной патологии полости носа и носоглотки.

Назаров И.Р., Аскаров А.Т., Хасанов Б.Н.

ПРИМЕНЕНИЕ БЛОКИРУЮЩЕГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

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

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с переломами длинных трубчатых костей.

Материал и методы. Настоящая работа основана на анализе результатов оперативного лечения 132 пострадавших с переломами длинных трубчатых костей, лечившихся в отделении ортопедии НМЦРТ «Шифобахш». Из них женщин было 45 (34,1%), мужчин 87 (65,9 %), возраст больных колебался от 18 до 55 лет. 86 (65,15%) пациентов были со свежими переломами, 19 (14,39%) — с не срастающимися и неправильно срастающимися, 27 (20,45 %) — с ложными суставами. Перелом бедра был у 81 (61,36 %), голень - 34 (25,75%), плечо - 17 (12,87 %).

Результаты исследования. В послеоперационном периоде использовался функционально-нагрузочный режим ведения больных. Начиная с третьего дня, приступали к движениям в смежных суставах, ходьба на костылях без нагрузок на оперированную конечность, которые разрешались, как правило, на 21-23-й день после операции. Ранним нагрузкам придавали особое значение, видя в этом мощный фактор оптимизации процесса репаративной регенерации. Большинство больных на протяжении первых 4-6 недель дозировано нагружали конечность, через 3,5-4 месяца больные ходят самостоятельно, полное восстановление функций конечности, рентгенологическая консолидация отломков.

В лечении переломов плечевой кости, учитывая сложность анатомии плечевого сегмента, выполнение того или иного вида остеосинтеза является сложной процедурой. Так, например, при переломах в нижней трети оптимальным способом фиксации отломков является пластина. Выполнение этой операции требует довольно кровавого доступа и выделения лучевого нерва, заканчивающегося нередко временным невритом лучевого нерва. При переломах в средней или верхней трети относительно просто, без экспозиции мягких тканей и кровопотери, установить интрамедуллярный гвоздь с блокированием.

Выводы. К преимуществам метода относится его малая травматичность, прочная фиксация отломков с исключением их смещения в послеоперационном периоде, ранняя мобилизация больного и короткие сроки стационарного лечения.

Назаров Х.Ш., Сараев А.Р., Факиров Х.З.

СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УРГЕНТНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

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

Цель исследования. Уменьшение частоты развития острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН) при проведении операции на органах брюшной полости.

Материал и методы исследования. Материал включает в себя результаты диагностики и лечения 119 (100%) больных, которые находились на стационарном лечении в ГО ГМЦ СМП г. Душанбе в период с 2020 по августе 2024 гг. Женщин было 56 (47%), мужчин – 63 (53%). Возраст больных варьировал от 18 до 78 лет, а длительность заболевания до госпитализации составляла от 3 часов до 3 суток. Из них в 46 (38,6%) случаях операция была проведена по поводу острого аппендицита, в 27 (22,7%) случаях органов гениталии, 19 (16%) случаях перфорация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, 16 (13,5%) острый калькулёзный холецистит и в 11 (9,2%) случаях по поводу острой спаечной кишечной непроходимости. В 67 (56,3%) случаях перитонит оказался местным, в 43 (36,1%) – диффузным и в 9 (7,6%) – разлитым. При этом жидкость в брюшной полости в 79 (66,4%) случаях имела серозный характер, в 31 (26%) – серозно-фибринозный и в остальных 9 (7,6%) случаях фибринозно-гнойный характер. У 76 (63,9%) больных операция была проведена миниинвазивным (лапароскопическим) и в 43 (36,1%) случаях традиционным (лапаротомным) способами. С целью профилактики интраабдоминального спайкообразования по окончанию основного этапа операции у 53 (44,5%) больных брюшная полость была промыта предложенной в клинике противоспаечным раствором.

Больным выполнялись общеклинические и биохимические лабораторные исследования крови и мочи, ЭКГ, УЗИ и обзорная рентгенография брюшной полости, а также по необходимости ФГДС и контрастная рентгенография ЖКТ.

Результаты и обсуждение. Эффективность проведённого лечения была оценена по выраженности и по срокам исчезновения клинических проявлений, которые включали болевые ощущения, вздутие живота, тошноту и рвоту, тахикардию. Учитывали время появления перистальтических шумов кишечника, отхождения газов и стула, а также результаты лабораторных показателей. УЗИ признаки в виде нормализации толщины стенки и диаметра кишечника, появления перистальтических движений кишечника. При необходимости в 6 (5%) случаях было проведено контрастное исследование ЖКТ. Установлено более раннее уменьшение клинических проявлений и восстановление функционального состояния кишечника у больных, которым **с целью профилактики спайкообразования в брюшной полости по завершению основного этапа операции использован подогретым до 37°С противоспаечный раствор (патент №TJ558), состоящий из раствора новокаина 0,5% - 200,0 мл, преднизолона – 120 мг, гепарина – 1 мл (5тыс. Ед), витамина Е – 30%-5,0 мл.**

В послеоперационном периоде у 6 (5%) больных наблюдались признаки спаечной кишечной непроходимость, которым был применён весь комплекс консервативного лечения. Из-за нарастания признаков ОСКН в 2 (1,7%) случаях было проведено повторное вмешательство, основным этапом которого являлось рассечение спаек (вызывающих непроходимость) с санацией и дренированием брюшной полости. Следует отметить, что у больных, которым проведены интраоперационные профилактические мероприятия по предупреждению спайкообразования и операция была проведена миниинвазивным методом, не отмечалось признаков выраженного спайкообразвования. Все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Вывод. Применение мниинвазивных технологий с профилактикой интраабдоминального спайкообразования при проведении операций на органах брюшной полости является более эффективным, способствующим снижению частоты послеоперационного спайкообразования и раннему восстановлению трудоспособности пациентов.

Назаров Х.Ш., Сайдалиев Ш.Ш. Джонов Б.Н.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЗАВОРОТОМ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ

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

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с заворотом сигмовидной кишки.

Материал и методы исследования. В материале включены результаты диагностики и лечения 63 больных, которые находились на стационарном лечении в ГУ ГЦСМП г. Душанбе за период с 2021 по 2024 гг. Женщин было 23 (36,5%), мужчин – 40 (63,5%). Возраст больных варьировал от 28 до 82 лет, среди которых превалировали пациенты в возрасте старше 40 лет. Срок госпитализации с момента начала заболевания составлял от 3 часов до 4-х суток. В 51 (80,9%) случае у больных имел место перитонит, который в 32 (50,8%) случаях имел серозно-геморрагический, в 15 (23,8%) фибринозный и в 4 (6,3%) случаях фибринозно-гнойный характер. У 34 (53,9%) больных в анамнезе имела место лапаротомия. Во всех случаях операция была проведена традиционным (лапаротомным доступом) способом. В 34 (53,9%) случаях проведена резекция сигмовидной кишки, при которой в 19 (30,2%) случаях наложен межкишечный анастомоз и в 15 (23,8%) операция завершена формированием колостомы. У 29 (46%) была проведена деторсия с трансанальной интубацией кишечника на 30см выше места заворота и интраоперационное очищение кишечника этим же дренажом. По окончании основного этапа операций у больных перитонитом с целью профилактики развития ранних послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений брюшная полость санирована антибактериальным раствором декасана.

С цель уточнения диагноза и динамической оценки результата проведённого лечения всем больным выполнялись клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, включая ЭКГ, УЗИ, обзорную рентгенографию брюшной полости, а также при необходимости видеоколоноскопия и контрастная рентгенография ЖКТ.

Результаты и обсуждение. Выбор способа операций в основном зависел от состояния завороченной петли кишечника, выраженности и характера перитонита, частоты рецидива -эпизод заболевания, длинность брыжейки сигмовидной кишки с её мобильностью. общего состояния больного. При этом в 19 (30,2%) случаях, при отсутствии признаков некроза завороченной петли кишечника, серозно-геморагического характера перитонита, наличие риска развития рецидива заболевания из-за длинной брыжейка кишечника и выраженной её мобильности проведена резекция сигмовидной кишки с наложением межкишечного анастомоза. В 15 (23,8%) случаях из-за наличия признаков некроза кишечника (n=8) и выраженной воспалительных процессов в стенке кишечника, наличия фибринозно-гнойного перитонита (n=7) операция завершена формированием колостомы. У 29 (46%) пациентов с отсутствием признаков выраженного воспалительного процесса в стенке кишечника, при более ранней госпитализации, решено проводит деторсию завороченной петли кишечника с её трансанальной интубацией и интраоперационным очищением кишечника. Следует отметить, что этим 29 (46%) пациентам в раннем послеоперационном периоде ежедневно по 2-3 раза в день кишечник была промыта подогретой до 37^0С заранее подготовленной раствор ромашки или зверобоя клизменным набором.

В раннем послеоперационном периоде в 2 (3,6%) случаев у больных, которым была наложена колостома наблюдалось нагноение послеоперационной раны и вокруг колостомии, аналогично в 1 (1,6%) случае отмечалось нагноение послеоперационной раны у больной, им всем была проведена резекция кишечника с наложением межкишечного анастомоза. У пациентов, которым была проведена деторсия сигмовидной кишки послеоперационных осложнений не наблюдалось. Все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Вывод. Основным приоритетом в терапии послеоперационого периода у резецированных и колостомированных больных остаётся снижение ранних послеоперационных осложнений.

Применение деторсии завороченной петли кишки с трансанальной её интубацией с последующим промыванием кишечника противовоспалительными и антисептическими растворами в случае отсутствия показаний к её резекции, способствуют раннему восстановлению функциональной способности кишечника и трудоспособности пациентов. Эти все критерии естественным образом сказываются на качестве жизни больных.

Назаров Х.Ш., Али Заде С.Г., Давлатов Дж.Ё.

РОЛЬ ОЦЕНКИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

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

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН).

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 84 больных с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью, госпитализированных в хирургические отделения ГУ ГКБ СМП г. Душанбе в период с начала 2019 года по август 2024 года. Среди них было 49 мужчин (58,3%) и 35 женщин (41,7%). Возраст пациентов варьировал от 20 до 78 лет. Продолжительность заболевания до момента госпитализации составляла от 6 часов до 3 суток.

Всем больным проводилась оценка клинических проявлений, выполнялась обзорная (при необходимости контрастная) рентгенография брюшной полости, ЭКГ, УЗИ и лабораторные исследования. Особое внимание уделялось клиническим проявлениям до операции и в раннем послеоперационном периоде. Оценивались такие признаки, как тошнота, рвота, сухость во рту, вздутие живота, боли в животе, задержка газов и стула, тахикардия и другие.

Результаты и обсуждение. Эффективность проведённого лечения оценивалась по клиническим показателям (снижение болевых ощущений, исчезновение тошноты и рвоты, исчезновение сухости и налёта на языке, устранение вздутия живота, появление перистальтических шумов кишечника, а также отхождение газов и стула), лабораторным данным и результатам инструментальных методов исследования (признаки восстановления моторной функции кишечника при УЗИ и рентгенографии брюшной полости). Установлено, что результаты клинических проявлений не всегда соответствовали данным инструментальных методов диагностики, особенно рентгенологических исследований.

На ранних сроках (до 6 часов с момента появления первых признаков заболевания) у всех 84 (100%) больных отмечалось вздутие живота, у 78 (92,8%) — тошнота, у 73 (86,9%) — сухость во рту, у 69 (82,1%) — задержка газов и стула, у 63 (75%) — рвота, у 7 (8,3%) — жидкий стул. Основным методом диагностики ОКН у всех больных была обзорная рентгенография брюшной полости, при которой только в 56 (66,7%) случаях были выявлены характерные признаки кишечной непроходимости, такие как «чаши Клойбера» и единичные «кишечные арки». На УЗИ отмечалось снижение перистальтической активности кишечника и вздутие его петель.

После проведения лечения, особенно консервативного, были оценены результаты клинических и инструментальных исследований, при этом было установлено более раннее исчезновение патологических клинических признаков ОСКН по сравнению с данными ультразвуковых (отёчность стенки кишечника) и рентгенологических (наличие «чаш Клойбера») исследований.

Несмотря на наличие признаков нарушения кишечного пассажа, по данным рентгенологических исследований, при улучшении общего состояния пациентов и исчезновении клинических проявлений заболевания было продолжено назначенное лечение и динамическое наблюдение с положительным исходом. Лишь в 6 (7,1%) случаях было выполнено оперативное вмешательство. Все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Несмотря на появление высокоинформативных методов диагностики, клинические проявления по-прежнему остаются основным методом установления диагноза ОКН и динамической оценки состояния этих больных. Рентгенологические признаки ОСКН не всегда являются показанием к проведению операции, если на фоне консервативного лечения наблюдается положительная динамика, так как в некоторых случаях признаки могут исчезать позже.

[1]Назаров Ш.К., [1]Аюбов Дж.К., [2]Махмудов Н.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ОСТРЫЙ ДЕСТРУКТИВНЫЙ ПАНКРЕАТИТ

[1]Кафедра хирургических болезней №1 имени академика Курбонова К.М.
ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан
[2]Подстанция №1 ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Оценка эффективности малоинвазивных вмешательств при деструктивных формах панкреатита и разработка оптимальной лечебной тактики.

Материалы и методы. В основе исследования лежит опыт лечения 980 больных острым панкреатитом. Проанализированы результаты хирургического лечения 164 (16,7%) оперированных больных панкренекрозом (ПН). В указанном интервале хирургической деятельности были выделены 2 периода: до 2015 г. и с 2016 г. по настоящее время. В первый период путём широкой лапаротомии с «открытым» или «закрытым» методом дренирования были прооперированы 80 (48,8%) пациентов (1-я группа); во втором периоде – из 84 (51,2%) человек (2-я группа) у 74 (88,1%) были применены малоинвазивные вмешательства: лапароскопическим доступом – у 48 (57,1%), минилапаротомным – у 32 (38,1%), традиционные лапаротомии – у 14 (16,7%). При выборе доступа во втором периоде работы у больных с асептическим ПН предпочитали лапароскопию (распространённый выпот), пункцию и дренирование отграниченных жидкостных скоплений (ОЖС); при инфекционных осложнениях ПН – пункцию и дренирование ограниченное скопление гноя – нагноившееся ОЖС, нагноившаяся киста, абсцесс; минилапаротомия при локализации гнойно-деструктивного процесса в области головки и проксимальной части тела ПЖ, гнойно-деструктивном оментобурсите: широкую лапаротомию строго ограниченные показания: сочетание гнойно-деструктивного процесса в забрюшинном пространстве с гнойным перитонитом, некрозом и свищами желудочно-кишечного тракта, кровотечение в просвет ЖКТ, в брюшную полость и забрюшинное пространство, деструктивном холецистите в сочетании с механической желтухой. В зависимости от стадии заболевания больные были разделены следующим образом. Группа «а» – 89 (54,3%) больных, оперированных в стадии асептического некроза. Группа «б» – 75 (45,7%) больных, оперированных по поводу инфицированного ПН. То есть проведённый анализ позволил выделить 4 группы больных: получавшие лечение до 2015 г. группы 1а – 40 (24,4%) больных и 1б – 28 (17,1%) больных. Операции у всех выполнены путём широкой лапаротомии. Больные, находившиеся на лечении с 2016 г. по настоящее время, группа 2а – 49 (29,9%) больных и группа 2б – 47 (28,6%) больных. Причём в группе 2а выполнено 43 (87,7%) малоинвазивных вмешательства (лапароскопий 31, минилапаротомий 18) и 6 (12,3%) традиционных лапаротомий, в группе 2б – 41 (87,2%) малоинвазивное вмешательство (лапароскопия 11) и 6 (12,8%) традиционных лапаротомий.

Результаты исследования. Большее число ранних системных послеоперационных осложнений отмечено у 1а группы – 39,6% ($p<0,05$). Развитие в целом отсроченных осложнений достоверно чаще отмечено в 1 группе (41,4 и 17,8%). У больных 1а группы ранняя летальность составила 12,5%, поздняя – 18,7%. Среди пациентов 1б группы – соответственно 7,3 и 8,8%, 2а – 7,3 и 4,5%, 2б – 4,8 и 6,7%. Общая летальность в 1-й группе – 25%, во 2-й – 11,7% ($p<0,05$). При изучении связи между уровнем послеоперационной летальности и применённой хирургической технологией установлено, что в целом при остром панкреатите, тяжёлый и нетяжёлый панкреонекроз, статистически достоверно уменьшение летальности при применении малоинвазивных технологий (25,4 и 9,5%, $t=8,98$, $p<0,001$). При проведении статистического анализа в группе больных с тяжёлым ПН с полиорганной недостаточностью статистически достоверного различия результатов лечения в зависимости от применённой хирургической технологии и лечебного алгоритма выявлено не было (33,3 и 31,3%, $t=0,66$, $p>0,05$).

Выводы. Общая послеоперационная летальность статистически достоверно выше при применении традиционных хирургических доступов, при этом внутри этой группы достоверно более высокая летальность отмечалась у больных, оперированных в фазе асептического ПН и панкреатогенного шока. При проведении статистического анализа в группе больных с тяжёлым ПН с органной недостаточностью достоверного различия результатов лечения в зависимости от применённой хирургической технологии и лечебного алгоритма не выявлено.

[1]Назаров Ш.К., [1]Аюбов Дж.К., [2]Махмудов Н.

ВЫПОЛНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

[1]Кафедра хирургических болезней №1 имени академика Курбонова К.М.
ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан
[2]Подстанция №1, ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Определение времени, показаний и объёма хирургических вмешательств в лечении острого панкреатита в зависимости от фазы заболевания.

Материалы и методы. В период 2021-2023 гг. во всех хирургических отделениях ГУ ГЦСМП г. Душанбе на лечении находились 309 больных с диагнозом острый панкреатит, из них 195 (63,3%) женщин и 114 (36,7%) мужчин. Билиарный панкреатит наблюдался у 236 (76,6%) больных, алиментарный у 41 (13,3%), алкогольный у 24 (7,8%), по-

сттравматический панкреатит у 8 (2,6%). Всем больным проводили ультразвуковые, рентгенологические исследования, клинико-биохимические лабораторные анализы, по показаниям мультиспиральную компьютерную томографию. Для оценки тяжести острого панкреатита использовали прогностическую шкалу Ranson (1974).

Результаты исследования. С учётом собственных, ретроспективно рассмотренных, ошибок при лечении больных с ОП придерживались дифференцированной тактики хирургического лечения. Её основу составили степень распространения поражения поджелудочной железы (ПЖ), забрюшинного пространства и факт их инфицирования. В связи с этим стремились ограничить оперативные вмешательства в период отёка поджелудочной железы и первые 7-10 дней при асептических формах панкреонекроза, усиливая консервативную терапию в последних случаях. Абсолютным показанием к хирургическому вмешательству является достоверное инфицирование очагов панкреонекроза. В то же время показаниями к оперативному вмешательству являются: сочетание панкреонекроза (даже асептического) с острым деструктивным холециститом; наличие у больного перитонита при невозможности дренирования лапароскопически; неэффективность консервативной терапии в течение 48 ч. Основываясь на ухудшении клинико-лабораторных показателей, ультразвуковых данных и прогрессирования распространения воспалительного инфильтрата по забрюшинным клетчаточным пространствам, что свидетельствует об инфицируемости очагов некроза в 90% случаев, устанавливались показания к оперативному вмешательству, что подтверждалось интраоперационно. В условиях гнойно -некротического процесса в поджелудочной железе и забрюшинных клетчаточных пространствах, когда некротический компонент преобладает над жидкостным, как правило, пункционного метода и единичного оперативного вмешательства недостаточно. В данной ситуации наиболее оптимальным является методика управляемой лапаростомы с программированными некрсеквестрэктомиями. Для выполнения поставленной задачи необходимо создание или поддержание хорошо дренируемой гнойно-некротической полости минимум в течение 2-3-х недель.

Выводы. Абсолютным показанием к хирургическому вмешательству является достоверное инфицирование очагов панкреонекроза. Применение видеолапароскопии на ранней стадии заболевания позволяет выявить острый панкреатит, оценить его тяжесть на момент выполнения операции и дать прогноз возможного прогрессирования заболевания, а также позволяет эвакуировать перитонеальный выпот с последующим дренированием брюшной полости. В фазе гнойно-септических осложнения необходимо выполнять традиционную лапаротомию, а показанием к малоинвазивным вмешательствам является наличие единичных гнойных очагов в зоне поражения.

Назаров Ш.О.[1,2], Сангинов Д.Р.[1], Абдукахоров П.М.[2]

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕВЫХ ВЕК

[1]Кафедра онкологии ГОУ ТГМУимени Абуали ибни Сино, Таджикистан
[2]ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗС ЗН РТ, Таджикистан

Цель исследования. Оценка результатов реконструктивно-пластических операций у больных с злокачественными опухолями век.

Материал и методы. За период 2015-2022 гг. в стационаре РОНЦ РТ под нашим наблюдением находились 102 больных с диагнозом БКР кожи век, все случаи верифицированы морфологически. Также диагноз основывался на данных анамнеза, комплексного клинико- инструментального и лабораторного обследования. Мужчин было - 19, женщин - 15, преобладали пациенты старше 60 лет -18 больных. Преимущественно опухоль локализовалась в области нижнего века (70%), внутреннего угла глазной щели (10%), в (20%) на верхнем веке. Из них 34 больных были с узловой формой БКР кожи век. Этим больным выполнены различные варианты реконструктивно– восстановительных операций.

Результаты исследования. Выбор метода пластики определялся стадией заболевания, размерами опухоли и локализацией поражения, а также характеристикой дефекта. Всем 34 больным выполнены радикальные хирургические вмешательства. В зависимости от размера образовавшегося после иссечения дефекта, выполнялись следующие виды реконструктивно–восстановительные операции: ротационный лоскут по Tenzel – 1, свободный тарзальный (хрящевой) лоскут – 2, тарзоконъюнктивальный лоскут по Haghes – 24, ротационный щёчный лоскут по Mustarde – 1, замещение дефекта верхнего века по Catler-Beard – 6. В послеоперационном периоде в течение от 2 до 6 лет наблюдения осложнений не отмечается, рецидив развился у 1 больного с опухолью верхнего века за 13 месяц после операции.

Выводы. При узловой форме БКР кожи век одномоментная реконструкция век после иссечения опухоли, должна проводиться с учётом локализации, распространённости опухоли и должна быть направлена на восстановление каркаса век и достижение максимального функционального и косметического результата.

Назаров Ш.О[1,2]. Сангинов Дж.Р[1]., Махмудова Л.Ш[2].

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ РАКЕ ВЕРХНЕГО ВЕКА ПО МЕТОДУ CATLER-BEARD FLAP

1. Кафедра онкология ГОУ «Таджикский Государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино».
2. ГУ “ Республиканский онкологический научный центр” МЗ и СЗН РТ

Цель исследования: клиническая апробация реконструктивно–восстановительной операции по методу Catler-Beard Flap при обширных дефектах верхних век, возникающих после иссечения раковых опухолей верхнего века.

Материалы и методы: За 6 лет проведены 15 оперативных вмешательств по методу Catler-Beard Flap у больных со злокачественными опухолями верхнего века. Цито-гистологическое исследование опухолей выявило базальноклеточный рак – у 12(80%) больных, плоскоклеточный рак с тенденцией к ороговению – в 3(20%) случае. Средний

возраст пациентов со злокачественными опухолями век составил 58,6% (возраст пациентов от 36 до 85 лет). Женщин с опухолями век было 8(53,33%), мужчин – 7(46,66%).

Результаты исследования. Пациенты находятся под динамическим наблюдением от 6 месяцев до 60 месяцев. Все оперативные вмешательства осуществлялись под общей анестезией. Всем пациентам с опухолями было осуществлено радикальное удаление опухоли. Были выполнены операции иссечения опухолей со сквозной резекцией век, отступя от краев опухоли 0,5 - 0,6 см. Хирургическое вмешательство приводило к возникновению значительных дефектов кожи верхнего века, в том числе, к возникновению сквозных дефектов век, размером более 2,5 см. Важным моментом при возникновении сквозных дефектов век являлось восстановление передней и задней пластинок века. Все лоскуты прижились без осложнений, раны зажили первичным натяжением. В течение 4 -60 месяцев наблюдения у одного из оперированных нами пациентов наблюдалось рецидива в 13 месяцев. Все пациенты были довольны косметическими и функциональными результатами операций. В одном случае, через 3 месяца после второго этапа операции, у больного наблюдалось осложнение по типу блефарохалазиса.

Выводы. Метод реконструктивно–восстановительной операции по Catler-Beard Flap является оптимальным при закрытии обширных сквозных дефектах верхнего века. Выполнена не только радикальные по объему хирургические вмешательства, но и восстановлена анатомическая целостность и защитные функции век. Единственными недостатками метода являются длительная окклюзия глаза и двухэтапность операции.

Наимов А.М., Парпиев Ф.М., Каримов К.К.

ОСОБЕННОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИСХОДОВ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЛЕТАЛЬНОСТИ

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

Цель. Улучшение результатов лечения сочетанной травмы путем прогнозирования ее исходов и оптимизации тактики лечения в остром периоде сочетанной травмы.

Материал и методы. Критериями включения больных в настоящую работу являлись: наличие повреждений в двух и более общепринятых локализациях; возраст больных от 18 и более лет; тяжесть состояния больных по шкале Гуманенко более 20 баллов; - тяжесть повреждений по шкале Назаренко более 13 баллов. Путём формализации признаков, полученных с помощью вышеприведенных методов исследования, была сформирована база данных, которая подвергалась статистической обработке.

Результаты и их обсуждение. Результаты проведенного исследования не выявили статистическую значимость влияния пола больных на показатель летальности. Статистические различия показателя летальности определяется только у пожилых больных. Статистические значимое преобладание показателя летальности наблюдается у пациентов с субкомпенсированными и декомпенсированными соматическими заболеваниями. Установлено статистически значимое увеличение этого показателя при дорожно-транспортных происшествиях.

На основе вышеизложенных результатов работы нами разработана шкала для прогнозирования летальных исходов в остром периоде тяжёлых сочетанных травм, которая также использовалась при оптимизации тактики лечения обсуждаемых повреждений у больных основной группы. В основу данной шкалы положен принцип статистической значимости используемых прогностических критериев на развитие летальных исходов, а также присвоение данному признаку определённых баллов с учетом её статистической значимости методом экспертных оценок. Тестирование предложенной шкалы проводилось в основной группе путём сравнения результатов прогнозирования летальных исходов с фактическим исходом обсуждаемых повреждений.

Выводы. Внедрение оптимизированных подходов в сочетании с применением результатов прогнозирования вероятности развития летальных исходов способствовали статистическому значимому снижению данного показателя по сравнению с традиционными подходами.

Намозова З.С.

АНТЕНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ПОВЛИЯВШИЕ НА ВЫБОР КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН

Кафедра акушерства и гинекологии №3 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан». Таджикистан

Цель исследования: изучить антенатальные факторы, повлиявшие на выбор кесарева сечения у первородящих женщин.

Объект исследования: 90 первородящих женщин, родоразрешенных путем операции КС в стационаре третьего уровня- ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии».

Предмет исследования: Ретроспективный анализ первичной медицинской документации

(история родов, индивидуальная карта беременной-форма 029, обменная карта – форма 087) первородящих женщин, перенесщих КС в 2022г. В работе использована классификация М. Робсона (2011г.): I-ая группа- первородящие женщины с одноплодной беременностью, затылочным предлежанием плода, при сроке беременности 37 недель и больше, прооперированные в экстренном порядке в процессе самопроизвольно развившейся родовой деятельности. II - группа - первородящие женщины с одноплодной беременностью, затылочным предлежанием плода, при сроке беременности 37 недель и больше, прооперированные в экстренном порядке в процессе индуцированной родовой деятельности, либо операция начата до начала родовой деятельности**.**

Результаты исследования: Частота КС у первородящих женщин перенесших КС в стационаре третьего уровня по классификация М. Робсона (2011г.) составляет 16,1 %.

В раннем репродуктивном возрасте (19-24 лет) находились 46/51,1% пациенток, активном (25-34 лет)-30/33,3%, в позднем (35-44 лет)- 14/15,5% . Госпитализированы из РРП-55/55%, из города Душанбе-27/30%, Хатлонская области-11/12,2%, Согдийской -2/2,2%.

Первобеременные женщины составляли 78/86,6%, первородящие с отягощенными акушерскими анамнезом-12/13,3%. У 8/8,8% анамнез был отягощен самопроизвольными выкидышами в различные сроки беременности и неразвивающейся беременностью(4/4,4%), бесплодием(20/22,2%). В структуре соматической патологии анемией страдали-44/48,8%, заболеванями мочевыделительной системы-35/38,8%, дыхательной -34/38%, йоддефицитные состояниями-23/25,5%, ожирение -14/15,5%, миопия различной степени -10/11,1%.

На антенатальном уровне у медработников наблюдались -57/63,3%: акушером-гинекологом осмотрены-43/75,4% женщин, семейным врачом - 8/14%, акушеркой- 5/8,7%, семейной медсестрой - 1/1,7%. Из числа состоявших на учете беременных количество посещений к медработникам от 7 до 8 раз составляло 10/17,5%, женщин, 5-6 раз – 22/38,5%, 25/43,8% - не более 4-х раз. Ранний охват беременных до 12 недель состовлял – 35/61,5%, от 12-20 недель – у 12/21,0%, после 20 недель – у 10/17,5% женщин. В стационар были доставлены родственниками - 76/84,4% женщин, 14/15,5%- машиной скорой помощи, в воскресные дни -20/22,2%, 14/15,5% в пятницу вечернее время. Показанием к КС явились: обструктивные роды- 22/24,5%, дистресс плода-13/14,5%, неэффективность родостимуляции окситоцином- 7/8%, частичная отслойка нормально расположенной плаценты 6/6,6%, возрастная первобеременная + дородовый разрыв плодных оболочек-10/11%, осложнения гипертензивных нарушений-6/6,6%, ДРПО+бесплодие-6/6,6%, миопия высокой степени -8/8,8%, хориоамнионит и неэффективность вакуум экстракция плода -3/3,3%.

В удовлетворительном состоянии(7-8 баллов) родилось –68/75,5% младенцев, асфиксии средней степени тяжести (4-6 баллов)- 18/20%, тяжелой степени(менее 4баллов)-4/4,4%;синдром задержки развития плода диагностирован в 11/12,2% случаях.

Выводы. Факторами, повлиявшие на выбор КС у первородящих женщин и перинатальные исходы являются: низкий социальный и соматический статус пациенток**,** ненадлежащее качество дородового наблюдения, не соблюдение принципов «маршрутизации» беременных и рожениц перинатального риска на более высокий уровень родовспомогательного учреждения.

Низамова Э.С., Маматова Ш.Х., Карабаев Х.Э.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ

Кафедра оториноларингологии, детской оториноларингологии с курсом детской стоматологии, Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, республика Узбекистан

Цель исследования: оценить вероятность встречаемости и процентное соотношение различных симптомов у пациентов с хроническим тонзиллитом.

Материалы и методы: пациенты клиники DMC количество 37, обратившиеся в клинку за последний месяц к оториноларингологу, после посещения которого был выставлен (первично или повторно) диагноз «хронический тонзиллит», анализ данных анамнеза и ЛОР-осмотра этих пациентов.

Результаты исследования: по данным анализа клинической картины пациентов с тонзиллитом практически у всех (97%)имелась жалоба на дискомфорт в горле, возникающий преимущественно после употребления холодных напитков, переохлаждения; 12 пациентов из 37 (32%) субъективно отмечают наличие жалоб на неприятный запах изо рта, четверо из указанных пациента регулярно курят, трое имеют кариозно-изменённые зубы; в анамнезе 15 пациентов из 37 (40,5%) хотя бы раз в жизни регистрировался эпизод острого тонзиллита (со слов пациентов); у 10 из 37 (27%) отмечались изменения в сердечной мышце – ЭХО признаки миокардита; при ЛОР-осмотре 15 из 37 пациентов (40,5%) обращали на себя внимание кариозно-изменённые зубы; гипертрофия нёбных миндалин 1-2 степени выраженности встречалась у 30 из 37 (81%) , рубцовые изменения нёбных миндалин - у 25 из 37 (67,5%), а наличие казеозные пробок в лакунах нёбных миндалин 24 из 37 (65%); периодические боли в коленных суставах, ломоту в теле, преимущественно в голенях, возникающий параллельно с эпизодами болей в горле беспокоили 5 из 37 пациентов(13,5%).

Выводы:

По данным анамнеза и ЛОР-осмотра 37 пациентов с тонзиллитом – практически у всех из общего числа пациентов отмечается наличие жалобы на дискомфорт в горле и увеличение нёбных миндалин , обнаруженное при ЛОР-осмотре (81%), чуть меньше половины пациентов (40,5%) имеют кариозно изменённые зубы и имели хотя бы один эпизод острого тонзиллита , чуть более половины пациентов (67,5%) имеют рубцовые изменения нёбных миндалин и казеозные пробки в лакунах. Небольшой процент больных отмечал жалобы на неприятный запах изо рта (32%) , характерно , что некоторые из них имеют проблемы с качеством зубов и/или регулярно курят. У некоторых пациентов отмечается развитие сопряжённых заболеваний по данным ЭХО и жалобам на боли в суставах.

Таким образом, хронический тонзиллит имеет весьма вариабельную симптоматику и не всегда включает в ряд симптомов частые эпизоды острого тонзиллита, не всегда сопровождаются гипертрофией нёбных миндалин и наличием казеозных пробок.

Низамова Э.С., Маматова Ш.Х., Карабаев Х.Э.

СРАВНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ И КЛАССИЧЕСКОЙ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ

Кафедра оториноларингологии, детской оториноларингологии с курсом детской стоматологии, Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, республика Узбекистан

Цель исследования: исследование эффективности лазерной тонзиллэктомии на примере клинических случаев, сравнение лазерной тонзиллэктомии с классическим способом, анализ литературных данных.

Материалы и методы: пациенты с диагнозом «хронический тонзиллит» общим количеством десять, пятерым из которых (группа 1) проведено удаление нёбных миндалин классическим способом с использованием хирургических инструментов (скальпель, зажим для нёбной миндалины, петля Бохона, тонзиллярный диссектор), пятерым пациентам (группа 2) удаление нёбных миндалин проводилось с использованием гольмиевого лазерного аппарата. Также проводился анализ литературы, посвящённой разнообразию лазерных аппаратов и возможности их применения в оториноларингологической практике.

Результаты исследования:

У пациентов второй группы значительно сокращено время хирургической диссекции (среднее значение- 3.5 минуты на удаление одной миндалины) по сравнению с таковым во первой группе (среднее значение- 5 минут на удаление одной миндалины); объём кровопотери у пациентов второй группы составил меньшее значение по сравнению с пациентами первой группы (20 мл и 40 мл соответственно); интенсивность послеоперационной боли практически равна в обеих группах – оценка проводилась по критерием ВАШ , субъективным оценкам болевых ощущений на 1 и 3 день после оперативного вмешательства.

Выводы: лазерная тонзиллэктомия является одним из эффективных вариантов удаления нёбных миндалин – сокращает время хирургической диссекции, объём послеоперационного кровотечения, однако, по критерию оценки интенсивности послеоперационной боли не уступает классическому способу тонзиллэктомии.

Лазерный луч оказывает воздействие на всех уровнях – от клеточного до органного, восстанавливает метаболизм и микроциркуляцию. Противовоспалительное, спазмолитическое, противоотечное, стерилизующее и регенерирующее действия лазера позволяют применять этот метод в хирургической практике, в том числе в оториноларингологии.

По данным литературных источников (Ho:YAG) лазер (гольмиевый) , работающий в импульсном режиме в среднем инфракрасном диапазоне, нашёл широкое применение в оториноларингологии и по эффективности не уступает другим разновидностям лазера – глубина проникновения в ткани около 0.4 мм, хорошо коагулирует мелкие сосуды, высокая степень поглощения биотканями, отсутствие нагревания тканей, минимальное рубцевание ткани при заживлении лазерной раны, безопасность для глаз в отличие от других видов излучения.

Ниязов И.К., Хусейнзода З.Х.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЁННОГО РАКА ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Кафедра онкологии, лучевой диагностики и лучевого лечения
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Республика Таджикистан.
ГУ «Республиканский онкологический научный центр» Министерства
здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Цель исследования. Сравнительная оценка результатов лечения, параметров КЖ и выживаемости пациентов с местнораспространённым раком органов головы и шеи.

Материалы и методы. Данные наблюдения за 169 больными с ПКР области головы и шеи в возрасте от 25 до 92 года, пролеченные за период с 2008 по 2019 гг., из которых в 89,9% случаях опухолевый процесс имел местнораспространённый характер. В основную группу 108 больных (63,9%), которым после удаления опухоли и лимфодиссекции выполнялась одномоментная реконструкция образовавшихся дефектов лоскутами с осевым характером кровообращения. В контрольную группу вошли 61 пациент (36,1%), которым произведены иссечение опухоли с замещением дефекта местными тканями, либо свободным кожным трансплантатом, а иногда без пластики. Из общей когорты (n=169) 102 больных (60,3%) пролечены проспективно, а 67 (39,6%) - ретроспективно. Оценка КЖ больных была проведена до и после операции по шкале Карновского, ECOG и опросников EORTC QLQ C30, EORTC QLQ H&N35.

Результаты исследования. В нашем исследовании применены кожно-мышечные лоскуты. Из них лоскуты с включением большой грудной мышцы (БГМ) составили 27,8%. Вторым и третьим по частоте применения кожно-мышечными лоскутами для реконструкции дефектов были лоскут с включением грудинно-ключично-сосцевидной и грудинно-подъязычной мышц - соответственно в 9,9% и 9,1% случаях. Носогубный лоскут (32 лоскута). С применением шейного, лобного и субментального кожно-фасциального лоскутов (7; 5; и 4 случаев). Височный, дельтопекторальный и лоскут из заушной области (в 3; 2 и 2 случаях. Одногодичная наблюдаемая выживаемость в основной и контрольной группе составила 96,1% против 79,9% (p=0,738), трёхлетняя - 62,2% против 33,7% (p =0,016), 5-летняя - 33,5% против 13,3% (p=0,019 по F-критерию Кокса). Анализ взаимосвязи между выживаемостью, локализацией, стадией опухолевого процесса и категорией дефектов показал, что локализация опухоли в верхней челюсти отрицательно повлияла на выживаемость пациентов (OR = 9,143, CI 1,167-71,658, p=0,035). Отмечена положительная корреляция II стадии заболевания с выживаемостью (OR = 0, 354, CI 0,130-0,967, p=0,043). При III-IV стадиях отмечен высокий риск снижения выживаемости, при статистически незначимой величине p соответственно (p =0,637, p=0,389).

Выводы. Установлено, что наиболее часто дефекты локализовались в полости рта и носа - 61,1%, лица - 29,6%, свода черепа и шеи - 9,3% (p = 0.096). В основной группе одномоментная лоскутная пластика выполнена в 95,4%, отсроченная - в 4,6% случаев, наиболее часто применялись кожно-мышечные - 65 (49,2%), кожно-жировые и кожно-фасциальные - 56 (42,4%) лоскуты. В 18,5% случаев пластика дефектов носила комбинированный характер - 3. При дефектах органов полости рта (II-III категории) n=66 (61,1%) оптимальным способом пластики являются кожно-мышечные (БГМ – 43,0%, ППЛ-15,2%) и кожно-фасциальные (НГЛ - 11,4%) трансплантаты и комбинация двух и более лоскутов. При дефектах области лица (I-II категории) n=32 (29,6%) - кожно-жировые и кожно-фасциальные лоскуты (НГЛ - 34,1%), а при дефектах кожи области свода черепа и шеи (I, II, IV категории) n=10 (9,3%) - кожно-жировые, кожно-фасциальные лоскуты и свободные кожные трансплантаты. Неудовлетворительное восприятие результатов в

основной группе было меньше, чем в контрольной (3,7%, 6,5% против 13,1% и 18,0%; p<0,05) - 5. Реконструктивно-восстановительные операции способствовали улучшению качества жизни основной группы у 63,9% больных по статусу ECOG и индексу Карновского (p<0,01).

Норматова М.А.

РОЛЬ ИММУНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТРОЙНЫМ НЕГАТИВНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра хирургических дисциплин №2, ГОУ ХГМУ.

Цель исследования. Изучить эффективность иммунотерапии в лекарственном лечении больных с метастатическим тройным негативным раком молочной железы.

Материалы и методы. Произведен поиск и анализ научной литературы, освещающей современные методы лечения местнораспространенного или метастатического трижды негативного рака молочной железы (ТНРМЖ).

Результаты исследования. ТНРМЖ характеризуется отсутствием экспрессии рецепторов эстрогенов, прогестерона и HER2-neu и отличается молекулярно-биологической вариабельностью, что определяет выбор различных терапевтических схем лечения. Приблизительно в 20% случаев ТНРМЖ представлен иммуномодулирующим подтипом, который определяется наличием маркеров иммунных клеток и сигнальных путей, ответственных за иммунную систему. Наличие опухольинфильтрирующих лимфоцитов (TIL) в микроокружении опухоли ассоциировано с эффективным терапевтическим результатом при применении ингибиторов иммунной контрольной точки PD-1/PD-L1. Внедрение моноклональных антител, целенаправленных на контрольные точки PD-1/PD-L1, явилось инновационным прорывом в лечении рака. К группе ингибиторов иммунной контрольной точки относят PD-1-антитела (пембролизумаб и ниволумаб) или PD-L1- антитела (авелумаб и атезолизумаб), применение которых привело к благоприятному прогнозу, что говорит об иммуногенной природе опухоли.

Выводы. Присутствие неблагоприятных прогностических критериев, таких как эстроген-рецептор (ER)-негативный или прогестерон-рецептор (PR)-негативный статус и наличие поражения лимфатических узлов характеризуется более высоким уровнем TIL, что определяет лучший эффект от проводимой иммунотерапии при ТНРМЖ, чем при эстроген-позитивных опухолях.

Норматова М.А.

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ HER2-ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО РАКА ЖЕЛУДКА

Кафедра хирургических дисциплин №2, ГОУ ХГМУ.

Цель исследования. Изучить роль комбинированных режимов лечения в повышении эффективности терапии HER2-положительного рака желудка.

Материалы и методы. В данной работе рассмотрены и проанализированы данные нескольких зарубежных исследований, опубликованных в PubMed за последние 10 лет.

Результаты исследования. Рак желудка (РЖ) представляет агрессивное заболевание, показатели распространённости которого выросли за последние годы. Приблизительно в 10–20% случаях РЖ отмечается повышенная экспрессия человеческого эпидермального рецептора роста 2 (HER2) - трансмембранного тирозинкиназного рецептора, участвующего в патогенезе и прогностическом значении нескольких видов онкологических заболеваний, включая неопластический процесс в пищеводе и желудке. Трастузумаб, первое моноклональное антитело против рецептора HER2, поначалу применялось в сочетании с химиотерапией в качестве лечения первой линии у пациентов с HER2-положительным неоперабельным или метастатическим раком желудка. Дальнейшие доклинические и клинические исследования продемонстрировали убедительные доказательства того, что иммунная терапия вносит значительный вклад в терапевтический эффект трастузумаба при солидных опухолях.

Выводы. Сочетание иммунотерапии с HER2-направленными конъюгатами антител и лекарств представляет собой многообещающую комбинированную стратегию, поскольку она может усилить синергетический эффект обоих препаратов. Новые конъюгаты антитело-лекарственное средство представляют собой особый механизм действия, доставляя химиопрепараты непосредственно к раковым клеткам, а также к микроокружению опухолевых клеток, что, возможно, может улучшить эффект иммунотерапии.

[1]Носирова Ф.Т., [1]Умарзода С.Г., [2]Ходжиева М.М.

ОЦЕНКА ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯИЧНИКОВ

[1]Кафедра онкологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан
[2]ГУ «Республиканский онкологический научный центр «МЗСЗН РТ»

Цель исследования. Оценить выживаемость больных раком яичников

Материал и методы исследования. Материалом для исследования явились данные 238 больных раком яичников, находившихся под диспансерным наблюдением в ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ за период 2018-2023гг. Средний возраст больных составил 45,7 лет. По стадии опухолевого процесса: I стадия установлена у 65(27,3%), II-35(14,7%), III-99(41,6%) и IV у 39(16,4%) пациенток. Рассчитывались общая скорректированная выживаемость и выживаемость по Каплан-Мейеру, со сравнением кривых по F – критерию Кокса.

Результаты исследования. Проанализирована выживаемость больных раком яичников ЗОЯ в зависимости от наличия факторов риска прогрессирования заболевания. Распределение больных раком яичников по группам прогрессирования показало, что группу высокого риска прогрессирования составили -147 (64,2%) больных, группу промежуточного риска – 59 (25,8%) и низкого риска – 23 (10,04%). Оценивались частота таких неблагоприятных факторов

прогноза, как III–IV стадия заболевания, наличие асцита до лечения, оценка общего состояния больных в 2-3 балла, гистологическая структура опухоли. Анализ выживаемости больных в зависимости от стадии заболевания показал, что общая 5-летняя выживаемость больных с I стадией составила 78,6±7,8%, со II стадией – 54,3±10,5%, с III стадией – 12,3±4,3% и с IV стадией – 4,1% (p<0,05). По данным российских исследоваелей общая 5-летняя выживаемость больных раком яичников, например, в г. Санкт-Петербурге РФ составила при I стадии – 97,5%, II – 68,6%, III - 33,2% и IV – 10,4%. Эти показатели значительно выше, чем в Республике Таджикистан.

Анализ результатов органосохраняющего хирургического лечения Ia стадии показал, что общая 5-летняя выживаемость составила 89,4%. При Ib стадии данный показатель был равен 76,5%, при Ic-70,1%. 5 летняя выживаемость при II стадии составила 54,3%; IIa - 61,4%, IIb - 54,3%, IIc - 47,5%. Низкие показатели 5-летней выживаемости выявлены при III стадии – 12,3%: при IIIa стадии она составила 15,6%, при IIIb - 11,7% и при IIIc - 9,6%; при IV стадии лишь 4,1% больных дожили указанный срок.

Анализ кумулятивной выживаемости больных ЗОЯ по Каплан-Мейеру, показал, что 25% больных умерли через 6,4 месяца от момента установления диагноза и 50% через 16,6 месяцев. Выживаемость 75% больных составила 44,2 месяца. Всего 25% больных смогли дожить 60 месяцев. В сравнении, в Европе общая 5-летняя скорректированная выживаемость больных раком яичников составила 40,6% , по России - 40,1%.

Выводы. Проведенный анализ выживаемости больных раком яичников по Каплан-Майеру установил наихудшие показатели общей 5-летней выживаемости – 25 % в республике по сравнению с данными Европы и России. Первичная запущенность опухоли, нарушение режима и незавершенность лечения в 43% случаях из-за ограниченного доступа к методам лечения (химиотерапии и лучевой терапии) способствовали ухудшению прогноза заболевания и снижению показателя выживаемости.

Нуриддинов Й.М., Хусейнзода З.Х., Баротов З.З.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ (МРСМТ)

ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ СЗН РТ Кафедра онкологии
ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Клиника “Шифобахш”, р. Рудаки, РТ.

Цель исследования. Оптимизация диагностики местно-распространённых сарком мягких тканей.

Материал и методы. В основу исследования анализ клинических данных 30 больных с МСМТ находившихся на обследовании и лечении в ГУ РОНЦ МЗ СЗН РТ с 2018 по 2023 гг., в возрасте от 6 до 60 лет. Кроме стандартных общеклинических и лабораторных методов, в план обследования пациентов были включены: цифровая рентгенография очага поражения, при необходимости дополненная ангиографией, КТ/МРТ, морфологическая верификация инцизионного биоптата с иммуногистохимической характеристикой, а также определение в сыворотке крови молекулярно-биологических маркеров (p53, Ki-67, bcl-2, VEGF, EGFR).

Результаты исследования. Рентгенографический метод позволил нам исключить костные неоплазмы и определить кальцификаты, характерные для синовиальной саркомы, а при дополнении ангиографией определить степень васкуляризации. С помощью КТ/МРТ удалось установить точный топический диагноз и взаимосвязь новообразования с близлежащими анатомическими структурами. Морфологическое исследование биоптата с последующей иммуногистохимической характеристикой было использовано с целью определения экспрессии опухолевых антител в гистологическом препарате, что позволило разработать оптимальный план лечения МРСМТ. В свою очередь оценка биологических маркеров, ответственных за опухолевую дифференцировку (p53, EGFR), пролиферативную активность (Ki-67), апоптоз (Bcl-2) и неоангиогенез (VEGF) на молекулярном уровне определить прогноз заболевания и резистентность опухоли к проведению специального лечения (химио-, лучевая терапия).

Выводы. Таким образом, применение современных методов диагностики МРСМТ позволяет идентифицировать не только молекулярно-биологические параметры опухоли, но и выделить прогностические критерии, обеспечивая тем самым адекватный подход в лечебной тактике данной категории больных.

Нуридинов Й.М., Сангинов Д.Р., Хусейнзода З.Х.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ГУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР» МЗ И СЗН РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

1.Кафедра онкологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан
2.ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ И СЗН Республики Таджикистан

Цель исследования. Анализ клиники, локализации, морфологического строения пациентов со злокачественными опухолями мягких тканей (ЗОПМТ).

Материал и методы исследования. Проведено ретроспективной клиникой статистический анализ историй болезни 182 больных со ЗОПМТ в условиях Государственного учреждения «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ с 2011 по 2015 годы.

Результаты исследования. Среди 182 (100%) пациентов с ЗОПМТ 103 (57%) больные были мужчинами 79 (43%) - женщинами. ЗОПМТ имели в общем 14локализации из них в порядке регрессии: 1)бедро 60(33%); 2)голова и шея 17 (9%), 3)предплечье 15 (8%); 4)плечо, грудная стенка и лопатка по 12(6.5%,6.5%,6.5%);) 5) голень 11(6%); 6) передняя брюшная стенка и ягодица по 9(5%,5%); 7) подвздошная область 8(4%); 8) поясничная область 7(4%); 9)запястная и предплюсневая область кисти 7(4%); 10) параветебральная область 3(2%). Морфологический ЗОПМТ распределялись следующим образом: фибрасаркома (ФС) 92(50%), ангиосаркома(АС) 37(20%), синовиальная саркома

9(5%), круглоклеточная саркома 9(5%), веретеноклеточная саркома 9(5%), липосаркома 5(3%), рабдомиосаркома5(3%), эпителиоднаясаркома4(2%), ангиофибросаркома3(2%), дерматофибросаркома3(2%), гиганоклеточная саркома 3(2%), полиморфноклеточная саркома 2(1%).

Выводы. Таким образом ЗОПМТ наиболее часто наблюдались среди мужчин на 14%больше, локализовались 57% на нижней, верхней конечности, голове шеи, морфологический у 70% больных преобладали ФС, АС, что необходимо учитывать при проведение профилактики, планирования лечения.

Нуридинов Й.М.[1], Сангинов Д.Р.[1], Салимов Ф.И. [2].

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ, РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И РЕЦИДИВЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ (ЗОМТ)

1.Кафедра онкологии, лучевой диагностики и лучевого лечения ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан
2.Республиканский онкологический научный центр МЗ И СЗН Республики Таджикистан

Цель исследования. Анализ место проживания, стадия распространённости, рецидивы пациентов со злокачественными опухолями мягких тканей (ЗОПМТ).

Материал и методы исследования. Проведено ретроспективный клиникой статистический анализ историй болезни 182 больных со ЗОПМТ в условиях Государственного учреждения «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ с 2011 по 2015 годы.

Результаты исследования. Среди 182 (100%) пациентов с ЗОПМТ 103 (57%) больные были мужчинами 79 (43%) - женщинами. В зависимости от региона проживания в РТ больные со ЗОПМТ в порядке убывания от большого к меньшему выглядело следующим образом: а)Хатлонской области-69(38%); б)районы Республиканского подчинения 52 (28.5%); в) городе Душанбе 36 (20%);г) Согдийской области 24 (13%); д) Автономна Горно –Бадахшанской области 1 (0,5%).ЗОПМТ имели 14локализации и в основном располагались на конечностях и в области головы и шеи. Стадия распространённости ЗОПМТ по международной системе TNM выглядело следующим образом $T1N0M0G^{1}$ (1А стадия) 6(3.2%); T1N0M0(T2 , T3, T4)G^{1}(1В стадия)15(8,2%); $T1N0M0G^{2-3}$ (11стадия)53(29%); $T2N0M0G^{2-3}$(111А стадия) 57(31.3%); T3-4N0M0G^{2-3} (111Встадия) 14(8%);любой TNM G(1V стадия) 37(20,3%). Ранние и поздние рецидивы ЗОМТ наблюдались у 146(80%), которые были обусловлены: поздним обращением пациентов в клинику, выполнений не радикальных операции в условиях хирургических клиник общего профиля, нарушением ритма лечения и другие.

Выводы. Таким образом ЗОПМТ в зависимости от место проживания 80% встречались среди жителей сельской местности, в основном 57% они располагались на конечностях и в области головы и шеи, 11 и 111стадия наблюдались у 68.3%пациентов, а1V стадия у 20,3% больных, ранние и поздние рецидивы ЗОМТ наблюдались у 146(80%) пациентов, что диктует проведении научных изыскании направленные на улучшение профилактики, диагностики, лечения этих новообразований.

Нуридинов Й.М., Сангинов Д.Р., Ғафаров К.А.

ИЗУЧЕНИЕ ЦИТОКИНОВ В ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИИ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ САРКОМЫ МЯГКЕХ ТКАНЕЙ

1.Кафедра онкологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан
2.ГУ «Республиканский онкологический научный цент» МЗ И СЗН РТ, Таджикистан

Цель исследования. Изучение и определение прогностически значимых клинических и иммунологических критериев течения саркомы мягких тканей (СМТ).

Материалы и методы. Изучены ретроспективно клинические данные 190 больных СМТ которые лечились с диагнозом СМТ в период 2018-2023гг в РОНЦ МЗСЗНРТ 190 больных (контрольная группа), и проспективно данные 50 больных, лечившихся с 2024-2025гг (основная группа). В основной группе будет проведено иммунологическое исследование в сыворотки крови (маркеры ИЛ-4, ИЛ-6, и ФНО-а) методом ИФА. Критериями включения являются представлены: пациенты от 18 и старше с морфологически установленным СМТ.

Результаты исследования. Будет установлен иммунобиологический спектр местнораспространенных сарком мягких тканей (экспрессия биомаркеров апоптоза и пролиферации: ИЛ-4, ИЛ-6, ФНО-альфа), которые являются прогностическими факторами течения заболевания; Изучение иммунобиологических маркеров при онкологических заболеваниях отражает функциональное состояние иммунной системы, являющейся основой клинической интерпретацией и прогнозирования течения болезни, что в дальнейшем станет главной предпосылкой для проведения иммуно- или таргентной терапии; В практике, знание роли иммунобиологических маркеров у больных при саркомах мягких тканей позволит установить патогенетические особенности течения заболевания, его тяжесть и прогноз, дифференцировать периоды обострения и ремиссии, даст возможность оценить эффективность проводимой медикаментозной терапии.

Выводы. Показана тесная связь между ангиогенезом и микроокружением опухоли, а именно цитокинами, которые можно обнаружить в опухолях. Эти белки жестко регулируют ангиогенез внутри опухоли. Поскольку эти цитокины обладают проангиогенными свойствами, становится ясно, что воспаление и ангиогенез связаны с развитием саркомы.

Обидов Дж.С., Хусейнзода З.Х., Раджабова С.Г.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ СЗН РТ

Цель исследования. Радикальное удаление опухоли с хороший косметический эффект и сохранение стабильного психоэмоционального состояния больных РМЖ после проведения оргоносохраннаого операция.

Материал и методы: В условиях РОНЦ РТ, нами проведен перспективный анализ 37 пациенток с верифицированным диагнозом, получавших в свое время комплексное лечения по поводу РМЖ в период с января 2019 по январь 2020 года. Возраст больных варьировал от 33 до 50 лет. I-стадию РМЖ была 7-пациентов. 21-пациенты имели II-стадию и 9 пациентов соответственно III-стадию. Из 37 пациенток всем проводилась ИГХ анализ. В результате: люминальный тип А у 9 пациенток, трипл негативный у 4, Her 2 neo- позитивный у 3 пациенток и у 23 пациенток был люминальный тип В. У тех больных у которых был люминальный тип А неодъювантная химиотерапия не проводилась. В остальных случаях продилась неодъювантная химиотерапия. Данные пациентки получали различные виды специализированного лечения. Всем исследуемым женщинам производилась органосохраняющая операция с использованием собственных тканей ТДЛ-дорзальным лоскутом и без него. 19 пациенткам операция выполнялась с левой стороны, а 9 с правой. Первым этапом проводилось удаление опухоли с окружающими тканями. Вторым этапом выделение ТДЛ-дорзального лоскута на сосудистой ножке через тоннель, создаваемой в подмышечной ямки и проводилась реконструкция груди. Больным, которым проводилась радикальная резекция молочной железы с лимфодиссекцией подмышечной области без использования ТДЛ- лоскутам. Всем группам больных после операции была проведена лучевая терапия.

Результаты и их обсуждение: В результате данного наблюдения установлено, что 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. Пациентки полностью были удовлетворены результатом реконструкции молочной железы.

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.[1], Аминов З.А.[2], Саъдуллозода Ф.С.[1]

ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФУНКЦИЮ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Кафедра урологии им. профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино[1]
ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии»[2]

Целью исследования является оценка влияния различных методов лечения ДГПЖ, таких как альфа-адреноблокаторы, ингибиторы 5-альфа-редуктазы, лазерная вапоризация и трансуретральная резекция предстательной железы (ТУРП), на функциональное состояние мочевого пузыря.

Материал и методы. Исследование включало 100 пациентов с ДГПЖ, разделённых на 4 группы в зависимости от метода лечения: **I группа** - 35 пациентов, получавших медикаментозную терапию альфа-адреноблокаторами (тамсулозин) в течение 12 месяцев. **II группа -** 15 пациентов, получавших комбинированную терапию альфа-адреноблокаторами и ингибиторами 5-альфа-редуктазы (финастерид) в течение 12 месяцев. **III группа -** 35 пациентов, которым была проведена лазерная вапоризация предстательной железы. **IV группа -** 15 пациентов, которым выполнена трансуретральная резекция предстательной железы (ТУРП). Методы исследования включали: **а)** Опросники: Международная шкала оценки симптомов простаты (IPSS) для оценки выраженности симптомов нижних мочевых путей. **б)** Уродинамические исследования: цистометрия, объёма остаточной мочи и скорости мочеиспускания. в) Ультразвуковое исследование: измерение объёма предстательной железы и оценки объёма остаточной мочи. **г)** Клинико-лабораторные анализы: общий анализ крови, уровень простат-специфического антигена (ПСА).

Результаты исследования. I группа - медикаментозная терапия: (альфа-адреноблокаторы) через 12 месяцев отмечено снижение средней суммы баллов по шкале IPSS с 22,3 до 15,6 (на 30%). Уровень максимальной скорости потока мочи увеличился с 9,5 мл/с до 14,1 мл/с, объем остаточной мочи снизился на 25%. Однако у 15% пациентов не было значительного улучшения, что потребовало оперативного вмешательства. **II группа -** комбинированная терапия: (альфа-адреноблокаторы+ингибиторы 5-альфа-редуктазы) улучшение было более выраженным: средний IPSS снизился с 23,1 до 12,8 (на 45%), максимальная скорость мочеиспускания увеличилась на 70%, а объем остаточной мочи снизился на 40%. Объем предстательной железы уменьшился на 18%. **III группа -** лазерная вапоризация: через 6 месяцев после процедуры средний IPSS снизился с 24,5 до 10,2 (на 58%), а максимальная скорость мочеиспускания увеличилась на 75%. Объем остаточной мочи уменьшился на 60%. **IV группа -** ТУРП показала наиболее выраженные результаты: средний IPSS снизился с 25,2 до 8,5 (на 66%), максимальная скорость мочеиспускания увеличилась до 18,4 мл/с (на 85%), объем остаточной мочи уменьшился на 70%.

Выводы. Результаты исследования показали, что все изученные методы лечения ДГПЖ приводят к улучшению функции мочевого пузыря и снижению симптомов нижних мочевых путей. Медикаментозная терапия альфа-адреноблокаторами эффективна на ранних стадиях заболевания, но комбинированная терапия более результативна в снижении объёма предстательной железы и улучшении уродинамических показателей. Лазерная вапоризация и ТУРП

демонстрируют высокую эффективность при тяжёлой симптоматике, причём ТУРП даёт наибольшие функциональные улучшения, хотя и сопровождается более высоким риском осложнений.

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

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ОЖИРЕНИЯ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНГИБИТОРОВ ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ-5

[1] Кафедра урологии им. профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
[2] ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии»

Цель исследования. Оценка влияния ожирения на эффективность ИФД-5 у мужчин с эректильной дисфункцией, а также анализ корреляции между степенью ожирения и клиническими результатами лечения.

Материал и методы. В исследование были включены 250 мужчин в возрасте от 40 до 65 лет с установленным диагнозом ЭД. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от их индекса массы тела (ИМТ): первая группа (n=125) включала мужчин с ожирением (ИМТ ≥ 30), вторая группа (n=125) — мужчин с нормальной или избыточной массой тела (ИМТ< 30). Все участники получали стандартную терапию ИФД-5 (силденафил 50 мг, тадалафил 10 мг или варденафил 10 мг) в течение 12 недель. Основными критериями оценки эффективности были индекс международной шкалы эректильной функции (IIEF-5) и процент улучшения эректильной функции (ERF) через 4, 8 и 12 недель. Вторичными критериями были оценка побочных эффектов, уровень тестостерона и показатели липидного профиля (холестерин, триглицериды).

Результаты исследования. По результатам 12-недельного лечения у пациентов с нормальным и избыточным весом отмечалось более выраженное улучшение по шкале IIEF-5, где среднее улучшение составило 65% (с 13,5 до 22,3 баллов). В группе пациентов с ожирением улучшение составило 40% (с 12,1 до 17,0 баллов), что статистически значительно ниже ($p < 0,05$). Процент улучшения эректильной функции (ERF) также оказался ниже в группе с ожирением — 45% против 70% в группе с нормальным и избыточным весом. Анализ вторичных параметров показал, что мужчины с ожирением имели более низкий исходный уровень тестостерона (в среднем на 15% ниже), что также коррелировало с меньшей эффективностью лечения ИФД-5. Липидный профиль у пациентов с ожирением был хуже: средний уровень холестерина составил 6,2 ммоль/л против 4,8 ммоль/л у пациентов без ожирения, что также могло влиять на сосудистую функцию и, соответственно, на эффективность терапии. Что касается побочных эффектов, в обеих группах они проявлялись схожим образом, и наиболее частыми были головные боли (10% у пациентов с ожирением и 8% у пациентов без ожирения) и диспепсия (6% и 5% соответственно).

Выводы. Ожирение существенно снижает эффективность лечения эректильной дисфункции с использованием ингибиторов фосфодиэстеразы-5. Пациенты с более высоким индексом массы тела демонстрировали меньшее улучшение как по шкале IIEF-5, так и по общему проценту восстановления эректильной функции. Данные результаты подчёркивают важность комплексного подхода к лечению ЭД, включающего коррекцию массы тела и метаболических нарушений. Включение программ по снижению веса и улучшению метаболического здоровья может повысить эффективность терапии ИФД-5 у пациентов с ожирением и эректильной дисфункцией.

Одилов А.Ю.1,2, Одинаев Х.С.1, Саъдуллозода Ф.С.2

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНУТРЕННЕЙ ОПТИЧЕСКОЙ УРЕТРОТОМИИ ПРИ СТРИКТУРАХ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урология»1
Кафедра урологии им. профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино2

Цель исследования. Определить эффективность внутренней оптической уретротомии при непротяжённых стриктур мочеиспускательного канала.

Материал и методы исследования. Основу настоящей работы составили результаты анализа данных лечения 67 пациентов, которым было выполнена внутренняя оптическая уретротомия по поводу непротяжённых стриктур мочеиспускательного канала в ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии» МЗ СЗН РТ в 2017 – 2023 гг. Возраст больных варьировал в диапазоне от 19 до 75 лет и в среднем составлял 49,3 лет.

Перед оперативным лечением больным проводили комплексное урологическое обследование. Оно включало в себя сбор анамнеза, общеклинические анализы крови и мочи, свёртывающая система крови, биохимический анализ крови (уровень креатинина, мочевины, общего белка, билирубина, сахара крови), проводили УЗИ почек и мочевыводящих путей, ретроградная уретрография.

Результаты исследования. Показанием к внутренней оптической уретротомии были непротяжённые стриктуры переднего и заднего частей мочеиспускательного канала. Стриктура передней часты уретры было у 4, задней части у 61 и передней и задней части мочеиспускательного канала у 2 больных. Средняя протяжённость стриктуры уретры равнялась 1,4 см и варьировала от 0,4 до 2,5 см. В 14 случаев наблюдалось посттравматическое сужение уретры, в трёх случаях сужение после открытой пластики мочеиспускательного канала и в остальных случаях стриктура мочеиспускательного канала не ясного генеза.

Всем пациентам оперативное вмешательство проводили под внутривенной или спинномозговой анестезией. Сперва больным выполнялись уретроскопия и под контролем оптики производилась рассечение суженного участка уретры на 12, 5 и 7 часов по циферблату до здоровых тканей с использованием холодного ножа. После этого зона операции свободно пропускал уретроскоп. Операцию заканчивали установлением силиконного катетера Фоли №18 или №20.

Всем пациентам в послеоперационном периоде назначили антибактериальную, обезболивающие и инфузионную терапию. Пациенты были активизированы на вторые сутки после операции. Интраоперационных и послеоперационных осложнений не наблюдалось. Больные в послеоперационном периоде в стационаре находились в течение 2 – 3 суток и выписывались на амбулаторное наблюдение с уретральным катетером. Сроки дренирования мочеиспускательного канала уретральным катетером составила 20 – 25 суток. В это время больные получали антибиотики, нестероидные противовоспалительные и рассасывающие препараты.

После удаления уретрального катетера у всех пациентов восстановилась самостоятельное мочеиспускание. На вторые сутки после удаления уретрального катетера в амбулаторных условиях всем больным под местной анестезией 2,5 % гель лидокаина проводили бужирование мочеиспускательного канала силиконовым катетером № 16 или 18. После этого больные самостоятельно сперва через день (пять раз), потом через три дня (пять раз) и через недели в течение 1,5 – 2 месяцев проводили бужирование мочеиспускательного канала силиконовым катетером.

Рецидив стриктур мочеиспускательного канала наблюдалась у 14 (20,9%) пациентов, у 13 было повторно выполнена внутренняя оптическая уретротомия и у 1 открытая пластика мочеиспускательного канала.

Выводы. Учитывая простоту выполнения и короткий послеоперационный период, внутренняя оптическая уретротомия является высокоэффективным методом лечения непротяжённых стриктур мочеиспускательного канала.

Одинаева М.С., Файзуллоева М.Ф., Муродов Дж.К.

КОРРЕКЦИЯ СПИНКИ НОСА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КИЛЛИАНА (KILLIAN H)

Кафедра хирургических болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Цель работы. Найти оптимальный метод операции для устранения послеоперационных форм ринолордозов.

Материалы и методы. В отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечнососудистой хирургии г. Душанбе с 2019 года по 2024 год оперировано 55 больных с седловидной деформации носа. В возрасте от 14 до 45 лет. Мужчин было 37, женщин – 18. Западение спинки носа было врожденного характера в 2 случаях и приобретенного – в 53. У 41 (74,5%) больных имело место западение спинки носа в костно-хрящевом отделе (после операция Киллиана), а у 14 (25,5%) - западение кончика носа, вследствие дефекта перегородочного хряща. У первой группы больных в анамнезе отмечалась неоднократная ринопластика в условиях ЛОР-клиники, трем из них были имплантированы аллотрансплантаты из различных материалов. Все пациенты оперированы в плановом порядке под ЭТН. В (95%) случаях ринопластику выполняли открытым доступом по Rethi, а в 5% случаях закрытым доступом со стороны слизистой преддверия носа. Хирургическое лечение ринолордоза заключалось в восполнении риноскелета путем имплантации аутохряща в виде Г-образного трансплантата, моделированного из костно-хрящевого отдела VII-VIII ребер справа.

Результаты исследование. Отдаленные результаты ринопластики прослежены у 51(92,7%) больных в сроках от 6 месяцев до 5 лет. Улучшение носового дыхания отмечалось у всех больных. Эстетические результаты во всех случаях удовлетворяли пациентов.

Выводы. Таким образом, использование моделированного Г-образного костно-хрящевого аутотрансплантата при хирургической коррекции послеоперационных ринолордозов, позволяет получить хорошие и стойкие эстетические результатов и лишен тех многочисленных недостатков, присущих аллотрансплантатам.

Олимов Р.Х., Нажмидинов Х.Н., Каримов И.А.,

ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ – 5 (ТИГРАЛИС) НА СИМПТОМЫ НИЖИНХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ (СНМП) И ЭРЕКТИЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ У БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННой ГИПЕРПЛАЗИИЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ)

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан
Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Цель исследования. Изучить влияние ингибиторов фосфодиэстеразы – 5 (Тигралис) на симптомы нижних мочевых путей (СНМП) и эректильную функцыю у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). Оценить эффективность и безопасность препарата Тигралиса на СНМП и эректильную функцию у больных с ДГПЖ.

Материал и методы исследования. В период с 2021 по 2023 годоы в условиях поликлиники ГУ «РНКЦ урологии» проводилось обследование 74 пациентов с эректильной дисфункции с СНМП, вызванными ДГПЖ. Возраст пациентов колебался от 50 до 67 лет. Критерии включения пациентов в исследование: объем предстательной железы по данным трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ) >30 см3, оценка по международной шкале тяжести симптомов при заболеваниях предстательной железы (International Prostatic Symptom Score, IPSS) от 9 до 19 баллов (умеренно выраженная симптоматика), международный индекс эректильной функции (МИЭФ-5) ≥12 баллов. Критерии исключения; стенокардия напряжения III-IV функциональных классов: хроническая сердечная недостаточность выше 2-го функционального класса: злокачественная АГ: состояние после острого нарушения мозгового кровообращения, инфаркта миокарда, перенесенных менее чем за 6 мес, а также пациентов с уровнем простатического специфического антигена (ПСА) >4 нг/мл, признаками обострения простатита, признаками стриктуры уретры, склероза шейки мочевого пузыря. Для оценки качества лечения проводилось анкетирование всех пациентов. После предварительного анкетирования осуществляли сбор анамнеза с тщательным анализом сопутствующих и фоновых заболеваний, физикальный осмотр, анализ уровня ПСА в крови. Применение оценки по IPSS, МИЭФ-5 и ТРУЗИ было необходимо для оценки эффективности терапии. Если пациент соответствовал критериям включения, ему выдавали препарат Тигралис

5 мг, на время исследования и назначали дату 2-го визита. Длительность терапии составляла 3 месяца. 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. Изменение этого показателя было свидетельством положительного действия Тигралиса в дозе 5 мг/сут на выраженность СНМП. Одним из наиболее примечательных результатов было увеличение МИЭФ-5. Объем предстательной железы по данным ТРУЗИ уменьшился в ходе лечения, данное изменение мы, в первую очередь, связываем с противовоспалительным эффектом ингибиторов ФДЭ-5. Полученные нами результаты свидетельствуют о высокой эффективности Тигралиса и соответствуют выводам целого ряда исследований. Улучшение состояния наступило у 59,8% пациентов, принимавших Тигралис, и наблюдалось уже на 1-й неделе терапии в исследовании. У 79,3% пациентов в течение 4 нед. отмечалось уменьшение оценки по IPSS. Тигралис, как и другие ингибиторы ФДЭ-5, противопоказан пациентам, принимающим нитраты, активаторы калиевых каналов.

Выводы. Таким образом, ингибиторы ФДЭ - 5, которые традиционно используются как лекарственные средства первой линии терапии эректильной дисфункции, показали свою клиническую эффективность при терапии СНМП, обусловленных ДГПЖ. Кроме того, показано, что ежедневный прием низких доз тадалафила 5мг (Тигралис 5мг) может улучшать функцию эндотелии у мужчин с гиперплазией предстательной железы и ЭД. Прием Тигралиса в стандартной дозе 5 мг/сут может статистически значимо снизить выраженность симптоматики по шкале IPSS, МИЭФ, а также уменьшает объем предстательной железы.

Олимов Р.Х., Футуров Н.П., Нажмидинов Х.Н.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ТИВОРТИНА В ЛЕЧЕНИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан
Кафедра урологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценка эффективности применения Тивортина в лечении эректильной дисфункции.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 26 мужчин на амбулаторном лечении, страдающих эректильной дисфункцией. Возраст пациентов 25-55 лет (35,5 ± 1,0 лет). В группу исследуемых пациентов были включены мужчины с избыточной массой тела и ожирением I степени, с сахарным диабетом, гипертонической болезнью, гиперхолестеринемией. Длительность нарушения эректильной функции до проведенного нами обследования и лечения у больных составила 12 ± 3 мес. Для оценки выраженности ЭД у всех мужчин рассчитывали суммарный балл Международного индекса эректильной функции (МИЭФ-5). При сумме баллов 22 и более делали заключение об отсутствии ЭД. При сумме баллов по Международной шкале в пределах 17–21 мы оценивали ЭД как слабо выраженную, от 12 до 16 баллов — как ЭД средней степени тяжести, а менее 11 баллов — как тяжелую. Всем обследуемым за 3–5 дней до начала применения препарата Тивортина и через 30 дней после его завершения проводилось изучение уровней тестостерона, эстрадиола, а также концентрации холестерина в крови. Все пациенты принимали по 5 мл Тивортин 3 раза в день в течение месяца. Никакой другой терапии в период приема Тивортин пациенты не получали. В динамике оценивали сексуальную функцию по анкете МИЭФ-5.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование эректильной функции с помощью опросника МИЭФ-5 выявило ЭД у 8 (30,7%) больных - легкой степени, а у 14 (53,8 %) больных ЭД была средней степени тяжести и у 4 (15,3%) больных тяжелой степени. При этом уровни холестерина у обследуемых пациентов были достоверно выше относительно показателей и снижения средних значений уровня тестостерона и эстродиола. В результате проведенного курса лечения препаратом Тивортин у больных улучшились показатели половой функции. У группы больными по шкале МИЭФ-5 до лечения были поставлены легкая и средняя степень тяжести ЭД, то после окончания лечения показатель составил 21,1 ± 2,9 балла. Отсутствие ЭД после завершения лечения отметили у 19 (73%) из 26 (100%) больных, а у 7 (27%) пациентов она была легкой или слабо выраженной. Также надо отметить, что у больных, получавших препарат Тивортин, улучшались и другие показатели половой функции: удовлетворенность половым актом, оргазм и либидо возросли. После завершения лечения средние величины уровня тестостерона в крови возрастали. В то же время происходило уменьшения средних величин эстрадиола и холестерина, что свидетельствует о положительном влиянии препарата на функцию печени.

Следует особо подчеркнуть, что у больных, получавших лечении препарата Тивортина, показатель эректильной функции остаётся на высоком уровне и спустя 30 дней после завершения лечения. Если к концу лечения он составил 21,1 ± 2,9 балла, то через 30 дней после завершения лечения — 22,7 ± 2,1 балла. После окончания лечения не ухудшались и другие показатели половой функции (оценка оргазма, оценка либидо и удовлетворенность половым актом). Нежелательных реакций во время приема препарата Тивортина не было отмечено ни у одного больного.

Выводы. Таким образом эректильная дисфункция является одной из основных проблем среди мужчини. Результаты исследования показали, что препарат Тивортин положительно действует на показатели ЭД и на другие показатели сексуальных функций. Препарат Тивортин можно рассматривать как эффективное патогенетическое лечение пациентов с ЭД, способствующее улучшению эректильной функции за счет усиления сосудистого компонента.

Олимова Ф.З., Додхоева М.Ф., Неъмонова Н.Д.

АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ПОВТОРНОЙ ТЯЖЁЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Кафедра акушерства и гинекологии №1, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан.
Центр репродуктивного здоровья №10, г. Душанбе, Таджикистан.

Цель исследования. Изучить акушерские и перинатальные исходы повторной тяжёлой преэклампсии.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели было проведено проспективное исследование перинатальных исходов у 44 пациенток с тяжёлой ПЭ с гипертензивными нарушениями в анамнезе, поступивших в реанимационное отделение городского родильного дома №1 г. Душанбе. Критериями включения в основную группу (n-44) были: артериальная гипертензия, впервые возникшая после 20 недель беременности, наличие патологической протеинурии и/или опасных симптомов гипертензивных нарушений и гипертензивные расстройства во время беременности в анамнезе. Группу сравнения (n-53) составили пациентки с впервые возникшей тяжёлой ПЭ.

Результаты исследования. Возраст пациенток варьировал от 24 до 38 лет. Средний возраст женщин в основной группе составил 31,2±0,6 год, в группе сравнения - 23,9±0,6 года. Высокая частота преждевременных родов отмечена среди пациенток с тяжёлой ПЭ, с гипертензивными нарушениями в анамнезе - 31,8%, что связано с индуцированием родов согласно Национальным стандартам по ведению гипертензивных нарушений. Операция кесарево сечение в 27,3% случаях проведена в основной группе. Показаниями к абдоминальному родоразрешению у беременных с тяжёлой ПЭ и гипертензивными нарушениями в анамнезе были акушерские причины: дистресс плода - (9,1%), рубец на матке - (9,1%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты - (13,6%), неуправляемая гипертензия - (3,3%) и др.

Преимущественно, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) с развитием матки Кувелера (6,8%), ДВС-синдрома (11,3%) и дистресс плода (9,1%) встречались у пациенток основной группы. Тем не менее, случаи развития хориамнионита наблюдались у пациенток в группе сравнения -1,8%. Ранний послеродовый период осложнился гипотоническим кровотечением в 4,5% случаях в основной группе. В послеродовом периоде гематометра развилась в 11,3% среди пациенток первой группы и 20,7% в группе сравнения. Средняя масса новорождённых от матерей с тяжёлой преэклампсией в 1-й группе составила 2510,9±106,9 г, во 2-й - 3027,3±89,7 г. Новорождённые массой тела при рождении ниже 2500,0 г составили 45,4% и 18,8% соответственно ($p<0,05$). Средний рост новорождённых в 1-й группе был 46,4±0,6см., во 2-й - 49,3±0,4 см.

В основной группе общее состояние детей при рождении оценивалось как удовлетворительное в 53,4, средней тяжести - в 11,3%, тяжёлое - в 31,8% случаях. В группе сравнения: 77,3%, 11,3%, 11,3% соответственно. Удельный вес перинатальной энцефалопатии различного генеза в основной группе в 3,3 раза больше, чем в группе сравнения: 18,2% и 11,3%. Синдром дыхательных расстройств (СДР) встречался в 3 раза чаще среди новорождённых основной группы ($p<0,05$). Антенатальная гибель плода зарегистрирована в 6,8% случаях у беременных основной группы, что связано с высокой частотой ПОНРП и дистресса плода. Высокая частота синдрома дыхательных расстройств и задержки роста плода стали причиной неонатальной смерти 9,1% новорождённых, родившихся от матерей с тяжёлой преэклампсией с гипертензивными нарушениями в анамнезе. Перинатальная смертность в указанной группе составила 15,9%.

Выводы. Таким образом, повторная тяжёлая преэклампсия способствовала развитию неблагоприятных перинатальных исходов. Выявлена высокая частота преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (13,6%) с развитием ДВС-синдрома (11,3%) и матки Кувелера (6,8%), дистресса плода (9,1%), перинатальной энцефалопатии (18,2%), задержки внутриутробного развития (13,6%), перинатальной смертности (15,9%). Высокая частота синдрома дыхательных расстройств и задержки роста плода стали причиной неонатальной смерти 9,1% новорождённых, родившихся от матерей с тяжёлой преэклампсией с гипертензивными нарушениями в анамнезе. Приведённые данные указывают на необходимость консультирования по планированию семьи, проведения качественной прегравидарной подготовки и наблюдения с ранних сроков беременности в целевых группах, особенно имеющих в анамнезе гипертензивные расстройства.

Олимова Ф.З., Додхоева М.Ф., Цой В.Ю.

АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОК С ТЯЖЁЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ С УЧЁТОМ ПАРИТЕТА

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

Цель исследования. Изучить акушерские и перинатальные исходы повторной тяжёлой преэклампсии.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование 231 беременных женщин, поступивших в реанимационное отделение городского родильного дома №1 г. Душанбе, у которых была диагностирована тяжёлая ПЭ. Критериями включения в исследование были: артериальная гипертензия, впервые возникшая после 20 недель беременности, наличие патологической протеинурии и/или опасных симптомов гипертензивных нарушений. Пациентки были разделены на 2 группы, 134 первородящих составили первую группу и 97 повторнородящих - вторую.

Результаты исследования. Возраст пациенток колебался от 17 до 43 лет. Средний возраст пациенток 1-ой группы составил 22,3±0,37 года, 2-й группы - 31,1±0,51 год. Из перенесённых заболеваний, в 1-й группе - у 10,4%, во 2-ой группе у 7,2% женщин в анамнезе был зарегистрирован гепатит А, брюшной тиф составил в 4,5% случаев в 1-й группе и 8,2% во второй группе, пиелонефрит в 1-й группе составил 53,7%, во 2-ой- 64,9%. Диффузное увеличение щитовидной железы было зарегистрировано в 39,5% случаях у пациенток 1-й группы и 48,4% - 2-ой группы, тонзиллит - у 6,7% первобеременных и 7,2% - повторнородящих. Высокая частота преждевременных родов (особенно у повторнородящих) связана с индуцированием родов согласно Национальным стандартам по ведению гипертензивных нарушений (25,7%).

Операция кесарево сечение чаще всего (в 28,3% сл.) проведена в первой группе. Показаниями к абдоминальному родоразрешению у первобеременных были акушерские причины: дистресс плода (3,0%), неэффективность родовозбуждения (14,2%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) (3,0%) и др. Чаще всего ПОНРП встречалась у повторнородящих (6 сл.). Однако случаи развития эклампсии (1,5%) и хориоамнионита (2,2%) наблюдались у первородящих. Частота аномалии родовой деятельности была высока у первородящих, чем у

повторнородящих - 11,2% и 5,2% соответственно. Ранний послеродовый период осложнился гипотоническим кровотечением в 0,7% случаев у первородящих и в 2,1% у повторнородящих. Гематометра развилась в 13,4% случаев в 1-й группе и в 14,4% - во 2-й.

Средняя масса новорождённых от матерей с тяжёлой преэклампсией в 1-й группе составила 2840,2±54,7 г, во 2-й - 2832,6±87,9 г. Новорождённые массой тела при рождении ниже 2500 г составили 26,8% и 34,0% соответственно. Средний рост новорождённых в 1-й группе был 48,6±0,3 см., во 2-й - 47,6±0,5 см. Оценка новорождённых по шкале Апгар на первой и пятой минутах: 6,8±0,1 и 7,4±0,1 в первой группе, 6,8±0,12 и 7,4±0,1 - во второй. Общее состояние детей при рождении оценивалось как тяжёлое в 20,1% в 1-й группе и 22,6% - во второй. В первой группе энцефалопатия различного генеза зарегистрирована в 18,0% случаях, задержка внутриутробного развития плода отмечалась - у 15,0%, внутриутробная инфекция - 3,7%. Во второй группе - 21,6%, 16,5% и 4,1% соответственно. Неонатальная смертность в 1-й группе составила - 3,7%, во второй - 8,2%.

Выводы. Таким образом, полученные результаты проведённых исследований показали, что тяжёлая преэклампсия значительно ухудшает перинатальные исходы, независимо от паритета. Установлена высокая частота преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты у повторно беременных - с тяжёлой ПЭ. Однако случаи развития эклампсии (1,5%) и хориоамнионита (2,2%) наблюдались у первородящих. Индуцирование родов с целью предотвращения тяжёлых последствий и рождение недоношенных детей на фоне тяжёлой ПЭ способствовали высокой частоте перинатальной патологии, особенно у повторнородящих.

Олимова Ф.З., Додхоева М.Ф.

ФАКТОРЫ РИСКА РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ ТЯЖЁЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

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

Цель исследования. Изучить факторы риска ранней и поздней тяжёлой преэклампсии.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование 140 пациенток с тяжёлой ПЭ, поступивших в реанимационное отделение городского родильного дома №1 г. Душанбе. Пациентки были разделены на 2 группы: первую группу (n=47) составили беременные с тяжёлой 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 ±1,01 год, во второй группе - 24,7±0,5 года. Значительная часть беременных с тяжёлой 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 гестации в группе беременных с ранней ПЭ составил 31,7±0,4, во второй - 38,7±0,1 недель. Анализ репродуктивной функции женщин показал, что из 47 пациенток первой группы с паритетом 0 составили 36,1%, 1-17,0%, 2-3 - 38,3%, 4 и более - 8,5%. Во второй группе: 62,3%, 11,8%, 22,5%, 3,2% соответственно. Следовательно, 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.

Индекс массы тела (ИМТ) в первой группе был 29,1±0,9, во второй - 26,7±0,5 Домохозяйками оказались 92,5% и 96,0% соответственно. Средний межродовой интервал в первой группе - 4,5±0,4, в контрольной - 4,4±0,3 года. Доля жительниц города в обеих группах составила 100%. Отягощённый акушерский анамнез отмечался у беременных обеих групп. Тем не менее, частота преждевременных родов, неонатальной смертности и операции кесарево 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 превалировали: хронический пиелонефрит, анемии различной степени, йододефицитные состояния, ожирение, 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.

Среди осложнений беременности в первом триместре у 55,3% пациенток первой и у 43% - второй группы наблюдалась рвота беременных, угроза прерывания беременности встречалась в 19,1% и 9,7% соответственно. Во втором и третьем триметре 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%.

Выводы. Таким образом, большинство беременных с ранней тяжёлой преэклампсией были позднего репродуктивного возраста, с паритетом 2-3 родов, с отягощённым акушерским анамнезом (преждевременные роды, гипертензивные нарушения в анамнезе); поздняя преэклампсия преимущественно наблюдалась у первородящих возрастной категории 20-24 года. В обеих группах все пациентки были домохозяйками и малообразованными, у большинства беременность протекала на фоне заболеваний почек, щитовидной железы, анемии и ожирения. Однако, у каждой 4-й беременной с ранней ПЭ был диагностирован гломерулонефрит. Раннее начало преэклампсии способствовало высокой частоте преждевременных родов, преждевременной отслойки нормально распложенной плаценты, интранатальной гибели плода и ДВС-синдрома.

Отаев Ш.З., Валиев Б. Назаров Ш.К.

ТЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ПЕЧЁНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ

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

Цель исследования. Изучить особенности течения острой печёночной недостаточности при острых хирургических заболеваниях брюшной полости

Материал и методы. В основу исследования положены результаты анализа проведенных исследований у 57 пациентов находившихся в отделениях неотложной хирургии ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе являющийся клинической базой кафедры хирургических болезней №1 им. академика Курбонова К.М. ГОУ«ТГМУ им. Абуали ибни Сино» за период с 2014 по 2024 годы с распространенным перитонитом. Среди исследованных пациентов лица мужского пола были 39(68,4%) пациентов, женского пола 18(31,5%) пациентов. Средний возрастной диапазон пациентов был 36,1±2,3(p<0,5). Всем пациентам было проведено клинико-лабораторное исследование крови, инструментальное исследование.

Результаты исследования. В ходе изучения лабораторных показателей картина острой печёночной недостаточности на фоне распространенного перитонита было выявлено в первые -е сутки где наиболее значимые показатели как гемоглобин 98,8±4,38(p<0,001), уровень гематокрита 0,35±0,02(p<0,001), эритроцитов 3,71±0,9(p>0,05), общего белка крови 55,20±1,33(p<0,05), общего билирубина 75,17±5,46(p<0,001), АлАТ крови 173,4±9,2(p<0,001), АсАТ крови 159,3±9,9(p<0,001), уровень мочевины 17,7±0,91(p<0,001), Креатинина 2,9±0,5(p<0,001), ВСК по Ли –Уайту 6,09±2,51(p<0,05), фибриноген 5,09±0,39(p<0,05), Тромбоциты 69,2±15,5(p<0,001), С-реактивного белка как неспецифического маркера воспалительного процесса 18,6±2,4 мг/л(p>0,05), маркера ПОЛ свидетельствующего о наличии эндогенной интоксикации 8,6±0,6 мкмоль/л(p>0,05), Прокальцитонин 0,8±0,1 нг/мл(p>0,05) указывающих на развитие инфекционных осложнений и Интерлейкина -6 провоспалительного цитокина 14,2±1,4 пг/мл(p>0,05), свидетельствовали о наличии выраженного воспалительного процесса и эндогенной интоксикации в целом. На з-день течения болезни показатели были следующего характера: гемоглобин 95,1±4,18(p<0,001), уровень гематокрита 0,35±0,01(p<0,001), эритроцитов 3,51±0,7(p>0,05), общего белка крови 53,5±1,19(p<0,05), общего билирубина 79,7±5,3(p<0,001), АлАТ крови 179,4±7,2(p<0,001), АсАТ крови 163,3±9,3(p<0,001), уровень мочевины 18,7±0,81(p<0,001), Креатинина 3,5±0,5(p<0,001), ВСК по Ли –Уайту 6,41±2,61(p<0,05), фибриноген 5,55±0,23(p<0,05), Тромбоциты 65,2±11,5(p<0,001), С-реактивного белка как неспецифического маркера воспалительного процесса 19,6±2,0 мг/л(p>0,05), маркера ПОЛ свидетельствующего о наличии эндогенной интоксикации 8,9±0,6 мкмоль/л(p>0,05), Прокальцитонин 0,9±0,1 нг/мл(p>0,05) указывающих на развитие инфекционных осложнений и Интерлейкина -6 провоспалительного цитокина 14,9±1,0 пг/мл(p>0,05), Согласно проведённым исследованиям во всех лабораторных показателях крови были обнаружены высокие цифры, в частности в крови гипохромную анемию, гипербилирубинемию ввиду нарушения целостности гепатоцитов, активность ферментов и низкую гипопротеиннемию ввиду нарушения проницаемости эндотелия сосудов с переходом в интерстиций. Повышение специфических маркеров провоспалительного процесса ввиду высокой интоксикации и эндотоксемии свидетельствующие об органном дисфункции в печени острого характера.

Выводы. При осложнениях от острых хирургических заболеваний как распространенный перитонит острая печеночная недостаточность возникает на третьих сутках заболевания. Основными проявлениями острой печеночной недостаточности является гипохромная анемия, гипербилирубинемия, гипопротеиннемия, повышение специфических маркеров провоспалительного процесса которые свидетельствуют об органном дисфункции в печени острого характера.

Отахонов Ф.Х., Абдулов М.А., Холов А.Д.

ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ ОТИТҲОИ ШАДИД ВА МУЗМИНИ ФАСОДӢ

Кафедраи фанҳои ҷарроҳии №4, МДТ "Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон".

Мақсади тадқиқот. Муайян намудани усулҳои ташхис ва табобати отитҳои шадид ва музмини фасодӣ дар шароити Беморхонаи марказии ноҳияи Данғара.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Тадқиқот дар соли 2024 дар Беморхонаи марказии ноҳияи Данғара, шуъбаи бемориҳои гӯшу гулу ва бинӣ дар 25 нафар бемор, ки бо отитҳои шадид ва музмини фасодӣ бистарӣ шудааст, гузаронида шуд. Аз шумораи умумии беморон 14 нафар мард (56 %) ва 11 нафар занро (44%) ташкил медиҳад.

Натиҷаҳои тадқиқот. Ба ҳамаи беморон (25 нафар) пеш аз табобат усулҳои зерини ташхисӣ гузаронида шудааст:

1. Анамнези беморӣ ва шикоятҳо - ба дарди гӯш, фасодравӣ аз гӯш, ҳароратбаландӣ, беҳолї, бемадорї, каме шунавоии пастшуда.
2. Муоинаи гӯши рост (AD), гӯши чап (AS) (отоскопия) – минтаҳаи шохаи пистоншакл ором ва хангоми палмосидан бедард. Суфраи гӯш шаклан дуруст. Ноҳияи тугмачаи гӯш каме дардманд. Дар гузаргоҳи берунаи сомеа фасод дида мешавад. Пардаи таблӣ - варамида ва сурх мебошад, сурохӣ дорад ва ҳангоми отоскопия дардманд аст.
3. Рентгенография, Томографияи компютерии (ТК) шохаи пистоншакл - ҳангоми ҷой доштани оризаҳо, аз ҷумла мастоидит, ки тирашавии ҳуҷайраҳои шохчаи пистоншакли устухони чакка дида мешавад.
4. Аудиограмма - барои муайян намудани дараҷаи шунавоии пастшуда.
5. Ташхисҳои лабараторӣ - таҳлили умумии хун, пешоб, наҷосат, гурӯҳи хун, лахташавии хун.

Баъди гузаронидани усулҳои ташхисии дар боло зикршуда ба ҳамаи беморон (25 нафар) маълум гардид, ки аз шумораи умумии беморон - дар 5 нафар отити шадиди фасодии дутарафа (20%), дар 6 нафар отити шадиди фасодӣ аз рост (24%), дар 4 нафар отити шадиди фасодӣ аз чап (16%), дар 6 нафар авҷи отити музмини фасодии дутарафа (24%), дар 3 нафар авҷи отити музмини фасодӣ аз рост (12%), дар 1 нафар авҷи отити музмини фасодӣ аз чап (4%) мушоҳида

шуд. Баъди бистарӣ намудан ба беморон - ҳамарӯза тоза кардани гӯш бо электроотсос, шустани гӯш бо маҳлули диоксидин, чакондани қатраҳои гӯшии зиддиуфунӣ, анемизатсияи ковокии бинӣ гузаронида шуда, инчунин маводҳои рагтангкунанда, антибиотикҳо, маводҳои антигистаминӣ, зиддиилтиҳобӣ ва витаминҳо ба муддати 7 - 10 рӯз таъин карда шуд. Дар ин муддат беморон пурра шифо ёфтанд.

Хулоса. Аз натиҷаи тадқиқот маълум гардид, ки отитҳои шадид ва музмини фасодӣ бо усулҳои отоскопия, рентгенография, томографияи компютерӣ, аудиограмма ташхисгузорӣ шуда, ҳангоми ҷой надоштани оризаҳо бо роҳи ҳамарӯза тоза кардани гӯш бо электроотсос, шустани гӯш бо маҳлули диоксидин, анемизатсияи ковокии бинӣ якҷоя бо маводҳои доругӣ табобат карда мешавад.

Парпиев Ф.М., Аскаров А.Т., Хасанов Б.Н.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

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

Цель исследования. Определить наиболее эффективные методы оперативного лечения краевых переломов и переломо-вывихов вертлужной впадины со смещением.

Материалы и методы исследования. Проанализированы данных 15 больных с краевыми переломами вертлужной впадины со смещением, из которых 6 больных с изолированными краевыми переломами вертлужной впадины, а 9 – с сочетанием краевых переломов вертлужной впадины с вывихом головки бедра. Большинство травмы были получены в результате дорожно-транспортных происшествий. Абсолютными показаниями к остеосинтезу считали переломы со смещением отломка более чем на 2 мм. Показанием к операции служили также невправимые вывихи, при которых была необходима ревизия сустава.

Результаты исследования и их обсуждение. В основном применяли боковой доступ, расслаивая ягодичные мышцы. Если отломок находился в заднежнем отделе, то пользовались доступом Кохера-Лангенбека с частичным или полным отсечением латеральных ротаторов. Фиксация переломов выполнялась спонгиозными винтами и дополнительно больному накладывалось скелетное вытяжение с грузом 4-6 кг сроком до двух месяцев.

У больных (n-11) прооперированных на ранние сроки, были получены хорошие (9) и удовлетворительные (2) результаты и полностью восстановлена трудоспособность. У больных (n-4), прооперированных в поздние сроки в отдалённом послеоперационном периоде отмечались осложнения в виде асептического некроза головки бедра (1) и отсутствия консолидации перелома вертлужной впадины (3), что приводило к несостоятельности в тазобедренном суставе. В последующем этим больным было произведено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава с использованием колец Мюллера и Брушнайдера.

Выводы. Таким образом, одним из наиболее частых повреждений тазобедренного сустава являются переломы вертлужной впадины. Результаты лечения во многом зависят не только от характера повреждения, сроков оказания помощи, но и от метода используемого пособия. Оперативное вмешательство в ранние сроки после травмы является технически менее сложным, малотравматичным и дает благоприятные исходы.

Парпиев Ф.М., Наимов А.М., Раззоков А.А.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ВЫБОРУ МЕТОДОВ ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

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

Цель исследования. Оптимизировать основные требования к различным методам и срокам остеосинтеза с учетом особенностей сочетанной травмы.

Материал и методы исследования. Работа основана на материалах корпоративного исследования выполнения остеосинтеза при сочетанной травме. В зависимости от тактики лечения больные распределялись основную группу - (50,4%), которым остеосинтез выполнен с соблюдением сформулированных подходов и контрольную группу - (49,6%), которым остеосинтез выполнен с соблюдением общепринятых подходов.

Результаты исследования и их обсуждение. При разработке концепции основных требований к остеосинтезу руководствовались сформулированными ранее ключевыми параметрами, которые нами используется при оценке тяжести повреждений по шкале Назаренко и состояния больных по шкале Гуманенко. В тех случаях, где нет технологии, анестезиологического обеспечения и специалистов высокого класса при сочетанной травме ранний остеосинтез (до 3 дней) должен выполняться при тяжести повреждений до 12 и состояния больных до 21 баллов, в высокоспециализированных отделениях - при тяжести состояния больных и повреждений до 21 баллов. В остальных случаях, в зависимости от ситуации, следует прибегнуть к отсроченному (от 3 до 30 дней) или позднему (более 30 дней) остеосинтезу.

Все общеизвестные методы остеосинтеза, несмотря на их разнообразие и усовершенствования, принципиально мы делим на экстрамедуллярный, интрамедуллярный, компрессионно-дистракционный, спицами и винтами и шовным материалом. Остальные методы являются совершенствованием одного из этих методов.

В период нестабильной гемодинамики у больных с тяжестью повреждений более 13 баллов по шкале Назаренко и более 21 баллов по шкале Гуманенко в районных условиях, где нет высококвалифирцированного кадрового потенциала и современных технологий, нужно воздержаться от выполнения травматичных методов остеосинтеза. В межрайонных травматологических отделениях при достаточном анестезиологическом обеспечении травматичные методы остеосинтеза можно выполнить у пациентов с тяжестью повреждений по шкале Назаренко до 21 балла за исключением бедренного и тазового сегмента.

В результате реализации вышеописанных подходов на достаточно репрезентативном клиническом материале в основной группе наблюдается статистически значимое увеличение удельного веса выполнения раннего и современных

высокотехнологичных методов остеосинтеза по сравнению с контрольной группой (соответственно 64,5% и 26,3% p<0,05). В результате своевременного устранения периферической болевой импульсации и минимизации синдрома «взаимного отягощения» в основной группе наблюдается снижение частоты летальных исходов по сравнению с контрольной группой (соответственно 13,5% и 18,5%, p<0,05). Кроме того, с помощью описанной литературе объективных стандартизированных подходов с помощью усовершенствованной методики СОИ [Миронов С.П. с соавт., 2008] установлено статистически значимое снижение удельного веса неудовлетворительных результатов лечения сочетанной травмы/, по сравнению с контрольной группой (соответственно 7,9% и 16,8%, p<0,05).

Выводы. Выполнение остеосинтеза с применением сформулированных требований при сочетанной травме позволяет снизить риск развития осложнений. Выполнение остеосинтеза с применением сформулированных требований относится к эффективным путям снижения летальных исходов и улучшения результатов сочетанной травмы.

Пирматова Д.А., Кодирова С.Г., Шералиева М.Г.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИХ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино» Таджикистан

Целью исследования явилось изучить характерные особенности беременных женщин с железодефицитной анемией в условиях города.

Материал и методы: нами обследовано 56 беременных женщин с железодефицитной анемией. При обращении беременных женщин в Репродуктивный центр здоровья № 11 г. Душанбе для исследования были учтены такие параметры как возраст, весоростовые показатели, артериальное давление, паритет, социальное положение, перенесенные и сопутствующие заболевания, семейный и акушерский анамнезы. Критериями диагностики степени тяжести железодефицитной анемии в периферической крови беременной рассчитывался при уровне гемоглобина: лёгкая- 90 - 109 г/л, средняя - 70 - 89 г/л и тяжёлая степень - ≤ 69 г/л. Статистический анализ выполнен с использованием прикладных пакетов программ «Statistica 10.0» (StatSoft Inc, США) и SPSS Statistics 23 (IBM, США).

Результаты исследований: при анализе клинико-анамнестических данных выявилось: средний возраст беременных женщин составил 25.4 ±4.9, вес беременных – 58.50 ±10.2, рост – 159.93 ±5.5, индекс массы тела – 22.3 ±3.7, среднее артериальное давление – 74.68 ±6.6. Следует отметить, что первобеременные составили 11 (19.6%) пациенток, повторнобеременные в анамнезе с 2 или 3 беременностями – 32 (57.2%), а беременные женщины в анамнезе 4 и более беременностей составили 13 (23.3%) пациенток. Преобладающее большинство женщин, беременность которых осложнилась анемией, были домохозяйками (85.2%) проживающими в условиях города. Среди перенесенных заболеваний йоддодефицитные состояния выявлено у 20 (35.7%) беременных женщин, тогда как удельный вес ОРВИ составил 85,2% случаев. Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями в изучаемой популяции явились пиелонефрит (22.2%) и хронический тонзиллит (25.9%). Кесарево сечение – 9,2% (ОШ=7,22; ДИ=6,38-61,68; p<0,05), преэклампсия – 7,7% (ОШ=2,92; ДИ=2,37-15,58; p<0,05) и гестационная гипертензия – 6,2% (ОШ=4,66; ДИ=3,15-42,78; p<0,05) в анамнезе достоверно чаще отмечались у беременных с наличием анемии.

Выводы. Беременность, осложненная железодефицитной анемией, ассоциировалась более высоким риском развития акушерских и перинатальных осложнений. Результаты проведенных исследований показали, что анемия наиболее часто встречается у повторнобеременных, в сочетании с йоддодефицитным состоянием и острой респираторной вирусной инфекцией, с преобладанием в анамнезе хронического тонзиллита и пиелонефрита.

Пирматова Д.А., Додхоева М.Ф., Салохиддинова Г.Н.

СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», Таджикистан

Цель исследования. Оценка функционального состояния системы мать-плацента-плод у беременных с гестационным сахарным диабетом (ГСД).

Материал и методы. В рамках проведенного исследования выделены две группы наблюдения беременных в третьем триместре беременности: в группу сравнения вошли 37 пациенток с отсутствием ГСД, в основную группу – 35 пациенток с наличием ГСД. Проведено клиническое, инструментальное исследование беременных групп наблюдения Г на базе Городского медицинского центра №1 имени Карима Ахмедова г. Душанбе. Ультразвуковое исследование (УЗИ) и допплерометрия проводились на аппарате «SonoscapeS6», с установленным допплеровскимблоком.

Результаты исследования. Наиболее выраженные изменения всех фетометрических показателей отмечены у пациенток с наличием ГСД. Показатели ультразвуковой фетометрии при ГСД показывают недостоверное преобладание показателей БПР и ЛЗР от таковых показателей группы сравнения. Наиболее достоверное преобладание показателя толщины плаценты отмечается в группе ГСД (38,0±14,3), чем в группе сравнения (31,8±4,) (p<0,05).По данным УЗИ, тенденция к акселерации плода была установлена в 6 случаях (17,1%) в группе ГСД и в 2 случаях (5,4%) в группе сравнения. Достоверно значимые отличия величины СДО КСК маточной артерии отмечены в исследуемых группах (p<0,001). Наибольшие изменения наблюдаются при ГСД (2,023±0,35), когда значительно снижен кровоток в артериях пуповины плода, что свидетельствует о нарушениях в системе мать-плацента-плод. Плацентарный коэффициент был несколько выше в группе исследуемых с ГСД(0,202±0,03), чем в группе сравнения (0,191±0,03).Нарушение в системе мать-плацента-плод в группе ГСД составило 22,9%, в группе контроля - 13,5%.

Выводы. Таким образом, по результатам допплерометрических исследований кровотока в системе мать-плацента-плод показали нарушения кровотока преимущественно в артериях пуповины плода у пациенток с ГСД, при этом показатель кровотока в маточных артериях был в пределах нормы, что, вероятно, свидетельствует о мобилизации компенсаторных возможностей в третьем триместре беременности.

Пирматова Д.А., Додхоева М.Ф., Абдусаматзода З.М.

ОЦЕНКА ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В СОЧЕТАНИИ С АНЕМИЕЙ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. АбуалиибниСино»

Целью исследования явилось изучить взаимосвязь перинатальных исходов от состояния фетоплацентарного комплекса при беременности, осложнённой гестационным сахарным диабетом в сочетании с анемией.

Материал и методы. В проспективное исследование было включено 75 беременных, среди них основную группу составили 38 пациенток с ГСД в сочетании с анемией, а в группу сравнения вошли 37 практически здоровых беременных женщин. С целью изучения состояния фетоплацентарного комплекса исследуемых группах проведены исследования методами гравидограммы, ультразвуковой фетометрии и допплерометрии кровотока в системе мать-плацента-плод.С целью выявления соответствия размеров плода для указанного гестационного возраста, начиная с 20 недель беременности на антенатальном уровне, у беременных всех исследуемых групп заполнялась гравидограмма. Ультразвуковое исследование проводили на аппарате «Sonomed-500 (C)», с установленным допплеровским (PW/CF/PD)блоком. Ультразвуковая фетометрия (УЗИ) проводилась с целью оценки состояния фетоплацентарного комплекса. Допплерометрическое исследование проводилось в сроке 28-32 недель беременности в артерии пуповины, аорте и маточной артерии. При проведении исследования оценивались такие показатели как маточно-плацентарный кровоток, плодово-плацентарный кровоток и кровоток в сосудах пуповины.

Результаты исследования. Из 38 беременных с диагнозом ГСД в сочетании с анемией, по результатам гравидограммы крупный плод отмечен у 13,6% (5 сл.) исследуемых, однако при сравнении с данными веса новорожденных после рождения макросомия плода подтверждена в 3 (60,0%) случаях из 5 диагностированных женщин. По данным ультразвукового исследования, тенденция к акселерации плода была установлена в 2 случаях (5,4%) в группе сравнения и в 3 сл. (7,9%) в группе ГСД в сочетании с анемией. Диагноз ВЗРП был поставлен в 5 сл. (13,5%) в группе сравнения и в 4 сл. (10,5%) в группе ГСД в сочетании с анемией. Нарушение фетоплацентарного кровотока различной степени выраженности диагностировано в 11 случаях (28,9%) из группы ГСД в сочетании с анемией против пяти случаев (13,5%) группы сравнения. Из 11 случаев 5 приходились на нарушение кровотока в маточной артерии, 6 случаев - в артерии пуповины. При сопоставление данных допплерометрии и перинатальные исходы с учетом нарушений кровотока в системе мать-плацента-плод у исследуемых в группе ГСД в сочетании с анемией сравнительный анализ показал, что у новорожденных с нарушенным кровотоком отмечались более низкие росто-весовые показатели, более низкая оценка по шкале Апгар на 1-ой и 5-ой минуте, а также чаще наблюдалось рождение детей с асфиксией (50,0%), ВЗРП (50,0%) и массой более 4000 г (25,0%) по сравнению с группой без нарушения кровотока.

Выводы. Гравидограмма, так и ультразвуковая фетометрия оказались информативными методами диагностики крупного плода и ВЗРП. Результаты допплерометрических исследований кровотока в системе мать-плацента-плод показали нарушения кровотока преимущественно в артериях пуповины плода у пациенток с ГСД в сочетании с анемией. В последствии это подтвердилось рождением детей с малой массой, что было расценено неонатологами, как задержка внутриутробного развития.

Полвонов Ш.Б.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ГРУДНОГО ВЫХОДА

Кафедра хирургии №1 ГОУ «Таджикский национальный университет»

Цель исследования. Оценка оперативного вмешательства при синдроме грудного выхода, обусловленного шейным ребром.

Материал и методы исследования. Данное сообщение основано на результатах обследования и хирургического лечения 51 больных с шейным ребром. Мужчины составили 16, женщины – 33 в возрасте от 16 до 55 лет. Средний возраст составил 29,3. Длительность заболевания составила от 1 года до 12 лет. Больные разделены на 2 группы: добавочное шейное ребро (23 больных) и рудиментарное шейное ребро (28 больных).

Результаты исследования. У больных с шейным ребром в обеих группах превалировали симптомы сдавления нервных стволов.

У пациентов с добавочным шейным ребром основные симптомы заболевания складывались из неврологических расстройств и артериальной недостаточностью в виде позиционной ишемии, или артериальных осложнений: тромбоз, тромбоэмболия. У 4 больных отмечалась гипотрофия мышц. Тромбоэмболия в дистальное артериальное русло отмечалась лишь у 2 (8,7%) больных с развитием критической ишемии руки. У 5 (21,7%) из 23 больных имела место клиника синдрома Рейно.

С рудиментарным шейным ребром наблюдались 28 больных. При этом клиника была обусловлена только неврологическими нарушениями. Сосудистые нарушения не отмечались. У 7 больных отмечались выраженные гипотрофии мышц кисти. У 17 (60,7%) больных имелась картина синдрома Рейно.

Всем 51 больному были выполнены различные декомпрессионные методы операции: скаленотомии, резекции шейного ребра, невролиза первичных стволов плечевого сплетения, а при наличии признаков синдрома Рейно данный объем оперативного вмешательства дополнялось селективной шейно-грудной симпатэктомией.

Летальных случаев во время операции не наблюдались. В 7 случаях имело место такие интра- и послеоперационные осложнения - повреждение плевры (2), повреждение подключичной артерии (1), нагноение раны (1), брахиоплексит (3).

Заключение. При рудиментарном шейном ребре имеет место только неврологическая симптоматика, но и может быть вторичный синдром Рейно, при котором декомпрессионные операции нужно комбинировать с селективной шейно-грудной симпатэктомией.

Полюхович Н.П.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии УО «ГрГМУ» Республика Беларусь

Цель исследования. Изучить отечественные и международные научные источники, проанализировать их содержание. На основании этого определить мероприятия, направленные на профилактику синдрома обструктивного апноэ сна

Материал и методы. Ретроспективный анализ литературных источников

Результаты исследования. Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) - это состояние, возникающее после имеющегося нарушения дыхания, которое проявляется храпом. Однако, когда он прекращается, наступает остановка дыхания, после чего, в большинстве случаев, возникает восстановление дыхания в форме громкого всхрапывания. В 50% случаев СОАС является причиной внезапной остановки сердца во время сна. Данный синдром по тяжести течения, определяющийся по количеству остановок дыхания в час, классифицируется на лёгкую степень – 5-14 остановок дыхания, среднетяжёлую – 15-29 и тяжёлую – 29 и более. К причинам, вызывающим СОАС, относятся слабость тонуса мышц глотки, аномалии развития и дефекты на уровне носа и глотки, которые приводят к уменьшению просвета дыхательных путей. К слабости тонуса мышц глотки могут приводить неврологические заболевания (например, инсульты, миопатии, миодистрофии), влияние алкоголя и некоторых препаратов (например, снотворных и транквилизаторов), по причине старения организма и др. Вызывать уменьшение просвета дыхательных путей может ожирение, эндокринные заболевания (например, гипотиреоз, акромегалия), хронические обструктивные заболевания лёгких (например, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких), курение, аллергии и иная патология.

Симптомами и осложнениями СОАС являются головные боли по утрам, беспокойный сон, отсутствие бодрости после сна, никтурия, снижение потенции, снижение концентрации и памяти, раздражительность и депрессия. В тоже время вышеуказанная патология может вызывать такие значимые патологии, как тахикардия и аритмия, инфаркт миокарда, артериальная гипертензия, инсульт, внезапная смерть во время сна.

Выводы. Для профилактики СОАС необходимо работать с факторами, вызывающими их. Необходимо заниматься тренировкой мышц глотки, не допускать ожирения (если оно уже есть, то следуют произвести коррекцию массы тела до нормальных значений), отказаться от алкоголя и курения (как минимум за 2-3 часа до сна для получения эффекта). Кроме этого нужно обеспечивать нормальную влажность воздуха (50-55%) и гипоаллергенную обстановку в помещении. В случае имеющихся нарушений проходимости в дыхательных путях, их следует устранить.

Пономарева Ю.А., Костюков С.В., Аль–Шукри А. С.

КИШЕЧНАЯ ПЛАСТИКА ПРОТЯЖЕННОЙ СТРИКТУРЫ МОЧЕТОЧНИКА, ПОСЛЕ УСТАНОВКИ СТЕНТА ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА

Кафедра урологии с клиникой урологии с кафедрой. Первый Санкт-Петербургский государственный университет имени академика И. П. Павлова. Санкт-Петербург.

Цель исследования. Применение эндоурологических вмешательств является первым этапом при лечении многих заболеваний органов мочеполовой системы. Однако, как показывает опыт, на сегодняшний день ранние и отдаленные результаты иногда бывают хуже у пациентов, пролеченных с использованием малоинвазивных методик, чем при открытой хирургии.

Материалы и методы. Представляем клинический случай, успешно выполненной кишечной пластики протяженной стриктуры мочеточника, после неоднократного лечения рецидивирующей стриктуры мочеточника с использованием эндоскопических методов.

Результаты исследования. Пациент Ю., 45 лет, поступил планово с жалобами на дискомфорт, в связи с наличием нефростомического дренажа справа. Из анамнеза известно, что считает себя больным с 2016 года, когда проводилось оперативное лечение (КУЛТ справа. Рассечение устья правого мочеточника.) в связи с диагнозом: МКБ. Камень н\3 правого мочеточника. В раннем послеоперационном периоде развилась стриктура н\3 правого мочеточника. 04.2016 выполнена ВОУТ. В связи с рецидивом стриктуры 15.12.2016 Выполнена лапароскопическая аппендикулярная пластика н\3 правого мочеточника. В 2017 - выполнена эндоуретеротомия, в связи с рецидивом стриктуры, в 02. 2019 - Лазерная абляция стриктуры уретерально - аппендикулярного анастомоза, имплантация эндопиелотомического стента справа, в связи с рецидивом стриктуры.03.2019 - удаление стента. С 2016 по 2020 гг - выполнялась, неоднократно, чрескожная нефростомия справа. 15.04.2020 в связи с рецидивом стриктуры выполнена лазерная абляция стриктуры уретерально – аппендикулярного анастомоза. Имплантация эндопиелотомического стента (сетчатый стент-эндопротез из никелида титана, длиной 4 см). В феврале 2021 акцентирует внимание на появлении дискомфорта, а также, эпизодично, появление болевого синдрома справа. 29.05.2021 МСКТ с контрастом: Состояние после пластики н\3 правого мочеточника, стентирования правого мочеточника (стент протяженностью 43мм). Выше стента мочеточник расширен до 16 мм, ниже до 10 мм. Устье подшито ко дну мочевого пузыря. Уретерогидронефроз справа (Лоханка

до 38 мм, чашечки до 23 мм). 16.08.2021 выполнена Уретероскопия: Диагностирована протяженная стриктура правого мочеточника, около 12 см. 07.07.2021 - Чрескожная нефростомия справа. 14.09.2021 - Открытая кишечная пластика правого мочеточника. На 1 сутки после операции: По дренажам (№1, №2) - до 50 мл серозно – геморрагического отделяемого. Перистальтика выслушивается во всех отделах. 2 сутки дренаж из области уретероилеоанастомоза удален. 4 сутки дренаж из малого таза удален. 9 сутки уретральный катетер j-стент удален. 20.10.2021 извлечение стента внутреннего дренирования. Нефростомический дренаж перекрыт. 21.10.21 нефростомический дренаж удален. По данным МСКТ с контрастом через 6,12,24 месяца расширение ЧЛС не регистрируется, мочеточник проходим на всем протяжении.

Выводы: Исходя из обзора литературы следует сделать вывод, что большинство урологических процедур сегодня взяло на вооружение эндоскопические и малоинвазивные техники. До сих пор нет стандартизированного и оптимального метода лечения. В настоящее время кишечная пластика протяженной стриктуры мочеточника, является методом выбора, с низкой частотой рецидивов.

Пономарева Ю.А., Манченко А.А., Аль–Шукри А.С.

ИДИОПАТИЧЕСКИЙ СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ ЧЛС ПОЧКИ

Кафедра урологии с клиникой урологии с кафедрой. Первый Санкт-Петербургский государственный университет имени академика И. П. Павлова. Санкт-Петербург

Цель исследования. Продемонстрировать клинический случай лечения пациента со спонтанным разрывом чашечнолоханочной системы почки.

Материалы и методы. Пациент И., 71 года, доставлен бригадой скорой помощи в приёмное отделение ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И. П. Павлова» Минздрава России с предварительным диагнозом: «Острый живот.» Жалобы на учащенное мочеиспускание, боли в пояснице. В анамнезе отсутствуют прямые или косвенные указания на ранее перенесённую травму, предшествующую физическую нагрузку или оперативное вмешательство. При осмотре состояние удовлетворительное. Температура тела — 36,7 С°, АД — 120/80 мм рт. ст., пульс — 82 уд/мин, кожный покров нормальной окраски. Симптом поколачивания по пояснице положительный справа. Лейкоцитоз — 6,2 × 10^9/л; креатинин крови — 0,112 мкмоль/л. По данным ультразвукового исследования, у нижнего полюса правой почки гипоэхогенная неоднородная структура 8,8х4,3х6,5см, объемом 130 см3 (затек? гематома?). По МСКТ с в/в контратсированием определяется дефект на уровне пиелоуретерального сегмента справа с формированием мочевых затеков в паранефральной жировой клетчатке кзади от правой почки, размером 6,7х4,5х12,6см (объемом до 200см3), кпереди от правой почки, размером 4,7х3,7х10,5см (объемом до 100см3). Пациенту в экстренном порядке выполнена чрескожная нефростомия справа, а так же пункция и дренирование отграниченного затека. На третьи сутки после операции отсутствует отделяемое по дренажу. На четвёртый день после операции дренажная трубка удалена, пациент выписан только с нефростомическим дренажем.

Результаты исследования. Через 1 месяц после операции выполнена мультиспиральная компьютерная томография с внутривенным контрастированием. Присутствия жидкости в забрюшинном пространстве не определяется, отсутствуют ранее определяемые затёки контрастного препарата. Нефростомический дренаж удален.

Выводы. Разрыв ЧЛС почки является редким состоянием, в большинстве случаев — осложнением различных заболеваний. Для своевременной диагностики и определения верной тактики лечения спонтанного разрыва ЧЛС требуется применение современных методов инструментального исследования, таких как УЗИ и МСКТ с контрастированием. Целью оперативного вмешательства при разрыве ЧЛС является немедленное дренирование почки и забрюшинного пространства.

Пономарева Ю.А., Костюков С.В., Аль-Шукри А.С.

СПОНТАННЫЕ РАЗРЫВЫ ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ С ОБРАЗОВАНИЕМ ГЕМАТОМЫ В ПАРАНЕФРАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКЕ

Кафедра урологии с клиникой урологии с кафедрой. Первый Санкт-Петербургский государственный университет имени академика И. П. Павлова. Санкт-Петербург.

Цель исследования. Спонтанный или нетравматический разрыв почки встречается крайне редко. Kuster в 1896 году описал всего десять случаев при выполнении 30 000 аутопсий. В англоязычной литературе за более чем 100 лет описано только 25 случаев спонтанного разрыва почки.

Материалы и методы. Представляем два случая разрыва почечной паренхимы, которые были зарегистрированы на базе ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова. Результаты исследования. Пациент В., 62 лет, поступил планово с жалобами на схваткообразную боль по левому фланку живота, общую слабость. Из анамнеза известно, что вечером 07.05.23 повысилась температура тела до 38С. В 05:00 08.05.23 появились вышеописанные жалобы, самостоятельно принял дротаверин, отметил временный положительный эффект. В связи с сохраняющимися жалобами вызвал бСМП, доставлен в СОСМП ПСПбГМУ. По данным УЗИ, выполненного ранее образований в почках не диагностировано. По данным МСКТ при поступлении: картина субкапсулярной гематомы левой почки, левосторонних перирональной гематомы, перирального и забрюшинного кровоизлияния. Линейный разрыв левой почки(?). Данных за продолжающееся кровотечение не было. Лабораторно: HGB 83 < г/л, WBC 2.8 < 1012/л, МНО 1.14 >, АПТВ 28.4 сек., СРБ 133.40 > мг/л, Na 134.9 < ммоль/л, К 3.71 ммоль/л, Ur 12.7 > ммоль/л, Cr 0.225 >> ммоль/л. На фоне инфузионной, спазмолитической, антибактериальной, гемостатической терапии регистрировалась положительная динамика: улучшение общего самочувствия, одышки нет, гипертонические кризы купированы, АД до 140\90 мм.рт.ст., показатели азотемии, электролиты в норме, маркеры воспаления достигли референса. По данным контрольного КТ: картина положительной

динамики при сравнении с данными от 08.05.2023г – уменьшение объема субкапсулярной гематомы левой почки, левосторонних перирональной гематомы. Пациент в стабильном состоянии выписан для дальнейшего наблюдение в рамках амбулаторного звена.

Пациент Б., 66 лет, переведен из СОСМП в урологическое отделение №1 с подтвержденным диагнозом: Идиопатический разрыв левой почки. Спонтанная гематома левого перирального, ретроперитонеального пространства слева. С целью остановки кровотечения выполнена эндоваскулярная эмболизация сегментарной артерии левой почки. На фоне проводимой терапии: антибактериальная, гипотензивная, гастропротекторная, трансфузия гемокомпонентов, регистрировалась положительная динамика: улучшение общего состояния, нормализация маркеров воспаления. HGB 91 г\л. По данным МСКТ в динамике данных за продолжающееся кровотечение нет, отрицательной динамики касаемо гематомы исходя из КТ-картины нет. Пациент в стабильном состоянии выписан для дальнейшего наблюдение в рамках амбулаторного звена.

Выводы: В представленных крайне редких случаях спонтанного разрыва почечной паренхимы возможны различные тактики лечения. В одном случае консервативное купирование острого процесса, стабилизация пациента. Во втором случае применение сегментарной эмболизации левой почечной артерии. Метод лечения, вариант ведения пациента индивидуален, зависит от лабораторно – инструментальных данных, гемодинамических показателей пациента.

Пулатов Д.П., Абдулсаидов С.К., Мирзабоев А.М.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫМИ СПОСОБАМИ

Самаркандского государственного медицинского университета,
Самаркандский филиал РНЦЭМП**.,** Самарканд, Узбекистан.

Цель: Изучить возможности лапароскопического адгезиолизиса в хирургическом лечении острой спаечной кишечной непроходимости.

Материалы и методы: В Самаркандском филиале выполнено 37 операций лапароскопического адгезиолизиса, что составило 25% из 116 операций по поводу острой спаечной кишечной непроходимости за 2020-2024гг. операция проводится под эндотрахеальным наркозом. Доступ осуществляется после наложения карбоксиперитонеума через иглу Вереша, введенную на расстоянии 5-7 см от послеоперационного рубца по среднеключичной линии ниже реберной дуги на 4 см во избежание повреждения кишечника. Затем в той же точке вводится смотровой троакар в удобных для манипуляций местах. Осмотр кишечника начинается со спавшихся петель, что уменьшает возможность повреждения его стенки. У большинства больных причиной непроходимости были единичные шнуровидные спайки. Рассечение спаек проводится при хорошей их визуализации на расстоянии не менее 1 см от стенки кишки. Короткие (менее 2 см) шнуровидные изолированные спайки(штранги), содержащие сосуды, пересекаем ножницами между наложенными лигатурами или клипсами, без применения коагуляции во избежание термического повреждения близлежащего органа. Ограниченные по площади плоскостные сращения анатомически точно разделяем ножницами при полной их визуализации и осторожной тракции кишечника, отступя не менее 0,5 см от его стенки, без применения электрокоагуляции. При наличии в брюшной полости обширных (III-IVстепень) грубых сращений, занимающих более 1-2 анатомических областей, или при обнаружении конгломератов спаянных кишечных петель, а также при труднодоступных спайках ввиду наличия значительно раздутых петель кишечника – переходимк лапаротомии. Длительность операции составила от 20 до 175 минут (в среднем 60 минут).

Результаты исследования: Летальных исходов после лапароскопического адгезиолизиса не было. У 1 больного имело место кровотечение из пересеченной спайки, остановленное при повторной лапароскопии. Послеоперационный период составил от 2 до 12 суток (в среднем 6,8 дня).

Выводы: 1. Для лапароскопического адгезиолизиса следует отбирать больных с картиной механической кишечной непроходимости без признаков перитонита, выраженного метеоризма и тяжелого эндотоксикоза, без повторных абдоминальных операций.

2. Преимуществами этого вида вмешательства являются малая травматичность, раннее восстановление перистальтики кишечника, ранняя активация больных с уменьшением риска развития спаечной болезни брюшной полости.

3. При лапароскопическома дгезиолизисе в послеоперационном периоде отсутствует необходимость в наркотических анальгетиках и антибиотиках, уменьшается число послеоперационных осложнений, сокращаются сроки госпитализации.

Рабиев К.Р., Ризоев Х.Х., Махсумов С.М.

АНАСТОМОТИЧЕСКАЯ УРЕТРОПЛАСТИКА БЕЗ ИССЕЧЕНИЯ СПОНГИОЗНОЙ ТКАНИ ПРИ СТРИКТУРАХ БУЛЬБОЗНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

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

Данная работа посвящена оценке эффективности и безопасности непересекающейся анастомотической уретропластики для лечения бульбозных стриктур уретры у мужчин, основываясь на обзоре существующей литературы по этой теме. Бульбозные стриктуры уретры представляют собой значительную клиническую проблему, требующую эффективных хирургических решений, поскольку они могут вызывать различные урологические симптомы и ухудшать качество жизни пациентов.

Дизайн исследования и выборка. В обзор включены результаты применения непересекающейся анастомотической уретропластики, которая зарекомендовала себя как один из вариантов лечения бульбозных стриктур уретры.

Проанализированы 30 оригинальных исследований, что позволяет получить более полное представление о данной методике. Общее количество пациентов, включённых в эти исследования, варьировалось от 1 до 358, при этом среднее число участников составило 54. Интересным и важным выводом является отсутствие значимой связи между исходами операции и этиологией стриктуры, что подчеркивает универсальность данного подхода.

Длина стриктур уретры в большинстве случаев не превышала 2 см, что говорит о том, что непересекающаяся анастомотическая уретропластика может быть особенно эффективной для лечения коротких стриктур. Послеоперационные осложнения были описаны в 20 из 30 исследований, с частотой от 0% до 23,9%, при этом медиана составила 8,4%. В основном это были легкие осложнения (I–II степени по классификации Clavien-Dindo), что свидетельствует о низком уровне серьезных осложнений после хирургического вмешательства.

Оценка эректильной дисфункции была проведена в 18 исследованиях, и её частота варьировалась от 0% до 23%, при среднем значении 6,5%. Это указывает на то, что риск развития эректильной дисфункции после данной операции остается относительно низким, что важно для качества жизни пациентов.

Успех непересекающейся анастомотической уретропластики в среднем составил 94,7% (с диапазоном от 82% до 100%), при среднем сроке наблюдения за пациентами 24,5 месяца (от 3 до 150 месяцев). В 9 исследованиях выполнено сравнение с пересекающей техникой, и в 6 из них было выявлено преимущество непересекающейся методики как по успешности лечения, так и по сохранению сексуальной функции. Это особенно важно для мужчин, так как сексуальная функция имеет критическое значение для их психоэмоционального состояния.

Важным аспектом является то, что результаты сравнительных исследований показывают, что непересекающаяся техника позволяет лучше сохранить сексуальную функцию пациентов, что становится значимым преимуществом данного метода в клинической практике. Данное наблюдение подчеркивает важность выбора правильной методики лечения в зависимости от индивидуальных потребностей и предпочтений пациентов.

Выводы. Результаты проведённого обзора подтверждают высокую эффективность и безопасность непересекающейся анастомотической уретропластики при лечении коротких бульбозных стриктур уретры у мужчин. Включённые исследования демонстрируют стабильные и длительные положительные результаты, а также низкий риск осложнений и эректильной дисфункции. Преимущества метода перед традиционной пересекающей техникой, особенно в плане сохранения сексуальной функции, делают его предпочтительным выбором для лечения стриктур уретры. Эти выводы могут стать основой для дальнейших исследований в данной области, направленных на оптимизацию подходов к лечению бульбозных стриктур уретры.

Раджабзода Н.Ф., Кодирова С.Г.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ОПОРОЖНЕНИЯ МАТКИ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

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

Цель работы. Оценить эффективность медикаментозного опорожнения матки при неразвивающейся беременности.

Материалы и методы исследования. Проведена оценка эффективности использования мизопростола при неполном опорожнении матки при самопроизвольном выкидыше у 50 беременных. Определена частота побочных явлений: тошнота, рвота, диарея и лихорадка. Оценка эффективности проводилась клиническим и ультразвуковым методами.

Результаты исследования. Методика медикаментозного аборта: нами был использован простагландин Е1 Мизопростол в дозе 600 мкг сублингвально. При оральном приёме иногда была рвота, в таком случае использовали Мизопростол вагинально 800 мкг. При отсутствии эффекта (появление кровянистых выделений) назначалась повторная доза Мизопростола 800 мкг вагинально с интервалом 3 часа.

Начало сократительной деятельности матки находилось в прямой зависимости от срока беременности и дозы мизопростола. Кровянистые выделения, свидетельствующие об эффективном сокращении матки, при минимальной дозе в 100 мкг начинаются после введения 3 доз, в то время как при 200 мкг и более в пределах от 12 до 3 часов, вне зависимости от срока гестации. Полное опорожнение матки у большинства обследованных, выбравших мизопростол, произошло в течение первых двух суток, 40 (89,1%) случаев в основной и 10 (10,9%) - в группе сравнения, что было подтверждено данными УЗИ. Так, в 13-16 недель беременности при использовании дозы в 100 и 200 мкг начало сокращений матки регистрировали через равные промежутки времени - 10,4 $\pm$ 2,1 и 9,5 $\pm$ 2,1 часа, а при увеличении разовой дозы до 100 и 200 мкг время уменьшалось до 7,5 +2,5 и 6,5 $\pm$ 1,5 часа соответственно. В группе сравнения начало сокращений регистрировали в 2 раза позже. Общая доза для полного опорожнения матки в ранние сроки беременности составила 1568,0$\pm$ 215,95 мкг, в 13-16 недель - 654,55$\pm$100,11 мкг, а в 17-21 недели - 593,75$\pm$101,44 мкг. Среднее время для полного опорожнения матки в первом триместре заняло 58,31 $\pm$ 3,75 часа, в 13-16 недель - 43,91$\pm$ 5,32 часа, а 17-21 недели - 42,44$\pm$7,03 часа, кровопотеря составила 156,7 $\pm$ 45,5 и 180,5 $\pm$36,0 мл крови, соответственно.

Тошнота имела место у 12,2% основной группы и 7,5% - в группе сравнения; рвота – 5,5 и 5% соответственно; диарея – 3,0 и 2,5% соответственно. Повышение температуры в пределах $37,2^0$ -$37,9^0$С, как реакция на мизопростол и не связанная с инфекцией, имела место лишь у 1,8% в основной и 2% случаев – в группе сравнения.

Выводы. Установлено, что эффективность медикаментозного аборта оказалась выше при сроке гестации более 8 недель. Полное опорожнение матки при сроке гестации от 9 до 12 недель происходило в первые 38,3 ± 7,3 часа, а во втором триместре время опорожнения уменьшалось до 28,4 ± 6,2 часа. Сравнительный эффект влияния мизопростола для полного опорожнения в дозе 600-800 мкг продемонстрировал эффективность при отсутствии выраженных побочных явлений.

Раджабзода Н.Ф.

ВЛИЯНИЕ ПОТЕРИ ПЛОДА НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИН

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

Цель исследования. Оценить влияние потери плода на психоэмоциональное состояние женщин.

Материал и методы. Коррекция психоэмоционального статуса у обследованных женщин была основана на расчете САН. У 92 женщин основной группы, перенесших неразвивающуюся беременность, средняя оценка САН составила 3,1±0,2 балла; у 28 – группы сравнения – 3,4±0,4 при сроке гестации 5-20 недель. Оценка проводилась по специальной анкете САН (самочувствие, активность и настроение), разработанной на кафедре нервных болезней ММА им. И. М. Сеченова на 2-4 сутки после опорожнения матки. В данной анкете низкие оценки – до 3-х баллов свидетельствуют об относительном благополучии, высокие – 0.

Результаты исследования. В основной группе у 44 (47,8%) женщин выявлен компенсированный тип психоэмоциональной оценки, когда САН оказалась более 4 баллов, средний балл составил 4,4 ±0,2 балла; в группе сравнения подобная оценка выявлена у 13 (52%), средняя оценка составила 4,9 ± 0,2 балла. Медикаментозную терапию при компенсированном типе не проводили, ограничиваясь рекомендациями соблюдения правильного режима сна и питания. У 48 (52,1%) женщин основной и 8(32%) группы оценка САН оказалась ниже 4 баллов. В основной группе субкомпенсированный тип реагирования выявлен у 26 (28,3%), средняя оценка САН составила 3,5 ± 0,4 балла; в группе сравнения: у 10 (40%) – 3,9± 0,6 балла, соответственно. При субкомпенсированном типе реагирования использовали повторное консультирование, лекарственные травы в течение 2-3-х недель. Были использованы отечественные компоненты: чай с перечной мятой, а также семена проросшей пшеницы, которую предварительно очищали от оболочки. Декомпенсированный тип психоэмоциональной оценки выявлен у 18 (19,6%) беременных, перенесших НБ; средняя оценка составила 2,6 ±0,2 балла; в группе сравнения: у 2 (8%), средняя оценка составила 2,9±0,3 балла. При декомпенсированном типе реагирования седативная терапия была усилена седативными медикаментозными средствами: глицин. В результате дифференцированного приема фитопрепаратов и глицина, а также проводимой беседы, состояние пациенток улучшалось. В основной группе через 6 месяцев оценка САН составила 5,5 $\pm$ 0,5 балла, а в группе сравнения – 6,1 $\pm$ 0,6 балла.

Средняя оценка САН составила 4,6 балла, самочувствие, активность и настроение - 5,4; 4,6 и 3,7 балла соответственно. В ответах по оценке самочувствия: 30 (73,3%) женщин в послеабортном периоде отметили свое хорошее самочувствие; 33 (80%) - чувствовали себя сильными, работоспособными и полными сил, считали себя здоровыми - 43 (71,7%), выносливыми и бодрыми - 37 (81,7%). В анализе показателей активности и настроения превалировали низкие оценки. Активными и подвижными ощущали 39 (68,3%), быстрыми и деятельными лишь половина – 28(50%). В то же время каждая 5 обследованная - 11(21,7%), имела высокие баллы (от 5 до 7) по безучастности и равнодушию. 22(40%) имели желание отдохнуть. Оценка настроения показывала преобладание отрицательных эмоций у 59(81,8%), которые испытывали грусть, уныние, печаль, а разочарование и недовольство - 41 (65%).

Женщинам, ответы которых на вышеуказанные вопросы составила 3-5 баллов, достаточно было седации экстрактом валерианы. Беременным, набравшим при анкетировании значения с оценкой 6-7 баллов (максимально), потребовалось использование усиленной седативной терапии, например, диазепам. У первобеременных показатели САН были хуже, чем у повторнобеременных: они обвиняли себя в гибели плода, испытывали тревогу и беспокойство, что проявилось в повышении уровня пролактина в 2 раза выше нормы.

Выводы. Ранняя потеря плода у первобеременных представляет высокий риск развития депрессивных состояний в послеабортном периоде, и они нуждаются в дополнительной психологической поддержке.

Раджабзода Н.Ф., Абдуллаева Р.А., Каримова У.А.

АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

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

Цель работы. Выявление этиологических факторов неразвивающейся беременности.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 263 женщин, поступивших в родильный дом №1 в г. Душанбе в периоде 2023-2024 гг. Неразвивающаяся беременность была выявлена у 263 (52,6%) пациенток. Для достижения цели изучался возрастной состав пациенток, акушерско-гинекологический анамнез, срок беременности, на котором была выявлена неразвивающаяся беременность, и клинические данные пациентки.

Результаты исследование. Возраст пациенток составил от 18 до 35 лет, но наибольший удельный вес приходился на женщин в возрасте от 20 до 30 лет. При оценке клинических данных наиболее часто отмечались жалобы на тянущие боли внизу живота, мажущие кровянистые выделения из половых путей. У части пациенток диагноз неразвивающейся беременности был поставлен только по результатам ультразвукового исследования (УЗИ). Анализ частоты встречаемости неразвивающейся беременности по срокам позволил отследить, что чаще неразвивающаяся беременность встречается в срок до 10 нед. (73,3%), реже – в срок от 16 до 20 нед. (3,75%).

Неразвивающаяся беременность была зарегистрирована у 100 (37,5%) первородящих пациенток, у 145 (59,6%) повторнородящих и в 18 (2,9%) случаях – у многорожавших. Отягощенный акушерский анамнез выявлен в 10 (2,08%) случаях, эрозия шейки матки – в 16 (7,4%) случаях, кольпит – в 4 (1,25%) случаях, у 80 (31,2%) женщин в анамнезе был зарегистрирован рубец на матке. Замершую беременность имели в анамнезе 12 (6,5%) женщин, аборты – 28 (10,2%), и выкидыш наблюдался у 26 (9,5%) пациенток Воспалительные заболевания малого таза, такие как сальпингоофорит, наблюдались в 15 (3,1%) случаях. Инфекции, передаваемые половым путем, играют важную роль в развитии неразвивающейся беременности, – за период с 2023 по 2024 г. были зарегистрированы 1 (0,4%) женщины с токсоплазмозом, 1 (0,2%) – с генитальным герпесом и 1 (0,6%) – с трихомониазом, что, вероятно, и привело к гибели эмбриона.

Также следует отметить наличие экстрагенитальной патологии, которая имела место в 30 (13,6%) случае, из них 17 (8,7%) пришлось на анемии беременных, 10 (3,08%) – на хронический пиелонефрит, 4 (0,8%) – на гипотиреоз. Аномалия развития матки в виде двурогой матки и наличия перегородки в полости матки отмечались в 2 (0,4%) случаях. В 1 (0,2%) случае регистрировалась неразвивающаяся беременность при монохориальной диамниотической двойне. Также у 1 пациентки неразвивающаяся беременность была выявлена после ЭКО.

Выводы. Основываясь на полученных данных, следует предположить, что причинами неразвивающейся беременности в большинстве случаев становятся наличие в анамнезе воспалительных заболеваний органов малого таза, множественные аборты, выкидыши и замершая беременность в анамнезе. Немаловажную роль в развитии неразвивающейся беременности играет аномалия развития матки (двурогая матка, перегородка в полости матки), так как эта аномалия относится к провоцирующим факторам появления патологии в течение беременности.

Раджабов Д.Р., Султанов Д.Д., Одинаев Ш.М.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»
Кафедре хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова

Цель исследования. Оценка эффективности различных способов консервативного лечения острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты обследования и лечения 123 больных с острых тромбозом глубоких вен нижних конечностей. Больные были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 54 больных, которым проводилось лечение по разработанной нами схеме лечения: при наличии флотирующиго тромба имплантировали кава-фильтр. При других видах тромбоза назначали постельный режим с ограничением физической нагрузки, далее с последующим постепенным увеличением нагрузки, возвышенное положение и эластическое бинтование больной конечности. Медикаментозная терапия имела свои особенности: одновременное назначение антикоагулянтов прямого действия эноксапарин натрия и перорального высокоселективного прямого ингибитора фактора Ха свертывания (ривароксабан), антиагрегантов (курантил), донаторов оксида азота (L-аргинин), флебопротекторов (микронизированная очищенная флавоноидная фракция), антиоксидантов (токоферола ацетат), НПВС, а также паравазального введения лекарственной смеси (30 мл 0,5% раствора новокаина + 8 мл раствора гидрокортизона + 20мг (3000ЕД) лонгидаза+ 5000 ЕД раствора гепарина) в проекции тромбированных вен и местно лиотон гель. Во вторую контрольную группу включены 69 больных, которые не получали стандартное лечение в амбулаторных условиях или в других лечебных стационарах. Эти больные при посещении в ангиологический кабинет были обследованы клинический и методом УЗДС.

Динамические наблюдения за больными проводилось в течении 4-х лет. При этом оценивали степень ВН, степень реканализации тромбированных вен. При помощи опросника CIVIQ-2 и SF-36 оценивали качество жизни (КЖ) пациентов.

Результаты: У 3-х наблюдениях в основной группе с флотирующиим проксимальной части тромба с целью профилактике ТЭЛА было установлено кава-фильтр (ALNOptionalVenaCavaFilter) в системе НПВ. В основной группе в результате лечения комбинации антикоагулянтов нового поколения наблюдалось стойкая гипокоагуляция в пределах допустимого уровня, до выписки из стационара. В последующем пациенты этой группы получили адекватную реабилитационную терапию. Процесс реканализации в течение года по данным УЗДАС в этой группе был лучшим. Признаки реканализации были отмечены уже в ранних сроках, а концу 1 года реканализация различной степени отмечалось у 83,3% тогда как в контрольной группе 63,7% больных, так как во многом степень реканализации определяет тяжесть течение ХВН. А также наилучшие показателей качество жизни отмечалось у больных основной группе, а низкие качество жизни отмечались в сравниваемой группе.В контрольной группе больных, которые получали традиционное лечение отмечали замедления реканализации у 36% больных сохранился окклюзия тромбированного венозного сегмента что способствовало более тяжелому течению признаки венозной недостаточностью.

Выводы. Таким образом, неадекватное лечение пациентов с ТГВ с применением устаревших способов лечения является одним из основных причин неудовлетворительных результатов и развития тяжелых форм ПТБ. Предложенная нами модифицированная схема лечения больных с ОТГВ показала свою высокую эффективность, свидетелем чего являются более раннее начало процессов реканализации (у 42,5% больных основной группы по сравнению с группой сравнения - 21%) и меньшим числом окклюзионных форм ПТБ (16,7% напротив 37,7%). В отдалённые сроки наблюдения реканализация в основной группе наблюдалась у 83,3% пациентов по сравнению с 63,7% больных группы сравнения.

Раджабова С.Г., Хусейнзода З.Х.

ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ДЕСИМИНИРОВАННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С МЕТАСТАЗАМИ В КОСТИ

Государственное учреждение «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования: оценить эффективность комбинированного и комплексного лечение больных РМЖ с метастазами в кости.

Материалы и методы: ретроспективное и проспективное исследование 73 клинических случаев больных с гистологически верифицированным диагнозом рака молочной железы с метастазами в кости, проходящие обследование и лечение в период с 2004 по 2012гг. в РОНЦ МЗ РТ.

Результаты исследования: Возраст больных варьировал от 27 до 68 лет. Средний возраст пациенток составило 50 лет. По классификации TNM пациентки были распределены следующим образом: T2N0M0 (IIа ст.) – 2; T2-3N1M0 (IIб ст.) –25; T1-3N2M0 (IIIа ст.)-22; T4N1-2M0 (IIIb ст.)-14; T3-4N3M0 (IIIc ст.) – 5; и 5 женщин с T4N0-3M1 (IV ст.) при первичном обращении имели отдаленные метастазы в кости. У 20 больных имелось еще сочетанное поражение других органов. Кость+лёгкие -6; кость+печень -3; кость+кожа -3; кость+матка+яичники -2; кость+лимфатические узлы -3; кость+головной мозг-1. 9-больных из 73 не подвергались оперативному вмешательству, но цитологическое подтверждение диагноза имело место. Больным производились ультразвуковое исследование, сцинтиграфическое, рентгенологическое исследование костей, легких, КТ и МРТ-исследования. Рецепторы HER-2 neo определены у 13 (17,%) больных. Физическое состояние больных оценивалось по шкале Карновского. Лечение проводилось по схеме Паклитаксел + Карбоплатин также использовались бисфосфонаты (Зомета или Бонкур). Лучевая терапия СОД – 20 Гр, РОД – 5 Гр; на кости таза СОД – 30 Гр, РОД – 3 Гр. В качестве гормонотерапии первой линии Тамоксифен-20мг в течение двух лет.

Выводы: Костные метастазы – частое осложнение РМЖ, возникающее у больных в поздних стадиях рака молочной железы. Основным клиническим проявлением поражения костей является болевой синдром, нарастающий по мере прогрессирования процесса, резко снижающий качество жизни, способствующий развитию тревоги, депрессии и приводящей, к стойкой инвалидизации. Проведенные методы лечение при метастазах в кости являются адекватными, так как происходит устранение остеогенных симптомов (исчезает болевой синдром, больные способны самостоятельно сидеть, передвигаться, обслуживать себя) и является профилактикой переломов костей, что улучшает качество и продолжительность жизни больных.

Раимзода Х.Б.[1], Дадабоев Д.У.,[1] Хамидов Д.Б.[1,2]

ВЛИЯНИЕ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

ГОУ Республиканский научный центр.
Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПО в СЗ РТ

Цель работы: Изучение влияния искусственного кровообращения на показатели гемостаза у больных с врожденными пороками сердца.

Материалы и методы исследования: Нами проанализированы результаты обследования 50 больных с врожденными пороками сердца (ВПС), оперированных в условиях искусственного кровообращения (ИК), поступивших в Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. Возраст больных колебался от 4 до 25 лет. Из них мужчин 23 (46%), женщин 27 (54%). Больных с белыми пороками (ДМПП и ДМЖП) было 35 (70%) и с синими пороками сердца 15 (30%).

Продолжительность ИК при белых пороках составила в среднем 45±3,2 минут. °С. При синих пороках продолжительность ИК составила 98±4,7 минут. ИК проводили аппаратом фирмы «Shtokezt» с использованием мембранного оксигенатора «Dideco» и «Терумо».

Показатели гемостаза изучены с помощью следующих тестов: время свертывания цельной крови (ВСК по Ли-Уайту), активированное частичное тромбо-плистиновое время (АЧТВ), протромбиновое время по Квику (ПТВ,с), протромбиновый индекс (ТВ,с), содержание фибриногена по Клауссу (Фг г/л). Количество тромбоцитов и гематокрита определено по общепринятым методикам.

Результаты исследования: после коррекции ВПС у обоих групп больных отмечается гипокогуляция, которая более выражена у больных с синими пороками. У обоих групп больных гипокоогуляция была обусловлена удлинением времени свертывания крови, укорочением протромбинового времени, снижения уровня фибриногена,с появлением продуктов дегенерации фибриногена, удлинением фибринолитической активности крови.

Выводы. Таким образом, у больных с врожденными пороками сердца при коррекции порока в условиях ИК отмечается снижение гемостатического потенциала крови, который был более выражен у больных с синими пороками сердца.

Райхонов Ф.Х.[1], Сангинов Д.Р.[2], Джаборова Б.Ш. [1,2]

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ, КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ РАКА КОЖИ СВОДА ЧЕРЕПА

[1.] ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ СЗН РТ
[2.] ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан

Цель исследования. Изучение отдаленных результатов лечения больных с местно-распространенным раком кожи свода черепа в зависимости от метода лечения.

Материал и методы. Проанализированы ретро-проспективные отдаленные результаты лечения 94 больных с местно-распространенным раком кожи свода черепа, пролеченных в стационаре РОНЦ РТ за период 2015-2022 гг. Больные, в зависимости от применяемых методов лечения, были разделены на три группы. В I группу (основная) включены 32 пациента, получившие хирургическое лечение по разработанной нами методике. Во II группу вошли 32 пациента, получившие хирургическое вмешательство традиционными способами. III-ю группу составили 30 пациентов, получивших лучевое лечение на первом этапе, а также по причине отказа от операции-самостоятельно.

Результаты и обсуждения. По стадиям заболевания установлено: T3N0M0 - 53 (56,3%), T3N1M0 - 9 (9,5%), T4N0M0 – 25 (26,5%), T4N1M0 – 4 (4,2%), T4N2M0 – 3 (3,1%). Отмечено, что 16 (17,0%) больных поступили с мета-

статическим поражением лимфоузлов, при этом в 1, 2, 3 группах больных по 6 (18,75%), 6 (18,75%) и 4 (13,3) соответственно, что свидетельствует о неблагоприятном прогнозе заболевания. Показаниями к операции по разработанной методике послужили местно-распространенный процесс (Т3-4), отсутствие костных поражений, эффективность неоадъювантной лучевой терапии, отказ от других методов лечения и предотвращение кровотечения или ее минимизация.

Выводы:

1. Местно-распространенный рак кожи свода черепа, возникающий на участках не подвергающихся солнечному воздействию, имеет высокий риск развития локорегионарного рецидива.
2. Эффективность лечения местно-распространенного рака кожи свода черепа зависит от размеров опухоли, степени ее злокачественности, Ro резекции и глубиной инвазии опухоли.
3. Оптимальными вариантами лечения местно-распространенного рака кожи свода черепа по показаниям являются самостоятельное хирургическое и комбинированное лечение.
4. Разработанный способ хирургического лечения местно-распространенного рака кожи свода черепа показывает лучшие отдаленные результаты (без рецидивной и общей выживаемости).

Расулов Ж.Д., Аълоханов Л.Б., Муродуллаев Ж.С.

ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Отделение пластической и реконструктивной микрохирургии ГО Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. Академика В.Вахидова

Цель исследования. Разработка конкретных показаний и оценка эффективности существующих методов хирургического лечения послеожоговых рубцовых контрактур верхних конечностей.

Материал и методы. Исследование основано на результатах хирургического лечения 46 пациентов с послеожоговыми рубцовыми деформациями и рубцовыми контрактурами крупных суставов верхних конечностей. Возраст пациентов варьировал от 9 до 66 лет. Дети в возрасте до 12 лет составили 32,2%. В отделение производили традиционные способы коррекции послеожоговых рубцовых деформаций верхних конечностей: местная “Z” пластика – 12 , пластика полнослойным кожным лоскутом – 12, пластика расщепленным кожным лоскутом – 22. Длительные сроки (более 4 лет) обездвижения различных частей верхних конечностей были у 13 пациентов. Пациентам, оперированным через 1 год после ожога (15,5%) с рубцовыми контрактурами, которые могли вызвать вторичные необратимые изменения глубоких тканей, контрактуру устраняли без предварительной консервативной терапии, не ожидая созревания рубцов. Предоперационное обследование пациентов включало оценку рубцов по клиническим характеристикам определения степени контрактуры, дефицита рубцовой поверхности в см². Этот показатель составил от 30 до 300 см² (в среднем 102,8 + 12,2 см²).

Результаты исследования. В группе пациентов после иссечения линейных послеожоговых рубцов производилась местная “Z” кожная пластика встречными лоскутами (n=12). Если при иссечении стягивающего послеожогового рубца образуется обширный раневой дефект, закрыть его местными тканями невозможно. Для этой цели использовали способ трансплантации полнослойного или расщепленного кожного лоскута. По сравнению с расщепленным полнослойный кожный трансплантат обладает рядом достоинств (эластичность, наличие потовых и сальных желез, стойкость вторичному сморщиванию и механическим нагрузкам) и недостатками (низкая «приживляемость»). Способ с использованием полнослойной кожи применяли при небольших по площади послеожоговых рубцах (30-40 см²). Пластика полнослойным лоскутом применена 12 пациентам. Во всех случаях площадь рубцового дефекта не превышала 20 см².

После пересадки расщепленной кожи в отдаленные сроки в 56,3% случаев возник рецидив контрактуры. При пересадке полнослойной кожи этот показатель составил 13,5 %. Применение различных видов традиционных способов кожной пластики показывает, что они оптимальны для устранения линейных стягивающих послеожоговых рубцов в области суставов верхней конечности. К преимуществам данных способов относятся относительная простота выполнения, возможность применения местной анестезии, низкий уровень послеоперационных осложнений, короткий послеоперационный период.

Выводы Функциональная и эстетическая коррекция последствий ожогов верхних конечностей требует дифференцированного подхода к выбору способа кожной пластики. Традиционные способы пластики наиболее эффективны при небольшой площади рубцовой деформации.

Независимо от разнообразия и индивидуальных особенностей реципиентной зоны и донорского материала при дистальных дефектах верхней конечности предлагается применение несвободного пахового лоскута как метода выбора при послеожоговых рубцовых дефектах мягких тканей в пределах 50-100 см² и выше.

Расулов Н.А., Хофизова Г.А., Нарзулоев В.А.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАТИВНЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ

Кафедра хирургии ГОУ «ИПО в СЗ РТ», Таджикистан

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных с прободными гастродуоденальными язвами.

Материал и методы. Представлены результаты диагностики и лечения 190 больных с ПГДЯ за период 2017-2022 гг.

Возраст больных варьировал от 18 до 69 лет. Женщин было – 70 (36,8%), мужчин -120 (63,2%). Превалировали больные с поздним (более 6 часов с начала заболевания) обращением за медицинской помощью, которые составили 120 (63,2%)

случаев. В 169 (88,9%) случаях перфоративное отверстие (ПО) локализовалось на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки.

Результаты исследования. При наличии спаечного процесса в верхнем этаже брюшной полости, при котором невозможно провести лапароскопические манипуляции, наличии гнойного перитонита, локализация ПО по задней стенке желудка и двенадцатиперстной кишки, операцией выбора являлось традиционное открытое ушивание перфоративных язв (n=46). Иссечение язвы с пилоропластикой (n=24) было проведено при наличии большого ПО (> 10 мм) с выраженным периульцерогенным воспалением. Резекция желудка (n=12) проведена у больных при сочетании ПГДЯ с пенетрацией или пилородуоденостенозом, подозрением на малигнизацию язвы желудочной локализации, а также в случае перфорации гигантской язвы при невозможности ушивания перфоративного отверстия. Лапароскопическое ушивание (n=100) было проведено у больных с небольшим ПО (не более 10 мм) и минимально инфильтрированным краем. Лапароскопически-ассистированное ушивание проведено при имеющемся ПО большого размера (более 10мм) (n=3) и сложности в наложении шва из-за наличия более выраженных инфильтрированных краев ПО (n=5).

Послеоперационные осложнения возникли у 15 (7,9%) больных, что, по данным литературы, составляет до 19 % случаев, а при тяжёлых случаях этот показатель достигает 40%.

Летальный исход имел место в 3 (1,6%) случаях, причиной которых являлась ТЭЛГ (n=1) и распространённый гнойный перитонит, вызывающий полиорганную недостаточность (n=2).

Выводы. Индивидуальный подход при выборе способа операции у больных с ПГДЯ даёт возможность снизить частоту послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений и, тем самым, улучшить результаты хирургического лечения данного контингента больных. Применение миниинвазивной технологии (при отсутствии противопоказаний к их применению) является методом выбора в лечении ПГДЯ, который способствует раннему восстановлению трудоспособности больных и уменьшает срок их пребывания в стационаре.

Расулов Н.И., Баҳромов М.Б., Мансуров Ҳ.Н.

НУҚТАИ ИНТИХОБИ ХАЛҚАИ ПРУДКОВ ДАР ДЕВОРАИ ПЕШИ ШИКАМ ҲАНГОМИ ХОЛЕСИСТЭКТОМИЯИ МИНИЛАПАРОТОМӢ

Кафедраи амалияи ҷарроҳи ва антомияи топографи ба номи профессор Каримов М.К.,
МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Мақсад: **муаян намудани бартарии нуқтаи васлкунии халқаи Прудков дар деворaи пеши шикам.**

Мавод ва усули таҳқиқ: Дар солҳои 2023 то 2024 38 беморони калонсолу пирони мубталои холесистити шадиди сангдор бо усули мини лапаротомия бо истифода аз халқаи Прудков холесистэктомия шуданд. Мардҳо- 8 (21%), занҳо- 30 (79%) дар сину соли аз 60 то 96,бо ҳисоби миёна 72±1,5сола. Мӯҳлати бистаришави беморон аз саршави хуруҷи ХШ аз 8 то 120 соатро ташкиш дод, 34(20,2%) бемор дар шабонарӯзи аввали бемори бистари карда шуд.

Равиши амалиёти ҷарроҳӣ: дар таҳти беҳисгардони умуми баъди беуфунат кардани мавқеъи ҷарроҳишаванда бо маҷмуи асбобҳои Прудков бурриш дар кунҷи 90 ^{0}, ки хатҳои шарти дуқабурғаи даҳум ва канори паҳлуи берунии мушаки трансректалӣ тарафи рост ба андозаи 4-5 см гузаронида шуд.

Натичаҳо ва муҳокима. Баъди гузаронидани бурриш дар нуқтаи муаяншуда дар 32 (84,2%) беморон қаъри талхадон бевосита дастрас шуд. Дар 6 (15,7%) бемор баъди лапаротомия дар аввал чарбуи калон мушохида карда шуд, ки бо усули кунд бемушкили бартараф карда шуд. Дар беморони фарбеҳ 26 (68,4%) баъди бурриши пуст насҷи зери пуст аз сабаби наҳз инкишоф ёфтанаш васлкунии ҳалқа вақти зиёдтар талаф дод. Баъди амалиёти ҷарроҳӣ каме дардманди дар минтақаи захми баъдиҷарроҳӣ шикоят буд. Ба таъиноти аналгетикҳои наркотики эҳтиёҷ надоштанд.

Хулоса. Бурриши хати шартии амудию уфуқии деворaи пеши шикам барои истифодаи ҳалқаи Прудков мувофиқтар буда натиҷаи беҳтар медиҳад.

Расулов Н.И., Абдуллоев З.Р., Солехов Дж.

ОТКРЫТАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Цель: улучшение результатов хирургического лечения острого холецистита и холедохолитиаза у лиц старческого и пожилого возраста с применением методики открытой лапароскопии.

Материалы и методы исследования: в леченом диагнотических цент ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино за период с 06. 2022 - 11 . 09. 2024 гг. с диагнозом острый холецистит (ОХ) находились на лечении 88 пациентов в возрасте от 60 до 88 лет, средний возраст составляло 68 ± 2,5 лет, женщин 58, мужчин 30.

34 (38,6%) пациентов госпитализированы в первые сутки от начало заболевания, 41 (48,5 %) пациентов на 3-4-ые сутки и 13 (14,7%) пациентов через 5 – 7 суток. При этом – у 18 (20,4%) пациентов имелось клиника местного перитонита, - у 12 (13,6%) при ультразвуковом исследовании дополнительно было выявлено холедохолитиаз и расширение холедоха более 10 мм., клинически имелось механическая желтуха. 70 (79,5%) пациентов страдали сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистое и дыхательное системы и сахарным диабетом, что повышало рыск предстоящей оперативного вмешательство.

Оперативную вмешательству выполняем с использованием инструментов для «мини» лапаротомного доступа производимое медицинское компанией «San» (г.Екатеринбург, Россия). Необходимо отметить, особенностью данную методику при остром холецистите является опорожнения желчного пузыря путем пункции, на начальном этапе операции, поскольку в условиях ограниченного пространство когда желчный пузырь увеличен в размере и напряжен выполнение оперативного вмешательство из мини лапаротомного доступа является технически трудным.

Пациентам с клиникой местного перитонита после кратковременной предоперационной подготовки, направленное на нормализации функции жизненно важных функции организма оперативное вмешательство производили в экстренном порядке под эндотрахеальным наркозом с применением мышечных релаксантов в первые сутки от момента поступления .

Остальных пациентов оперировали после соответствующей предоперационной подготовки в среднем через 6 - 36 часов от момента поступления. Во время интраоперационной ревизии - у 20 (22,7%) пациентов выявлено расширение холедоха до 12 – 18 мм. Из них – у 15 (17,1%) при интраоперационной холангиографии выявлен наличие множество конкрементов. Этим пациентам произведено холедохолитотомия и холедоходуоденостомия по Юрашу – Виноградову, из них одному пациенту произведено трансдуоденальная папиллосфинктеропластика, у остальных 5 пациентов при холангиоскопии конкрементов не выявлено, имелось густой желччь и явление холангита, им операция завершена дренированием холедоха по методике Вишневского. Во всех случаях операция выполнена методикой открытой лапароскопии, расширение операционного доступа не произведено. Операцию завершали дренированием подпечоночной области трубчато- перчаточным дренажем.

Результаты исследования: в послеоперационном периоде пациенты в назначении наркотических анальгетиков не нуждались, больные активизировались на первые сутки после операции, - у 1(1,1%) после формирование билиодегистивного анастомоза отмечено желчеистечение (600-700 мл.в сутки) который самостоятельно прекратился на 8 сутки, - у 2 (2,2%) наблюдалось нагноение послеоперационное раны. Средний койка-день пребывание больных составило 5,8 дней, летальных исходов не было.

Выводы: Методика открытой лапароскопии является методикой выбора хирургического лечения у пациентов старческого и пожилого возраста с осложненной формой желчнокаменной болезни, которая позволяет проводить оперативного вмешательство максимально щадящее и существенно снизить частоту послеоперационных осложнений, недостатком методики является отсутствие возможности произвести широкую ревизию органов брюшной полости.

Расулов Н.И., Бахромов М.Б., Солехов Р.Дж., Абдуллоев З.Р.

ТОПОГРАФО АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПУЗЫРНОЙ АРТЕРИИ И ПРОТОКА ПРИ ОБЗОРНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан

Цель: изучить анатомические варианты отхождения пузырной артерии и протока в область триугольника Кало.

Материал и методы. В период с 2023года по 2024 год по поводу хронического калкульёзного холецистита в ЛДЦ ТГМУ им. Абуали ибни Сино произведены ЛХЭ 78 больным. Возраст больных варьировался от 28 до 65 лет, средний возраст составил 56,5 год. Мужчин было 7 (8,9%), женщин 71 (91,1%) больная.

Результаты и их обсуждение. Во время обзорной лапароскопии перед ЛХЭ все варианты систематизированы и проанализированы с точки зрения опасности интраоперационных осложнений. Нами выделены следующие анатомические варианты отхождения пузырной артерии и протока. Расположение желчных протоков формирует триугольник Кало. В 38 (47,8%) случаях, пузырная артерия распологалась в треугольнике Кало, вне треугольника Кало – в 12 (15,3%), переднее расположение пузырной артерии 6 (7,6%), отхождение пузырной артерии от гастродуоденальной- в 1 (1%)случае. В 97% случаев правая печёночная артерия расположена слева от общего желчного протока, а в остальных располагается сзади или спереди протока. От 1- 6% случаев правая печеночная артерия визуализируется спереди и латерально от общего желчного протока. В условиях лапароскопического доступа при выполнении холецистэктомии хирург в большинстве случаев не видит правой печёночной артерии и не манипулирует в проекции её нахождения.

Выводы. Таким образом, интраоперационное изучение вариантов отхождения пузырной артерии и протока во время диагностического этапа ЛХЭ позволяет своевременно избежать серьёзных осложнений оперативного вмешательства. При выявлении анатомических отклонений в зависимости от операционной находки необходимо применять оптимальные технические приемы и успешно завершить оперативное вмешательство.

Рафиев Ф.Р.,[1,2] Камолов А.Н.,[1,2] Солихов Р.Дж.[2]

ОБОСНОВАНИЕ ПОЭТАПНОЙ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РУДИМЕНТАРНОГО ШЕЙНОГО РЕБРА

[1] ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии», Таджикистан
[2]Кафедра хирургических болезней №2 имени академика Н.У. Усманова ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им Абуали ибни Сино, Таджикистан

Цель исследования. Оценить результаты разработанной поэтапной тактики проведения оперативного лечения при рудиментарном шейном ребре.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явились 40 больных, с диагнозом рудиментарное шейное ребро (РШР), которые получили хирургическое лечение с 2010 по 2023 гг. Среди них мужчин было 8 (20%), женщин 32 (80%), в возрасте от 18 до 45 лет. Средний возраст составил 19,8 лет. Всем больным выполнена рентгенография шейно-грудного отдела позвоночника и ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УЗДАС) сосудов верхних конечностей. У 18 (45%) больных при УЗДАС выявлены вторичные признаки синдрома Рейно. В 26 (65%) наблюдениях при электронейромиографии (ЭНМГ) были выявлены признаки снижения нервной проводимости по чувствительным и двигательным волокнам срединного и локтевого нервов, что свидетельствовало о сдавлении первичных стволов плечевого сплетения рудиментарным ребром.

С целью достижения более значимых клинических эффектов, а также улучшений ближайших и отдалённых результатов, нами впервые был разработан хирургический способ лечения РШР (патент № TJ 264 от 29.10.2009). Стандартная тактика, как правило, ограничивается лишь резекцией ребра и невролизом стволов плечевого сплетения. Наш

опыт показал, что при таком подходе остаются не замеченными фиброзные тяжи и гипертрофированные ножки лестничной мышцы, что способствует развитию рецидива болевого симптома и стойкого брахио-плексита.

Отличие разработанного нами способа заключается в поэтапных действиях при операции, включающих следующие компоненты:

- высокая скаленотомия;
- невролиз первичных нервных стволов плечевого сплетения;
- резекция ребра с рассечением всех аномальных фиброзно-мышечных образований;
- селективная шейно-грудная симпатэктомия (при наличии клиники синдрома Рейно).

Преимуществом метода являются устранение всех причин, вызывающих патологию, полная декомпрессия СНП, что способствует снижению частоты развития осложнений и устранению болевой симптоматики.

Результаты исследования. Всем пациентам выполнена операция с применением разработанного нами способа, в одном случае у больного с аневризмой подключичной артерии выполнена резекция аневризмы с аутовенозным протезированием. У 7 пациентов после операции отмечены явления брахиоплексита, которые купированы консервативными мерами. Положительный клинический эффект от оперативного лечения у 12 пациентов подтверждён выполнением ЭНМГ. При контрольном осмотре обратившихся больных (n = 25) 62,5% состояние конечности находилось в удовлетворительном состоянии. Наблюдение в течение 3-х лет сосудистых и неврологических нарушений не выявило.

Выводы. Таким образом, все клинические признаки рудиментарного шейного ребра подлежат оперативному лечению. Разработанный нами способ хирургического лечения РШР позволяет значительно улучшить клинический эффект операции, благодаря устранению всех компонентов патологии.

Рахимов Д.А.[1,2], Азимов Д.А.[3], Махмудов Дж.О.[3],Сатторов Д.Д.[3]

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ МЕТОДОМ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПО ЛИХТЕНШТЕЙН

1.ГУ «Республиканский научно-клинический центр Урология» МЗ и СЗН Республика Таджикистан.
2.Урологическое отделение Бабаджан Гафуровской ЦРБ, Таджикистан.
3.Хирургическое отделение Бабаджан Гафуровской ЦРБ, Таджикистан.

Цель исследования. Оценить результаты паховой герниопластики методом Лихтенштейна.

Материал и методы. В отделении хирургии центральной районной больницы Бабаджан Гафурова в период 2014-2023 годы находились 976 больных па поводу паховых грыж (ПГ). Из них 750 госпитализированы в плановом порядке и 226 в экстренном. Возраст больных колебался от 18 до 80 лет. По стороне поражения: правостороннее 660, левостороннее 271, двухстороннее 20, рецидивное 25. Данный анализ проведен 364 пациенту, которым проводилась герниопластика по методу Лихтенштейна. Операции проводились под местным, регионарным и общим обезболиванием. Предоперационная подготовка по установленному протоколу обследования по хирургическому профилю. По показаниям проводиться УЗИ органов брюшной полости, органов мошонки, осмотр смежных специалистов.

Результаты исследования. При анализе деятельности отделения доля паховых грыж в общей структуре составляет 65-70% от общего количества грыж живота.

В качестве сетчатых имплантатов использовались сетки синтетического производства России и Турции. Фиксировались импланты отдельными полипропиленовыми монофиломентными шовными материалами. Количество швов зависело от размера грыжевого пространства. При выборе метода пластики пахового канала учитывали следующие факторы: вид грыжи (косая или прямая), размеры дефекта заднего канала, возраст пациента, делительные грыжи. Послеоперационной период у 14 (3,8%) больных отмечались осложнение в виде: гематом у 4 (1,1%), сером у 6 (1,7%), нагноение ран у 2 (0,5%), у 2 (0,5%) отмечались послеоперационная невралгия. В 1 (0,3%) случае проведена повторная операция в связи с ранним отторжением сетки. Данному больному удалена сетка и проведена пластика пахового канала собственными тканями.

Общий койка день составлял до 7,1, а послеоперационный 5,2 к/д.

Выводы. В заключении хотелось отметить, что пластика паховая канала по методики Лихтенштейна имеет высокую эффективность и его простоту в выполнении. Течение послеоперационного периода несравнимо с другими методами операции. В настоящее время пластика по Лихтенштейну является методом выбора лечения большинства пациентов с паховыми грыжами.

Рахимов Д.А.[1,2], Джураев М.А.[2], Турдалиев С.Х. [2], Рахими Ш.Д.[2]

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА ПРИ НЕФРОПТОЗЕ ОСЛОЖНЕННОЙ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

1.ГУ «Республиканский научно-клинический центр Урология» МЗ и СЗН Республика Таджикистан.
2.Урологическое отделение Бабаджан Гафуровской ЦРБ, Таджикистан.

Цель исследования. Оценить результаты почечного и сердечного кровотока при нефроптозе, осложнившейся нефрогенной артериальной гипертензией в режиме цветового допплеровского картирования и дуплексного сканирования.

Материалы и методы исследования. Обследованию подвержены 76 пациентов с нефроптозом в возрасте 18-50 лет. Мужчин 6, женщин 70. На основании клинико-рентгенологических данных больные разделены на три стадии нефроптоза по классификации Лопаткина Н.А. (1992). Правосторонний у 74, левосторонний у 2. С I стадией нефроптоза было – 3 (24,4%), с II – 68 (55,7%) и с III – 5 (19,9%) больных. Почечный кровоток изучался ультразвуковой системой ALOKA SSD – 3500 (Япония) с использованием мультичастотного конвексного датчика UST – 9123 (2-6 MHz) по методике в клино и ортостазе.

Результаты исследования и обсуждение. Сканирование проводили в В-режиме, ангиоархитектонику определяли цветным доплеровским картированием и допплерсонографию в импульсном режиме основного ствола почечных артерий (ПА) и вены (ПВ) и сегментарных сосудах почки. При этом нами определялись скорости артериального кровотока в см/с - максимальная систолическая (МССК), конечная диастолическая (МДСК). При анализе допплерограмм, также определяли величины времени ускорения систолического кровотока (АТ), ускорение систолического кровотока (Асс), степень изменения этих показателей в ортостазе. Рассчитывали индекс резистентности (ИР), пульсационный индекс (ПИ), систоло-диастолическое отношение (СДО) по формулам Назаренко Г.И.и соавт.

У всех больных с нефрогенной гипертензии при допплерографии сосудов почек отмечалось выраженное нарушение васкуляризации. Зафиксировано сужение просвета почечной артерии менее 5 мм, повышение гемодинамических показателей. МССК измерялось 118,6±4.5 см/с, ПИ 1,37±0,08 и ИР 0,95±0,08, СДО 8,51±0,24, что соответственно на 28,7%, 4,0%, 33,1% и в 2,5 раза выше показателей здоровых лиц. Снижалось МДСК 12,6 ±3,6 см/с, что на 46,9% меньше. Показатели, характеризирующие проходимость сосудов АТ повышен на 37,7% и равнялся 65,1±8,1 м.с. и АСС снижался на 47,0% (Р < 0,001). Все пациенты подвергались хирургической коррекции, то есть проводилась операция «Нефропексия». У 95,7% пациентов отмечалось значительное улучшение показателей кровотока в почках, относительная нормализация общей гемодинамики. Тольки у 4,3% больных гипертензия оставалась без изменений в связи с длительностью заболевания, выраженностью опущения почки с образованием фиброзно-спаечных изменений в воротах почки, которые способствовали сужению просвета центральных сосудов извне.

Выводы. Анализ показал, что результаты центральной гемодинамики при допплерографии сосудов почек при нефроптозе показали, достоверные значительные изменения ангиоархитектоники почки. Своевременное хирургическое лечение может снизить выраженность этих изменений и предотвратить осложнения, в основном от нефрогенной гипертензии.

Рахимов Р.И., Мустафаев А.Л.,Отажонов Ж.Х.

ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Кафедра общей хирургии ЧУ «Альфраганус», г. Ташкент, Республика Узбекистан.

Цель исследования: Проанализировать количество осложнений и улучшить дальнейшую тактику лечения пациентов с острым панкреатитом.

Материал и методы. Нами проведен анализ развившихся осложнений у больных с острым панкреатитом, находящихся на стационарном лечении в хирургических отделениях РНЦЭМП с 2018 по 2023 года. За указанный период в хирургических отделениях проходили лечение 161 пациентов с диагнозом острый панкреатит. Мужчин 93 (57,7%) и 68 (40,3%) женщин. Возраст пациентов варьировал от 18 до 80 лет (в среднем 51,3 года). Все больные поступали в экстренном порядке. Обследование и лечение проводили в соответствии со стандартами и клиническими рекомендациями. Консервативная терапия применена у 47 (29,2 %), оперативное лечение у 114 (70,8%). Показания к операциям выставляли при наличии гнойных осложнений, ферментативного перитонита, аррозивного кровотечения или гастродуоденального, а также при наличии динамической кишечной непроходимости и механической желтухи, не поддающихся консервативному лечению.

Результаты исследования. Продолжительность лечения больных составила от 2 до 103 дней (в среднем 16,4 дней). Из 161 пациентов умерло 31 (19,2%). Из числа умерших не оперированы только 2 пациента, они скончались в первые сутки лечения от панкреатогенного шока, несмотря на проводимое лечение. В нашем исследовании из 161 пациентов имели следующие осложнения как ранние, так и поздние (после 2-3 недель от даты госпитализации). У 22-х (13,6%) – парапанкреатический инфильтрат, у 63-х (39,1%) – флегмона забрюшинной клетчатки, у 93-х (57,7%) – перитонит, в том числе у 65-ти (40,3%) – ферментативный, а у 28-ми (17,3%) – гнойный, у 23-х (14,2%) – абсцесс сальниковой сумки, у 15-ти (9,3%) – механическая желтуха, у 64-х (39,7%) – печеночно-почечная недостаточность, у 14-ти (8,6%) – респираторный дистресс синдром, у 54-х (33,5%) – реактивный плеврит. Очень часто у одного больного развивается несколько осложнений, что отягощает течение заболевания. Наиболее грозными осложнениями являются полиорганная недостаточность и панкреатогенный шок, все пациенты с данными осложнениями погибли.

Выводы. Учитывая, что летальность при остром панкреатите обусловлена именно развитием осложнений, большие усилия в лечении направлены на их профилактику и лечение. Однако в настоящее время не при всех осложнениях разработана общепризнанная тактика лечения, особенно это касается сроков и объёмов оперативного пособия. Поэтому эти вопросы требую дальнейшего обсуждения и уточнения. Разнообразие и тяжесть осложнений, лишний раз подчёркивают серьёзность рассматриваемой проблемы.

Рахматов М.Т., Усмонов Х.С., Кадырова З.У.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В УТОЧНЕНИИ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Кафедра онкологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
ГУ «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования: Выявление особенностей локализации рака ободочной кишки и 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. 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 IIA и IVA. 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 расположение опухоли и степень её распространённости, позволяет определить адекватный объем операции.

Рахматов М.Т., Усмонов Х.С., Кодирова З.У.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В ГУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР» МЗСЗН РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

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

ГУ «Республиканский онкологический научный центр» (РОНЦ) Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Анализировать возможности диагностики, непосредственные и отдалѐнные результаты хирургического лечения рака ободочной кишки.

Материал и методы. В основу данного исследования положены данные 63 больных с раком ободочной кишки пролеченных в уро-проктологическом 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 и обсуждения. 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 IIA и IVA. Изучение локализации опухолевого процесса показало, что у 22 (34,9%) больных имело место поражение сигмовидной кишки, у 12 (19%) слепой кишки, печеночный и селезеночный угли соответственно 9,5% и 11,1%. У всех больных диагноз морфологически верифицирован, при этом у 80% больных имела место аденокарцинома, а у 6,6% аденокарцинома с ослизнением. Несколько случаев (1-3) выявлен перстневидноклеточный и недифференцированный 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 анастамоза 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 предопределяют раннее выявление и хирургическое лечение данного заболевания. Внедрение лапароскопических операций при локализованном раке ободочной кишки могут служить хорошей альтернативой открытой хирургии.

Рахматова Ф.К.

РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ ПАЦИЕНТОК С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИ ДИСФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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

ГУ «Таджикский Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗ СЗН РТ

Цель исследования. Изучить репродуктивный статус пациенток с метаболическим синдромом (МС), страдающих дисфункцией щитовидной железы.

Материалы и методы исследования. Исследованы 42 пациентки репродуктивного возраста с метаболическим синдромом, страдающих дисфункцией щитовидной железы в отделении гинекологической эндокринологии и репродуктологии НИИ АГ и П.

Результаты исследования. Средний возраст обследованных женщин равнялся 28,5±4,5 лет. Регулярный менструальный цикл был сохранен у 24(57,1%) пациенток. Нарушение менструального цикла имело место у 18 (42,8%): гипоменструальный синдром- 6/33,3% и опсоменорея отмечена у 7/38,8% пациенток. Вторичная аменорея установлена у каждой пятой женщин.

Установлено, что при обследовании тиреоидного статуса, диффузное увеличение щитовидной железы I степени отмечалось в 10 (23,8%) случаях, 6 (14,2%) пациенток имели зоб II степени выраженности. Метаболический синдром развился у половины женщин (21/50%) на фоне эутироидного состояния, при этом симптоматика гипертиреоза отмечалась в 8 (19,0%), и у каждой пятой пациентки (9/21,4%) установлен клинический и субклинический гипотиреоз. В 19 (45,2%) случаях отмечались изменения параметров: ТТГ- в среднем 2,52±1,4, Т3 - 2,30±1,3, Т4 - 46,78±4,1. Антитела к тиреотропину выявлены у 6 (14,2%) пациенток.

У 35 (83,3%) пациенток в анамнезе ранее была беременность. Из них 10 (23,8%) – беременность закончилась родами. Из общего количества исследуемых женщин (25/59,5%) анамнез был отягощен самопроизвольными выкидышами и неразвивающейся беременностью (11/44% и 6/24% соответственно). Гинекологический анамнез был отягощен бесплодием у каждой пятой женщины (9/21,4%). На момент обращения длительность бесплодия колебалась от 3 до 13 лет, при этом 9% пациенток имели в анамнезе неоднократные безуспешные попытки стимуляции овуляции.

При УЗИ исследовании пациенток с МС картина гипоплазии 1 степени установлена в 22 (52,3%), гипоплазии матки 2 степени в 7 (16,6%) случаях. У 29/69% пациенток отмечалась мультикистозная трансформация яичников.

Вывод. Женщины с метаболическим синдромом, страдающие дисфункцией щитовидной железы, имеют высокий процент нарушений репродуктивной функции, отягощенный акушерский и гинекологический анамнез. При этом бесплодие у пациенток с МС чаще всего развивается на фоне эутиреоидного состояния (50%). У 69% данной категории больных развивается мультикистозная трансформация яичников, что является основанием для развития инфертильности у этих пациенток.

Рахматуллаев Р.Р.

ДИАГНОСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ДОБАВОЧНОМ ШЕЙНОМ РЕБРЕ

Лечебно-диагностический центр «Вароруд»

Цель исследования. Изучить эффективность применения электронейромиографии (ЭНМГ) в диагностике функциональных расстройств при рудиментарном шейном ребре.

Материал и методы. В Лечебно-диагностический центр «Вароруд» 2000 по 2023 гг. находились на лечении 64 пациента с неврологической формой ДШР в возрасте 17–42 лет. Из общего числа лиц женского пола было – 54 (84,4%), мужского – 10 (15,6%).

С целью выявления функциональных расстройств со стороны нервных сплетений верхней конечности больным проводилась ЭНМГ и неврологические тесты. Все больные были оперированы в плановом порядке с использованием общего эндотрахеального наркоза.

Результаты операции и оценка восстановления нейрогенных расстройств проводились повторным проведением ЭНМГ.

Результаты исследования. Наиболее значимые изменения отмечались со стороны периферических нервов верхней конечности. Так, у 46,4 % больных имело место достоверное снижение амплитуды М-ответов дистальной группы мышц верхних конечностей (5,2←0,8 мВ, $p<0,05$) и/или проксимальной группы (3,2←0,8 мВ), что не всегда сопровождалось наличием амиотрофии соответствующих мышц.

СРВм по пораженным нервам (n.medianus, n.ulnaris, n.radialis, n.axillaris, n.suprascapularis, n.acsessorius) была легко сниженной у 35,9% больных и в среднем составила 45,6←3,2 м/с (при норме 50–55 м/с). Характерным оказалось снижение проксимальной СРВм по длинным нервам конечности, рассчитанная с помощью исследования F-волны, которая составила 40,2←5,6 м/с. Блоки F-волн, выраженные в той или иной степени, имели место у 63 (93,8%) больных наряду с повышением амплитуды F-волн.

СРВс по дистальным нервным окончанием оказалась сниженной у 43,8% больных и в среднем составила 43,5←4,6 м/с (при норме 55–60 м/с).

После трех месяцев операции проводилась контрольная ЭНМГ, при котором во всех случаях отмечалось улучшение показателей нервно-мышечной проводимости.

Выводы. При неврологической форме добавочного шейного ребра как в клинически заинтересованных, так и в интактных нервных волокнах имеют место признаки текущего денервационно-реиннервационного процесса. Применение ЭНМГ до и после операции позволяет полноценно оценить степень нарушения в нервах верхней конечности и оценить степень их восстановления.

Рахмонов Дж.К.[2], Курбанов Н.Р.[1,2], Абдусамадов К.А.[2]

НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СТЕНТИРОВАНИЯ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

[1]Кафедра хирургических болезней №2 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан
[2]ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии», Таджикистан

Цель исследования. Изучение эффективности эндоваскулярных оперативных вмешательств при окклюзионно-стенотических поражениях артерий нижних конечностей.

Материал и методы исследования. Данный анализ основан на результатах изучения эндоваскуларных реваскуляризирующих оперативных вмешательствах 13 больных с хронической ишемией нижних конечностей, обусловленной атеросклеротическим и диабетическим поражением артерий нижних конечностей. Среди пациентов преобладали лица мужского пола 8 (61,5%), у которых имелась склонность к более частому поражению периферических артерий, по сравнению с женщинами. Больные получали стационарное лечение в отделениях сосудистой и рентгенэндоваскулярной хирургии ГУ РНЦССХ. У всех обследованных изучены клинические признаки ишемии конечности, такие как - цвет кожных покровов, термоасимметрия конечностей, изменения качественных характеристик пульса на нижних конечностях, чувствительность и наличие активных и пассивных движений конечностей, наличие трофических нарушений, длительность заболевания и степень проявления болевого синдрома. Для планирования оперативных вмешательств во всех случаях было проведено комплексное обследование, включающее клинико-лабораторные - биохимический и общий анализ крови, общий анализ мочи, показатели системы свёртывания крови, гематокрит и инструментальные – электрокардиография и эхокардиография сердца, рентгенография лёгких. На основании проведённых исследований у части пациентов выявлен ряд сопутствующих заболеваний. Состояние кровообращения конечностей исследовали методами ультразвукового дуплексного сканирования, рентгеноконтрастной ангиографией артерий, также использовалось транскутантное определение насыщения кислорода тканей при помощи пульсоксиметра.

Результаты исследования. Эндоваскулярная ангиопластика-стентирование, как самостоятельная операция, была выполнена у всех 13 пациентов. Доступ к поражённой артерии, как правило, был контрлатеральный, что позволяло интраоперационно дополнительно оценить состояние путей притока и оттока. Критериями её выполнения явились изолированные стенозы протяжённостью не более 5 см или множественные стенозы, не превышающие 1-5 см в длину и расположенные преимущественно в артериях голени, так как выполнение стентирования в этой области резко ограничено из-за расположения сосудов в большом мышечном массиве и влиянием функции движения - сдавления на стенку артерии. Интраоперационно измеряли протяжённость поражения артерии с помощью внешней рентгеноконтрастной линейки с целью выбора длины баллона для ангиопластики. Далее выполняли позиционирование баллонного катетера и его раздувание специальным инсуфлятором, после чего выполняли повторную ангиографию.

Результаты исследования. Сохранность конечности в средне-отдалённом послеоперационном периоде после эндоваскулярных операций составила 91,7%. Во всех случаях было отмечено увеличение объёмной и линейной скорости кровотока.

Выводы. Применение эндоваскулярной технологии позволяет добиться хороших непосредственных и средне-отдалённых результатов в лечении хронической ишемии конечностей у пациентов с диффузными поражения сосудов, особенно диабетического генеза.

Рахмонов С.У., Шерматов З.Т., Бустонов М.О.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОДОНТОГЕННЫХ СИНУСИТОВ ГРИБКОВО- БАКТЕРИАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Кафедра хирургических дисциплин №2 ГОУ ХГМУ.

Цель исследования. Оценить возможности применения компьютерной (3D) томографии в диагностике одонтогенных верхнечелюстных синуситов грибково-бактериального генеза.

Материалы и методы. Всем пациентам с диагнозом одонтогенный верхнечелюстной синусит сочетанный с гипертрофией носовых раковин проведено клиническое обследование. КТ выполнена на компьютерном томографе марки Siemens Somatom Emotion 16. Возраст больных варьировал от 35 до 50 лет и средний возраст пациентов составил (44,16±0,57) лет, из них женщин – 31 (56,4%), мужчин-24 (43,6%). Длительность заболевания колебалась от 3-х до 7 лет.

Результаты исследования. На КТ были выявлены гиперпластические изменения слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи, клеток решетчатого лабиринта различной степени выраженности. Содержимое средней плотности, заполнявшее полностью либо частично верхнечелюстную пазуху, с центральным расположением гиперденсивных включений, обнаружено у 17 (32,2%) больных. Патология зубочелюстной области присутствовала у 28 человек: периапекальные гранулемы и кисты зубов выявлены у 32 пациентов (58,2%), дефект пломбирования зубного канала – у 16 (29,1%), инородное тело (пломбировочный материал) – у 47(85,4%). Кроме патологии верхнечелюстной области на КТ обнаружены различные аномалии строения внутриносовых структур: искривление носовой перегородки – у 16 (29,1%), гребни носовой перегородки – у 12 (21,8%), гипертрофия носовых раковин – у 53(96,4%).

Выводы. Возможности компьютерной томографии как высокоинформативного исследования является существенным дополнением клинического обследования пациентов с одонтогенным синуситом грибково-бактериального

генеза. Диагностика заболеваний как зубочелюстной области, патологии околоносовых пазух, так и нарушений строения внутриносовых структур представляется наиболее важным для этиопатогенетического подхода к лечению данной патологии.

Рахмонов У.Х., Бердиев Р.Н.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЭНДОНАЗАЛЬНОЕ ТРАНССФЕНОИДАЛЬНОЕ УДАЛЕНИЕ АДЕНОМ ГИПОФИЗА

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

Цель исследования. Представить опыт проведения эндоназального транссфеноидального эндоскопического удаление аденом гипофиза, проведенных в нейрохирургическом отделение Национального медицинского центра «Шифобахш» РТ.

Материал и методы. В период 2018 по 2022 гг. нами прооперировано 40 пациентов с аденомами гипофиза с использованием метода эндоназальной транссфеноидальной эндоскопии. Возраст больных от 12 года до 64 лет. 23 мужчины (57,5 %), и 17 женщин (42,5%). Зрительные нарушения наблюдались у 26 (65%) пациентов. Гормональные нарушения встречались в 14 случаях (35%). Тотальное и субтотальное удаление аденом гипофиза выполнено в 34 случае (85%), частичное – в 6 (15%). Последнее в 4 случаях (66,7%) после лечение совместно с эндокринологом образование рассосалось, а в 2 случаях (33,3%) пациенты были прооперированы традиционным способом.

Результаты и обсуждения. Ухудшение зрение не наблюдалось. Улучшение зрение наступило в 24 случаях из 26 пациентов. В группе с эндо-супраселлярной ПСАГ после операции у 9 (22,5%) отмечалась нормализация уровня ПРЛ крови. Выявлено, что эндоселлярные и эндо-инфраселлярные ПСАГ достоверно удалялись тотально статистически достоверно чаще, чем другие ($p<0,05$). Послеоперационная назальная ликворея – 3 (7,5%), менингоэнцефалит – 2 (5%) и летальность – 1 пациент.

Выводы. В целом метод эндоназального транссфеноидального эндоскопического удаление аденом гипофиза является высокоэффективным и малотравматичным. Мы согласны с общим мнением, что при аденомах гипофиза эндоназального транссфеноидального эндоскопического удаление – хирургия должна рассматриваться как метод выбора при наличии соответствующего технического оснащения.

Качество выполняемых операций повышается, а частота осложнений снижается благодаря постоянному процессу обучения и по мере накопления опыта.

Рахмонов Х.Дж., Наимов С.Р., Коситов Д.Д.

ОСОБЕННОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

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

Цель исследования. Провести анализ течения внутричерепных инфекционных осложнений у больных с сочетанной ЧМТ и определить риск её формирование.

Материал и методы. Наша исследования проведено в ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» на базе кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» в период с 2021 по 2024 г. К критериям включения в работу относились: поступление в национальной медицинской центр в первые 72 ч с момента ЧМТ; возраст 18-75 лет; длительность пребывания в ОРИТ более 48 часов. В исследование вошли 124 пациента с ЧМТ, 80 из них — мужчины. Средний возраст составил 33,01±14,35 года. В работе были использованы – КТ, МРТ, нейроофталмоскопия. рентгенография черепа.

Результаты исследования. Острый период сочетанной ЧМТ характеризуется высокой частотой интракраниальных инфекционных осложнений - 16% наблюдений. Ведущим инфекционным осложнением является менингит (18,7%). Выявлена достоверная корреляция между частотой развития инфекции и выраженностью интракраниальных повреждений по МРТ-классификации А.А. Потапова и Н.Е. Захаровой ($p=0,004$). Чаще всего инфекционные осложнения наблюдались у пациентов с интракраниальными повреждениями, характеризуемыми как 4-8 категория.

Выводы. Сочетанная ЧМТ отличается высокой частотой инфекционных осложнений. В проведенном исследовании они были выявлены в 18,6% наблюдений. Инфекционные осложнения у больных в остром периоде ЧМТ более чем в 2 раза увеличивают длительность ИВЛ, сроки пребывания в ОРИТ и в стационаре.

Ризоев Х.Х., Рофиев И.Д., Рабиев К.Р.

АУГМЕНТАЦИОННАЯ ИЛЕОЦИСТОПЛАСТИКА ПРИ НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ: АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ

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

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности проведения аугментационной цистопластики (АЦ) без реимплантации мочеточников у пациентов с нейрогенным мочевым пузырем (НМП) и пузырно-мочеточниковым рефлюксом (ПМР).

Материалы и методы. В исследование включены 18 пациентов с нейрогенным мочевым пузырем и подтвержденным ПМР, которым была выполнена АЦ в период с 2019 по 2022 годы. Средний возраст пациентов составил 14 лет (диапазон от 10 до 18 лет). Основными показаниями к проведению операции были: низкая податливость мочевого пузыря, вызывающая высокие внутрипузырные давления, высокая степень пузырно-мочеточникового рефлюкса, под-

твержденная уродинамическими и рентгенологическими методами исследования, прогрессирующее ухудшение функции почек, которое не поддавалось консервативной терапии. Показатели до операции включали значительные изменения в уродинамике, снижение функционального объема мочевого пузыря и ухудшение почечной функции. Операции выполнялись по методике Хаутманна, в которой использовался сегмент подвздошной кишки.

Результаты. Средний период наблюдения после операции составил 13,4 месяца (диапазон от 6 до 24 месяцев). Все пациенты до операции имели подтвержденный пузырно-мочеточниковый рефлюкс. После выполнения АЦ у 85% пациентов (15 из 18) рефлюкс полностью разрешился, что было подтверждено контрольными исследованиями, такими как цистография и уродинамические тесты.

Операционные и послеоперационные осложнения были редки и в основном носили временный характер. Наиболее частыми осложнениями стали: инфекции мочевыводящих путей, которые были выявлены у 6 пациентов (33%). В большинстве случаев инфекции были успешно купированы антибиотикотерапией, инфекции в области оперативного вмешательства, которые наблюдались у 2 пациентов (11%), потребовавшие повторной хирургической обработки раны.

Выводы. Аугментационная цистопластика без реимплантации мочеточников является эффективным методом лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса у пациентов с нейрогенным мочевым пузырем. Этот метод улучшает податливость мочевого пузыря, устраняет рефлюкс в подавляющем большинстве случаев и способствует улучшению функции почек. Операция характеризуется низкой частотой серьезных осложнений и может рассматриваться как менее инвазивная альтернатива традиционным методом с реимплантацией мочеточников.

Ризоев Х.Х., Рабиев К.Р., Азизи Н.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОСУДОСОХРАНЯЮЩИХ МЕТОДОВ УРЕТРОПЛАСТИКИ БУЛЬБО-МЕМБРАНОЗНОЙ ЧАСТИ УРЕТРЫ

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

Цель исследования. Сравнительный анализ эффективности реконструктивного хирургического лечения стриктур бульбо-мембранозной части уретры с использованием сосудосохраняющих и классических методов.

Материалы и методы. Исследование является проспективным и включает данные 28 пациентов, проходивших лечение стриктур уретры. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от метода, использованного для хирургического вмешательства: первая группа - пациенты, которым была проведена полная мобилизация губчатого тела с иссечением стриктуры и выполнением первичной анастомозной уретропластики (классический метод - EPA-TWW); вторая группа - пациенты, которым выполнялась сосудосохраняющая анастомозная уретропластика с сохранением губчатого тела (метод EPA-J).

Результаты. Сравнительный анализ двух методов показал, что оба подхода - как классический метод (EPA-TWW), так и сосудосохраняющая техника (EPA-J) - продемонстрировали схожую эффективность в лечении стриктур бульбо-мембранозной части уретры. Пациенты обеих групп достигли сопоставимых результатов по функциональному состоянию мочеиспускательной системы, что подтверждается отсутствием значимых различий по шкале IPSS. Однако было выявлено, что пациенты, которым проводилась уретропластика методом EPA-TWW с иссечением спонгиозной ткани, имели несколько более высокую частоту осложнений, связанных с нарушением эректильной функции. В группе с использованием сосудосохраняющей техники (EPA-J) наблюдалась тенденция к более быстрому восстановлению эректильной функции после операции.

Выводы. Сосудосохраняющая техника (EPA-J) продемонстрировала тенденцию к более благоприятным функциональным исходам, особенно в контексте восстановления эректильной функции. Это подчеркивает необходимость дальнейших исследований, направленных на изучение долгосрочной эффективности сосудосохраняющих методов и их преимуществ по сравнению с классическими подходами. В связи с этим выбор метода реконструктивного лечения должен учитывать индивидуальные особенности пациентов, степень выраженности стриктуры и важность сохранения сексуальной функции, что может повлиять на окончательное решение о выборе хирургической тактики.

Ризоев Х.Х., Рабиев К.Р., Азизи Н.

АНАСТОМОТИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА УРЕТРЫ: АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИ ДИСТРАКЦИОННЫХ ДЕФЕКТАХ ЗАДНЕЙ УРЕТРЫ

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

Цель исследования. Оценка эффективности и клинических результатов анастомотической уретропластики у пациентов с дистракционными дефектами задней уретры, вызванными травмами таза (PFUDD - Pelvic Fracture Urethral Distraction Defects).

Материалы и методы. Исследование основано на ретроспективном анализе 48 случаев уретропластики, проведенных у пациентов, перенесших дистракционные дефекты задней уретры в результате травм тазовых костей за последние 10 лет. В выборку вошли пациенты, которые были прооперированы в одном учреждении, что позволило стандартизировать методику лечения и минимизировать вариабельность в подходах. Большинству пациентов (46 человек) была выполнена булбопростатическая анастомотическая уретропластика с трансперинеальным доступом. Только у 2 пациентов использовался комбинированный надлобково-перинеальный доступ, что также дало положительные результаты.

Все пациенты находились под наблюдением в течение 24 месяцев, с контрольными визитами через 3, 6, 12 и 24 месяца после операции. В процессе наблюдения оценивались как функциональные результаты (нормализация мочеиспускания), так и возможные осложнения, такие как эректильная дисфункция и недержание мочи.

Результаты. Анастомотическая уретропластика оказалась успешной у 44 из 48 пациентов, что составляет 91,67%. Это свидетельствует о высокой эффективности данной хирургической методики. Неудачи были зафиксированы в течение первого года после операции у 4 пациентов, что потребовало дополнительных вмешательств. У 4 больных была выполнена внутренняя уретротомия (DVIU) с последующей регулярной дилатацией уретры, что позволило временно улучшить состояние. У 1 пациента, у которого наблюдались более серьезные осложнения, потребовалась повторная уретропластика. Перед операцией у 29 пациентов (60,42%) была диагностирована эректильная дисфункция, связанная с травмами тазовых органов. После хирургического вмешательства новое нарушение эрекции развилось у 13 из 19 пациентов (27,08%), у которых эректильная функция была сохранена до операции. Это подчеркивает важность предварительной оценки состояния половой функции у пациентов с PFUDD.

Выводы. Открытая отсроченная анастомотическая уретропластика демонстрирует высокую эффективность в лечении стриктур задней уретры, вызванных PFUDD. Операция позволяет восстановить нормальное мочеиспускание у большинства пациентов на длительный срок, а частота осложнений, таких как эректильная дисфункция и недержание мочи, остается относительно низкой. Успешность операции во многом зависит от правильного выбора хирургической техники, адекватного кровоснабжения уретры и полного удаления рубцовой ткани, что предотвращает рецидивы стриктур.

Данное исследование подчеркивает важность дальнейшего изучения и оптимизации хирургических подходов к лечению PFUDD, что может привести к улучшению клинических исходов и качества жизни пациентов в будущем.

Розиков М.С., Холов Д. Зокиров Р.А.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА, ВЛИЯЮЩИХ НА РАННЮЮ ФУНКЦИЮ И ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПЕЧЕНОЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека, Министерство здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан
Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» Таджикистан.
Кафедра общей хирургии № 1 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» Таджикистан.

Цель исследования. Выявить факторы риска, влияющие на развитие ранней дисфункции трансплантата, и предложить оптимизированные методы диагностики и лечения для улучшения результатов трансплантации печени.

Методы. Исследование охватило 75 пациентов, которым была выполнена родственная трансплантация печени в период с 2012 по 2017 годы. Пациенты были разделены на две группы: группа с развившейся ранней дисфункцией трансплантата (n = 43) и группа с немедленной нормальной функцией трансплантата (n = 46). Оценивались такие показатели, как возраст донора, масса донорской печени, наличие стеатоза, продолжительность холодовой ишемии и объемы гемотрансфузий.

Результаты. Влияние возраста донора на развитие ранней дисфункции трансплантата (РДПТ): Пациенты, получившие трансплантат от доноров старше 50 лет, имели значительно более высокий риск развития РДПТ. В группе пациентов с ранней дисфункцией печени 40% трансплантатов были от доноров старше этого возраста, в то время как в группе с нормальной функцией этот показатель составил 20%. Это указывает на возрастные изменения в донорских органах, которые снижают способность печени к регенерации и повышают риск осложнений. Трансплантаты с массой, не соответствующей требованиям для реципиентов, а также трансплантаты с наличием стеатоза показали значительно худшие результаты. У 35% пациентов с РДПТ был диагностирован стеатоз печени, что ухудшило результаты трансплантации из-за снижения функциональных возможностей печени. В группе с нормальной функцией этот показатель составил лишь 10%. Это подчеркивает необходимость тщательного подбора доноров и оценки состояния печени до трансплантации. Одним из ключевых факторов риска, влияющих на раннюю функцию трансплантата, стало время холодовой ишемии. У пациентов с продолжительностью ишемии более 50 минут вероятность развития РДПТ увеличивалась на 25% по сравнению с пациентами, у которых время ишемии было менее 50 минут. Длительное пребывание трансплантата в условиях холодовой ишемии ухудшает восстановление органа после пересадки. Пациенты, которым требовались большие объемы гемотрансфузий во время операции, демонстрировали более высокий риск развития РДПТ. В группе пациентов с ранней дисфункцией объемы гемотрансфузий были в среднем на 30% выше, чем в группе с нормальной функцией трансплантата. Это связано с тем, что большие объемы переливания крови могут приводить к увеличению риска осложнений, таких как коагулопатия и иммунные реакции. Продолжительность операции также оказала влияние на развитие дисфункции трансплантата. В случаях, когда операция длилась более 8 часов, риск развития РДПТ увеличивался на 15%. Это объясняется увеличением нагрузки на организм реципиента, повышением риска кровопотерь и удлинением периода ишемии трансплантата.

Выводы. Факторы, такие как возраст донора, стеатоз печени и продолжительность холодовой ишемии, являются ключевыми предикторами развития РДПТ.

Розиков М.С., Достиев У.А., Зокиров Р.А.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РАННЕЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ПЕЧЕНОЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека, Министерство здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан
Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» Таджикистан.

Цель исследования. Разработать и оценить эффективность анестезиологических методов для профилактики и минимизации ранней дисфункции печеночного трансплантата после трансплантации.

Методы. В исследовании участвовали 85 пациентов, которым была выполнена родственная трансплантация печени. Оценивались такие факторы, как мониторинг внутрибрюшного давления, поддержание адекватной вентиляции и профилактика реперфузионного синдрома. Основные меры включали инвазивный мониторинг, поддержание оптимальной циркуляции, использование фармакологической поддержки для минимизации последствий реперфузии.

Результаты. Применение разработанного анестезиологического подхода позволило снизить частоту развития ранней дисфункции трансплантата с 40% до 20% по сравнению с контрольной группой. Средний уровень артериального давления был стабилизирован в пределах 70-75 мм рт. ст. на всем протяжении операции, что минимизировало риск гемодинамического коллапса. Пациенты, которым проводилась активная профилактика реперфузионного синдрома, показали значительно лучшие показатели выживаемости трансплантатов и низкую частоту послеоперационных осложнений.

Выводы. Анестезиологические подходы, включающие мониторинг гемодинамических параметров, контроль внутрибрюшного давления и предотвращение реперфузионного синдрома, значительно улучшают результаты лечения пациентов с ранней дисфункцией печеночного трансплантата и способствуют снижению частоты осложнений после родственной трансплантации печени.

Рофиев И.Д., Ризоев Х.Х., Рабиев К.Р.

ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПОСЛЕ ОДНОЭТАПНОЙ УРЕТРОПЛАСТИКИ ПРИ СТРИКТУРАХ БУЛЬБОЗНОЙ УРЕТРЫ: ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ И ВЕРОЯТНОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ

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

Цель исследования. оценка влияния различных видов одноэтапной бульбозной уретропластики на эректильную функцию у мужчин, а также в определении частоты и характера эректильной дисфункции (ЭД) после хирургического вмешательства.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось с 2016 по 2023 год и включало 78 мужчин, перенесших одноэтапную бульбозную уретропластику по поводу стриктуры уретры.

Пациенты были разделены на три группы в зависимости от вида хирургического вмешательства: группа 1 (25 человек) - заместительная бульбарная уретропластика с использованием трансплантата; группа 2 (32 человека) - анастомотическая бульбарная уретропластика с иссечением спонгиозных тел; группа 3 (21 человек) – анастомотическая бульбарная уретропластика без иссечения спонгиозных тел.

Для оценки эректильной функции использовался Международный индекс эректильной функции (МИЭФ), который пациенты заполняли до операции, а затем в течение всего периода наблюдения через 3, 6, 9, 12 и 15 месяцев после операции. Этот индекс представляет собой общепризнанный инструмент для количественной оценки эректильной функции и позволяет объективно сравнивать результаты между пациентами и группами.

Результаты. Эректильная дисфункция была зафиксирована у 15 пациентов (20%) в ходе наблюдения, причем степень выраженности и частота развития ЭД зависели от типа хирургического вмешательства.

Эректильная дисфункция (ЭД) наблюдалась у 4 из 25 пациентов (16%) первой группы, у 9 из 32 пациентов (28%) второй группы и у 1 из 21 пациента (10%) третьей группы таким образом, риск ЭД варьируется в зависимости от характера хирургического вмешательства. Наиболее выраженное снижение баллов наблюдалось в группе 2, где имело место анатомическое вмешательство с иссечением тканей, что, вероятно, привело к повреждению сосудисто-нервных пучков. В группе 1 и особенно в группе 3 наблюдались менее выраженные изменения, что связано с меньшим травматизмом операции. Наиболее быстрое восстановление было отмечено в группе 3, где отсутствовало иссечение спонгиозных тел, и пациенты восстановили эректильную функцию в среднем через 4,8 месяцев. В группе 1 восстановление происходило чуть дольше – около 5,2 месяцев. В группе 2 пациенты восстанавливали функцию в среднем через 6,5 месяцев, что связано с большим травматизмом вмешательства

Тип хирургического вмешательства оказывает значительное влияние на частоту и выраженность эректильной дисфункции, при этом анатомические вмешательства с иссечением спонгиозных тел связаны с более высоким риском. Восстановление эректильной функции указывает на транзиторный характер ЭД у большинства больных. Наименее выраженные изменения эректильной функции наблюдаются при уретропластике без иссечения спонгиозных тел.

Выводы. Таким образом, выбор метода хирургического вмешательства при бульбозной уретропластике должен учитывать не только особенности стриктуры уретры, но и потенциальное влияние на эректильную функцию пациента, что поможет минимизировать риски и улучшить качество жизни после операции.

[1]Рузибоев С.А., [2]Янгиев Б.А., [1]Ачилов М.Т.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

[1]Самаркандский государственний медицинский университет
[2]Самаркандский филиал РНЦЭМП

Цель исследования – выбор лечебной тактики и оценка их эффективности у больных с острыми желудочными кровотечениями при опухолях желудка.

Материал и методы. Материал исследования базируется на анализе результатов лечения больных раком желудка, которые прошли хирургическое лечение в объеме комбинированной гастрэктомии с лимфодиссекцией Д2 с удалением большого сальника и в некоторых случаях с резекцией брыжейки поперечно-ободочной кишки. За последние 10 лет в хирургических отделениях Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, и субфилиалах экстренная гастрэктомия была выполнена 51 больному по поводу опухоли желудка

осложненный кровотечением. Возраст больных варьировал от 35 до 71 лет. Среди них было 21 (41,2%) мужчин и 30 (58,8%) женщин.

В 11 наблюдениях причиной острого желудочного кровотечения являлась гигантская каллёзная язва субкардии, в 14 –язвенно-инфильтративная форма рака тела желудка по передней стенки большой кривизны, в 9 –язвенно-инфильтративная форма рака тела желудка по задней стенки большой кривизны, в 17 - пилороантральный отдел желудка. В 16 случаях язвенно-инфильтративная форма рака желудка прорасла в брыжейку поперечно-ободочной кишки.

Всем больным в первые часы госпитализации произведена гастродуоденофиброскопия. При оценке кровотечения использовали эндоскопическую классификацию по Forest, при этом у 27 (52,9%) пациентов выявлено артериальное кровотечение (FIa), у 14 (27,4%) пациентов (FIIa), и у 10 (19,6%) больных выявлено (FIIb).

Результаты исследования. При поступлении в центр все пациенты были в тяжёлом состоянии, обусловленное выраженной кровопотерей.

Эндоскопические попытки остановки кровотечения путем коагуляции выполнены в 27 (52,9%) случаях, эффективность процедуры составила 70,3%. Наряду с коагуляцией применяли эндоскопическое орошение места кровотечения 96% этиловым спиртом. Кроме того, всем больным назначалась гемостатическая терапия. Комплексная консервативная терапия с применением компонентов крови оказалась временно эффективной у 37 (72,5%) больных. В 32 (62,7%) наблюдениях консервативные и эндоскопические методы были неэффективными.

На высоте профузного желудочного кровотечения экстренные оперативные вмешательства произвели 32 (62,7%) больным из 51. При этом все они были прооперированы в первые 1-3 часа от начала профузного желудочного кровотечения, после неудавшейся попытки эндоскопического гемостаза, остальным пациентам произведено оперативное лечение в ближайшие 2-3 суток после временного консервативного и эндоскопического гемостаза. После комбинированной гастрэктомии всем больным накладывали эзофагоеюноанастомоз по модификации М.И.Давыдова с формированием резервуара из тощей кишки.

Послеоперационном периоде всем пациентам проводилось стандартное ведение больных: контроль водно-электролитного и кислотно-щелочного баланса, внутривенное переливание донорской компонентов крови, широкое антибактериальное лечение, а также, коррекция сопутствующих заболеваний. Удаление назоеюнального зонда, осуществляли среднем на 8-9 послеоперационные дни. Оральное питание (прием жидкости, питательные смеси и др.) разрешили на 9-10 дни.

Выводы: При кровоточащем раке желудка оперативная тактика должно быть направлено на устранение его источника как радикально так и паллиативно даже при прорастании опухоли в соседние органы и должна быть выполнена с соблюдениями всех современных онкологических принципов.

[1]Рузибоев С.А., [2]Садыков Р.А., [1]Аллабердиев Н.А.

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ СПОСОБ АЛЛОПЛАСТИКИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

[1]Самаркандский Государственний медицинский университет
[2]ГУ РСНПМЦХ имени акад. В. Вахидова. г. Ташкент, Узбекистан.

Цель исследования. Исследований явилось модифицировать аллопластику паховой грыжи операции Лихтенштейна путем формирования манжетки вокруг семенного канатика в месте отверстия в сетке, который предохраняет его от разрастания рубцовой ткани и последующей деформации.

Материалы и методы. Исследование охватило оценку результатов пластики паховых грыж у 73 пациента. В основную группу включено 73 пациента с ПГ, которым герниопластика была выполнена по предложенной методике за период с 2023 года по апрель 2024 года. При пластике ПГ в обеих группах применялись традиционные сетчатые протезы (Эсфил, Пролен).

Больным основной группы проведена усовершенствованный способ операции Лихтенштейна, который в способе аллопластики паховых грыж предусмотрены следующие отличительные признаки: после вскрытия грыжевого мешка и вправления грыжевого содержимого в брюшную полость грыжевые ворота ушивают с внутренней стороны грыжевого мешка кисетным швом с сохранением стенок грыжевого мешка, которыми «укутывают» семенной канатик, после формирования в сетчатом протезе (СП) отверстия, через которое проходит окутанный стенками сохраненного грыжевого мешка семенной канатик, указанное отверстие в СП ушивают узловым швом нитью пролен 3/0, после чего свободную часть брюшины грыжевого мешка отсекают на расстоянии 1,0-1,5 см от указанного отверстия, а оставшуюся часть брюшины вокруг семенного канатика фиксируют по периметру к отверстию в СП в виде манжетки, после фиксации СП в стандартных точках поверх него укладывают семенной канатик, перед сшиванием листков наружной косой мышцы живота с формированием наружного отверстия пахового канала для семенного канатика и послойное ушивание раны.

На данный способ получен патент на изобретение Министерства юстиции Республики Узбекистан № IAP 20230698 от 08.01.2024 («Способ аллопластики паховых грыж»).

Результаты исследования. Почти все больные активизировались на 1-2 сутки. Послеоперационный период у оперированных нами больных протекал без осложнений. Больным в отделении проводилась соответствующая антибактериальная терапия. Послеоперационный физиотерапевтический комплекс противоспаечных мероприятий провели всем пациентам, комплекс включал: раннюю активизацию (в течение суток после вмешательства), облучение лазером Согдиана с длиной волны 998 нм, частотой 80 Гц, мощностью 7Вт в импульсном режиме, длительностью 3 минуты ежедневно в течение 3-7 суток. Во всех наблюдениях больные были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии на 3-4 сутки, заживление ран первичным натяжением.

Модифицирован метод аллопластики паховой грыжи известную под названием операция Лихтенштейна путем формирования манжетки вокруг семенного канатика в месте отверстия в сетке, который предохраняет его от разрастания рубцовой ткани и последующей деформации.

Выводы. Таким образом, модифицированный способ аллопластики паховых грыж позволяет в значительной мере нивелировать отек и рубцевание в месте контакта семенного канатика с отверстием в полипропиленовой сетке, а выполнение дополнительных мероприятий по предупреждению рубцового процесса лазерное облучение позволяет улучшить результаты операций.

[1]Рузибоев С.А., [2]Янгиев Б.А., [2]Мардонов В.Н.

СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

[1]Самаркандский Государственный медицинский университет,
[2]Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. г. Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных острой спаечной кишечной непроходимостью, путем усовершенствования методов профилактики ее рецидивирования.

Материалы и методы. Для сравнения эффективности лапароскопического адгезиолизиса нами проанализированы результаты лечения 71 больных с острой кишечной непроходимостью, в Самаркандском филиале РНЦЭМП в период с 2010 по 2024 гг. В настоящее время нами выполнено 71 попытки малоинвазивных операций по поводу ОСКН: 49 на высоте приступа по срочным показаниям, 22 — после медикаментозного купирования илеуса в плановом порядке. При поступлении в стационар всем больным выполняли клинический и биохимический анализы крови, рентгенологическое исследования, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости и диагностическую лапароскопию, а при необходимости мультиспиральную компьютерную томографии.

Результаты исследования. В дооперационном обследовании особое внимание мы уделяли ультразвуковой верификации «акустических окон» на передней брюшной стенке и ВПС полых органов, выявленных в 45 (63,4 %) наблюдении. Наиболее характерными ультразвуковыми признаками ОСКН были: свободная жидкость в брюшной полости — у 48 (67,6 %), синдром внутрипросветного депонирования жидкости (СВДЖ) — у 62 (87,3 %), антиперистальтика — у 51 (7,8 % больных.

В процессе операции мы столкнулись с различными вариантами сращений и разделили на следующие группы: одиночные грубые шнуровидные спайки выявлены у 47 больных (после лапароскопических операций), множественные плоские висцеропариетальные у 24, Частота конверсии составляет 19,7%.

Образующиеся после рассечения спаек обширные дефекты на париетальной брюшине служат плацдармом для рецидива спаечного процесса. Поэтому в всех наблюдениях мы применили современные противоспаечный барьерный средства «ХЕМОБЕН» и метиленовый синий для профилактики рецидива спаечного процесса.

Медикаментозную профилактику повторного образования спаек с применением лечебных доз препарата системной энзимотерапии «Лонгидаза» в инекционном виде и в суппозиториях — 17 пациентам, длительный приём Вобензима у 13 больных.

Почти все больные активизировались на 1-2 сутки. Частота рецедивов после лапароскопии с адгезиолизисом наблюдалось у 3 (2,6%) пациентов. Летальных исходов после лапароскопического адгезиолизиса не было.

Выводы: 1. Лапароскопический адгезиолизис с применением современных противоспаечных барьерных средств являются залогом успешного оперативного лечения спаечной болезни брюшной полости независимо от способа операции, так как являются патогенетически обоснованным подходом к профилактике рецидива заболевания.

Саидов М.С., Ходжамурадов Г.М., Шаймонов А.Х.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕДУКЦИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии, Душанбе, *Таджикистан*

Цель исследования. Изучить влияние различных факторов на результаты редукции молочных желез.

Материал и методы. В материал исследования вошли 73 пациентки с мегамастией,в том числе с различной степенью ожирения, вычислявшийсяпо показателю индекса массы тела (ИМТ).

Средний возраст пациенток составил 28,4±2,2 года и колебался в пределах от 22 до 31 года. Все пациентки имели среднюю степень ожирения, индекс массы тела во всех случаях составлял ≤ 25. Предоперационная подготовка включала измерение гормонов, консультацию маммолога относительно отсутствия противопоказаний к выполнению хирургического вмешательства, а также определение сопутствующих заболеваний.

В зависимости от полученных данных, все пациентки были разделены на три клинических группы. В I группу вошла 41 пациентка, индекс массы тела у которых лежал в пределах от 30 до 35 кг/м² (1 степень ожирения). Во вторую клиническую группу вошли 27 женщин со 2 степенью ожирения, ИМТ которых лежал в пределах от 35 до 40 кг/м². В III клиническую группу вошли 5 женщин с ИМТ в пределах 40 кг/м² и выше, что соответствовало третьей степени ожирения.

Результаты исследования. Всем пациенткам выполнялась стандартная операция по удалению железистой ткани вместе с отвислой кожей. В ближайшее время после выполнения оперативного вмешательства серьёзных осложнений не наблюдалось. Интраоперационная кровопотеря имела значимую корреляционную чувствительность, и была выше у лиц с большим показателем ИМТ. Так, в I клинической группе 1,2±0,5 л, что не является критичным для такой травматичной операции. Во II клинической группе кровопотеря составила 1,6±0,6 литров. Можно сказать, что показатели кровопотери между 1 и 2 степенями ожирения имели небольшие практически незначительные значения. А вот в III клинической группе этот показатель возрос до 1,8±0,2 л что близко к показателям, при которых требуется проведение гемотрансфузии. Все эти данные показывают большую травматичность и кровопотерю у лиц с 3 степенью ожирения. Важно понимать, что вес удаляемой железистой ткани сильно не отличался во всех трёх клинических группах.

Ещё больший интерес вызывает влияние удаления железистой ткани из молочных желез на показатели ИМТ у пациенток. Было отмечено значительное снижение веса после выполнения редукционной маммопластики, имевшее корреляционную связь со степенью ожирения. Чем выше степень ожирения, тем в большем проценте снижались показатели ИМТ. Причём объём удаляемой железистой ткани имен незначительную в статистическом плане связь со степенью похудения. Сам факт удаления молочных желез уже приводил к снижению ИМТ в ближайшие 3 месяца после выполненного хирургического вмешательства.

Что касается возраста пациенток, то тут наблюдалась прямая взаимосвязь между этим показателем и степенью потери массы тела. Чем моложе были женщины, тем большая потеря веса отмечалась через три месяца после хирургического вмешательства. В то же время не было выявлено статистически значимой разницы между возрастом пациентки, продолжительности нахождения в стационаре, заживлением раны, а также частотой развития осложнений.

Заключение. Таким образом, выполнение редукционной маммопластики у женщин с различной степенью ожирения, приводит к снижению ИМТ. Необходимо проведение дальнейших исследований в этом направлении, чтобы определить, способна ли редукционная маммопластика снижать вес пациенток во всех случаях наличия ожирения, и какие последствия в отдалённом периоде это вызывает.

Сайдалиева Д.А., Додхоева М.Ф., Шералиева М.Г.

ФАКТОРЫ РИСКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ НА ФОНЕ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

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

Цель исследования. Изучить факторы риска гнойно-воспалительных заболеваний послеродового периода у женщин, перенёсших патологическую кровопотерю в родах. **Материал и методы исследования.** Ретроспективно и проспективно изучены 283 истории родов родильниц, 80 сл.с гнойно-воспалительными заболеваниями после перенесенного акушерского кровотечения в родах, которые составили основную группу и 2 –группы сравнения: 90 родильниц с ГВЗ без патологической кровопотери и 113 - после кровотечения, но без ГВЗ. Исследования проводились в городском родильном доме №1 г. Душанбе, который является клинической базой кафедры акушерства и гинекологии №1 за период 2019-2023 гг. Специально подготовленная анкета содержала вопросы по факторам риска развития гнойно-воспалительных заболеваний. **Результаты исследования.** Анализ сопутствующей патологии показал, что хронический пиелонефрит в основной группе было 90,0% (72 сл.), у 37,5% которых было обострение к концу беременности. Примерно одинаковая частота йоддефицитных заболеваний выявлена у половины исследуемых родильниц всех групп. Заслуживает внимания тот факт, что у каждой 4-й родильницы основной группы и группы с ГВЗ беременности сопутствовал хронический бронхит – 25,0% и 24,4% соответственно. Кроме того, варикозная болезнь у беременных обнаружена почти у каждой трети во всех сравниваемых группах. Из 72 сл. у 14 беременных женщин обнаружен гидронефроз почек I-II степени- 17,5%, в группах сравнения 7,8% (7 сл.) и 5,3% (6 сл.).На дефицит массы тела указали 28,7% родильниц (23 сл.) основной группы. Избыточная масса тела и ожирение обнаружено в 30,0%(24 сл.) и 6,2%(5 сл.) у родильниц, которые в родах перенесли патологическую кровопотерю и ГВЗ в послеродовом периоде. У каждой второй беременной во всех группах при беременности наблюдался ОРВИ в различные сроки беременности. Угроза прерывания беременности отмечалась в 23,7% (19 сл.) основной группы, 32,2% (29 сл.) и 12,4% (14 сл.) в группах сравнения. При поступлении у родильниц, роды которых осложнились акушерским кровотечением и впоследствии ГВЗ, в 45,0% (36 сл.) обнаружена анемия различной степени тяжести, в группах сравнения одинаково в 38,9% (35 и 44сл.).Гипертензивные нарушения осложнили течение беременности больше всего в основной группе-23,7% (19 сл.), по сравнению с другими группами 20,0% (18 сл.) и 19,5% (22 сл.). Колпитыпри поступлении были обнаружены почти одинаково в основной группе и группе ГВЗ в 56,2% (36 сл.) и 54,0% (40 сл.) соответственно. А в группе кровотечения без ГВЗ лишь в 36,9% (31 сл.). Длительный безводный период свыше 12 часов было выше в группе ГВЗ без кровотечения -37,8% (34 сл.) по сравнению с основной группы-25,0%(20 сл.) и группе кровотечения без ГВЗ-12,4% (14 сл.). Данная беременность закончилась срочными родами в 75,0% (60 сл.), преждевременными – в 20,0% (16сл.) и в 6,25% (1 сл.) запоздалыми родами. В 40,0% (32 сл.) роды произошли через естественные родовые пути, в 60,0%(48 сл.) произведено абдоминальное родоразрешение, причём 95,8%(46 сл.) которых проведено в экстренном порядке. Следует отметить, что в 26,2% (21 сл.) роды были индуцированы, 90,5% из которых проведено методом амниотомии. В группе ГВЗ без кровотечения индукция родов произведено почти в 2 раза больше, т.е. в 42,2% (38 сл.). **Выводы.** Таким образом, результаты проведенных исследований показали, что факторами риска развития гнойно-воспалительных заболеваний являются сопутствующий хронический пиелонефрит, гидронефроз почек, анемии при поступлении, колпиты различной степени, индуцированные роды, длительный безводный период.

Салахиддинова Г.Н., Раджабзода Н.Ф., Юлдашева М.У.

ВЛИЯНИЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ И ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

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

Цель исследования. Влияние гинекологической и экстрагенитальной патологии на функциональную активность эндометрия при неразвивающейся беременности.

Материалы и методы. Набор материала выполнен на кафедре акушерства и гинекологии №1 на базе родильного дома №1 г Душанбе. Нами было проведено обследование 137 беременных женщин в возрасте от 18 до 45 лет. Средний возраст составил 27,4±4,9 года. По нашим наблюдениям, расхождение фактического и гестационного сроков при неразвивающейся беременности в 80% составляло 2±1,4 недели и в 20% – 3,84±2,1 недели.

Результаты исследования. В результате проведенного нами исследования были выделены экстрагенитальные заболевания, на фоне которых протекал I триместр беременности у женщин с неразвивающейся беременностью. У женщин с неразвивающейся беременностью мы выделили следующие соматические заболевания: хронические воспалительные заболевания мочевыводящих путей (пиелонефрит) – у 27% пациенток; патология эндокринной системы (ожирение, гипо- и гипертиреоз) – у 21,3%; заболевания желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы (гастрит, колит, дискинезия желчевыводящих путей) – у 32,8%; заболевания сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, вегетососудистая дистония) – у 10% женщин, хронические заболевания ЛОР-органов – у 12,1%. Таким образом, оценив соматический статус женщин можно говорить о том, что у женщин с неразвивающаяся беременность в первом триместре на первом месте стоят заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, колит, дискинезия желчевыводящих путей), в высоком проценте случаев отмечены патология эндокринной системы и хронические воспалительные заболевания (ЛОР-органов, мочевыводящих путей) в стадии ремиссии и несколько реже заболевания сердечно-сосудистой системы. При анализе акушерско-гинекологического анамнеза женщин с неразвивающейся беременностью выявлены нарушения менструального цикла (48,8% и 16,6% соответственно). Их репродуктивный анамнез отягощен медикаментозными (33,3% и 22,9%), самопроизвольными (20% и 10,4%) абортами и гинекологическими заболеваниями (42,2% и 33,3%), представленными миомой матки, эндометриозом, вторичным бесплодием. Таким образом, при анализе гинекологического статуса обследуемых женщин мы обратили внимание на то, что у женщин с неразвивающейся беременностью имело место внутриматочное вмешательство (42,2% и 33,3%) значительный процент, объясняет что большой процент пациенток с медикаментозными и самопроизвольным абортами в анамнез имели гинекологические заболевания как хронический эндометрит и сальпингоофорит. Полученные результаты свидетельствуют о том, что основными причинами функциональной неполноценности эндометрия являются механические повреждения и воспалительные изменения внутреннего слоя матки.

Выводы. Таким образом исследования показали, что не благоприятными факторами предгравидарного статуса женщин с неразвивающейся беременности в сроке 6–12 недель являются внутриматочные вмешательства и их отдаленные последствия (бесплодие, хронический эндометрит, цервицит, кольпит, бесплодие, эндокринные нарушения, эндометриоз).

Салимов Дж.С., Салимова З.Д., Гулов Ф.М.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОППЛЕГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Кафедра общей хирургии №1 имени профессора Каххорова А.Н.
ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценить роль ультразвуковой допплерографии в определении тактики лечения при ОСТКН.

Материал и методы. Данное исследование основывается на ретроспективном анализе 169 пациентов с ОСКН, которые были госпитализированы в период с 2014 по 2024 годы в Государственное учреждение Городской медицинский центр №2 имени академика К.Т. Таджиева в городе Душанбе. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от применяемой тактики лечения. В основной группе (198 человек) использовалась стратегия лечения, основанная на предложенном алгоритме выбора метода терапии и данных разработанной шкалы клинико-рентгенологической оценки для прогнозирования ишемии кишечника. В контрольной группе (169 человек) были применены стандартные традиционные методы диагностики и лечения. Для этих пациентов проведены лабораторные исследования, включающие определение уровней маркеров воспалительного процесса (лейкоциты, нейтрофилы, С-реактивный белок, прокальцитонин), а также оценка состояния водно-электролитного баланса. Анализ демографических данных показал, средний возраст пациентов в основной группе составляет 55 ± 12 лет. При гендерном распределение мужчин было 105 и 64 женщины. Средняя длительность заболевания ОСКН - 4.75 часа. В зависимости от тактики и ультрасонографических показателей больные были распределены нами на 2 группы в зависимости от тактики лечения, группа с консервативной терапией включала 98 пациентов, и группа конверсии в хирургические манипуляции включала 71 пациента.

Результаты исследований. Анализ допплерографических показателей у пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН), подвергшихся конверсии в хирургию (n=98), и пациентов, получавших консервативную терапию (n=100), по времени от начала спаечной непроходимости выявил значительные различия. В группе хирургического вмешательства показатели в первые 1-2 часа были идентичны с группой консервативной терапии (Vs = 109,3 см/с, Vd = 21,8 см/с, Vm = 45,9 см/с, RI = 0,77). В интервале 2-5 часов в группе хирургического вмешательства значения начали снижаться: Vs = 90,5 см/с, Vd = 17,5 см/с, Vm = 34,9 см/с, RI = 0,81, тогда как в группе консервативной терапии они оставались выше: Vs = 120,5 см/с, Vd = 25,6 см/с, Vm = 49,1 см/с, RI = 0,65. Это указывает на ухудшение кровотока и рост сосудистого сопротивления, свидетельствующее о начале ишемии кишечника. Между 5 и 7 часами различия между группами усилились: в группе хирургического вмешательства Vs снизился до 60,25 см/с, а RI увеличился до 0,85, что говорит о нарастающей ишемии. В то время как в группе консервативной терапии значения остались более стабильными (Vs = 140,5 см/с, Vd = 29,6 см/с, Vm = 54,6 см/с, RI = 0,56). После 7 часов в группе хирургического вмешательства показатели продолжили ухудшаться (Vs = 30,3 см/с, RI = 0,92), что свидетельствует о критической ишемии. Это подтверждает важность своевременной хирургической коррекции для предотвращения некроза кишечника.

Выводы. Ультразвуковая допплерография эффективна для мониторинга состояния пациентов с ОСТКН и помогает своевременно принимать решение о необходимости хирургического вмешательства, снижая риск осложнений.

Салимов Дж.С., Кобилов И.И. Достиева З.А.

МАРКЕРЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ И РОЛЬ ВИЗУАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЫБОРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

Кафедра общей хирургии №1 имени профессора Каххорова А.Н.
ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан

Цель исследования. Улучшить результаты лечения острой спаечной тонкокишечной непроходимости путём разработки шкалы оценки прогнозирования ишемии кишечника и совершенствования алгоритма выбора тактики лечения.

Материалы и методы. В исследование включены 367 больных с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью, госпитализированных в период с 2014 по 2024 годы в ГУ ГМЦ №2 имени академика К.Т. Таджиева, Душанбе. Пациенты были разделены на две группы: основная группа (198 человек – 54%), где применялся предложенный алгоритм выбора метода лечения на основе разработанной шкалы клинико-рентгенологической оценки для прогнозирования ишемии кишечника, и контрольная группа (169 человек – 46%), где применялись традиционные методы диагностики и лечения. Оценивались уровни маркеров воспалительного процесса (лейкоциты, нейтрофилы, С-реактивный белок, прокальцитонин) и состояние водно-электролитного баланса. Также использовались визуальные методы диагностики (УЗИ, КТ, МРТ), эндоскопия и лапароскопия.

Результаты исследований. У 57% пациентов основной группы (n=113) было диагностировано наличие ишемии кишечника, из них у 32% (n=63) наблюдалась необратимая ишемия, что потребовало немедленного хирургического вмешательства. Уровень лактата и фосфата в сыворотке крови оказался значительно выше у пациентов с необратимой ишемией кишечника по сравнению с пациентами с нормальным кишечником ($p<0.05$). Визуальные методы исследования, такие как УЗИ и КТ, выявили патологические изменения у 65% пациентов в основной группе и 62% в контрольной группе. Эти данные позволили точно прогнозировать степень ишемии кишечника и своевременно принимать решение о хирургическом вмешательстве.

Выводы. Разработка алгоритма на основе маркеров воспалительного процесса и данных визуальных методов исследования помогает улучшить диагностику и лечение пациентов с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью, что снижает риск осложнений и повышает эффективность лечения.

Салимов Ф.М., Султанов Д.Д., Неъматзода О.

ВРОЖДЁННЫЕ АРТЕРИОВЕНОЗНЫЕ МАЛЬФОРМАЦИИ ГОЛОВЫ И ШЕИ: ВЫБОР лечебной ТАКТИКИ И ближайшие результаты

Кафедра хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

Цель исследования: анализировать результаты многокомпонентного лечения пациентов с врождёнными мальформациями сосудов головы и шеи.

Материал и методы исследования. Анализу подвергнуты результаты лечения 148 пациентов с сосудистыми мальформациями головы и шеи. Из них 104 пациенты 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 и их обсуждение. 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 пропроналола 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 этоксиклерола, 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.

Заключение. Современные методы лучевой диагностики позволяют с высокой точностью определить особенности строения различных вариантов сосудистых мальформаций и тем самым определить тактику лечения. Многокомпонентная тактика лечения носящее инновационный и комплексный подход позволяет достичь хороших непосредственных результатов не только в плане излечения мальформаций, но и эстетических нарушений.

Салимова З.Дж., Додхоева М.Ф., Абдуллаева Р.А.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

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

Цель исследования. Изучение клиники и диагностики преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты на современном этапе.

Материал и методы. Сравнительный анализ проведён 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. За указанный период частота этого грозного осложнения беременности колебался 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. Возраст исследованных колебался от19 до 43-х лет, 73,7% из которых были в активном репродуктивном возрасте, 26,3% - в позднем ($p<0,001$). Удельный вес первородящих пациенток составил 27,3%, повторнородящих – 42,6% и многорожавших – 30,0%. По специально составленной анкете были изучены сроки беременности при поступлении, периоды родов, клиническое течение осложнения.

Результаты исследования. Диагноз преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты при поступлении был поставлен при быстрой оценке в приёмном покое 128 (68,3%) беременным и роженицам. В 58 (31,6%) диагноз был поставлен после поступления в ходе обследования. Из поступивших пациенток 62 (33,8%) или одна/треть были в родах, причём 11 из них были во втором периоде родов ($p<0,001$). Для ПОНРП характерно строго очерченная симптоматика, причём клиника патологии с наибольшей полнотой проявляется чаще всего при полной форме отслойки. Такие признаки, как напряжение, болезненность матки, асимметрия и наличие подушкообразного выпячивания, встречались с различной частотой – 34,4%,49,2%, 13,6% и 12,0% соответственно, причём, главным образом при полной отслойке. Нередко эти признаки наблюдались и при частичной отслойке, но в тех случаях, когда плацента отслаивалась на большей её поверхности. Вопреки установившему мнению, наружное кровотечение при ПОНРП встречалась, по нашим данным, в 63,4% случаев. Хотя при отслойке плаценты более характерно внутреннее кровотечение и оно, главным образом, наблюдается при полной форме отслойки плаценты, в наших исследованиях этот показатель был значительно ниже и составил 18,0%. При полной отслойке плаценты внутренне кровотечение наблюдалось несколько чаше – 25,3% против 17,0% при частичной отслойке. В остальных случаях отслойка плаценты была диагностирована после рождения плода при осмотре плаценты. Показатель шока также был ниже – 4,4%, преимущественно при полной форме отслойки, при частичной – всего 1,8%. Дистресс плода при частичной форме отслойки плаценты была диагностирована у одной трети пациенток, а внутриутробная гибель плодов в 10,3% случаев.

Выводы. Таким образом, анализ клиники преждевременной отслойки плаценты за последнее десятилетие показал, что значительно уменьшилась как частота тяжёлой формы преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, так и тяжесть клинической картины этого осложнения, а также его последствия, такие как геморрагический шок, дистресс и внутриутробная гибель плода при частичной отслойке плаценты. Кроме того, степень тяжести ПОНРП зависела от паритета пациенток – у 52,6% многорожавших была установлена тяжёлая форма осложнения. В этом немаловажную роль сыграли прегравидарная подготовка пациенток, качественный антенатальный уход с консультированием и приёмом необходимых лекарственных средств, в том числе фолиевой кислоты, своевременное обращение, быстрая оценка при поступлении в стационар и ведение родов согласно Национальному стандарту (2008).

Сангинов Д.Р.[1], Ниязов И.К.[1,2] Пахлавонов А.Д. [1]

КЛУБ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ОНКОЛОГОВ – КООРДИНАТОР И МОТИВАТОР НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

1. Кафедра онкологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Республики Таджикистан.
2. ГУ РОНЦ МЗ СЗН Республики Таджикистан.

Цель исследования. Объединение молодых специалистов и формирование благоприятной среды для научного творчества.

Материал и методы. С учетом многолетних традиций функционирования медицинских научных школ и многократных наставлений органов государственной власти возникла идея создания общественной организации в перспективе, а на первом этапе — Клуба молодых ученых при РОНЦ и кафедре онкологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Изучен опыт других аналогичных центров и вузов, сформирована инициативная группа.

Результаты исследования. После достижения консенсуса члены инициативной группы разработали проект Положения «О Клубе молодых ученых онкологов», провели его юридическую экспертизу. После предварительного согласования данного проекта с руководством РОНЦ и кафедры онкологии, Положение было утверждено на заседании Ученого Совета РОНЦ, также утвержден План работы на 2024 г. О данной инициативе были информированы руководство Министерства здравоохранения и социальной защиты населения и ТГМУ, которые положительно оценили данную инициативу. На первом заседании Клуба избрали научного руководителя, исполнительного директора и зарегистрировали 39 членов Клуба (в марте 2024 г.). За прошедшее время провели 5 заседаний Клуба, рассмотрев все

запланированные вопросы. Работа Клуба привлекла внимание молодых специалистов — нейрохирургов, урологов, гинекологов и травматологов.

Выводы. 1) В условиях недостаточности мотивирующих факторов, побуждающих к научным исследованиям, создание объединения (Клуба) позволило представить площадку для привлечения и формирования интереса молодых специалистов к научным исследованиям. 2) В случае успешности данного проекта, возможно, появится необходимость в создании некоммерческой организации.

Сангинов Д.Р.[1], Салимов Ф.И.[1], Ниязов И.К.[1,2]

ИЗУЧЕНИЕ ЦИТОКИНОВ В ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИИ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. НОВЫЕ ШАГИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

3. Кафедра онкологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Республики Таджикистан.
4. ГУ РОНЦ МЗ СЗН Республики Таджикистан.

Цель исследования. Изучение и определение прогностически значимых клинических и иммунологических критериев течения рака щитовидной железы.

Материалы и методы. Изучены ретроспективные клинические данные больных РЩЖ, пролеченных с диагнозом РЩЖ в период с 2014-2023гг. (180 больных контрольная группа), и проспективно данные 60 больных, лечившихся с 2024-2025гг (основная группа). В основной группе будет проведено иммунологические исследования в сыворотке крови (маркеры ИЛ-1β, ИЛ-6 и ФНО-α) методом ИФА. Критерии включения: пациенты от 18 и старше с морфологически установленным РЩЖ. Критерии исключения пациентов из исследования: наличие ВИЧ/СПИД и рака других локализаций, обострения аутоиммунных, аллергических и других инфекционных заболеваний, в том числе вирусные гепатиты В и С; беременные, пожилые люди старше 70 лет.

Результаты исследования. Продукция ИЛ-1β и ИЛ-6 потенцирует метастазирование опухоли путем стимуляции ангиогенеза в области неоплазии, увеличения синтеза ростовых факторов и активации иммунологических механизмов защиты против опухолевых клеток. Также ИЛ-1β снижает экспрессию на поверхности клеток антигенов ГКГСП, что препятствует реализации противоопухолевого иммунитета. ФНО-α является единственным цитокином, обладающим прямым цитотоксическим эффектом в отношении опухолевых клеток. Однако несмотря на то, что на всех клетках обнаруживается рецептор ФНО-α, только опухолевые клетки связываются с ФНО-α и разрушаются. Есть взаимосвязь между высокими концентрациями ФНО-α у больных при ЗНО, что является проявлением защитной реакции иммунной системы, но в большинстве случаев повышение концентрации ФНО-α приводит к его полимеризации и снижению противоопухолевого эффекта.

Выводы. В результате научной работы будет разработан алгоритм диагностики и прогнозирования различных форм РЩЖ в зависимости от клинических и иммунологических факторов течения заболевания. Данный алгоритм способствует пониманию биологического течения заболевания и эффективности выбранной терапии с возможностью дальнейшего прогнозирования.

Сангинов Ҷ.Р.[1], Ниязов И.К.[1,2], Пахлавонов А.Ҷ.[1]

МАҲФИЛИ ОЛИМОНИ ҶАВОНИ САРАТОНШИНОС – ҲАМОҲАНГСОЗ ВА ҲАВАСМАНДКУНАНДАИ ТАДҚИҚОТҲОИ ИЛМӢ

1.Кафедраи онкологияи ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, Ҷумҳурии Тоҷикистон.
2.МД МҶИС ВТ ва ҲИА Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мақсад. Муттаҳидсозии иқтидори мутахассисони ҷавон ва ташаккули фазои мусоид барои тадқиқотҳои илмӣ.

Мавод ва усулҳо. Бо назардошти анъанаҳои бисёрсолаи фаъолияти мактабҳои илмии тиббӣ ва дастурҳои такрории мақомоти ҳокимияти давлатӣ, зарурияти таъсиси ташкилоти ҷамъиятӣ дар оянда ва дар марҳилаи аввал – Маҳфили олимон ҷавони саратоншинос дар назди Муассисаи давлатии “Маркази ҷумҳуриявии илмии саратоншингсӣ” ва кафедраи онкологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино ба миён омад. Қабл аз таъсиси Маҳфил таҷрибаи марказҳои саратоншиносии кишварҳои хориҷи наздик ва дур инчунин донишгоҳҳои тиббии шинохта омӯхта шуда, дар натиҷа гурӯҳи ташаббускор ташкил карда шуд.

Натиҷаҳо. Пас аз расидан ба мувофиқаи умумӣ, аз тарафи аъзоёни гурӯҳи ташаббускор лоиҳаи Низомнома «Дар бораи Маҳфили олимони ҷавони саратоншиносон» таҳия ва экспертизаи ҳуқуқии он гузаронида шуд. Пас аз мувофиқаи пешакии лоиҳаи мазкур бо роҳбарияти МҶИС ва кафедраи онкология, Низомнома дар ҷаласаи Шӯрои илмии МҶИС тасдиқ ва нақшаи кории Маҳфил барои соли 2024 тасдиқ карда шуд. Дар бораи ин ташаббус роҳбарияти Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҶТ ва ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино огоҳ карда шуданд, ки номбурдагон ташаббуси мазкурро қобили дастгирӣ арзёбӣ намуданд. Дар ҷаласаи нахустини Маҳфил роҳбари илмӣ, директори иҷроия интихоб шуда, 39 нафар аъзои Маҳфил ба қайд гирифта шуданд (дар моҳи марти соли 2024). Дар давоми ин вақт 5 ҷаласаи Маҳфил баргузор гардида, ҳамаи мавзуъҳо ва масъалаҳои ба нақша гирифташуда баррасӣ шуданд. Фаъолияти Маҳфил таваҷҷӯҳи мутахассисони ҷавони дигар соҳаро аз ҷумла ҷарроҳони асаб, урологҳо, гинекологҳо ва осебшиносонро ҷалб намуд.

Хулосаҳо: 1) Дар шароити нокифоя будани омилҳои ҳавасмандкунанда, ки ҷавононро ба машғул шудан бо тадқиқотҳои илмӣ ҷалб мекунанд, таъсиси иттиҳодияи мазкур - Маҳфили олимони ҷавони саратоншинос имконият дод, ки фазои мусоид барои ҷалб ва ташаккули таваҷҷӯҳи мутахассисони ҷавон ба тадқиқоти илмӣ пешниҳод карда шавад. 2) Минбаъд дар сурати фаъолияти бомуваффақияти лоиҳаи МОҶС, эҳтимолан зарурати таъсиси ташкилоти ғайритиҷоратии хайриявӣ ва ё фонд пайдо шавад.

Сараев А.Р., Алимов С.У., Назаров Ҳ.Ш.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

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

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

Материал и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование по историям 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 перицистэктомия, фенестрация кисты) и контрольную 80 пациентов, которым проводились традиционные открытые вмешательства путём лапаротомии (частичная перицистэктомия 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 лёгких всех пациентов. Пациенты наблюдались каждые шесть месяцев в течение не менее двух лет.

Результат исследования. На УЗИ большинство кист классифицировалось как CE1. 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 выполнялась видеолапароскопическое вмешательство, 64 (82,1%) были подвержены частичной перицистэктомии 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 перицистэктомию с дренированием остаточной полости, в 32 (26,2%) случаях выполнена открытая эхинококкэктомия, частичная перицистэктомия с капитонажем остаточной полости и в 19 (15,6%) случаях произведена открытая эхинококкэктомия, частичная перицистэктомия 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%), который ликвидирован 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±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.

Сараев А.Р., Назаров Ҳ.Ш., Шарипов Ҷ.Т.

ТАКТИКАИ ҶАРРОҲӢ ҲАНГОМИ ШАКЛҲОИ ВАЗНИНИ ПЕРИТОНИТИ ПАҲНГАШТА

Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М.
МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Мақсади таҳқиқот: беҳтар намудани натиҷаҳои табобати беморони гирифтори шаклҳои вазнини перитонити паҳнгашта тариқи тафриқасозии нишондод барои ҷарроҳӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Натиҷаҳои муолиҷаи 90 нафар беморони гирифтори шаклҳои вазнини перитонити паҳнгашта мавриди таҳлил қарор дода шуд, ки дар шуъбаҳои ҷарроҳӣ ва эҳёгарӣ ва табобати интенсивии МД МЁТТ дар муддати 5 сол аз феврали соли 2019 то декабри соли 2023 бистарӣ буданд ва ба релапаротомия эҳтиёҷ доштанд. Мардҳо 56 нафар (62,2%), занҳо 42 нафар (37,8%) ва синнусоли онҳо аз 35 то 76 солро ташкил медод. Фавтидагон ҳамагӣ 52 нафар буданд ва он 57,7 %-ро аз шумораи умумии беморони таҳти ҷарроҳии такрорӣ қароргирифтаро ташкил намуд. Вазнинии ҳолати беморон аз рӯйи ҷадвали APACHE II арзёбӣ гардид. Вазнинии перитонит дар ибтидо аз рӯйи шохиси Мангеймии перитонит (ШМП) ва Шохиси перитонит (ШП) арзёбӣ карда шуд. Сабабҳои асосии перитонити паҳнгашта захми сӯрохшудаи меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта, аппендитсити шадид ва перитонити баъдиҷарроҳӣ буданд. Беморон ба ду гурӯҳ ҷудо шуда буданд: гурӯҳи 1-юмро 56 нафар (62,2%) беморони гирифтори перитонити паҳнгашта дар марҳилаи сепсиси абдоминалӣ (СА) ташкил мекарданд. Ба гурӯҳи дуввум 34 нафар (37,8%) беморони гирифтори перитонити паҳнгашта дар марҳилаи шоки септикӣ (ШС) дохил шуда буданд [9]. Ҳамаи беморон (аз рӯйи дархост ё тибқи барнома) таҳти релапароскопия ё релапаротомия қарор гирифтанд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Дар гурӯҳи аввали беморон табобати перитонити паҳнгашта дар 56 нафар беморон роҳандозӣ гардид. Собиқаи беморӣ 3,8±1,3 рӯзро ташкил медод. Дар ҳамаи беморон дар марҳилаи сепсиси абдоминалӣ

бо муҳтавои фасодӣ ва начосатии ковокии шикам бидуни пардаҳои даґали фибринозӣ дар деворaҳои рӯдаҳо ва илтисоқҳо, эндовидеолапароскопия бо поксозӣ ва обияткашии ковокии шикам бидуни найчагузории рӯдаи борик ичро карда шуд. Беморони гирифтори думмалҳои байнирӯдавӣ ва падидаҳои илтисоқию фибринозӣ мавриди лапаротомия қарор гирифтанд.

Барои беморони гирифтори перитонити паҳнгашта дар марҳилаи сепсиси абдоминалӣ пайомади номусоид бештар дар бемороне ба назар расид, ки дар онҳо релапаротомияи барномавӣ ичро гардида буд. Дарачаи фавт 41,2%-ро (14 бемор аз 34) дар гурӯҳи беморони таҳти релапаротомияи дархостӣ қароргирифта дар муқобили 63,6% (14 бемор аз 22) дар гурӯҳе, ки релапаротомияи барномавӣ ичро шуда буд, ташкил медод. Ҳамин тариқ ҳангоми набудани шоки септикӣ дар ҳолати перитонити паҳнгашта, релапаротомияи дархостӣ усули бештар афзалиятнок нисбат ба релапаротомияи банақшагирифташуда мебошад.

Дар гурӯҳи сеюм 34 нафар бемороне буданд. Аз онҳо дар 20 нафар беморон дорои муҳтавои фасодию начосатӣ дар ковокии шикам бо пардаҳои фибринозии даґал ва думмалҳои байниҳалқавии рӯдаҳо, лапаротомия бо поксозӣ ва обияткашии ковокии шикам ва баъдан релапаротомияи дархостӣ бо поксозиҳои марҳилавии ковокии шикам роҳандозӣ гардид.

Нишондоди фавтият дар гурӯҳи беморони таҳти релапаротомияи дархостӣ қароргирифта 70% -ро (14 бемор аз 20) дар муқобили 57,1% (10 бемор аз 14) дар гурӯҳе, ки релапаротомияи барномавӣ ичро шуда буд, ташкил кардааст. Ҳамин тариқ, дар беморон дар марҳилаи шоки септикӣ, ки дар ковокии шикам аксар вақт ҷараёни фасодӣ, илтисоқӣ, илтиҳобӣ-иртишоҳӣ бештар бо ташаккули думмалҳо ошкор мегардад, корбурди тактикаи релапаротомияи барномавӣ бо поксозиҳои марҳилавии ковокии шикам ҳамчун нишондод баромад мекунанд.

Хулоса. Дар марҳилаи сепсиси абдоминалӣ релапаротомияи дархостӣ назар ба релапаротомияи барномавӣ усули бештар афзалиятнок мебошад. Барои беморони вазнини гирифтори перитонити паҳнгашта дар марҳилаи шоки септикӣ корбурди тактикаи релапаротомияи барномавӣ бо поксозиҳои марҳилавии ковокии шикам ҳамчун нишондод баромад мекунанд.

Сараев А.Р., Джонов Б.Н., Факиров Х.З.

СОВРЕМЕННАЯ ГРАДАЦИЯ СТАДИЙ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА

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

Цель исследования: Изучить эффективность усовершенствованной классификации стадий распространенного перитонита.

Материал и методы исследования. Проанализированы истории болезни 160 больных с заболеваниями органов брюшной полости, осложнившихся распространенным перитонитом, лечившихся в хирургических отделениях Государственного учреждения «Центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе за период с февраля 2014 по декабрь 2018 года. Возраст больных варьировал с 16 до 76 лет, с средним возрастом 37,8±1,3 года. Мужчин было 104 (65%), женщин – 56(35%).

Первоначально все пациенты были распределены на группы соответственно стадиям распространенного перитонита согласно классификации К.С.Симоняна. Также больные группировались и обследовались в соответствии с предлагаемой классификацией стадий развития распространенного перитонита. Лабораторные параметры, клиническая картина и степень тяжести состояния каждого пациента оценивались в каждой из этих групп с последующим сравнением результатов.

Все больные с ССВР со дня госпитализации были разделены на 3 группы: 1 группа – с эндогенной интоксикацией (n=114), 2 группа – с абдоминальным сепсисом (n=37), 3 группа – с септическим шоком (n=9). Результаты лечения больных оценивались по частоте развившихся послеоперационных осложнений, продолжительности пребывания в стационаре и в ОРИТ, госпитальной летальности.

Результаты исследования. В клинике нами усовершенствована классификация распространенного перитонита по стадиям её развития

I стадия – эндогенной интоксикации

II стадия – абдоминального сепсиса (присоединяется со 2-4-х суток)

III стадия – септического шока (присоединяется с 3-7-х суток).

С целью установления соответствия каждой стадии заболевания степени тяжести состояния больных с распространенным перитонитом, нами проанализированы клинико-лабораторные данные.

В ходе анализа результатов клинических исследований по стадиям эндогенной интоксикации, абдоминального сепсиса и септического шока выявились следующие данные: APACHE II 13,8±0,5 – 16,1±0,4 – 18,5±0,5; МПИ 22 – 25 – 25; SOFA 3,3±0,2 – 3,7±0,1 – 4,2±0,1; Пресепсин (пг/мл) 355,6±8,6 – 783,4±24,0 – 1587,7±70,5; ФНО-α (пг/мл) 105,5±1,9 – 853,3±17,6 – 24,5±6,8; Послеоперационные осложнения (%)13,6±3,6– 35,1±6,1 – 41,9±7,1; Длительность пребывания в стационаре (сут) 19,2±0,8 – 25,9±2,2 – 13,8±1,9;

Умерших 12 больных, что составило 63,2% – и все в стадии септического шока.

Нами установлено, что в соответствии с градацией стадий по К.С.Симоняну чаще всего, в сущности, больные поступают в токсической фазе перитонита (129 больных (80,6%) частично стадии I и II по предлагаемой классификации), ибо реактивная стадия (5 больных 3,1%) чаще подразумевается, поскольку в практике хирурга встречается редко. Выделение же терминальной стадии как конечной (26 больных 16,3%), как правило, не целесообразно, так как, по существу, она должна означать финал заболевания, т.е. крайнюю запущенность перитонита, что, конечно, не является правилом и не отражает истинной статистики перитонита.

Выводы. Таким образом усовершенствованная классификация клинических стадий распространенного перитонита обеспечивает стратификацию больных по степени тяжести на три группы: эндогенной интоксикации, абдоминального сепсиса и септического шока, что позволяет дать объективную оценку тяжести состояния больного на момент поступления и выбрать оптимальную тактику лечения данной тяжелой категории больных.

Саросек В.Г.

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВАРИАНТОВ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В СЕМЬЯХ Г.ГРОДНО

Кафедра лучевой диагностики УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Цель исследования. Провести анализ физического развития (масса тела, рост) и вариантов физического развития среди детей раннего возраста с перинатальной патологией центральной нервной системы (ПП ЦНС), воспитывающихся в семьях г.Гродно.

Материалы и методы. Исследование и отбор детей с ПП ЦНС и группы контроля выполнены на базе центра раннего вмешательства государственного учреждения здравоохранения (ГУЗ) «Детская центральная городская клиническая поликлиника г.Гродно». Физическое развитие оценивалось по данным антропометрических измерений по унифицированной методике С.А. Ляликова, С.Д. Орехова (2000). Для оценки физического развития использовали местные возрастно-половые нормативы, изложенные в методических указаниях «Таблицы оценки физического развития детей Беларуси».

Результаты исследования. При анализе полученных данных более выражены такие сочетания как низкая длинна тела - 78,57% и высокая длинна тела - 12,5%, а так же такой показатель как длинна тела соответствовала норме - 8,93%.

Сочетание отклонений нормальная масса тела и нормальная длинна тела - выражена только у 3,57% исследуемых. Так же, у исследуемой группы детей регистрируется такое сочетание как избыток массы тела и низкая длинна тела (1,79%).

Так же среди комбинации отклонений у данной группы детей чаще выявлялось сочетание дефицита массы тела и низкой длинны тела – 78,57%, меньше встречался дефицит массы тела и высокая длинна тела – 8,93%.

Только у данных детей были зарегистрированы следующие сочетания - нормальная масса тела и высокая длинна тела (3,57%), избыток массы тела и нормальная длинна тела (3,57%).

Такие сочетания как дефицит массы тела и нормальная длинна тела, избыток массы тела и высокая длинна тела - не встречались у исследуемой группы детей.

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что физическое развитие детей с ограниченными возможностями здоровья, обусловленными ПП ЦНС, воспитывающихся в доме ребенка характеризуется большим числом отклонений, эти неблагоприятные показатели определяется наличием тяжелых неврологических заболеваний.

Сафаров Х.А.3, Саъдуллозода Ф.С.1,2, Сафаров Н.Х.1

МЕТАФИЛАКТИКА МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

[1]Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан
[2]ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан.
[3]ГУ «Городской медицинский центр № 11». Таджикистан.

Цель исследования. Оценить эффективность различных методов метафилактики мочекаменной болезни у пациентов, наблюдаемых в амбулаторных условиях.

Материал и методы. В исследование были включены 32 пациента с диагнозом мочекаменной болезни, проходивших амбулаторное лечение в течение 2 лет на базе ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии» МЗ СЗН РТ и ГУ «Городской медицинский центр № 11» г. Душанбе. Средний возраст больных составил 51,3 года (от 19 до 71 года). Мужчин было 19, женщин – 13.

В качестве методов профилактики использовались диетотерапия, медикаментозная коррекция, усиленный питьевой режим, а также физическая активность и изменение образа жизни. Эффективность оценивалась на основе частоты рецидивов образования камней и общего самочувствия пациентов. В результате первичного осмотра на основании пальпации, комплекса клинико-лабораторных исследований, включающих: общеклинические, бактериологические, иммунологические исследования, ультразвуковое исследование и рентген. Эти исследования позволили установить наличие одиночных камней в одной почки у 40,8%, а множественные конкременты имели место у 59,2% обследованных. Обследование больных проводилось до и после курса лечения, а также в сроки через 6 месяцев и 1 год.

Результаты исследования. У 70% пациентов, применявших комплексную профилактику, не было отмечено рецидивов заболевания в течение наблюдаемого периода. У 30% пациентов, не соблюдавших предписанные рекомендации, рецидивы были зарегистрированы в течение первого года наблюдения. Диетотерапия и медикаментозная коррекция, включающая препараты, направленные на снижение концентрации солей в моче, оказались наиболее эффективными методами предотвращения повторного образования камней.

Выводы. Метафилактика мочекаменной болезни в амбулаторных условиях является важной и эффективной стратегией для предотвращения рецидивов, направленной на поддержание нормального водно-солевого баланса и ме-

таболизма у пациентов. Комплексный подход, включающий диетотерапию, медикаментозную коррекцию, соблюдение питьевого режима и регулярную физическую активность, позволяет достичь положительных результатов у большинства пациентов.

Сафаров Х.А.[3], Саъдуллозода Ф.С.[1,2], Сафаров Н.Х.[1]

ЛЕЧЕНИЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

[1]Кафедра урологии имени профессора Осими А.С., ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». [2]ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан.
[3]ГУ «Городской медицинский центр № 11». Таджикистан.

Цель исследования. Оценить эффективность различных методов лечения мочекаменной болезни у пациентов в амбулаторных условиях.

Материал и методы. В исследование были включены 23 пациента с диагнозом мочекаменной болезни, получавшие амбулаторное лечение в течение 2022 по 2023 году на базе ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии» и ГУ «Городской медицинский центр №11» города Душанбе. Средний возраст больных составил 46,7 года (от 19 до 65 года). Мужчин было 15, женщин – 8.

Применялись различные терапевтические подходы.

Медикаментозная коррекция: использовались препараты для устранения болевого синдрома (например, нестероидные противовоспалительные средства), а также медикаменты для растворения камней (например, цитратные препараты) и спазмолитики для облегчения выведения камней.

Диетотерапия: пациентам были даны индивидуализированные рекомендации по диете, в зависимости от типа камней (оксалатные, уратные и др.). Основное внимание уделялось исключению продуктов, способствующих образованию камней (например, шпинат, свекла, мясные бульоны) и увеличению потребления фруктов, овощей и цельнозерновых продуктов.

Усиленный питьевой режим: рекомендуется увеличивать ежедневное потребление жидкости до 2-3 литров в день, чтобы способствовать выведению камней и уменьшению концентрации веществ, способствующих образованию камней в моче. Применялись также рекомендации по употреблению определенных видов воды (например, минеральной с высоким содержанием магния).

Результаты исследования. Рекомендации по физической активности: пациентам предлагались регулярные физические нагрузки, такие как ходьба, плавание и легкие аэробные упражнения, которые помогают улучшить обмен веществ и способствуют выведению камней из мочевыводящих путей.

Показания к амбулаторному и стационарному лечению. Амбулаторное лечение: рекомендуется для камней размером до 5 мм, которые могут быть выведены самостоятельно. При этом пациенты могут успешно контролировать свои симптомы и следовать рекомендованному лечению. Стационарное лечение: необходимо для камней размером более 5 мм, особенно если они вызывают сильную боль, обструкцию или другие осложнения. Такие пациенты могут требовать более интенсивного наблюдения и вмешательства (например, литотрипсия или хирургическое удаление).

Эффективность лечения оценивалась на основе клинических показателей, частоты рецидивов и общего состояния пациентов. Большинство пациентов отмечали значительное улучшение, а у части из них не наблюдалось рецидивов в течение длительного времени.

Выводы. Амбулаторное лечение мочекаменной болезни является жизнеспособной и эффективной стратегией, позволяющей пациентам избежать осложнений и улучшить качество жизни. Комплексный подход, включающий индивидуализированные рекомендации по диете, медикаментозной терапии и изменению образа жизни, способствует успешному управлению заболеванием.

Сафаров Х.А., Каримов М.Б., Саъдуллаева Б.Х.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СОДРУЖЕСТВЕННОГО СХОДЯЩЕГОСЯ АЛЬТЕРНИРУЮЩЕГО КОСОГЛАЗИЯ У ДЕТЕЙ С БОЛЬШИМ УГЛОМ ДЕВИАЦИИ

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ имени Абули ибни Сино, Таджикистан

Цель исследования. Изучение эффекта хирургического лечения содружественного сходящегося альтернирующего косоглазия у детей с большим углом девиации.

Материал и методы. Под наблюдением находились 29 пациентов, получившие стационарное лечение в детском глазном отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» с диагнозом: содружественное сходящееся альтернирующее косоглазие в возрасте от 6 до 15 лет, средний возраст составил 10± 2,4. Возраст возникновения косоглазия по данным анамнеза — 3-4 лет, длительность существования косоглазия — от 4 до 10 лет (в ср. = 6 лет). Клиническая рефракция — от миопии 1,0 дптр до гиперметропии 3,0 дптр (в ср. =0,55 дптр). Острота зрения с коррекцией или без коррекции была высокой (0,7-1,0) у всех пациентов.

Угол косоглазия варьировал от 25 до 45° по Гиршбергу (М=37°). У 2 пациентов с гиперметропией косоглазие носило характер частично-аккомодационного, у остальных пациентов был неаккомодационный тип косоглазия. Характер зрения на цветотесте — альтернирующий монокулярный; в 5 случаев — альтернирующий монокулярный, переходящий в одновременный. Бирецессия внутренних прямых мышц на двух глазах выполнена 14 больным. Рецессия внутренних прямых мышц на двух глазах с последующей (одномоментно) усилением (ушиванием средней порции) наружной прямой мышцы выполнена 15 больным с исходным косоглазием более 30°. Дозирование степени рецессии и резекции проводили в соответствии с углом косоглазия по схеме дозирования Аветисова Э.С., Махкамовой Х.М. Срок наблюдения пациентов после хирургии — от 6 мес. до 2 лет.

Результаты исследования. У 25 пациентов из 29 после операций была получена ортофория (угол косоглазия 0° по Гиршбергу), появилась способность слияния изображений на синоптофоре, устойчивое бинокулярное зрение со всех расстояний (0,33, 1,0, 5,0 м). У 4 пациентов остаточный угол косоглазия составил +5° по Гиршбергу, появилось неустойчивое бинокулярное зрение; диплопия не была отмечена ни в одном случае. Этим пациентам проводится дополнительное функциональное лечение. Операция рецессии внутренней прямой мышцы не вызвала ни у одного больного развития вторичного расходящегося косоглазия, нарушения аддукции и конвергенции. Проведен курс ортоптического лечения (развитие фузионных резервов, восстановление бификсации (провокация диплопии) и бинокулярного слияния). В ходе лечения появилось бинокулярное зрение. При осмотре через 3, 6, 12 месяцев и 2 лет достигнутый эффект сохраняется (угол косоглазия по Гиршбергу 0°). Острота зрения и рефракция остались прежними. Абдукция, аддукция и конвергенция в достаточном объеме.

Как показывает клинический опыт, хирургическое вмешательство на глазодвигательных мышцах в случае достижения полного косметического эффекта может явиться хорошей предпосылкой для восстановления бинокулярного зрения у детей и подростков. Чем позже возникает содружественное косоглазие, тем больше возможности для восстановления бинокулярного зрения после операции.

Выводы. Результаты наблюдений позволяют заключить, что хирургическое лечение способствует восстановлению симметричного положения глаз при сходящемся содружественном косоглазии у детей, в большинстве случаев приводит к устранению функциональной скотомы подавления и создает условия для формирования бинокулярного зрения и функциональной реабилитации пациентов.

Сафарова З.Р.,Мухамадиева С.М., Курбанов Ш.М.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Кафедра акушерства и гинекологии №1ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения республики Таджикистан»
ООО «Медицинский центр НАСЛ»

Цель исследования. Изучить перинатальные исходы у беременных после ЭКО и выявить факторы, влияющие на них.

Методы исследования. Проведено ретроспективное исследование, история родов81 женщин, которым было произведено экстракорпоральное оплодотворение как в Таджикистане, так и за её пределами. Данная категория пациенток были родоразрешенны в ГУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии Таджикистана» и городском родильном доме №1 г. Душанбе в 2014 по 2023 гг. Статистическая обработка проведена в виде абсолютных значений и их процентного соотношения с использованием компьютерных технологий.

Результаты исследования. Средний возраст женщин, перенесших ЭКО составил 31,1±1,0год. Из общего числа беременных 62/76,5% родов были одноплодными, многоплодными -19/23,4%.

В большинстве случаев роды произошли своевременно(65/80,2%) и почти в каждом четвертом случаев -преждевременно (16/19,7%). Следует отметить, что из 62 одноплодных беременностей срочные роды имели место в 55/88,7% случаев, тогда как из 19 случаев многоплодной беременности в срок родили 7/36,8% женщин и преждевременно роды произошли в 12/63,1% случаев. Операция кесарево сечение произведена 67/82,7% женщин, в остальных 14/17,2% - роды произошли через естественные родовые пути.

Анализ перинатальных исходов показал, что родились живыми 102 младенца, из которых доношенных было 74/72,5%, недоношенных - 28/27,4%. С экстремально низкой массой тела (500-999г) родилось 2/1,9% новорожденных; с очень низкой массой тела (1000-1499г) 5/4,9%; с низкой массой (1500-1999г) 16/15,6%.Каждый десятый ребенок родился с массой тела 2000-2499 г -10/9,8%; дети с массой тела 2500-2999г составили 21/20,5%,3000-3999г.- 44/43,1%, более 4000г. - 4/3,9%.

В удовлетворительном состоянии (оценка по шкале Апгар 8-9 баллов) родилось 42/41,1% детей. Почти половина новорожденных (49/48,0%) родились в состоянии асфиксии средней тяжести (оценка по шкале Апгар 7 баллов) и каждый десятый (11/10,7%) – в состоянии асфиксии тяжелой степени (оценка по шкале Апгар 6 баллов и ниже).

Выводы. Ведущими факторами, влияющими на неблагоприятные перинатальные исходы у женщин, перенесших процедуру ЭКО, являются высокая частота экстрагенитальной патологии и осложнения гестационного процесса. Более 1/3 новорожденных родилось маловесными, в состоянии асфиксии средней тяжести-48,0% детей, тяжелой степени- 10,7%. Ранняя неонатальная смертность составляют 5,0%.Индувидуальный подход дородового наблюдения у женщин, перенесших процедуру ЭКО, позволить улучшить качество медицинских услуг для данной категории пациенток и предотвратить перинатальные потери.

Сафарова З.Р., Мухамадиева С.М., Курбанов Ш.М.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения республики Таджикистан», Таджикистан
ООО «Медицинский центр НАСЛ», Таджикистан

Цель исследования. Изучить перинатальные исходы у беременных после ЭКО и выявить факторы, влияющие на них.

Методы исследования. Проведено ретроспективное исследование первичной медицинской документации (индивидуальная карта беременной –форма 029, обменная карта – форма 087, история родов) 81 женщин, которым было произведено экстракорпоральное оплодотворение как в Таджикистане, так и за её пределами. Данная категория пациенток были родоразрешенны в ГУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии Таджикистана» и городском родильном доме №1 г. Душанбе в 2014 по 2023 гг. На ретроспективном этапе проанализированы 102 карты новорожденных, зачатых в результате ЭКО. Изучены перинатальные исходы — вес, рост, баллы по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни ребенка, перевод на 2-й этап выхаживания.

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

Результаты исследования. Средний возраст женщин, перенесших ЭКО составил 31,1±1,0год: 28,0 лет±1,1год- с первичным бесплодием и 34,4±1,0 года- с вторичным. Из общего числа беременных 62/76,5% родов были одноплодными, многоплодными -19/23,4%.

В большинстве случаев роды произошли своевременно (65/80,2%) и почти в каждом четвертом случаев -преждевременно (16/19,7%). Следует отметить, что из 62 одноплодных беременностей срочные роды имели место в 55/88,7% случаев, тогда как из 19 случаев многоплодной беременности в срок родили 7/36,8% женщин и преждевременно роды произошли в 12/63,1% случаев. Операция кесарево сечение произведена 67/82,7% женщин, в остальных 14/17,2% - роды произошли через естественные родовые пути.

Анализ перинатальных исходов показал, что родились живыми 102 младенца, из которых доношенных было 74/72,5%, недоношенных - 28/27,4%. С экстремально низкой массой тела (500-999г) родилось 2/1,9% новорожденных; с очень низкой массой тела (1000-1499г) 5/4,9%; с низкой массой (1500-1999г) 16/15,6%. Каждый десятый ребенок родился с массой тела 2000-2499 г -10/9,8%; дети с массой тела 2500-2999г составили 21/20,5%,3000-3999г.- 44/43,1%, более 4000г. - 4/3,9%.

В удовлетворительном состоянии (оценка по шкале Апгар 8-9 баллов) родилось 42/41,1% детей. Почти половина новорожденных (49/48,0%) родились в состоянии асфиксии средней тяжести (оценка по шкале Апгар 7 баллов) и каждый десятый (11/10,7%) – в состоянии асфиксии тяжелой степени (оценка по шкале Апгар 6 баллов и ниже).

Выписаны домой под наблюдение участкового врача в удовлетворительном состоянии 73/98,6% доношенных детей, 15/14,0%- недоношенных, при этом 9/8,8% младенцев переведены на второй этап выхаживания. В остальных 5/49,0% случаев) имела место ранняя неонатальная смертность среди недоношенных новорожденных.

Также нами было анализирована течение гестационного процесса и исход родов у женщин после процедуры ЭКО. Имеется тенденция к увеличению таких осложнений беременности и родов как дородовый разрыв плодных оболочек-37/45,6%; преэклампсии-23/28,3%; синдром задержки внутриутробного развития плода-18/22,2%; преждевременные роды-16/19,7%. Следует отметить что вышеуказанные осложнения, чаще встречаются при многоплодной беременности. Также при многоплодной беременности выявляется значительно большее количество преждевременных родов 10/52,6% закончившихся как через естественные родовые пути-3/30,0%, так и путем кесарево сечения-7/70,0%.

Выводы. Ведущими факторами, влияющими на неблагоприятные перинатальные исходы у женщин, перенесших процедуру ЭКО, являются высокая частота экстрагенитальной патологии и осложнения гестационного процесса. Более 1/3 новорожденных родилось маловесными, в состоянии асфиксии средней тяжести-48,0% детей, тяжелой степени- 10,7%. Ранняя неонатальная смертность составляют 5,0%. Индувидуальный подход дородового наблюдения у женщин, перенесших процедуру ЭКО, позволить улучшить качество медицинских услуг для данной категории пациенток и предотвратить перинатальные потери.

Саъдуллозода Ф.С.[1], Рашидов Б.Дж.[1], Олимов О.З.[2]

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ КОНТАКТНОЙ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ В ЛЕЧЕНИИ КАМНЕЙ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА

[1]Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
[2]ГУ «Республиканский научно-клинический центр урология». Таджикистан

Цель исследования. Изучить эффективность трансуретральной контактной уретеролитотрипсии в лечении больных с камнями нижней трети мочеточника.

Материалы и методы исследования. В основу исследования положены ретроспективный анализ историй болезни и результатов лечения 253 больных, которым выполнена трансуретральная контактная уретеролитотрипсии (КУЛТ) в отделении эндоурологии ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии», которое является клинической базой кафедры урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино в период с 2018 по 2024 годы. Средний размер конкрементов составил 10,3±0,4 мм (диапазон от 7 до 16 мм). Камень был расположен в левом мочеточнике у 118 (46,6%) больных, в правом в 135 (53,4%) случаях. Перед операцией всем больным выполняли ультрасонографию мочевого тракта, обзорную и внутривенную урографию, компьютерную томографию применяли в тех случаях, когда по данным других радиологических методов исследования не удавалось выявить конкремент и определить функцию почки со стороны поражения.

Результаты исследования. Эндоскопическая трансуретральная КУЛТ по поводу камней нижней треть мочеточников выполнена 253 больных в возрасте от 18 до 78 лет: мужчин 142 (56,2 %), женщин 111 (43,8 %). Преимущественно это люди трудоспособного возраста. Показаниями к выполнению трансуретральной контактной уретеролитотрипсии явились камни нижние треть мочеточника размером от 0,5 см и более. Все процедуры выполнены двумя хирургами под эндотрахеальным наркозом и спинальной анестезией. Для дефрагментации конкрементов использовался пневматический литотриптер фирмы Karl Storz Calcusplit.

Оперативное вмешательство завершалось с стентированием (172 больных) и без стентированием (81 больных). Уретральный катетер 16-20 Ch удалялись минимум через 2-3 сутки после операции. Длительность выполнения контактной литотрипсии составила от 15 до 40 мин.

Срок пребывания больных в стационаре при использовании данного метода оперативного лечения составил от 2 до 5 койко-дней, значительно уменьшим при этом экономические затраты на их обследование и лечение.

Из возможных осложнений, связанных с проведением эндоскопических вмешательств — перфорация слизистой оболочки и стенки мочеточника уретероскопом, отрыв мочеточника и обострение хронического пиелонефрита, мы столкнулись лишь с последним - обострение хронического пиелонефрита, которое наблюдали в 22 (8,7%) случаях, что было благополучно купировано интенсивной антибактериальной, противовоспалительной, дезинтоксикационной терапией.

Выводы. Таким образом, КУЛТ является эффективным и безопасным методом при лечении больных с камнями, расположенными в нижних отделах мочеточника. Отсутствие осложнений, сокращение сроков стационарного лечения и амбулаторной реабилитации свидетельствуют о социально-экономической целесообразности трансуретральной контактной уретеролитотрипсии при камнях мочеточника.

Саъдуллозода Ф.С.[1,2], Нажмидинов Х.Н.[1], Хасани А.[1]

ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ

[1]Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
[2]ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии»

Цель исследования. Улучшение путей профилактики осложнений мочекаменной болезни во время беременности.

Материал и методы исследования. Нами было проведено исследование на базе кафедры урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. За период 2021 – 2023 годов обследованы 28 беременных со сроком беременности от 12 до 26 недель, находившихся в ГУ «Республиканской научно-клинической центр урологии» МЗ СЗН РТ, страдающих мочекаменной болезнью. У 16 (57,1%) пациенток данная беременность была первой, у 12 (42,9%) повторной. У 19 (67,8%) женщин мочекаменная болезнь была диагностирована впервые, у 9 (32,2%) беременных длительность течения мочекаменной болезнью составила от 3 до 5 лет. Таким образом, среди обратившихся беременных по поводу мочекаменной болезнью, камни мочеточника выявлены у 13 (46,4%), у 5 (17,8%) беременных камни в почке, у 6 (21,4%) беременных камни, локализованные в лоханке. У 4 (14,2%) беременных не было нарушений оттока мочи, но наблюдался наличие протеинурии и лейкоцитурии. В связи с точной диагностикой локализации камней, было подобрано комбинированное лечение (оперативное + консервативное), согласно протоколам лечения мочекаменной болезни, при этом самым информативным и малоинвазивным методом диагностики при мочекаменной болезни у беременных является ультразвуковое исследование.

Результаты исследования. В группе пациенток с обструктивными процессами имелись нарушения оттока мочи, что подтверждалось наличием стойкой дилатации верхних мочевыводящих путей (ВМП) при УЗИ. В качестве дренирующей операции было выбрано стентирование ВМП с применением стентов типа JJ. Все беременные успешно доносили беременность до родов. С целью профилактики инкрустации солями замена стента производилась в сроки не реже чем через 2-3 месяца после их установки. Группы с чашечными камнями без нарушения оттока мочи при отсутствии активного воспалительного процесса в специальном лечении не нуждаются, а при выраженном воспалительном процессе появляется необходимость в подключении антибактериальной терапии, согласно данным посева мочи на чувствительности к антибиотикам, разрешённым при беременности. Предпочтение отдавалось парентеральному применению антибактериальную терапию. После завершения курса парентеральной антибактериальной терапии больные переходили на пероральный приём антибиотиков сроком 10-14 дней с последующим приёмом растительных уроантисептиков в непрерывном режиме до родоразрешения.

Выводы. Таким образом, малоинвазивные хирургические методы лечения мочекаменной болезни могут эффективно применяться на сроках беременности от 12-26 недель. Показания для проведение хирургического вмешательства при обтурирующих камнях мочевых путей во время беременности должны быть строгим. Предпочтительно временное восстановление оттока мочи путём установления почечного стента. Тактика активного лечения и введения мочекаменной болезни в период гестации позволяет снизить количество осложнений течения беременности при мочекаменной болезни.

Сидиков А.Ш., Мустафакулов С.С., Салимов Х.Г.

ВЛИЯНИЕ ТЕСТОСТЕРОНА НА СОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ МУЖЧИН

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

Цель исследования. Оценить влияние свободного и общего тестостерона на соматическое здоровье мужчин в зависимости от возрастного аспекта и эффективность гормональной коррекции.

Материалы исследования. Обследованы 135 мужчин в возрасте от 40 до 67 лет. Было проведено анкетирование пациентов для оценки общего самочувствия, физической активности и наличия сопутствующих хронических заболеваний, определяли проведено уровень тестостерона в крови, мониторинг профиля сывороточных липидов и холестерина.

Методы исследования. Определения уровень свободного и общего тестостерона, Эхо и допплерография сердечно-сосудистой системы, индекс массы тела (ИМТ), статистический анализ для выявления корреляции между уровнями гормонов и параметрами здоровья.

Результаты исследования. У мужчин с пониженным уровнем тестостерона (от 5,0±1,0 против здоровых лиц 20±10,0 нмоль/л) и повышенным уровнем липопротеидов низкой плотности (7,3±0,3 против 3,3±0,31) чаще встречались высокий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний: ИБС (57,0%), артериальная гипертензия (56,0%), миокардит (33,0%). Отмечена прямая связь между низким уровнем тестостерона и снижением либидо (77,0%), эректильной дисфункцией (73,0%), уменьшением размеров гонад (71,0%) ухудшением самочувствия (69,0%), настроения (67,0%), а также повышением индекса массы тела (65,0%), психоэмоциональной агрессией (63,0%), оволосением по женскому типу (61,0%), дизурией (45,0%), гинекомастией (43,0%),

Выводы. Гормональная коррекция с использованием тестостерона с учётом показаний и противопоказаний привела к улучшению либидо, настроения, к повышению жизненной энергии и улучшению памяти и концентрации внимания.

Сидиков И.И., Камолов Р.С., Шахсаворбеков А.Ш.

ЭМБОЛИЯ АРТЕРИЙ ЛЕВОЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ХИТИНОВОЙ ОБОЛОЧКОЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ РАЗРЫВА ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА

Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан
ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии МЗ и СЗН РТ», Таджикистан

Цель исследования. Демонстрация клинического случая успешного удаления хитиновой оболочки из артерий левой нижней конечности в результате разрыва эхинококковой кисты левого желудочка сердца.

Материалы и методы исследования. Рассматриваются 4 клинических случая разрыва эхинококковой кисты сердца, с эмболией артерии нижних конечностей и развитием острой ишемии. Все пациенты поступили в сроки от 2020 до 2024 года.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате оперативного реагирования врачей областной больницы города Куляба, удалось не только спасти жизнь 11-летнего мальчика, но и предотвратить выполнение ампутации конечности. Данный факт значительно улучшил качество жизни пациента. Было решено провести экстренное хирургическое вмешательство на нижней конечности. В ходе выполнения операции, в полости артерии были обнаружены остатки хитиновой оболочки паразита, которые и вызвали закупорку сосуда. После удаления эмбола кровоснабжение конечности восстановилось до нормальных показателей. Состояние пациента улучшилось. Удаление эхинококковой кисты из сердца и других локализаций было отсрочено, до нормализации общего состояния пациента.

Выводы. Описанные случаи показывают необходимость широкого информирования населения и врачей эндемических регионов, где заражение эхинококкозом более вероятно. При ранних выявлениях повышаются шансы спасения пациентов и сохранение конечностей. Однако, как показывают данные нашей работы, такие случаи раннего выявления, особенно при тяжёлом состоянии пациентов, крайне редки.

Солиев О.Ф[1]., Султанов Д.Д[1,2]., Неъматзода О[2].

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕННОЙ СКЛЕРОТЕРАПИИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНЫХ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН В ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ

[1]Кафедра хирургических болезней № 2 им. акад. Н.Усманова ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино»
[2]Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

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 сроках 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 эластическом бинтом. Такая манипуляция повторялась в области каждого патологического выявленного несостоятельного перфоранта.

Контроль эффективности процедуры оценивались при помощи УЗДАС и клинически.

Результаты. Через 2-3 часа эластические бинты в 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 течении 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 наблюдались.

Выводы. 1.Выполнение склеротерапии под контролем УЗ навигации , позволяет добится заживления трофической язвы в течении 1-1,5 месяца.

2. Оптимизированная нами методика позволяет выполнение склеротерапию перфорантных вен, без угрозы развития осложнений со стороны глубокой венозной системы.

Солихов Д.Н., Ризоев Х.Х., Салимов Х.Г.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ У БОЛЬНЫХ СУЖЕНИЕМ УРЕТРЫ

Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии»

Целью нашего исследование является улучшение диагностики и лечения сужения уретры у мужчин.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились результаты комплексного клинического исследования 68 пациентов, страдающих первичными стриктурами уретры в различных её отделах. Необходимо отметить, что из 68 больных, включённых в исследование, 36 (52,9%) пациентов с различными диагнозами проходили комплексное амбулаторное и стационарное лечение на разных уровнях. При этом у 16 (30,9%) больных проводились неотложные и плановые хирургические вмешательства на уровне района. В связи с неудачным проведением хирургических вмешательств и нарушением функции мочевыводящей системы, пациенты были госпитализированы для проведения данного исследования с применением новых технологий на базе кафедры урологии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино в клинике Республиканского научного центра урологии и в больнице Мадади Акбар за период 2021–2024 гг. Следует отметить, что в зависимости от этиологии пациенты были распределены на три группы в момент поступления и наблюдения в клиниках.

Результаты и их обсуждение. В первую группу включены 19 пациентов (28,0%), у которых стриктуры уретры возникли в результате получения сочетанной травмы промежности. Во второй группе находятся 26 пациентов (38,2%), у которых диагноз был установлен на фоне перенесённых ранее гнойно-воспалительных заболеваний мочеиспускательного канала. Третья группа состоит из 23 пациентов (33,8%), у которых причины развития стриктуры уретры так и не были установлены. Из-за отсутствия анамнестических данных о причинах симптомов эти случаи были классифицированы как имеющие неясную этиологию стриктуры уретры. В клинических примерах, где был установлен этиологический фактор заболевания, проведена оценка различных факторов, способствующих формированию стриктур уретры. Анализ клинических данных выявил значительную вариабельность в продолжительности патологических процессов, ассоциированных со стриктурой мочеиспускательного канала. Временной диапазон манифестации симптомов охватывал период от одного месяца до нескольких десятков лет, демонстрируя широкий спектр клинических случаев - от относительно недавно возникших до длительно персистирующих состояний. У 22 (32,35%) больных сохранялась способность к естественному мочеиспусканию, однако этот процесс сопровождался различными дизурическими явлениями. Большая часть исследуемой группы (36 пациентов, 54,4%) нуждались в постоянном отведении мочи посредством цистостомического дренажа, в то время как у 10 (14,7%) в анамнезе отмечались периоды катетеризации, длительностью до 18 месяцев.

Анализ данных, полученных в ходе обследования 68 больных, выявил преобладание нетравматической этиологии уретральных стриктур. У 46 (67,6%) пациентов стриктуры мочеиспускательного канала развились вследствие факторов, не связанных с механическим повреждением тканей. В ходе стационарного обследования у больных с уретральными стриктурами был выявлен широкий спектр сопутствующих урологических патологий и осложнений, ассоциированных с основным заболеванием.

Выводы. Данная категория пациентов характеризовалась наличием комплексных урологических нарушений, требующих выполнения сложных хирургических вмешательств, для коррекции уретральных стриктур и их последствий.

Солихов Д.Н., Ризоев Х.Х., Салимов Х.Г.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ СУЖЕНИИ УРЕТРЫ

Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии», Таджикистан

Цель настоящего исследование заключается в улучшении эффективности диагностики сужения мочеиспускательного канала.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились результаты комплексного клинического исследования 68 пациентов, страдающих первичными стриктурами уретры в различных её отделах. В урологической диагностике высоко ценятся рентгеноконтрастные методы, которые являются одними из самых доступных и информативных способов исследования нарушений мочевыводящей системы, в том числе стриктур уретры. С развитием новых технологий в современной медицине рентгенологическое изучение уретры занимает ведущею позицию. Это включает выполнение ретроградной уретрографии и антеградной цистоуретрографии.

Результаты и их обсуждение. Визуализация с применением рентгеноконтрастных веществ обладает рядом существенных достоинств в клинической практике. Широкая распространённость данной технологии в медицинских учреждениях обеспечивает её повсеместную доступность для пациентов. Процедура отличается относительной простотой выполнения, что позволяет оперативно получать диагностические данные. Ключевым преимуществом метода является его высокая информативность. Контрастные вещества значительно улучшают визуализацию анатомических структур, повышая диагностическую ценность исследования. Особо стоит отметить возможность одномоментного отображения комплекса взаимосвязанных органов и тканей на едином снимке, что способствует целостному пониманию патологического процесса. Несмотря на явные преимущества, контрастная рентгенография имеет ряд ограничений. При оценке локальных осложнений данная методика демонстрирует определённые диагностические ограничения. Она эффективна при

выявлении явных патологических соустий, однако может быть недостаточно информативна для диагностики менее выраженных изменений. Существенным аспектом, требующим внимания, является воздействие ионизирующего излучения на организм пациента. Хотя современные технологии позволяют минимизировать дозу облучения, этот фактор необходимо учитывать при выборе диагностической стратегии, особенно при необходимости повторных исследований. При диагностике полного закрытия просвета уретры метод демонстрирует определённые ограничения. В таких случаях визуализация возможна лишь для участка канала, расположенного ближе к наружному отверстию относительно места обструкции. Диагностическая визуализация мочеиспускательного канала и мочевого пузыря осуществляется путём шприцевого введения рентгеноконтрастного препарата через наружное отверстие уретры. Для проведения исследования пациента укладывают на рентгенологический стол в специфическое положение. Основная поза - на спине. Правая нижняя конечность максимально ротирована кнаружи в тазобедренном суставе. Колено правой ноги согнуто. Под коленный сустав подкладывается специальный валик для поддержки. Особое внимание уделяется позиционированию половых органов: Пенис смещается вправо, располагаясь параллельно бедру. Производится лёгкая тракция органа с помощью стерильных марлевых лент. После завершения подготовительных этапов приступают к введению контрастного препарата. Используется раствор контрастного вещества в концентрации 20-30% на основе физраствора. Объем вводимого контраста варьируется от 10 до 50 мл. Количество контраста определяется индивидуально, в зависимости от степени сужения уретры.

Выводы. Таким образом, ретроградная уретрография и цистоуретрография являются эффективным методом исследования для диагностики сужения мочеиспускательного канала.

Страпко В.П., Колоцей В.Н.

ЗНАЧЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТРУДНЫМ ДИАГНОЗОМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

2 кафедра хирургических болезней УО «Гродненский государственный медицинский университет». Гродно. Республика Беларусь.

Цель исследования. Острый аппендицит является самой частой причиной острой хирургической патологии органов брюшной полости. Однако вопросы дифференциальной диагностики остаются весьма сложными, при стертой абдоминальной симптоматике бывает весьма непросто поставить правильный диагноз. Мы провели анализ значимости метода лапароскопической диагностики для улучшения результатов диагностики и лечения пациентов с острым аппендицитом, а также проанализировать возможности дифференциальной диагностики.

Материал и методы. Нами был проведен анализ результатов лечения 98 пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Гродно в 2023 году, которым в связи неясным диагнозом острого аппендицита была выполнена лапароскопия. Это были пациенты в возрасте от 18 до 90 лет. В клинических условиях проводилось комплексное обследование больных с применением общеклинических, лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых, функциональных и других методов. Лапароскопия явилась самым эффективным по информативности и самым оперативным по исполнению методом дифференциальной диагностики.

Результаты исследования. Лапароскопическое исследование позволило диагностировать острый аппендицит у 42 пациентов (42,86%). При этом острый флегмонозный аппендицит выявлен в 15 случаях (35,71%), а острый гангренозный аппендицит – в 27 случаях (64,29%). У 24 пациентов (57,14%), были выявлены осложнения острого аппендицита, такие как местный (6) и распространеный (8) перитонит, аппендикулярный (4) и парааппендикулярный (2) абсцесс, аппендикулярный инфильтрат (1), кишечная непроходимость (1), тифлит (1), мезаденит (1). Ценность диагностической лапароскопии при остром аппендиците заключается в том, что при установлении диагноза она трансформируется в лечебную в большинстве случаев.

Диагностическая лапароскопия позволила исключить диагноз острого аппендицита у 56 пациентов (57,14%). Самой частой патологией, которая была выявлена у этих пациентов был мезаденит – 26 случаев (46,43%). У 8 пациентов (14,29%) выявлены перекрут пряди большого сальника или жировой привески ободочной кишки, в 3 случаях с их некрозом, произведена лапароскопическая санация указанной патологии. Лапароскопия позволила у одного пациента обнаружить флегмонозно измененный дивертикул Меккеля с последующей его резекцией. Острая гинекологическая патология диагностирована у 10 пациенток (17,86%). Тифлит диагностирован у 1 пациента (1,79%), терминальный илеит – у 2 (3,57%). По результатам обследования с учетом лапароскопического исследования диагноз функционального расстройства кишечника установлен у 9 пациентов, мочекаменной болезни – в 1 случае.

Выводы. Активное использование лапароскопического метода позволило, прежде всего, значительно улучшить результаты диагностики острого аппендицита. Когда другие неинвазивные методы диагностики, такие как УЗИ, ФГДС, обзорная рентгенография органов брюшной полости, КТ, МРТ не позволяют быстро установить точный диагноз и выработать правильную хирургическую тактику, значение лапароскопии переоценить невозможно.

Таким образом, лапароскопия в диагностике и лечении ургентной хирургической патологии позволяет конкретизировать диагностику, не тратить время на динамическое наблюдение за пациентом, минимизировать диагностические ошибки, оптимизировать хирургическую тактику, сократить количество необоснованных лапаротомий.

Сулейманова Ф.А., Остонаева П.М., Амоншоева Ф. Ш., Ахмедова Н.Д.

СОСТОЯНИЕ ЭПИТЕЛИЯ РОГОВИЦЫ ГЛАЗ ПРИ ПЕРВОМ МЕСЯЦЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОРТОКЕРАТОЛОГИЧЕСКИХ НОЧНЫХ ЛИНЗ

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.
Клиника хирургии глаз «НИГОХ». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить влияние кератопротекторной терапии у пациентов при первом месяце использования, ортокератологических ночных линз.

Материал и методы. В обследовании принимали участие 19 пациентов (38 глаз), с миопией от – 1.50 до – 6.0 D и астигматизмом до – 1.5 D Пациенты использовали для коррекции ортокератологические жесткие ночные линзы фирмы Moonlens. Пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу вошли пациенты 9 человек (47,4%), которые не использовали кератопротекторные гели. Во вторую группу вошли пациенты 10 человек (52,6%), которым были назначены после подбора ортокератологических линз (ОКЛ) кератопротекторы (dexpantenol 5% глазная гель) в течении первого месяца ношения. Пациентам было назначено использование кератопротекторов по 1 к 3 раза в день. При этом последнее закапывание рекомендовано за 40 мин до надевания ОКЛ. Все пациенты предварительно проходили следующее обследование: биомикроскопию, офтальмоскопию, кератотопографию (Sirius), пахиметрию (томограф Revo 60), также, каждому пациенту проводилась проба Норна для исследования время разрыва слёзной плёнки (ВРСП).

Результаты исследования. До применения ОКЛ в обеих группах ВРСП составляло от 10 до 20 сек. В течении первой недели ношения ОКЛ во второй группе, которая использовала кератопротекторы по сравнению с первой группой в 88.8% случаев отмечалось максимальная коррегированная острота зрения (МКОЗ), некоррегированная острота зрения (НКОЗ). Острота зрения составляла 0.9-1.0. В первой группе 55,5% предъявляли жалобы на периодическую расплывчатость, 33,3% на залипание линзы с утра, у 33,3% пациентов наблюдались эпителиопатии различной локализации. Острота зрения у пациентов во второй группы у 66,6% составляла от 0.6 до 0.8. У 22,2% наблюдалось увеличения показателей RMS и астигматизма.

В обоих группах 42,1% в первом месяце ношения предъявляли жалобы на абберации во второй половине дня. При контрольном осмотре через месяц после использования ортокератологических линз отмечалась стабилизация и симметричность параметров RMS и в1-й и во 2-й группе обследуемых.

Выводы. Таким образом, в результате ношения ортокератологичеких ночных линз через неделю во 2-й группе обследуемых при использовании кератопротекторов (dexpantenol 5%) наблюдалось повышение НКОЗ и МКОЗ, а также менее выраженные эпителиопатии по сравнению с 1-й группой не использовавшей кератопротекторы. Следовательно, полученные результаты свидетельствуют о положительном влиянии на состояние эпителия роговицы кератопротекторов в период подбора и адаптации к ОКЛ. Стабилизация зрительных функций, RMS показателей и эпителия роговицы свидетельствует об окончании «стрессового» периода и адаптации роговицы.

Султонов Х.К., Набиев М.Х.

СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

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

Целью исследования. Изучение состояния иммунной системы у больных с гнойно-септическими осложнениями сахарного диабета.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 110 больных с гнойно-септическими осложнениями сахарного диабета в хирургическом отделении ГУ ГМЦ №3 г. Душанбе, мужчин было 42(42,5%), женщин 68(57,5%). Возраст больных варьировал от 38 до 84 лет. Наибольшее число больных были в возрасте от 42 до 73 лет. Абсолютное большинство пациентов страдали тяжёлой формой сахарного диабета, в том числе СДI – типа у 3,2%, а СДII – типа у 96,8. По характеру поражения больные были распределены следующим образом, с осложнёнными формами синдрома диабетической стопы 23 (39,6%), флегмона у 44 (27,2%), карбункулы у 33 (33,2%). Гнойно-некротический процесс всегда сопровождался эндотоксикозом с нарушением функции органов и систем. Состояние больных при поступлении и контроль за его динамикой, течение раневого процесса оценивали по данным клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования. Объем поражения магистральных артерии нижних конечностей диагностировали с помощью дуплексного сканирования, а также иммунологическое исследования клеточного и гуморального звеньев иммунитета методом ИФА в аппарате Cobase 411 и CobasINTEGRA 400 plus.

Результаты исследования и их обсуждение. При поступлении у больных во всех группах отмечалось повышение показателей иммунограмм в два раза относительно нормальной величины. Расширенное иммунологическое исследование выявило изменения во всех звеньях иммунной защиты. На фоне нормального содержания в крови CD_3 снижалось содержания $CD_3CD_{16}CD_4CD_{32}$, отмечается Т-иммунодефицит, угнетение функции т-лимфоцитов а также гиперактивация фагоцитарной функции. Концентрация в крови IgA и IgG в 50% случаев оставалось в норме, что говорит о слабом иммунном ответе, и у 50% больных показатели Ig M и IgG были повышены.

Выводы. Таким образом, снижение функциональной активности Т-клеточного и гуморального звеньев иммунитета создаёт предпосылки для присоединения вторичной инфекции у больных с ГСО СД, для которой характерно затяжное течение.

Султонов Х.К., Набиев М.Х.

ТАКТИКАИ ҶАРРОҲӢ ВА ҶАРРОҲИҲОИ БАРҚАРОРСОЗӢ ҲАНГОМИ СИРОЯТҲОИ НЕКРОЗИИ БОФТАҲОИ НАРМ

Кафедраи ҷарроҳии умумии №2 МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино, Тоҷикистон

Мақсади таҳқиқот. Беҳтар сохтани натиҷаҳои ташхис ва табобати ҷарроҳии сирояти некрозии бофтаҳои нарм (СНБН).

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар мақола натиҷаҳои ташхиси комплексӣ ва табобати 68 бемори дорои шаклҳои гуногуни сирояти некрозӣ дар давраи солҳои 2010-2017 дар шуъбаи ҷарроҳии МД Маркази тиббии шаҳрии №3 бистаришуда таҳлил карда шуд. Мардҳо - 32(53,8%), занҳо 36(46,2%) буданд. Синну соли беморон аз 30 то 84солро дар бар гирифт. Қисми бештари беморонро беморони аз 40 то 53-сола ташкил дод. Дар байни онҳо 27 (58,9%) бемор бо шакли некрозии саромос, 41 (41,1%) бо фастсити некрозӣ ва мионекроз буданд. Дар 41нафар (52,5%) – протсскеси патологӣ дар мавзеи андомҳои поёнӣ ҷийгир шуда буд. Дар анамнези зиёда аз 90%-и беморон беморихои ҳамроҳшуда ба назар расид, ки дар байни онҳо диабети қанд – 78,2%, бемории фишорбаландӣ - 83,3%, атеросклероз, БИД (Бемории Ишемикии Дил) - 75,6% ва анемияи дараҷаи вазниниашон гуногун - 74,3% бартардоштанд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Аломатҳои клиникии фастсити некрозии стероптококкӣ (n=31) ва мионекроз (n=10) дар марҳалаҳои аввал фарқиятҳои назаррас дорад ва набудани аломатҳои патогномонӣ аз хусусиятҳои он ба шумор меравад.

Зуҳуроти мавзеӣ якҷоя бо аломатҳои возеҳи аксуламалҳои системавии илтиҳобӣ намудор мешаванд, дар ин маврид мувофиқат накардани ҳолати умумии саломатии бемор бо статуси мавзеии беморӣ диққатҷалбкунанда аст. Набудани фасод дар лонаи илтиҳоб ҳангоми тазриқ кардан ва аз рӯйи натиҷаҳои ТУС (таҳқиқоти ултрасадоӣ) дар 21 бемор ҳамчун фазаи серроӣ баҳо дода шуд ва нишондод табобати ҷарроҳиро тақозо накард. Минбаъд пешравии протссе патологӣ боист таҒйиротҳои дуюмӣ - некрози пӯст гашт, ташхис маълум шуд, аммо дар ин марҳила табобати ҷарроҳиро саривақтӣ хисобидан мумкин нест. Дар натиҷаи табобати ҷарроҳӣ ҷароҳатҳои васеи пасазҷарроҳӣ бокӣ мемонанд, ки маҳкамсозии пластикиро талаб мекунанд. Дар 12 (75%) ҳолатҳо пурра пайванд шудани трансплантант, дар 3 (18,7%) ҳолат қисман пайванд шудани трансплантант ва танҳо дар 1 (6,3%) беморон некрози пурраи трансплантант ба мушоҳида расид. Пайванд шудани трансплантант танҳо дар шароити ислоҳ кардани мубодилаи карбогидратҳо ва ҳифз кардани гемодинамикаи регионарӣ, ҳангоми мавҷуд будани гранулятсияи фаъоли сатҳи ҷарроҳӣ имконпазир буд.

Хулоса. Ҳамин тавр, сирояти некрозӣ аз протссеси илтиҳобии номахсуси илтиҳобии этиологияаш бактериалии бофтаҳои нарм иборат буда, барояш некрози пешраванда ва зуд паҳншаванда, дар марҳалаҳои аввали беморӣ бо душворӣ ташхисшаванда, интоксикатсияи возеҳ ва фавтияти баланд хос аст.

Набиев М.Х., Султонов Х.К.

ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНАЯ СИСТЕМА ПРИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

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

Цель исследования. Изучение состояния перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы при некротизирующей инфекции мягких тканей**.**

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 82 больных с различными формами НИМТ, госпитализированных в хирургическое отделение ГУ ГМЦ №3 г. Душанбе, мужчин было 42 (51,2%), женщин 40 (48,8%). Возраст больных варьировал от 28 до 84 лет. Среди них у 32 (39,1%) больных имела место некротическая форма рожи, у 50 (60,9%) - некротизирующий фасциит и мионекроз. При поступлении и по ходу лечения интенсивность перекисного окисления липидов (ПОЛ) оценивали в плазме крови по продуктам пилопериоксидации малонового диалдегида (МДА), диенового конъюгата (ДК) и супероксиддисмутазы (СОД) .

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что у больных с НФ выявлены: критическое повышение содержания продуктов ПОЛ в плазме крови - МДА – 6,9±1,45, ДК – 0,99±0,17 и при распространении гнойно-септических процессов МДА достигает – 9,56±0,79, ДК – 1,86±0,08, что свидетельствует об одной из причин быстрого развития и распространения гнойно-септического процесса под действиями продуктов ПОЛ, которые приводит к дефициту антиоксидантной системы. Все больные поступали в тяжелом, запущенном состоянии и были оперированы в экстренном порядке, производились широкие некрэктомии. В комплексное лечение больных включены целенаправленная антибактериальная, дезинтоксикационная, иммуностимулирующая, сахарокорригирующая, ангиотропная, общеукрепляющая и антиоксидантная терапии, а также препараты, улучшающие реологические свойства крови. Показатели летальности составляли 26 (31,7%) больных. Частота первичных высоких ампутаций составила 14 (17,1%). Этапные, высокие ампутации конечности у 6 (7,3) больных, а у 36 больных формировались обширные постнекрэктомические дефекты, требующие пластического закрытия.

Выводы. Таким образом, интенсивность процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) при НИМТ находится в прямой зависимости от активности системы антиоксидантной защиты (АОЗ). Высвобождение в системный кровоток продуктов распада тканей и продуктов ПОЛ при снижении активности ферментов АОЗ создает оптимальные условия для формирования порочного круга с развитием синдрома эндогенной интоксикации и высокой летальности.

Суфиев Л.А., Мирзоева Д.С., Усмонов Х.С.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ БИОМАРКЕРОВ ПРИ РЕЦИДИВЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра онкологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
ГУ «Республиканский онкологический научный центр» (РОНЦ) Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Определить частоту и характер изменений в экспрессии ключевых биомаркеров (HER2, Ki67, ER, PR) в первичных опухолях и рецидивах рака молочной железы.

Материалы и методы исследования. Мы провели проспективное исследование среди 32 пациентов с рецидивирующим и/или метастатическим раком молочной железы, находившихся на обследовании и лечении в ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ за период 2022-2024 гг., чтобы сравнить статусы ER, PR и HER2 между первичными и рецидивирующими и/или метастатическими поражениями. Все пациенты были клинически или радиологически заподозрены в рецидиве у своих первичных онкологов, и для подтверждения им была проведена биопсия или хирургическая резекция рецидивирующих поражений. Рецидивирующие поражения определялись как любой местный, регионарный или отдаленный рецидив. Образцы тканей оценивали с помощью окрашивания гематоксилином и эозином и иммуногистохимической панели, включающей РЭ, РП, HER2 и Ki67.

Результаты исследования. Среди 32 больных с рецидивирующим и/или метастатическим раком молочной железы ИГХ-профиль первичных опухолей был ER/PR-положительным у 15 (46,9%) пациентов, HER2-амплифицированным у 11 (34,4%) пациентов и трижды негативным у 6 (18,7%) пациентов. Большинство случаев приходилось на протоковую карциному (81,3%), за ней следовал дольковый рак (12,5%). После первоначального диагноза всем пациентам было проведено хирургическое вмешательство, а 29 из 32 (90,6%) пациентов затем получали либо адъювантную химиотерапию, эндокринную терапию, либо таргетную терапию до появления рецидивов. Наиболее частым местом рецидива были регионарные лимфатические узлы (53,1%), затем грудная стенка (25,0%).Среди трех рецепторов статус РП имел самый высокий уровень конверсии 12 (37,5%) между первичными и рецидивирующими поражениями; большая часть из них была от РП-позитивной до РП-отрицательной 8/32 (25,0%) по сравнению с 4/32 (12,5%) в противоположном направлении. Преобразование статуса РЭ наблюдалось у 28,1% пациентов; однако оно включало сопоставимое количество приростов и потерь (4 против 5 пациентов соответственно). По HER2 коэффициент конверсии составил 24,9%, в том числе у 2 (6,25%) пациентов из положительного в отрицательный и у 5 (15,6%) пациентов – наоборот, 1 пациент (3,1%) перешел с амплифицированного HER2 на тройной негативный. Напротив, изменение РЭ, РП или HER2 на положительный наблюдалось у 4 из 6 пациентов с тройным отрицательным результатом (66,7%).

Выводы. Существует значительная степень конверсии рецепторного статуса между первичными и рецидивирующими опухолями при раке молочной железы. Повторная биопсия может помочь подтвердить рецидив и может сыграть важную роль в клиническом ведении. Переход от рецептор-негативного к позитивному может предоставить новые терапевтические возможности для пациентов с рецидивирующим раком молочной железы, включая эндокринную и таргетную терапию для тех, кому ранее не было показано.

Сухроби Рустам, Амонов Ш.Ш., Юлдошев Х.Ф.

КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИ ПОРОКАХ РЕВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. Таджикистан. Душанбе

Цель. Оценить некоторые параметры, характеризующие изменение качества жизни больных до и после замены митрального клапана механическим протезом.

Материалы и методы: исследования выполнено с использованием данных 102 больных с поражением митрального клапана, оперированных Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии в период с 2010 по 2022г. Всем больным произведено протезирование митрального клапана механическими протезами. Пластика трехстворчатого клапана выполнена 29 больным (26%). Во всех случаях изменение клапанного аппарата имели типичный ревматический характер и сочетанное поражение с преобладанием стеноза или недостаточности. Средний возраст составил 56,8+1,2 лет. При изучении степени недостаточности кровообращения в дооперационном периоде использовалась классификация Нью-Йоркской Ассоциации Кардиологов (NYHA) и все пациенты были распределены в соответствии с функциональными классами: II ФК- у 39(37%) больных, у 63 (60%) пациентов в III ФК и у 3 (3%) -IV ФК. С учетом объема проведенного вмешательства на митрального клапана, больные были разделены на 3 группы: 1 группа (49 больных) - с сохранением хордо – папилярного аппарата обоих створок: 2-я группа (44 больных) с сохранением задней створки 3-я группа(12 больных) - с полным иссечением створок и хорд митрального клапана. До оперативного лечения и через 6 месяцев после операции производилось анкетирование больных по опроснику SF-36.

Результаты. Анализ оценки динамики качества жизни показал, что в дооперационный период е среди всех трех групп физическое состояние больные оценили одинаково, психоэмоциональное состояние было лучше в 1 группе. Степень тяжести хронической сердечной недостаточности в первой группе был мене выражен, чем во 2 и 3 группах. После оперативного лечения значения физического и психоэмоционального состояния улучшились во всех трех группах. В группе с сохраненными подклапанными структурами психоэмоциональный компонент не изменился. В третьей группе количество балов в физическом компоненте был наименьший, за счет выраженности болевого синдрома, также больные хуже оценили свое состояние здоровья и физическое функционирование. Улучшение физического состояния в 1 и 2 группе произошло в среднем на 73%, в 3-на 56,5%. Психоэмоциональное составляющее во 2 группе увеличилось на 86%, в 3 группе на 59%. Отмечена положительная динамика степени хронической сердечной недостаточности.

Произошло снижение степени ФК во всех трех группах. В I ФК перешли 64 (61%) больных, в II ФК - у 41(39%) больных.

Заключение. Снижение степени хронической сердечной недостаточности и восстановление внутрисердечной гемодинамики имеет положительную кореляцию с улучшением функциональных и психоэмоциональных составляющих качество жизни. Боле значительное улучшение качества жизни наблюдается в группе с сохранением хордо-папилярногоапарата митрального клапана.

Тагайбаева Г.К., Исмонова М.

ПРИМЕНЕНИЕ КОЛЬПОСКОПИИ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МЕТОД ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

ГУ Городской центр здоровья №1, 3. Таджикистан

Цель работы. Доклиническая диагностика заболеваний шейки матки у женщин репродуктивного возраста путём кольпоскопического исследования.

Материал и методы. За период от 2019 до 2020 года нами в ГЦЗ г.Душанбе обследовано 224 женщин, обратившихся на консультацию с различными гинекологическими заболеваниями в возрасте от 30 до 46 лет. Всем пациенткам проведено комплексное профилактическое обследование с включением метода классической и расширенной кольпоскопии на портативном аппарате Digital Video Colposcope 1293, производство компании Promis Medical (Australia). Проводился осмотр терапевтом. Тщательно собран анамнез.

Результаты и обсуждение. В результате проведённых комплексных клиникоэндоскопических исследований практически здоровыми оказались 66 (29,5%) женщин. У 158 (70,5%) женщин выявлены те или иные заболевания, в том числе: экзоцервициты у 42 (26,6%), эндометриоз шейки матки у 9 (5,7%), псевдоэрозии и эрозии шейки матки 34 (21,5%), полип шейки матки у 5 (3,2%), простая и частично перекрытая эктопия у 19 16 (12,0%), старые разрывы и рубцы шейки матки у 8 (5,1%), сужение и заращение шейки матки у 5 (3,2%), папиллома шейки матки у 4 (2,5%), цервициты, вызванные герпетической и грибковой инфекцией у 28 (17,7%), лейкоплакия у 4 (2,5%) женщин. Учитывая клинико-эхографический прогноз, женщины, у которых были выявлены значимые расхождения в диагностике отнесены в группе активного наблюдения у онкогинеколога. Результат исследований показывает, что 70,5% женщин имели различные патологические изменения шейки матки. Из них 24,6% женщин не имели каких-либо жалоб и клинических признаков.

Вывод. Таким образом, кольпоскопия рекомендуется для широкого внедрения в практику акушеров-гинекологов с целью комплексного проведения диагностических мероприятий. Ввиду применения в современных кольпоскопах цифровых видеосистем с программным обеспечением эффективность данного метода диагностики существенно повышается, что позволяет провести адекватное своевременное лечение.

Тетелютина Ф.К., Кондрахина И.В.

СОЦИАЛЬНО-МОРФОАНТРОПОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С ДИСФУНКЦИЕЙ ТАЗОВОГО ДНА

Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ПП ФГБОУ ВО «ИГМА» Минздрава России.

Цель исследования. Изучить социальный статус и морфоантропометрические данные женщин с дисфункцией тазового дна.

Материалы и методы. Под наблюдением в соответствии с информированным согласием находилось 195 женщин с дисфункцией тазового дна (ДТД). Из них 132 (67,7%) пациентки – основная группа страдали ДТД на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) и 63 (32,3%) пациентки – группа сравнения были с ДТД без НДСТ. Демографические показатели включали: образование, профессию; тяжелый труд, брачные отношения. В структуру морфоантропометрических показателей входили: возраст, рост, масса тела, ИМТ, тип телосложения, площадь поверхности тела, размах рук по отношению к росту в положении стоя и сидя. Статистическая обработка данных проводилась с применением программы Statistica 10. Достоверность различий определялось между группами по t-критерию Стьюдента.

Результаты исследования. Возраст обследуемых женщин колеблется от 18 до 40 лет. Средний возраст пациенток основной группы 27,8 (1,1) лет. Значения не отличаются от группы сравнения 27,2 (1,2). Тщательная оценка социально-демографических показателей не выявила статистически значимых различий в группах. Социальный портрет независимо от группы характеризовался тем, что преобладали женщины с высшим образованием, работающие, в зарегистрированном браке. Каждая четвертая выполняла тяжелый физический труд. При изучении морфоантропометрических показателей установлено увеличение роста женщин с ДТД И НДСТ в среднем 169,1 (0,7) см при снижении массы тела 62,9 (0,7) кг и ИМТ 22,1 (1,9) кг/м^2 ($P<0,05$). Отсутствовали значимые различия площади поверхности тела, размах рук по отношению к росту стоя и сидя в группах.

Выводы. Женщины с дисфункцией тазового дна на фоне соединительнотканной дисплазии в отличнии от таковых без НДСТ статистически значимо выше ростом при снижении массы тела и ИМТ.

Тешаев О.Р., Бабажонов А.Б., Югай Д.И.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кафедра Хирургические болезни в семейной медицине, Ташкентская Медицинская Академия. Узбекистан.

Заболеваемость грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) неуклонно растет, занимая третье место среди заболеваний желудочно-кишечного тракта. Хотя большинство ГПОД протекают бессимптомно, некоторые случаи требуют лечения из-за симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), значительно влияющих на качество жизни пациентов.

Цель исследования — анализ непосредственных и отдаленных результатов оперативного лечения больных с ГПОД, осложненными ГЭРБ.

Материалы и методы исследования. В данном исследовании проанализированы непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения 51 пациента с ГПОД, осложненной ГЭРБ, в период с 2015 по 2023 год. Все пациенты перенесли лапароскопические операции: 30 - фундопликацию по Ниссену, 2 - фундопликацию по Тупе, и 19 - крурорафию без фундопликации.

Диагноз подтверждался рентгеноконтрастным исследованием, фиброгастродуоденоскопией, а в некоторых случаях компьютерной томографией. У отдельных пациентов для подтверждения патологического желудочного рефлюкса использовалась pH-метрия пищевода. Исследуемая группа состояла из 20 мужчин и 31 женщины, средний возраст - 51,2 года.

Типы ГПОД распределились следующим образом: скользящие (аксиальные) - 22 (43,1%), параэзофагеальные - 19 (37,3%) и смешанные - 10 (19,6%). Рефлюкс-эзофагит классифицировался по Savary-Miller: I степень у 14 пациентов, II степень у 18, III степень у 11 и IV степень у 5 пациентов.

Результаты исследования. Летальных исходов после операций не было. Интраоперационные осложнения включали одно повреждение пищевода и четыре случая острой кровопотери, все из которых были успешно устранены. Послеоперационные осложнения возникли у трех пациентов, включая мерцательную аритмию, пневмонию и панкреатит.

Средняя продолжительность операции составила 85,2 минуты, средняя продолжительность госпитализации - 6,1 дня. Частота интраоперационных осложнений составила 3,9%, послеоперационных - 1,9%. Функциональная дисфагия наблюдалась у 5 пациентов (9,8%).

Отдаленные результаты оценивались в период от 12 месяцев до 8 лет. Через год рецидивы отмечены у 4 (7,8%) пациентов, включая один анатомический рецидив и три рецидива ГЭРБ без анатомического рецидива. Через три года после операции рецидивы возникли у 3 (5,9%) пациентов, из них один функциональный и два анатомических.

Через пять лет после лечения 38 (74,5%) пациентов были удовлетворены результатами, 10 (19,6%) оценили результаты нейтрально, и 3 (5,9%) были недовольны.

Выводы. В заключение, лапароскопическая хирургия доказала свою высокую эффективность в лечении ГПОД, ассоциированной с ГЭРБ. Малоинвазивная методика хорошо переносится пациентами, а осложнения, как правило, легкие и не влияют на общий ход лечения. Лапароскопическая крурорафия с фундопликацией достигает положительных функциональных результатов у 94,1% пациентов через пять лет после операции, что делает ее рекомендуемым основным вариантом лечения для данной категории пациентов.

Тохиров Ф.С., Джураев Ш.М., Ґиёсиев И.К., Одил С.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ ДЕВАЙСОВ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Цель: оценить клинико-анамнестический статус больных с тяжелыми нарушениями ритма сердца (НРС) после имплантации девайсов.

Материал и методы. Данное исследование основано на анализе 402 больные с тяжелыми нарушениями сердца, которым были имплантированы девайсы в РНЦССХ с 2017 по 2022 гг. Среди обследованных больных женщин было 237 (58,9%), мужчин - 165 (41,1%). Больные были в трудоспособном возрасте от 18 до 60 лет, что составил 69%. Однокамерные электрокардистмуляторы (ЭКС) были имплантированы 188 больным, двухкамерные у 205. Большую группу составили больные с атриовентрикулярной (АВ) блокадой 369. По поводу синдрома слабости синусового узла (СССУ) и синоатриальной (СА) блокады имплантация ЭКС выполнено 25 пациентом.

С целью профилактики жизнеугрожающих аритмий и внезапной сердечной смерти 2 больным с дилятационной кардиомиопатией (ДКМП) имплантированы однокамерные кардиовертер-дефибрилляторы (КД). Трем пациентам с диагнозом ДКМП в сочетании с АВ блокадой и СССУ были имплантированы двухкамерные КД. У больных, которым были имплантированы одно и двухкамерные КД, наряду с ДКМП имели НРС по типу желудочковой экстрасистолии (ЖЭС) с пробежками желудочковой тахикардии (ЖТ). У трех больных с ДКМП, НРС с пробежками ЖТ в сочетании с полной блокадой левой ножки пучка Гисса (комплекс QRS более 140мс), с целью профилактики жизнеугрожающих аритмий были имплантированы трехкамерные КД (CRT-D). В одном случае при полной АВ блокаде установили безэлектродный ЭКС Micra компании Medtronic.

Результаты. Все больные были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. Длительность госпитального лечения в среднем составило 7 дней. Среди оперируемых больных у 5 произошла ранняя дислокация электродов, которым была проведена повторная операция с успешной фиксацией электродов. С целью выявления оптимального порога стимуляции имплантация активных электродов проводилась с помощью анализатор-программатора

2090 компании Medtronic (USA). У 6 больных отмечалось нагноение послеоперационной раны. В подобных случаях ЭКС и электроды удаляли и проводили консервативное лечение. Бактериальный эндокардит развился в 2 наблюдениях. После удаления ЭКС через год повторно имплантирован ЭКС. Один больной умер от тяжелого бактериального эндокардита. На ЭхоКГ у больного выявлены многочисленные бактериальные вегетация в полости правого желудочка и вокруг электродов, а также недостаточность трикуспидального клапана с прогрессирующей сердечной недостаточности.

Имплантация CRT-D позволила устранить ПБЛНП Гисса с укорочением комплекса QRS менее 120 мс. Ресинхронизирующая функция CRT-D позволила добиться синхронного сокращения обеих желудочков сердца, которое привело повышению фракции выброса левого желудочка на 8-13%.

Заключение. Имплантация одно и двухкамерных ЭКС позволяет полностью устранить НРС по типу дисфункции АВ и СА узла. Для жизнеугрожающих НРС по типу ЖТ и пробежки ФЖ имплантация КД является единственным и надёжным методом предотвращения внезапной сердечной смерти.

Туйдиев Ш.Ш., Мехмондустов С.Г., Эргашев М.А[1].

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕНЗИДАМИНА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ

Кафедра оториноларингологии ГОУ «ТГМУ имени АбуалиибниСино. Таджикистан
[1]. ГУ «Национальный медицинский центр РТ Шифобахш»

Цель исследования. Изучение эффективности и безопасности препарата «Бензидамин» в раннем послеоперационном периоде после тонзиллэктомии у детей.

Материал и методы. В основу данной работы положены результаты лечения 56 больныхс хроническим декомпенсированным тонзиллитом (ХДТ) госпитализированных в детское ЛОР - отделение Национального медицинского центра Республики Таджикистан. Возраст детей колебался от 10 до 15 лет. Среди пролеченных детей 32 мальчика и 24 девочек. Длительность заболевания варьировала от 4 до 13 лет. Всем больным в дооперационном периоде были проведены общеклиническое, оториноларингологическое, рентгенологическое и лабораторные методы исследования. Основными жалобами больных с ХДТ являлись частые ангины (98,3%), боли в суставах рук и/или ног (73,6%), боли в области сердца (35,2%), боли в пояснице (19,8%).Все больные методом случайного распределения были разделены на 2 группы: основную и группу сравнения по 28 человек соответственно. Критерии включения детей в исследование – наличие информированного согласия детей и их родителей на участие в исследование их детей; участие в исследовании детей в возрасте от 10 до 15 лет; характерная клиническая картина заболевания. Из исследования исключались пациенты с подозрением на наличие других соматических заболеваний, являющихся противопоказанием для проведения операции и участия больных в исследовании, или затрудняющих оценку результатов данного исследования.После традиционной тонзиллэктомии под местной инфильтрационной анестезией раствором новокаина 2% - 20.0 больным основной группы на 2-ой день после операции назначали препарат «Бензидамин» по 1 таблетке 4 раза в день после еды для сосания, в то время как пациенты группы сравнения получали традиционную терапию в виде полоскания горла 0.02 % раствором фурациллина 5-6 раз в день.Эффективность препарата оценивалась по характеру регрессирования воспалительных изменений ротоглотки в послеоперационном периоде.Безопасность препарата «Бензидамин» оценивалась на основании анализа частоты и выраженности нежелательных явлений, отмеченных у пациентов во время проведения исследования.

Результаты исследования. На 5-6 день после операции у 24 (85,7%) детей основной группы отмечались исчезновение и регрессирование отека и гиперемии в области небных дужек, быстрое устранение запаха изо рта, а также фибринозных налетов появляющихся в области послеоперационных ран после тонзиллэктомии. У 4 (14,3%) детей этой группы помимо исчезновения отека и гиперемии небных дужек, запаха изо рта все ещё отмечались фибринозные налеты в области послеоперационных ран. На эти же сроки у пациентов группы сравнения регрессирование отека и гиперемии небных дужек и исчезновение запаха изо рта и фибринозных налетов отмечался у 15 (53,5%) больных, а у остальных 13 (46,4%) больных наблюдались фибринозные налеты в области послеоперационных ран.

Во время проведения исследования после применения препарата «Бензидамин» нежелательных явлений у больных отмечено не было.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало, что включение препарата «Бензидамин» в терапию больных ХДТ в раннем послеоперационном периоде после тонзиллэктомииповышает эффективность лечения и сокращает сроки выздоровления.

Туйдиев Ш.Ш., Юсупов А.Ш., Даврон зода М.Д.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫВИХА ЧЕТЫРЁХУГОЛЬНОГО ХРЯЩА ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

Кафедра оториноларингологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Применение щадящего метода хирургического вмешательства на перегородке носа при вывихе четырёхугольного хряща.

Материалы и методы. В ЛОР отделении Национального медицинского центра РТ “Шифобахш” под нашим наблюдением находилось 26 больных с искривлением носовой перегородки в возрасте от 16 до 40 лет. Мужчин было 17, женщин - 9. Основными жалобами больных были: заложенность носа, затруднение носового дыхания. У 18 пациентов наблюдали полный вывих и смешение передней части хряща в правую ноздрю, у 8 больных подвывих четырёхугольного хряща и смешение его переднего края влево. Всем пациентам проводилось обследование, включающее сбор

жалоб, анамнезы жизни и заболевания, исследование общего анализа крови, мочи и кала, биохимию крови, ЭКГ, эндоскопию полости носа и рентгенографию околоносовых пазух.

Результаты исследования. При обследовании у всех пациентов были обнаружены значительные нарушения функции носового дыхания и косметические изменения в виде смещения кончика носа в сторону, что явилось показаниями к операции. Для хирургической коррекции искривлённого хряща носовой перегородки применили следующую тактику септопластики. После разреза и обнажения края четырёхугольного хряща слева распатором-отсосом производили отслойку слизистой оболочки вместе с надхрящницей, потом горизонтальным и вертикальным разрезами отделяли хрящ от костного основания перегородки и перпендикулярной пластинки решётчатой кости, что дало возможность мобилизовать хрящ в нужном направлении. Далее хрящ укладывали в серединном положении в кожной части носовой перегородки и укрепляли его кетгутовыми швами. В случаях подвывиха только переднего края хряща, проводили два параллельно вертикальных разреза по линии искривления и удаляли полоску хряща между разрезами, что позволило мобилизовать передний отдел хряща. Далее мобилизованный каудальный конец хряща вводили в карман мембранозной части перегородки носа по вышеописанной методике и фиксировали швами. Во время септопластики при работе в узком операционном поле и безопасность резки хрящевой ткани мы использовали микроножи, из набора инструментов для микрохирургии уха, что в конечном итоге облегчает работу ринохирурга и уменьшает время проведения операции.

Уход за полостью носа осуществляли путём ежедневного туалета и промывания. Отёк слизистой носовой полости исчезал на 6-8 сутки. В послеоперационном периоде у всех пациентов наблюдали восстановление носового дыхания в полном объёме и устранение косметического изменения в области кончика носа.

Выводы. Методы консервативной септопластики являются более эффективным способом хирургической коррекции при вывихе четырёхугольного хряща перегородки носа и могут быть успешно применены в клинической практике отечественной ринологии.

Туйчибаева Д.М., Адхамова Л.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИКРОИМПУЛЬСНОГО ЛАЗЕРНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕРОЗНОЙ ХОРИОРЕТИНОПАТИИ

Кафедра Офтальмологии, Ташкентский государственный стоматологический институ. Узбекистан.

Цель исследования. Разработка комплексного подхода лечения пациентов с центральной серозной хориоретинопатией путем усовершенствования методики микроимпульсного лазерного воздействия и инъекции аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами.

Материал и методы. Обследовано 30 глаз пациентов с ЦСХ. После определения субпорогового режима лазерного воздействия на макулярную область сетчатки нанесли аппликаты с помощью лазера с длиной волны 577 нм со следующими параметрами лазерного излучения: диаметр пятна 100 мкм, скважность 10%, экспозиция 20 нс, мощность 100 мВт, количество аппликатов 400. На следующий день после лазерного воздействия проведен курс инъекций тромбоцитарной аутоплазмы (с концентрацией 900×103 кл/мл) в дозе 3 мл в область крылонебной ямки.

Результаты исследования. Основными критериями эффективности проведенного лечения были улучшение остроты зрения: до лечения составляла в среднем 0.6, после лечения в среднем составила 0.7; улучшение цитоархитектоники сетчатки по данным оптической когеррентной томографии (ОСТ): снижение высоты макулярного отека (высота макулярного отека составила до лечения в среднем 313 мкм, после лечения в среднем составила 260 мкм); прилегание нейроэпителия. Все пациенты в группе отмечали субъективное улучшение зрительных функций.

Выводы. Результатом проведенной терапии явилось объективное и субъективное улучшение зрительных функций, уменьшение высоты и площади отслойки нейроэпителия, восстановление профиля фовеолярной впадины по данным ОСТ, блокирование точек просачивания по данным флюоресцентной ангиографии (ФАГД).

Узакова Н.И.

ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ НАТРИЙ-ГЛЮКОЗНОГО КОТРАНСПОРТЕРА 2 –ТИПА НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Республиканский специализированный научно-практический центр нефрологии и трансплантации почек. Ташкент, Узбекистан

Цель исследование: Альтернативная терапия путем улучшения функции почек с применением ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа у больных хронической болезнью почек с сахарным диабетом.

Материалы и методы исследование: Для исследования были привлечены 103 пациента II и III А стадий хронической болезни почек, сформировавшихся на почве диабетической нефропатии, которые находились на стационарном лечении в Республиканском центре специализированной нефрологии и трансплантации почек и впоследствии были пролечены и находились диспансерном контроле в этом учреждении. Их случайным образом разделили на две группы. 1-я группа (n-54) удовлетворилась только традиционным лечением, то есть терапией по стандартам лечения хронической болезни почек. 2-й группе (n-47) в дополнение к традиционному лечению был рекомендован прием эмпаглифлозина – ингибитора натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (эмпаглифлозин 10 мг 1 таб/сут) в течение трех месяцев. У всех пациентов в начале лечения и в конце исследования измеряли мочевину и креатинин, а скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали на основе креатинина. Результаты были статистически проанализированы.

Результаты и их обсуждение: Показатели функции почек при хронических заболеваниях почек с генезом диабетической нефропатии на фоне различных схем лечения показали следующую картину. В 1-й группе мочевина в

начале исследования составляла 12,1±0,85 ммоль/л. и снизился до 10,44±0,47 ммоль/л к концу исследования. Во 2-й группе мочевина в начале исследования составляла 12,5±0,89 ммоль/л, а через три месяца это значение достоверно снизилось до 9,2±0,38 ммоль/л (p<0,01). Креатинин в 1-й группе в начале исследования составлял 156,1±6,13 мкмоль/л, после лечения снижался до 138,2±6,2 мкмоль/л менее достоверно (p<0,05), тогда как во 2-й группе креатинин в начале исследования составлял 157,6. ±5,73 мкмоль/л. а в конце исследования было отмечено, что это значение достоверно снизилось (p<0,01) до 129,6±5,98 мкмоль/л. Как один из наиболее достоверных градиентов, определяющих функцию почек, СКФ составлял в начале исследования у пациентов 1-й группы 49,3±1,74 мл/мин, а после лечения был менее достоверным - 56,7±2,21 мл/мин (p<0,0). 05) увеличился.В начале исследования во 2 группе этот показатель составил 48,7±1,79 мл/мин. а в конце исследования наблюдалось достоверное увеличение расчетного СКФ до 62,7±1,73 мл/мин (p<0,001).

Выводы:

1. У больных диабетической нефропатией наблюдается нарушение функции почек при ее повреждении, что сопровождается увеличением количества мочевины и креатинина в сыворотке крови и снижением величины его СКФ.

2. При назначении эмпаглифлозина при лечении хронической болезни почек с генезом диабетической нефропатии нефропротективное действие препарата проявляется положительным сдвигом показателей функции почек, т. е. значительным снижением количества мочевины и креатинина. в сыворотке крови и увеличение значения его СКФ.

Умарзода С.Г., Ахмедова Т.А.

ИССЛЕДОВАНИЕ СТАТУСА PD-L1 ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ

Кафедра онкологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

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

Материал и методы исследования. 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.

Урунбаева М.Г., Мехмондустов С.Г., Раджабов Н.С.

ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Кафедра оториноларингологии ГОУ «ТГМУ имени АбуалиибниСино». Таджикистан

Цель исследования. Изучение эффективности препарата «Биомун» в комплексном лечениихронического тонзиллитау детей.

Материал и методы. В исследование были включены 28 детей в возрасте от 2 до 14 лет (13 мальчиков и 15 девочек) с часто рецидивирующимхроническом тонзиллитом. Дети были разделены на 2 группы: основную и группу сравнения (по 14 человек соответственно). Диагноз хронический тонзиллит ставился на основании анамнеза, фарингоскопии. Исследования выполнялись до начала и по окончании лечения. Субъективные жалобы были на боли в горле, затруднение глотания, головные боли, повышение температуры тела, снижение аппетита. При фарингоскопии оценивали следующие признаки: наличие гиперемии и отека слизистой оболочки глотки небных миндалин и дужек, наличие патологического секрета в лакунах и на поверхности миндалин. Критерии включения детей в исследование – наличие

информированного согласия родителей на участие в исследование их детей; участие в исследовании детей в возрасте от 2 до 10 лет; характерная клиническая картина заболевания, отсутствие предыдущейтерапии**.** Критериями исключения детей из исследования были гипертрофия небных миндалин, острый фарингит, острый аденоидит, наличие других соматических патологий. Критериями эффективности лечения являлись регрессирование симптомов обострения ХТ, положительная динамика клинической картины заболевания. Дети группы сравнения получали комплексное лечение, включающее в себя: антибиотики, дезинфицирующие средства для полоскания горла, антигистаминный препарат диазолин 100 мг, аскорбиновую кислоту. Детям основной группы в комплексную терапию включили препарат «Биомун» по 1 капсуле 2 раза в день в течение 10 дней.

Результаты исследования. В процессе лечения положительные результаты отмечены у всех 28 пациентов. По окончании терапии все больные отмечали улучшение общего состояния, уменьшение болей в горле, облегчение глотания. Статистический анализ результатов субъективной оценки показал, что до 5-го дня от начала лечения динамика болевых ощущений в горле, затруднение глотания, была примерно одинаковой в обеих группах. Однако к 10 дню в основной группе показатели фарингоскопии были значительно лучше, чем в группе сравнения.

Изучение эндоскопической картины ротоглотки после лечения позволило констатировать отсутствие воспаления нёбных миндалин, характеризующиеся чистой поверхностью миндалины, плотной её консистенцией у 83% больных основной группы, и у 40% больных группы сравнения.

Выводы. Таким образом, данное исследование показывает высокую эффективность применения препарата «Биомун» в комплексной терапии детей с рецидивирующим хроническом тонзиллитом, что проявляется в снижении частоты и длительности данного заболевания, а также сокращении сроков его лечения.

Урунбаева М.Г.[1], Махмудназаров М.И.[1], Сангинов А.Б.[2]

ФУНКЦИЯ СЛУХА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ МИКОБАКТЕРИЙ

[1]Кафедра оториноларингологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
[2] Национальный центр туберкулёза и пульмонологии Республики Таджикистан.

Цель исследования. Исследование состояние слуха у больных туберкулёзом лёгких с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий.

Материалы и методы. В отделении лёгочной патологии Национального центра туберкулёза и пульмонологии РТ (НЦТП) нами обследовано 85 больных туберкулёзом лёгких с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий в возрасте от 18 до 45 лет. Из них: 53 - мужчины и 32 женщины. Диагноз установлен на основании анамнеза болезни, клинико-лабораторных исследований и КТ органов грудной клетки. При этом у 35 (41,2%) пациентов выявлен очаговый туберкулёз лёгких, у 27 (31,7%) - инфильтративный туберкулёз и у 23 (27,1%) - фиброзно-кавернозный туберкулёз лёгких с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулёза. Для исследования слухового анализатора больным проведено: акуметрия, камертональное исследование и тонально-пороговая аудиометрия в разные периоды специфического противотуберкулёзного лечения с применением антибиотиков аминогликозидного ряда. Для определения остроты слуха использовали шепотную и разговорную речь, согласно таблице слов, разработанной сотрудниками кафедры. Исследование проводили в достаточно широкой и тихой комнате, длиной не менее 6 метров, расстояние, необходимое для исследования слуха с помощью шепотной или разговорной речи. Для камертонального исследования слуха мы использовали два камертона, низкочастотный -128 колебаний в секунду (C_{128}) и высокочастотный - 2048 колебаний в секунду (C_{2048}). Для диагностики заболеваний звукопроводящего и звуковоспринимающего аппарата применяли опыты Ринне, Вебера и Швабаха. Для более глубокого исследования слуха использовали тональную пороговую аудиометрию портативным аудиометром фирмы MAICO (Германия), где предусмотрен набор частот от 125 до 6000 и 8000 Гц.

Результаты исследования. По ходу обследования у 14 (16,4%) больных наблюдался шум в ушах и снижение слуха, а результаты камертонального исследования и тональной пороговой аудиометрии свидетельствовали о разной степени поражения звуковоспринимающего аппарата. При этом у 7 (8,2%) больных выявлена сенсоневральная тугоухость (СНТ) 1 степени, у 4 (4,7%) - СНТ 11 степени и у 3 (3,5%) - СНТ 111 степени. С целью профилактики дальнейшего развития СНТ, в качестве отопротектора назначили пирацетам по 1 таблетке 2 раза в день в течение 60 дней, который больные получали в период нахождения в отделении лёгочной патологии НЦТП РТ. Через 2 месяца профилактики с пирацетамом, у 4 пациентов с сенсоневральной тугоухостью I-й степени слуховая функция стабилизировалась и симптомы СНТ нивелировались, а у 5 пациентов СНТ из 11-111 степени тяжести перешла в более лёгкую степень. На фоне профилактики с пирацетамом, только у 5 пациентов сохранились клинические и аудиологические симптомы СНТ 1-ой степени.

Таким образом, профилактическое мероприятие с пирацетамом показало тенденцию к стабилизации слуховой функции и снижению тяжёлых форм сенсоневральной тугоухости.

Выводы. У пациентов, страдающих туберкулёзом лёгких с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий, на фоне применения антибиотиков ототоксического действия нередко встречается патология слухового анализатора в виде сенсоневральной тугоухости различной степени выраженности. Больные с туберкулёзом лёгких с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий, независимо от получаемой адекватной химиотерапии, регулярно должны находиться под наблюдением ЛОР специалиста для выявления патологий слухового анализатора и проведения своевременных лечебно-профилактических мероприятий.

Усманова Г.К., Миноваров А.А., Ходжиахматова Р.Ю.

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МУЖЧИН

Кафедра: Основы превентивной медицины АГМИ. Узбекистан.

Цель исследования: Разяснить, что профилактика урологических заболеваний остается лучшей мерой, направленной на предупреждение или быстрое обнаружение и лечение патологий мочеполовой системы для исключения сложных последствий и дальнейших сезонных обострений хронических болезней. Урологические заболевания у мальчиков, подростков и мужчин могут развиваться, независимо от возраста. Объяснить мужскому населению на сколько важно проходить профилактические осмотры у уролога не зависимо от того, есть симптомы заболеваний или нет.

Материалы и методы: Рекомендуемые графики профилактических осмотров у уролога.

Результаты исследования: Сегодня урология насчитывает десятки заболеваний, которые быстро переходят в хроническую форму и могут беспокоить вас в течении всей жизни, нанося урон организму. Хотя, если обратиться к урологу вовремя, практически любую болезнь можно вылечить всего за 10-14 дней, одним-двумя препаратами!

Профилактика патологий в урологии предусматривает обследования в соответствии с установленным рекомендациями:

• Уже после рождения половые органы мальчиков осматривает педиатр, который в один, шесть, восемь и двенадцать месяцев обследует детей на предмет возможных патологий. В первый месяц проверяется опущение яичек, а далее правильное развитие половых органов;

• Далее, в три года, ребенка осматривает детский уролог для исключения или своевременного диагностирования кистозов в придатках, водянки яичек или грыж;

• Профилактический осмотр у детского уролога необходим и в 12-14 лет. В этом возрасте у мальчиков активно развивается мочеполовая система и половые органы. Важной составляющей обследования является изучение показателей гормонов, анализ выработки сперматозоидов. К сожалению, возможны отклонения: варикоцеле, гипогонадизм, недостаточное половое развитие, а также циститы и уретриты. Несвоевременное лечение или осложнение подобных патологий может привести к дисфункции половых органов, угнетенному психологическому состоянию, бесплодию;

• Профилактический осмотр у уролога в 20-35 лет – строгая необходимость для каждого мужчины. Половая активность нередко приводит к проблемам с инфекциями, что передаются половым путем. Данные заболевания лечатся, но часто игнорируются пациентами, что приводит к распространению инфекций, осложнениям, развитию других, уже более серьезных патологий;

• Урологический осмотр в 40-45 лет подразумевает обследование простаты, трансректальную ультразвуковую диагностику, анализ на простатспецифический антиген, что поможет вовремя определить доброкачественную гиперплазию простаты на ранних стадиях, а также обнаружить рак предстательной железы. Чаще, подобные заболевания могут быть выявлены у мужчин более старшего возраста, от 45-50 лет.

• Осмотр после 60 лет чаще нужен для анализа динамики лечения имеющихся хронических патологий. В этом же возрасте, практически у каждого второго взрослого мужчины обнаруживается аденома простаты!

Вывод: Чтобы исключить возможные проблемы, необходимо проходить урологическое обследование дважды в год, или хотя бы при первых симптомах!

Своевременный осмотр позволяет выявить мочекаменную болезнь, пиелонефрит, уретрит или "букет" из гонореи, трихомонады и уреаплазмы вовремя, чтобы не допустить дальнейших проблем и минимизировать риски. Но кроме осмотра следует придерживаться и правил, о которых говорят специалисты!

Усмонов Б.Н., Шамсиев Дж.А., Саъдуллоев Ф.С.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И МЕТАФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С УРЕТЕРОЛИТИАЗОМ

Кафедра урологии ГОУ «ТГМУ им Абуали ибни Сино», Таджикистан
ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии», Таджикистан

Цель исследования. Снижение частоты рецидива камнеобразования.

Материал и методы исследования.

Исследование основано на анализе 150 больных с уретеролитиазом, госпитализируемых в Республиканский научно-клинический центр урологии г. Душанбе, за период 2017-2023 годы, которые были разделены на 3 группы: I группа 50 больных, которым проведены эндоскопические контактные уретеролитотрипсии, II группа 50 пациентов, которым проведены эндоурологические операции, и III группа 50 больных с традиционной уретеролитотомией. Возраст больных варьировало от 18 до 79 лет. Средний возраст составило 55,2±11,01 год.

Все изложенное целесообразно проводить после соответствующего лечения уретеролитиаза, значимой целью которого считается установка факторов риска. На основании существующих критериев, и дополненной нами, с нашей точки зрения важных критериев риска, определены факторы, которые имели немаловажное значение в определении, и тем самым профилактики вероятного послеоперационного рецидива уретеролитиаза.

Результаты исследования и их обсуждение.

Наряду с изложенным мы считаем, что пациенты с единственной почкой, не лишены риска и при отсутствии выше указанных факторов. Вследствие чего считаем уместным отнести этих пациентов в особую группу, для постоянного контроля на амбулаторном уровне. Для обоснованной метафилактики, немаловажным считали анамнез заболевания больных с уретеролитиазом, включая определение длительности повышения температуры тела в имеющиеся

каждом приступе почечной колики. Также особый акцент было выделено на полученное лечение больных, как амбулаторно, так и стационарно, что позволило строит подробную картину в целом. Таким образом, верное определение конкретных факторов риска в дооперационном периоде, у пациентов с уретеролитиазом, считается важным этапом обследования, имеющее ключевое значение в прогнозе заболевания. Для растворения оставшихся мелких камней, кристаллов «солей», слизи и сгустков крови с учетом врожденных и приобретенных тубулопатий, протеолитических свойств, pH и данных антибиотикограмм мочи, был применен способ перфузии полостной системы почек. Нисходящий хемолиз проводился ежедневно в течение 5 дней по 5 часов. Первые 150 минут орошение проводилась физиологическим раствором с антибиотиком при температуре до 18-20°. Заканчивалась перфузия 300 мл физиологического раствора и 200 мл 0,25% раствора новокаина с 4500 МЕ лонгидазы. В течение двух лет диспансерного наблюдения, рецидивные камни были выявлены только у 4,8%, т.е. 1-го пациента.

Выводы.

Таким образом, основные звенья метафилактики камнеобразования и лечения на амбулаторном этапе должны быть направлены на коррекцию метаболических нарушений камнеобразующих веществ в крови и моче, санацию МВП и нормализацию значения pH мочи, которые необходимо начинать не ранее чем через 1 месяц после оперативного лечения. Лечение следует разрабатывать индивидуально для каждого пациента в зависимости от возраста, химической формы уролитиаза, характера сопутствующих заболеваний. Диспансерное наблюдания продолжается не менее 5 лет. Систематическое проведение метафилактики, четкая и согласованная преемственность в работе поликлиники и урологического стационара приводит к снижению частоты рецидива камнеобразования в 2,8 раза.

Усмонов И.М., Сафаров И.М., Достиев У.А.

ПРОФИЛАКТИКА ГУМОРАЛЬНОГО ОТТОРЖЕНИЯ У ВЫСОКОСЕНСИБИЛИЗИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН С ХБП 5 СТАДИИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Национальный научный центр трансплантации органов и тканей Министерства здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан

Цель исследования. Разработать и внедрить эффективные протоколы профилактики гуморального отторжения у высокосенсибилизированных женщин с ХБП 5 стадии, с использованием методов десенсибилизации и современных иммуносупрессивных режимов для снижения уровня антител PRA перед трансплантацией.

Материалы и методы: В исследование включены высокосенсибилизированные женщины с ХБП 5 стадии и уровнем PRA выше 20%, ожидающие трансплантацию почки. Пациенты были разделены на две группы: первая группа получала стандартную иммуносупрессивную терапию, а вторая группа подвергалась десенсибилизации с использованием плазмафереза и ритуксимаба. Оценивались уровень антител PRA до и после десенсибилизации, частота отторжений трансплантатов, показатели биохимии крови, а также выживаемость трансплантатов в течение года после операции.

Результаты. У женщин, прошедших курс десенсибилизации перед трансплантацией, наблюдалось значительное снижение уровня антител PRA. В группе, получавшей плазмаферез и ритуксимаб, уровень PRA снизился с 40% до 15%, что позволило значительно увеличить шансы на успешную трансплантацию. Частота гуморального отторжения в этой группе составила 10% против 30% в группе, не прошедшей десенсибилизацию. Осложнения, связанные с иммуносупрессивной терапией, были минимальны и контролировались стандартными средствами. Долгосрочные результаты трансплантации в группе десенсибилизации показали, что через 1 год после трансплантации 85% трансплантатов функционировали стабильно, тогда как в контрольной группе этот показатель составил 65%.

Выводы. Применение протоколов десенсибилизации, включающих плазмаферез и ритуксимаб, значительно снижает уровень антител PRA у высокосенсибилизированных женщин с ХБП 5 стадии, что существенно уменьшает риск гуморального отторжения после трансплантации почки. Эти протоколы следует рассматривать как важный элемент подготовки высокосенсибилизированных пациентов к трансплантации для повышения успешности операции и долгосрочной выживаемости трансплантата.

Усмонов И.М., Достиев У.А., Сафаров И.М.

РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА ПОДБОРА ДОНОРА ДЛЯ ВЫСОКОСЕНСИБИЛИЗИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН С ХБП 5 СТАДИИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Национальный научный центр трансплантации органов и тканей Министерства здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан

Цель исследования. Разработать алгоритм подбора донора для высокосенсибилизированных женщин с ХБП 5 стадии, основанный на оценке HLA совместимости с использованием шкал PIRCHE II и HLA Matchmaker, для минимизации риска отторжения и повышения успешности трансплантации.

Материалы и методы. В исследование включены высокосенсибилизированные женщины с уровнем PRA выше 20%, ожидающие трансплантацию почки. Для оценки совместимости доноров использовались шкалы PIRCHE II и HLA Matchmaker, которые анализировали несовпадения антигенов HLA между донором и реципиентом. Пациенты были разделены на две группы: первая группа получила трансплантаты, подобранные по стандартной методике, а во второй группе использовался новый алгоритм, основанный на данных шкал PIRCHE II и HLA Matchmaker. Оценивались частота отторжения, выживаемость трансплантатов и показатели биохимии крови.

Результаты. Применение алгоритма подбора донора, основанного на шкалах PIRCHE II и HLA Matchmaker, позволило снизить риск отторжения трансплантата у высокосенсибилизированных женщин. В группе, где использовался новый алгоритм, частота отторжений снизилась на 20% по сравнению с группой, получившей стандартный подбор донора. Через 1 год после трансплантации в группе с новым алгоритмом выживаемость трансплантатов составила 88%, тогда как в контрольной группе — 70%. Пациенты из группы с новым алгоритмом показали лучшие показатели биохимии крови и стабильную функцию трансплантата.

Выводы.Алгоритм подбора донора, основанный на шкалах PIRCHE II и HLA Matchmaker, позволяет значительно снизить риск отторжения трансплантата у высокосенсибилизированных женщин с ХБП 5 стадии. Этот метод способствует более точному подбору доноров с учетом несовпадений HLA антигенов и повышает долгосрочную выживаемость трансплантатов. Внедрение данного алгоритма в клиническую практику может существенно улучшить результаты трансплантации почки у высокосенсибилизированных реципиентов.

Усмонов И.М., Достиев У.А., Сафаров И.М.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИИ У ВЫСОКОСЕНСИБИЛИЗИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН С ХБП 5 СТАДИИ ПЕРЕД ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ПОЧКИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»
Национальный научный центр трансплантации органов и тканей Министерства здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан

Цель исследования. Оценить эффективность методов десенсибилизации у высокосенсибилизированных женщин с ХБП 5 стадии для снижения уровня антител к HLA и повышения успешности трансплантации почки.

Материалы и методы. В исследование включены высокосенсибилизированные женщины с уровнем PRA (Panel Reactive Antibodies) выше 20%, которым проводилась трансплантация почки. Пациенты были разделены на две группы: первая группа прошла курс десенсибилизации с использованием плазмафереза и ритуксимаба, вторая группа получила стандартную иммуносупрессивную терапию без десенсибилизации. Оценивались уровни антител PRA до и после десенсибилизации, частота отторжений трансплантатов, биохимические показатели и выживаемость трансплантатов через 1 год.

Результаты. У женщин, прошедших десенсибилизацию, наблюдалось значительное снижение уровня антител PRA с 40% до 15%, что позволило провести успешную трансплантацию у 80% пациенток. В группе без десенсибилизации частота успешных трансплантаций составила 60%. Частота острого гуморального отторжения в группе десенсибилизации составила 10%, в то время как в контрольной группе — 30%. Биохимические показатели трансплантатов, такие как уровень креатинина и скорость клубочковой фильтрации, были лучше в группе десенсибилизации, что свидетельствует о лучшей функции трансплантатов.

Выводы. Методы десенсибилизации, включая плазмаферез и ритуксимаб, являются эффективными для снижения уровня антител PRA у высокосенсибилизированных женщин с ХБП 5 стадии. Применение этих методов позволяет значительно снизить риск отторжения трансплантата, улучшить его функцию и повысить успешность трансплантации. Десенсибилизация должна стать важным этапом подготовки высокосенсибилизированных пациенток к трансплантации почки.

Усмонов И.М., Сафаров И.М., Достиев У.А.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У ЖЕНЩИН С ХБП 5 СТАДИИ ПЕРЕД ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ПОЧКИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Национальный научный центр трансплантации органов и тканей Министерства здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан

Цель исследования. Оптимизировать диагностику сенсибилизации у женщин с ХБП 5 стадии перед трансплантацией почки путем внедрения современных тестов на антитела к HLA, таких как цитотоксический тест с комплементом (CDC) и технология Luminex, для повышения точности и эффективности подбора доноров.

Материалы и методы. В исследование включены женщины с ХБП 5 стадии, ожидающие трансплантацию почки. Пациенты были разделены на две группы: в первой группе применялись традиционные методы диагностики сенсибилизации, а во второй группе использовались современные методы (CDC и Luminex). Оценивались уровень антител к HLA, частота отторжений трансплантатов и долгосрочные результаты трансплантации. Кроме того, проводилась оценка возможностей плазмафереза и иммуносупрессивной терапии для снижения уровня антител перед операцией.

Результаты. Применение тестов CDC и Luminex позволило выявить сенсибилизацию на более ранних стадиях по сравнению с традиционными методами. У женщин, диагностированных с помощью современных методов, было отмечено снижение частоты гуморального отторжения на 25% по сравнению с контрольной группой. Алгоритмы подбора доноров, основанные на данных тестов Luminex, обеспечили более точное определение совместимости HLA и, как следствие, улучшили долгосрочные результаты трансплантации. Плазмаферез и иммуносупрессивная терапия оказались эффективными в снижении уровня антител у женщин с высоким PRA (Panel Reactive Antibodies), что способствовало успешной трансплантации у 80% пациенток, несмотря на высокий уровень сенсибилизации.

Выводы. Использование современных методов диагностики сенсибилизации, таких как тесты CDC и Luminex, значительно улучшает результаты подбора доноров и снижает частоту гуморального отторжения у женщин с ХБП 5

стадии. Применение данных методик в клинической практике позволит повысить успешность трансплантации почки у высокосенсибилизированных пациентов, улучшив долгосрочные прогнозы и качество жизни.

Усмонов Х.С., Холматова Х.К., Сангинов С.Х.

ЛЕЧЕНИЯ ДУКТАЛЬНЫХ ПАПИЛЛОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ГАММА ИНТЕРФЕРОНА

Кафедра онкологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
ГУ «Республиканский онкологический научный центр» (РОНЦ) Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Внедрение в практику консервативного лечения папиллом молочных протоков, в профилактике развития рака молочной железы, как альтернатива хирургическому лечению.

Материал и методы исследования. Внутрипротоковые папилломы груди (болезнь Минца/Шиммельбуша) – это доброкачественные новообразования, которые происходят из эпителия молочных протоков. Наиболее распространённой особенностью при солитарной протоковой папилломе являются патологические выделения из сосков, которые бывают кровянистыми или серозными. При внутрипротоковой папилломе пациентку в первую очередь беспокоят пачкающие нижнее белье выделения из соска желтоватого, зеленоватого, бурого или кровянистого оттенка. Также они могут быть прозрачными. Папилломы могут быть как одиночными (солитарными), так и множественными, тогда ставится диагноз «папилломатоз». Это заболевание может развиться у женщин любого возраста, начиная с периода полового созревания у девушки и заканчивая постменопаузой у взрослой женщины. Визуально внутрипротоковая папиллома похожа на папиллому кожи, только появляется она в просвете млечного пути. Единичные или множественные папилломы, могут достигать размера до 1 см, чаще возникают в долевых протоках, расположенных сразу за соском. По мере роста папилломы в просвет возникает механическое расширение протока - дуктэктазия.

Синонимом может быть ворсинчатая папиллома, дуктальная папиллома, доброкачественная интрадуктальная папиллома, дуктальный папилломатоз, древовидная папиллома, папиллярная аденоцитома, папиллярная цистаденома, интраканаликулярная цистаденома, эпителиома, цистоэпителиома, пролиферирующая папиллярная кистома.

В наибольшей зоне риска находятся женщины 35-45 лет, чаще с наследственной предрасположенностью к данному заболеванию. Также риск появления папиллом выше у женщин при наличии бесплодия, воспаления придатков, заболеваний эндокринной системы (например, сахарный диабет, патологии функций надпочечников). Причиной появления папилломы на чаще всего является вирус папилломы человека (ВПЧ). Подобные папилломы напоминают бородавки, проявляющиеся поодиночке или группами, и во многих случаях требуют консультации не только маммолога, но и дерматолога. Вирус папилломы человека (ВПЧ) одно из распространённых вирусов, который поражает разные органы и части тела, в том числе и молочные протоки в молочной железе. Реже причиной внутрипротоковой папилломы может быть и сниженный иммунитет. Ведь почти каждый 3ий житель планеты является носителем папилломовируса человека, который при определённых условиях может проявиться и таким образом. ВПЧ поражая молочные протоки в молочной железе является одним из этиологических факторов в развитии рака молочной железы (РМЖ). Коварность этого образования в том, что оно может быть долгое время незаметным и способно перерасти в злокачественное. Так, по некоторым сводкам, около 10% случаев заболевания раком молочной железы приходится на перерождение образования из папилломы.

Очаговое поражение молочных протоков в молочной железе в основном лечится оперативным путём, но проблема может иметь системный распространение. РМЖ характеризуется разнообразием клинических проявлений и факторов, влияющих на течение заболевания. Разнообразны и методы профилактики и лечения. В Республике Таджикистан в 2023г. регистрировано 725 случая РМЖ, что составляет 16,3% среди всех злокачественных новообразований, и имеет тенденцию к увеличению. В ГУ РОНЦ МЗСР РТ с 2013 по 2021 гг. с целью внедрения инновационных технологий в лечении больных с внутрипротоковыми папилломами поражения молочных желёз налажена использование «Гамма интерферона». С этой целью лечения проведено у 18 больных с дуктальным папилломатозом молочных желёз в возрасте от 23 до 48 лет. Улучшение непосредственных и отдалённых результатов хирургического лечения выбором альтернативных методов лечения, на примере использования Гамма интерферона улучшить результаты, а также может способствовать консервативному лечению папиллом молочных протоков молочной железы, что в свою очередь является профилактикой РМЖ. Клиническим материалом послужили 18 больных, кому было использовано препарат «Ингарон», в составе которого имеется гамма интерферон в 10 случаях также было сочетание с препаратом «Ацикловир». Следует отметить, что у всех было полное УЗИ и мамографическое улучшение, без признаков рецидивирования.

Выводы. Использование гаммаинтерферона заметно улучшает ожидаемые результаты консервативной терапии и может стать профилактикой рака молочной железы.

Файзиев З.Ш., Мусоев С.Ш., Амонов Ш.Ш.

РОЛЬ ЛЕЧЕБНОЙ ФИБРОБРОНХОСКОПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ВЕДЕНИИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. Таджикистан

Цель исследования. Определить роль лечебной фибробронхоскопии в комплексном послеоперационном ведении больных перенесших кардиохирургические операции.

Материал и методы. Мы проанализировали опыт лечебной фибробронхоскопии в послеоперационном периоде у 184 кардиохирургических больных в период с 2004 по 2024 гг. Мужчин было – 73(39,7%), женщин - 111(60,3%). Возраст больных колебался от 2,5 до 68 лет. Лица молодого и трудоспособного возраста составили 69%.

Объем лечебных процедур зависел от вида осложнения и распространенности эндобронхита. Фибробронхоскопия проводилась аппаратом BF - ITR фирмы "Олимпус" (Япония) и R.Wolf (Германия). При проведении комплекса лечебных мероприятий в плане послеоперационного ведения исходили из решения следующих задач:

1. Коррекция нарушений функции жизненно важных органов.
2. Купирование аллергических проявлений, если таковые есть.
3. Борьба с бронхоспазмом и отеком слизистой оболочки бронхов.
4. Снятие симптомов интоксикации.
5. Профилактика и лечение реактивно-воспалительных и инфекционных осложнений в зоне поражения.
6. Улучшение бронхиального дренажа путем стимуляции секретолиза и экспекторации.

Результаты исследования. По данным эндоскопической картины и характера поражения слизистой трахеобронхиального дерева различали различные степени выраженности интенсивности воспалительного процесса слизистой бронхов. I степень выраженности воспалительного процесса слизистой бронхов выявлена у - 91 (50,0%) пациентов, II степень у - 75 (40,7%), III степень у -18(9,7%).

Антибактериальная терапия проводилась с учетом чувствительности к антибиотикам. Для улучшения дренажной функции бронхов назначали лекарственные средства стимулирующие секретолиз и экспекторацию. Получила применение большая группа протеолитических ферментов (трипсин, химотрипсин, а также дезоксирибонуклеаза и дезоксирибонуклеиновая кислота). Эти препараты назначались внутримышечно и в виде аэрозолей, интратрахеально и интрабронхеально при отсутствии легочного кровотечения. Немаловажное значение занимают муколитические препараты, постуральный дренаж, ингаляции лекарственными травами, лечебная гимнастика, вибромассаж грудной клетки.

Эффективность лечебной ФБС при эндобронхите различной степени, выражалась в улучшении дыхания, уменьшении симптомов интоксикации, нормализации температуры тела через 3-4 дня, уменьшении или полном прекращении кашля и количества отделяемой мокроты. Эндоскопически отмечался значительный регресс отека слизистой оболочки бронхов, исчезновение гнойного секрета в просвете бронха, прекращение гнойного отделяемого из просвета кисты. Значительное снижение степени выраженности эндобронхита подтверждается морфологически. Рентгенологически - исчезновение инфильтрации легочной ткани. ФВД - улучшение показателей функции внешнего дыхания.

Такой положительный эффект достигнут у 169 (91,8%) больных. У 15 (8,3%) больных, хотя отмечено значительное отграничение явлений эндобронхита, желаемый положительный результат не был достигнут. Причиной этому послужило плохое дренирование и тяжелое соматическое состояние больных, имеющиеся признаки середечно-сосудистой и дыхательной недостаточности.

Выводы. Таким образом, использование санационной ФБС в послеоперационном ведении больных перенесших операции на сердце, как один из основных моментов комплексной терапии, позволило сократить срок послеоперационного периода, снизить частоту ранних послеоперационных осложнений и достичь положительных результатов у 91,8% оперированных.

Файзов Ф.Э., Холов Д.Д., Ашуралиев Н.К.

РОЛЬ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Кафедра общей хирургии № 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Оценить роль внутрибрюшного давления в развитии дыхательной недостаточности у пациентов с абдоминальным компартмент-синдромом после родственной трансплантации печени и разработать меры по его снижению для улучшения результатов лечения.

Методы. В исследование включены 150 пациентов, перенесших родственную трансплантацию печени, разделенных на три группы: пациенты с нормальным уровнем внутрибрюшного давления (<15 мм рт. ст.), умеренным повышением (15-25 мм рт. ст.) и высоким давлением (>25 мм рт. ст.). Оценивалась частота дыхательной недостаточности, показатели жизненной емкости легких (ЖЕЛ), а также уровень артериальной оксигенации.

Результаты. У пациентов с высоким внутрибрюшным давлением (>25 мм рт. ст.) частота развития дыхательной недостаточности составила 40%. В группе с умеренным повышением давления (15-25 мм рт. ст.) этот показатель составил 25%, а у пациентов с нормальным уровнем давления (<15 мм рт. ст.) дыхательная недостаточность развилась лишь у 10% больных. Это указывает на то, что чем выше внутрибрюшное давление, тем выше риск дыхательных осложнений после трансплантации печени. У пациентов с высоким уровнем внутрибрюшного давления ЖЕЛ снижалась в среднем на 50-60% от нормальных показателей, что значительно ухудшало дыхательную функцию. В группе с умеренным давлением снижение ЖЕЛ составило 30-40%, а в группе с нормальным давлением — лишь 10-15%. Это подтверждает, что повышение внутрибрюшного давления напрямую связано с ухудшением дыхательной функции. Пациенты с внутрибрюшным давлением >25 мм рт. ст. продемонстрировали значительное снижение уровня артериальной оксигенации, что привело к необходимости применения искусственной вентиляции легких в 45% случаев. В группе с давлением 15-25 мм рт. ст. искусственная вентиляция требовалась у 20% пациентов, а в группе с нормальным давлением — лишь у 5%. Это указывает на необходимость контроля оксигенации у пациентов с повышенным внутрибрюшным давлением. Применение методов снижения внутрибрюшного давления, таких как ранняя искусственная вентиляция легких, коррекция водного баланса, дренирование и использование препаратов для уменьшения отека, привело к значительному улучшению показателей у пациентов с дыхательной недостаточностью. Частота дыхательных осложнений снизилась на 20%, а показатели ЖЕЛ улучшились на 15-20% через 5-7 дней после применения пред-

ложенной тактики. Пациенты с высоким внутрибрюшным давлением, у которых не применялись меры по его снижению, проводили в реанимации на 30% дольше, чем пациенты, у которых проводилась коррекция давления. Средняя продолжительность пребывания в отделении интенсивной терапии снизилась с 12 до 8 дней у пациентов, получавших комплексную терапию, направленную на снижение внутрибрюшного давления. В группе с применением тактики по снижению внутрибрюшного давления выживаемость через 30 дней после операции составила 90%, что на 15% выше по сравнению с пациентами, у которых не проводились мероприятия по контролю давления (75%). Это подчеркивает важность снижения внутрибрюшного давления для улучшения выживаемости после трансплантации печени.

Вывод. Результаты исследования показали, что контроль и снижение внутрибрюшного давления имеют ключевое значение для профилактики дыхательной недостаточности после родственной трансплантации печени. Комплексная терапия, направленная на уменьшение давления, способствует улучшению дыхательной функции, снижению частоты осложнений и увеличению выживаемости пациентов.

Файзов Ф.Э., Холов Д.Д., Ашуралиев Н.К.

ВЛИЯНИЕ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И КОНТРОЛЯ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Кафедра общей хирургии № 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Оценить влияние ранней диагностики и контроля внутрибрюшного давления на развитие осложнений и прогноз у пациентов после родственной трансплантации печени.

Методы. В исследование включены 200 пациентов, перенесших родственную трансплантацию печени, которые были разделены на две группы. В первой группе проводился регулярный мониторинг внутрибрюшного давления с использованием инвазивных и неинвазивных методов. Во второй группе мониторинг не проводился, и контроль внутрибрюшного давления осуществлялся только по клиническим показаниям. Оценивались частота развития дыхательной недостаточности, нарушения функции почек, уровень артериальной оксигенации и выживаемость пациентов через 30 дней после операции.

Результаты. У пациентов, которым проводился регулярный мониторинг внутрибрюшного давления, частота развития дыхательной недостаточности снизилась на 25%, по сравнению с контрольной группой, где мониторинг не проводился. Нарушения функции почек выявлялись на 30% реже в первой группе благодаря раннему выявлению повышенного внутрибрюшного давления и коррекции водного баланса. Уровень артериальной оксигенации был значительно выше у пациентов с регулярным мониторингом, что способствовало снижению потребности в искусственной вентиляции легких.

Выводы. Ранняя диагностика и постоянный контроль внутрибрюшного давления существенно снижают риск развития дыхательной недостаточности и других осложнений у пациентов после родственной трансплантации печени. Внедрение системного мониторинга давления позволяет своевременно корректировать лечение, улучшая прогноз и увеличивая выживаемость пациентов.

Файзов Ф.Э., Холов Д.Д., Ашуралиев Н.К.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНЫМ КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМОМ ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Кафедра общей хирургии № 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Улучшить результаты лечения дыхательной недостаточности у пациентов с абдоминальным компартмент-синдромом после родственной трансплантации печени.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 50 больных и проспективный анализ 60 больных с дыхательной недостаточностью на фоне абдоминального компартмент-синдрома. Контрольная группа составила 40 пациентов после родственной трансплантации печени без осложнений. Разработана и внедрена оптимизированная тактика профилактики и лечения, основанная на выявленных факторах риска.

Результаты. В ходе исследования оценивались частота и тяжесть дыхательной недостаточности у пациентов с абдоминальным компартмент-синдромом (АКС) после родственной трансплантации печени, а также эффективность предложенной тактики профилактики и лечения. Дыхательная недостаточность развилась у 31% пациентов, что подтверждает высокую частоту легочных осложнений, связанных с повышенным внутрибрюшным давлением. Среди ключевых факторов, способствующих развитию дыхательной недостаточности, были выявлены: длительная гипоксия, повышенное внутрибрюшное давление (>25 мм рт. ст.), предоперационная почечная недостаточность и ожирение.

Применение новой тактики профилактики и лечения позволило снизить частоту повторной интубации с 44,6% до 25% и сократить срок пребывания в реанимации на 20%. Показатели жизненной емкости легких (ЖЕЛ) увеличились на 15-20%, а нормализация дыхательной функции на 30%. Уровень внутрибрюшного давления был снижен с 28 мм рт. ст. до 15-17 мм рт. ст. у 80% пациентов. Краткосрочная выживаемость через 30 дней улучшилась до 90%, что на 10% выше, чем в контрольной группе (80%).

Выводы. Оптимизация тактики профилактики и лечения дыхательной недостаточности, обусловленной абдоминальным компартмент-синдромом, значительно улучшает результаты трансплантации печени, снижает частоту осложнений и повышает выживаемость пациентов.

Файзуллоева М.Ф., Курбанов У.А., Одинаева М.С.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОТРОФИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ СТОПЫ МЕСТНО-ПЛАСТИЧЕСКИМ СПОСОБОМ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ.

Кафедра хирургических болезней №2 имени академика Н.У. Усманова ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Республиканский научный центр сердечно - сосудистой хирургии

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечение трофической язвы стопы местно-пластическим способом.

Материал и методы. В отделение реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ поступила пациентка с диагнозом: трофическая язва кожи и мягких тканей правой стопы у основания I фаланги большого пальца. Состояние после иссечения язвы и укрытие дефекта мягкими тканями. Сопутствующее заболевание миелодисплазия каудальной части позвоночника, косолапость и вальгусное плоскостопие. Состояние после 10 кратных ортопедических операций. Из анамнеза больной выяснилось, что в 2019 году у больной появилась рана небольшого размера в области правой стопы у основания I фаланги большого пальца. В течении 6 месяцев пациентка получала консервативную терапию, но без успешно, рана не заживала. В 2019 году больной было проведено иссечение язвы и ушивание дефекта местными тканями, но с течением некоторого времени раны заживление не произошло, и на месте нее образовалась рана более объемного размера. Пациентка в течении 9 месяцев проводила перевязку раневой поверхности в домашних условиях различными мазями и лекарственными средствами, но безуспешно. Через 9 месяцев обратилась РНЦССХ для проведение хирургического лечения.

В плановом порядке была выполнена «Санация трофической раны метатарзальной области у основания **I** пальца с подошвенной поверхности (опорная точка) и укрытие дефекта с использованием **B-LOBED** лоскутом».

Результаты исследования и их обсуждение. Ближайший после операционный период в области основной и донорской раны протекал гладко, кровоснабжение перемещенного лоскута компенсированное. Однако вследствие хронического воспалительного течение раннего процесса на следующий день после операции в межпальцевом промежутке I и II пальцев стопы отмечалось напряжение тканей в виде отека и гиперемии. После зондирования этой области отмечалось сукровичное выделение, санация и дренирование в течении несколько дней, позволили избежать осложнение в области раны перемещенного лоскута.

Отдаленный послеоперационном период прослеживался до 2 лет. Перемещенный лоскут по толщине и цвету не отличается, рубцы малозаметны. Рецидив трофической язвы не отличался.

Выводы. Таким образом, хирургическое лечение трофических язв нейрогенного характера, остается технически сложным процессом. Полноценное иссечение нежизнеспособных тканей и укрытие дефекта перемещенным несвободным лоскутом, позволяет достигнуть хороших результатов и избежать послеоперационных осложнений.

Фурохов И.Ё., Саидзода К.И.

КОЛОНОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Кафедра хирургических дисциплин №1. ГОУ ХГМУ. Таджикистан.

Цель исследования. Изучить преимущество колоноскопии при диагностике заболевания толстой кишки.

Материалы и методы. В Республиканской клинической больнице района Дангара в период 2022–2023 гг. было проведено 30 (100%) исследований колоноскопии. Исследования проводились пациентам, направленным из стационарной и поликлинической служб, с целью исключить органические поражения толстой кишки. Минимальный возраст пациентов составил 28 лет, максимальный – 65 лет, средний возраст - 46,2года. Из вышеуказанных 17 (56,66%) человек были из сельской местности, а 13 (43,34%) пациентов были жителями городов и районов Хатлонский области. В общей объёме совокупности число мужчин составило 12 (40%) человек, а число женщин –18 (60%) человек.

Результаты исследования. Плохая подготовка пациентов, при которой оценка состояния толстой кишки не представилась возможной, – 1 (3,33%), отсутствие патологических изменений – 6 (20%), полипы толстой кишки (размером от 3 мм) – 4 (13,33%), долихосигма – 3 (10%), дивертикулы – 3 (10 %). В 2 (6,66%) случаях выявлено сочетание нескольких патологических изменений (полипы толстой кишки и дивертикулы). Внутренний геморрой диагностирован у 5 (16,68%), трещина заднего прохода у 6 (20%) пациентов.

Выводы. Таким образом, полученный опыт расценен как положительный. Колоноскопия является неинвазивным, быстрым, информативным методом исследования, что позволяет применять ее для оценки состояния толстой кишки, в том числе в скрининге колоректального рака.

Фурохов И.Ё.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Кафедра хирургических дисциплин №2 ГОУ ХГМУ.

Цель исследования. Проанализировать существующую стратегию диагностики рака предстательной железы (РПЖ) и оказания медицинской помощи.

Материал и методы. Проанализированы результаты исследования научных работ, нескольких электронных диссертаций и авторефератов; проведён поиск данных зарубежных и отечественных исследований, которые отражают данные официальной статистики; изучена система оказания помощи и применяемые методы диагностики РПЖ из статей, опубликованных в PubMed и MEDLINE за последние 10 лет.

Результаты исследования. Результаты исследования показывают, что с учетом накопившегося опыта других стран, рекомендуется усовершенствовать систему организации медицинской помощи для больных с РПЖ, охватывая все составляющие этапы. Предложенная модель исходит из реальной ситуации, связанной с необходимостью внедрения активных скрининговых программ, проведения профилактических мероприятий и своевременной диагностики, оказания эффективного лечения в рамках клинических протоколов, использования кадровых и технологических ресурсов для реализации онкологической, урологической и морфологической служб.

В нашей стране медицинская помощь больным с РПЖ оказывается на трех традиционных уровнях: на первом уровне задействованы семейные врачи, урологи и онкологи онкокабинетов, где доступ к средствам современной диагностики ограничен; на втором уровне – этап уточненной диагностики, где больные пользуются услугами областных онкоцентров и крупных урологических отделений; специализированная помощь оказывается на уровне Республиканского онкологического научного центра (РОНЦ) г. Душанбе. Своевременная диагностика, особенно на I и II этапах, должна включать комплекс мер: определение онкомаркера РПЖ - простатспецифического антигена (ПСА), трансректальное ультразвуковое исследование и пальцевое ректальное исследование.

Выводы. Согласно мировому опыту, предложенная модель организации медицинской помощи на основе доказательной медицины, позволит улучшить раннее выявление больных с РПЖ, повысить клиническую эффективность лечения и рационализировать использование ресурсов. Для системы здравоохранения страны внедрение концепции может сэкономить финансовые ресурсы и направить их на необходимые нужды по повышению качества оказания медицинской помощи населению. Комлексная реализация программ диагностики РПЖ снизит случаи запущенности заболевания, позволяя правильно стадировать и оптимизировать методы лечения.

Хайдаров З.Б., Остонаева П.М., Юнусова З.И.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ СВЯЗЬ ПТЕРИГИУМА И СИНДРОМА СУХОГО ГЛАЗА

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино,
Глазная клиника «Нигох». Таджикистан.

Цель исследования. Установить возможную патогенетическую роль ССГ в развитии птеригиума, изучив распространённость этого синдрома у пациентов с начальным первичным птеригиумом.

Материал и методы. Были обследованы 30 пациентов (10 женщин и 20 мужчин) с первичным птеригиумом I степени. Во всех случаях птеригиум располагался с назальной стороны. У пяти больных он отмечался на обоих глазах, у 25 – на одном. На втором глазу у этих пациентов обнаруживалась пингвекула. Возраст пациентов колебался от 32 до 65 лет (в среднем 42,6 года). При обследовании пациентов использовались биомикроскопия с фотофиксацией, окрашивание «глазной поверхности» (флюоресцеином натрия), функциональные тесты (Ширмера I и Норна). Все перечисленные исследования проводились на обоих глазах. При анализе жалоб уточнялось наличие субъективных симптомов ССГ: болевая реакция на инстилляцию индифферентных капель, плохая переносимость ветра, кондиционированного воздуха, ощущение сухости в глазу, ощущение инородноготела, рези и жжения в конъюнктивальной полости, слезотечение.

Результаты исследование. При сборе анамнеза было установлено, что трудовая деятельность 24 (80%) пациентов с птеригиумом была связана с работой на открытом воздухе, в сельском хозяйстве, в условиях повышенной температуры и запылённости. У 6 (60%) из 10 женщин на момент осмотра отмечались климактерические расстройства. Анамнез обследованных пациентов может указывать на артефициальный генез ССГ. У женщин можно также предполагать наличие ССГ климактерического генеза. По данным литературы, эти два фактора – наиболее частые причины-развития ССГ. Из специфических признаков ССГ на обоих глазах у 7 (23,3%) пациентов обнаружилось уменьшение слёзного мениска, слизистые нити в конъюнктивальном отделяемом отмечались у 8 (26,7%) пациентов, медленное разлипание конъюнктивы при оттягивании нижнего века – у 3 (10%). Такие пара специфические признаки, как локальный отёк бульбарной конъюнктивы и её «вялая» гиперемия, определялись практически у всех (96,7%) пациентов, включения в слёзной плёнке — у 15 (50%). При инстилляции 1% раствора флюоресцеина точечные дефекты эпителия конъюнктивы в пределах открытой глазной щели определялись в обоих глазах у 17(56,7%) больных. Точечные эпителиальные дефектыроговицы обоих глаз определялись у 19 (63,3%) пациентов. Показатели теста Ширмера I у пациентов с птеригиумом варьировали. Снижение общей слезопродукции (менее 15 мм/5 мин) имело место лишь у 8(26,7%) пациентов. Этот тест имеет низкую диагностическую ценность при выявлении лёгкой степени ССГ, сопровождаемой гиперлакремией, в отличие от теста Норна. В данном исследовании показатели теста Норна составляли в среднем 7,0+-3,4 мм, что указывает на снижение стабильности пре роговичной слёзной плёнки на обоих глазах, которое, поданным литературы, должно быть больше 10 с. На низкие значения теста Норна в глазах с птеригиумом указывали и другие авторы. Несмотря на данные литературы о наличии связи птеригиума и ССГ, до сих пор остаётся обсуждаемым вопрос о том, что первично. Некоторые авторы указывают на первичность птеригиума, вследствие нарушения анатомических соотношений на глазной поверхности, что приводит к нарушениюраспределения слёзнойплёнки. Однако в нашем исследовании в глазах с начальным птеригиумом при проведении теста Норна разрыв слёзнойплёнкина роговице происходил не в зоне птеригиума, а в других её участках. Второй, интактный глаз, не имеющий птеригиума, имел практически все те же признаки ССГ, что и глаз с птеригиумом. Таким образом, можно предположить, что ССГ является одним из этиологических факторов в формировании птеригиума.

Выводы. У всех (100%) пациентов с начальным первичным птеригиумом имеются признаки ССГ, схожие по степени выраженности в обоих глазах, что может являться одним из провоцирующих факторов образования первичного птеригиума.

Хайдаров З.Б., Сулейманова Ф.А., Остонаева П.М.

ПРИМЕНЕНИЕ ОРТОКЕРАТОЛОГИЧЕСКИХ ЛИНЗ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ РЕФРАКЦИИ

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.
Глазная клиника «Нигох». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить влияние ортокератологических линз на качество зрения при нарушениях рефракции.

Материал и методы. Были проспективно проанализированы карты 50 пациентов с близорукостью, а также пациенты с миопическим астигматизмом – 50 глаз, которые лечились ортокератологическими линзами (ОКЛ) в течение 18 месяцев на кафедре офтальмологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино и в клинике «Нигох» в период с января 2023 года по сентябрь2024 года. Критериями включения были следующие: возраст от 10 до 40 лет, сферическая сила от – 0,75 диоптрий (Д) до – 8,0 Д, астигматизм от –0,50 Д до – 4,0 Д и скорректированная острота зрения вдаль, равная или выше 1,0. Пациенты были рандомизированы на две группы: I–30 пациентов с близорукостью, и II–20 пациентов с миопическим астигматизмом. При каждом последующем обследовании оценивали не корригированную остроту зрения (НКОЗ), кератотопографию, толщину центральной части роговицы (ТЦЧР) и время разрыва слёзнойплёнки (ВРСП), а также раз в год биометрию глаза. Всем пациентам были назначены ОКЛ на ночь. Контрольные осмотры проводились через 1 час, а затем через 1, 7, 15, 30 дней и 4 месяца после ношения линз.

Результаты исследования. Наши исследования показали, что у всех пациентов после ношения ночных линз, со сроком более 6 месяцев был выявлен значительный эффект в остановке прогрессирования близорукости. Все пациенты достигли остроты зрения до 1,0, после одной недели использования ОКЛ, которая сохранялась на протяжении всего периода исследования. В то время как пациенты, не использовавшие ни один из видов коррекции, имели прирост в размерах переднезадней оси глаза, но и в ухудшении зрения в конце периода наблюдения. В группе ОКЛ роговица показала уплощение на 0,8 Д после однократного использования ОКЛ в течение ночи и общее уплощение на 1,2 Д по сравнению с исходным уровнем в конце четырёх месяцев. Изменение контрастной чувствительности, количества зеркальных элементов эндотелия роговицы, осевой длины и состояния слёзнойплёнки не было значимым ни в одной из групп.

Изменение рефракционной коррекции вызвано изменением формы роговицы, обусловленным ношением ОКЛ, уплощением центральной части роговицы и утолщением средне-периферической области. Наблюдаемое снижение показателей кератометрии отражает центральное уплощение. Этот эффект сохранялся до 1 недели ношения ОКЛ, синхронизируясь по времени с рефракционной компенсацией. Ортокератология– эффективный и безопасный метод коррекции умеренной близорукости у мотивированных молодых людей. После краткосрочного наблюдения за участниками, проживавшими в Республике Таджикистан, побочных эффектов обнаружено не было.

Выводы. Таким образом, коррекция близорукости с помощью ОКЛ обеспечивает высокую остроту зрения и улучшает качество жизни пациентов. Семи дней ношения ОКЛ достаточно для достижения полной компенсации рефракции, что приводит к последующей удовлетворительной остроте зрения. Будущие работы призваны подтвердить наши результаты в ходе более длительного наблюдения и проанализировать поведение ОКЛ в лечении близорукости и астигматизма в РТ.

Хайдаров З.Б., Махмадзода Ш.К., Каримов М.Б.

ОФТАЛЬМОТРАВМАТИЗМ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РТ

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино,
Глазные отделения ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Таджикистан.

Цель исследования. Изучение клинических особенностей и зрительных исходов у пациентов с открытыми травмами глаза среди взрослого населения РТ.

Материал и методы исследования. Было проведено ретроспективное исследование, 561 пациента (561 глаз), находящихся на стационарном лечении в офтальмо-травматологическом отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» с 1 января 2018 г. по 31 декабря 2022 года с диагнозом: открытая травма глазного яблока. Все данные, использованные в этом исследовании, были записаны в истории болезни пациентов, включая общую информацию, такую как возраст, пол, адрес, профессия, образование, время обращения, причины и местополучения травм глаз, а также, данные офтальмологического исследования: острота зрения (ОЗ), биомикроскопия, офтальмоскопия, афферентно-зрачковый дефект (АЗД), А-В – сканирования, тонометрия, диафаноскопия, рентгенография орбиты, периметрия и клинико-лабораторные исследования. Согласно системе Бирмингемской терминологии, открытые травмы глаза были разделены на четыре категории: проникающие ранения, перфорационные раны, внутриглазные инородные тела (ВГИТ) и разрывы. В зависимости от места локализации открытых травм были разделены на три зоны: зона I поражает роговицу или лимб, зона II включает повреждения, возникающие в 5 мм склеры от лимба, а зона III охватывает повреждения на всю толщину склеры, распространяющиеся более чем на 5 мм кзади от лимба.

Результаты исследования и их обсуждение. Из числа всех пациентов 471 (83,94%) были мужчины и 90 (16,04%) – женщины, соотношение мужчин и женщин составило 5,2:1. Все пациенты в зависимости от возраста были распределены на следующие группы: I группа –16-25 лет (26,2%), II – 26-35 лет (32%), III – 36-45 лет (20,1%), IV – 46-60 лет (16,2%) и V – 61 год и выше (5,5%). Результаты показывают, что наиболее частым местом ранения была зона I (46,1%случаев), за ней следовали зона I+II (31,2%), зона II (8,6%), зона I+II+III (7,1%), II+III зона (7%), а зона III (0%). ВГИТ наблюдались в 104 случаях (18,5%) от всех открытых травм глаза, и наиболее частым местом внедрения инородных тел являлась зона I (63,5%). Пациенты с остротой зрения 0 (NLP) составили 11,4%, восприятие света – движение руки – 56,3%, от 0,01-0,1 29,6%, и у 2,7% пациентов 0,2-0,6. АЗД присутствовал у 43,5% пациентов, а у 1,6%

пациентов были разрывы век с разрушением слёзного канала, и 0,35% пациентов получили травму костей орбиты. На долю взрывных травм приходилось 0,5% всех открытых травм глаза. Открытые травмы глаза, полученные фейерверками, составили 0%, только 0,35% были вызваны огнестрельным оружием, при этом у этих двух пациентов огнестрельные ранения привели к повреждению орбиты.

Острота зрения от нуля до движения руки при поступлении наблюдалась у 67,7% пациентов (380 глаз), наиболее часто поражаемыми зонами наблюдались I и I+II, что говорит о тяжести полученной травмы и определяет прогноз зрительных функций. После лечения эта группа уменьшилась до 45,8% (256 глаз). Группа больных с остротой зрения 0,01-0,6 и выше при поступлении составила всего 32,2% (181 глаз), при выписке же она увеличилась – до 53,1% (298 глаз). В целом предметное зрение удалось восстановить почти у половины пациентов – 56,6% (334 глаза). В ряде случаев снижение зрения объяснялось прогрессированием катаракты, наличием швов в оптической зоне роговицы, усилением астигматизма.

Выводы. Таким образом, ОТГ, в основном, затрагивала мужчин трудоспособного возраста (83,94%), а по локализации травмы чаще всего встречались поражения зоны I (46,1%), при этом ранящими предметами в большинстве случаев отмечены металлические предметы.

Хайдаров М.М.[1], Маликов М.Х.[1,2], Махмадкулова Н.А.[3]

УСТРАНЕНИЕ РУБЦОВЫХ КОНТРАКТУР И ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

[1]Кафедра хирургических болезней № 2 ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”
[2]ГУ “Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии”
[3]Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения контрактур и деформаций нижней конечности.

Материал и методы. В отделение реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ выполнены различные варианты реконструктивных операций при послеожоговых и посттравматических контрактур и деформациях нижней конечности 54 пациентам.

В большинство случаев имели место контрактуры разгибательного характера, которые сопровождались протяженными рубцовыми деформациями и дефектами мягких тканей голени и стопы. Среди общего числа пациентов патология встречалась у 39 детей в возрасте до 18 лет.

Анамнестические данные установили, что часто факторами повреждения явились кипяченая вода и раскаленное масло.

Результаты исследования. Дети были оперированы под общим наркозом, взрослые под общим и эпидуральным обезболиванием. Разновидности вариантов Z-пластики были использованы в большинство (53,7%). Всем пациентам оперативные вмешательства были выполнены под оптическим увеличением с прецизионной техникой, исключительно операции сопровождались наложением кровоостанавливающего жгута. Нестандартные способы операции были осуществлены при тяжелых степенях патологии и протяженных рубцовых деформациях. Образовавшиеся кожные дефекты были укрыты полнослойными кожными аутотрансплантатами.

Целью осуществления операции под оптическим увеличением явилась адекватная мобилизация кожно-фасциальных лоскутов, осуществление невролиза и артериолиза.

В ближайший послеоперационный период нагноение раны имел место в 3 наблюдениях, некроз кожно-фасциальных лоскут в 5 наблюдениях. Указанные осложнения на исходы операции негативно не повлияли.

Заключение. В последние годы отмечается учащение случаев ожога, особенно среди детей, исходом которого является развитие тяжелых контрактур и деформация нижней конечности. Порою отмечается наличие сочетанной контрактуры стопы, пальцев и коленного сустава. Адекватно выбранная тактика способствует достижение удовлетворительных функциональных результатов лечения.

Хакназаров Х.Ш., Зикирзода А.Х., Хакназарова Ф.Х., Хакназарова Ф.Б.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХВЛИЯНЫЕ ЛЕЧЕБНОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Курс трансфузиологии ГОУ ИПОвСЗРТ, ГМЦ №2 им. ак. К.Таджиева, Кафедра акушерства гинекологии №2 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибн Сино, ГУ ЦРБ Рудаки

Цель исследования. Оценить качества получавших курс лечебного плазмафереза в условиях дневного стационара в зависимости от психоэмоционального состояния и факторов, влияющих на здоровье сберегающее поведение пациентов.

Материал и методы. В исследование включены 120 пациентов обоих полов в возрасте от 30 до 90 лет с повышенным уровнем одного или нескольких биомаркеров нарушение состояние гомеостаз. Сформированы 3 группы по 40 человек: 1-я группа — пациенты, получавшие лечение простой центрифужным плазмаферезом; 2-я группа — пациенты, получавшие лечение плазмаферезом с аппаратным методом; 3-я группа (контрольная) — пациенты, не получавшие лечения. Пациентам 1-й группы выполнены 3 процедуры плазмафереза с удалением 30% объема циркулирующей плазмы.Пациентам 2-й группы выполнены 3 процедуры плазмафереза с удалением 40% объема циркулирующей плазмы с возмещением донорской плазма. Анкеты пациенты заполняли самостоятельно до лечения, а также через 30 дней после начала лечения плазмаферезом.

Результаты и обсуждение. Анкетирование пациентов 1-й и 2-й групп выполнено через 30 дней после курса плазмафереза. Отмечено статистически значимое улучшение физического и психологического компонентов здоровья,

а также показателей качества жизни по следующим шкалам опросника: физическое функционирование, интенсивность боли, общее состояние здоровья, социальное функционирование и ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, по сравнению с исходными данными и теми же показателями у лиц контрольной группы. После курса плазмафереза у пациентов обеих групп также установлено статистически значимое увеличение показателей по следующим шкалам анкеты: физическая активность, внутренний рост и управление стрессом. Через 30 дней после лечения отмечены более высокие оценки в баллах по всем шкалам опросника по сравнению с исходными данными и теми же показателями у лиц контрольной группы.

Заключение. Получение курса лечебного плазмафереза положительно повлияло на показатели качества жизни, психоэмоциональное состояние и приверженность здоровому образу жизни у пациентов в возрасте 30—90 лет по данным опроса с использованием анкеты.

Хакназаров Х.Ш., Зикирзода А.Х., Хакназарова Ф.Х.

ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРЫХ МАССИВНЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибн Сино, ГМЦ №2 им. ак. К.Таджиева, Кафедра акушерства гинекологии №2 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибн Сино, Таджикистан

Цель исследования. Изучить принципы лечения при острых массивных желудочно-кишечных кровотечениях.

Материал и методы. В исследование было включено 120 больных, обратившийся с 2019 по 2023 году по поводу желудочно – кишечных кровотечениях продолжительностью более 24 часов в хирургических отделениях ГУ ГМЦ №2 имени академик К.Таджиева город Душанбе. Из них 72 больных, 60% были мужчины, остальные – 48больных (40%) женщин. Средний возраст составил 52год. Наиболее частая причина массивных кровотечениях, была, Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки – 42 больных (35%); за ней следовали гинекологическое -28 больных (23%); геморрой – 27 больных (22,5%); неизвестной этиология – 12 больных (10%), и у 11 больных (9,1%) было дивертикулярная болезнь и неспецифический язвенный колит.

Результаты и обсуждение. По сравнению с группой без вмешательства, с группой вмешательства были проведены с пациентами с более частыми кровотечениями и более частую артериальную гипотензию. Вмешательства включали переливание компонентов крови (100%), эндоскопический гемостаз (32%) и хирургическое вмешательство (26%). При проведении инфузионно-трансфузионной интенсивной терапии необходимо учитывать не только общее количество вводимых растворов, но и отдельных компонентов, обеспечивающих восстановление гемодинамики и транспорта кислорода в ткани. Для коррекции нарушений системы гемостаза при кровотечениях, рекомендуется максимально рано использовать транексамовую кислоту и компоненты крови СЗП, криопреципитат, тромбоцитарная масса и эритроцитарная масса в соотношение 3:4:4:1 дозы.

У пациентов с критическим кровотечением, которым необходима массивная трансфузия, использование протокола массивной трансфузии для своевременного и надлежащего применения компонентов крови, может снизить риск смертности и острого респираторного дистресс-синдрома.

Выводы. Принципы комплексного лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями, включающая разработанные способы гемостаза, усовершенствованную специфическую гемостатическую терапию системными гемостатическими средствами, позволила повысить возможности лечения, сократить оперативную активность и уменьшить летальность.

Халимов Дж.С., Сайдалиев Ш.Ш., Назаров Х.Ш.

ПЕРСОНИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРЫХ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Цель исследования. Обосновать эффективность применения персонизированной тактики лечения острых кровоточащих гастродуоденальных язв.

Материал и методы исследования. Ретроспективно анализированы результаты лечения 174 больных с кровоточащими язвами желудка и ДПК. Кровотечение из дуоденальных язв имело место у 140 (80,4%) больных, язвы желудка явились причиной кровотечений у 34 (19,6%). Лица трудоспособного возраста составляли - 112 (64,4%) больных. Лечение проводилось в соответствии с принятым протоколом МЗ и СЗН РТ, т.е. с базовыми принципами активно-персонизированного подхода.

Результаты исследования. Несмотря на современные тенденции оснащённости различных клиник медоборудованием, включая эндоскопическими технологиями, до сих пор остаётся высокая в них потребность. Дана характеристика и представлены полученные результаты по основным составляющим компонентам активно-персонизированной тактики в лечении кровотечений из острых гастродуоденальных язв. Установлены лечебно-диагностические возможности видеоэндоскопии, представлена оригинальная шкала прогнозирования риска рецидива кровотечения, обоснован выбор сроков и основные показания к выполнению оперативных вмешательств, подчёркнута роль рецидива кровотечения, как основополагающего момента в формировании основных результатов лечения пациентов с кровоточащими острыми язвами желудка и ДПК.

Выводы. Современный подход лечения острых язвенных гастродуоденальных кровотечений требует адекватного максимального использования миниинвазивных способов, преимущественно эндоскопического гемостаза. При этом большое значение придаётся организационным вопросам, основу которых составляет согласованное взаимодей-

ствие хирурга, эндоскописта, анестезиолога–реаниматолога, техническая оснащённость их действий. Персонизированный принцип лечения больных позволяет, с учётом индивидуальных особенностей организма, снижать количество осложнений и летальных исходов, а также благоприятно сказывается на качество жизни пациентов.

Халимов Дж.С., Сайдалиев Ш.Ш., Хуршеди Х.

ОСТРЫЕ ЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ: ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

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

Цель исследования. Усовершенствовать методики современной терапии острых язвенных гастродуоденальных кровотечений (ОЯГДК).

Материалы и методы. В стационаре неотложной хирургии ГУ ГЦСМП г.Душанбе находились на лечении 162 пациента с ОЯГДК, за период с 2019 по 2024гг., при этом больные гериатрического возраста составили 12 (7,4%) пациентов. Контингент трудоспособного возраста находился в пределах от 30 до 50 лет - 94 (58%) больных. Особого внимания заслуживает значительная часть больных, поступивших в клинику с тяжёлой и крайне тяжёлой кровопотерей – 62 (38,3%). Встречались различные сочетания двух хронически текущих течений патологий – 37 (48,7%) пациентов, трёх патологий у 6 (7,9%) пациентов, более трёх – у 4 (5,3%) больных. У пациентов с ОЯГДК при обследовании в 52 (32,1%) наблюдениях устанавливали ещё и другие осложнения язвенной болезни, которые существенно оказали влияние на выбор методов лечения. Всем больным проводились клинико-лабораторные и инструментальные методы диагностики, включая эндоскопические.

Результаты и их обсуждение. Алгоритм лечения включал два этапа: 1) определение степени кровопотери и госпитализация больных с тяжёлым кровотечением в ОРИТ с проведением гемостатической и заместительной терапии; 2) ургентная ФГДС при поступлении с определением угрозы рецидива кровотечения (РК) по классификации Forrest и проведение эндоскопического гемостаза (ЭГ) с учётом локализации язвы; 3) эндоскопический мониторинг, выполняемый в первые сутки от времени госпитализации пациентам с FI a, b, c и FII a, b, а также пациентам с РК с попыткой повторного эндогемостаза; 4) адекватная антисекреторная терапия (ИПП) - парентерально под контролем pH желудка. Активное внедрение такой схемы терапии позволило уменьшить количество РК до 6,2%. А активный ЭГ привёл к снижению хирургической активности до 3,4%. Операции выполнялись при неэффективности ЭГ, рецидиве кровотечения, носили характер ургентных и заключались в иссечении кровоточащей язвы. При невозможности иссечь язву выполнялась РЖ в модификации Гофмейстера-Финстерера. Считаем, что паллиативное простое прошивание кровоточащей язвы является неэффективным, поскольку это в более чем 90% случаев заканчивается РК. Общая летальность в группе больных с ОЯГДК составила 10,4%. Вторым этапом является всестороннее обследование больного после стабилизации состояния для выявления группы больных с высоким риском развития повторных грозных осложнений болезни и определение адекватной лечебной тактики.

Выводы. Таким образом**,** своевременная госпитализация больных в хирургический стационар с проведением адекватной антисекреторной, противоязвенной терапии с суточным эндоскопическим мониторингом, а также предложенная двухэтапная схема позволяет снизить количество осложнений и летальных исходов.

Халимова З.С., Фучаджи Е.В., Курбанова Р.С.

АНАЛИЗ ПРИОБРЕТЕННОЙ НЕОБРАТИМОЙ СЛЕПОТЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
Клиника “Асан”. Таджикистан.

Цель исследования. Анализ структуры, причин и механизмов развития приобретенной необратимой слепоты у детей дошкольного возраста, а также разработка эффективных путей профилактики.

Материал и методы. На базе клиники Асан, нами было проведено ретроспективное исследование 31 историй болезни детей дошкольного возраста с приобретенной необратимой слепотой, в период с января 2019 по январь 2024 года. Все пациенты были направлены в указанную клинику из других медицинских учреждений. Возраст детей составил от 10 месяцев до 6,5 лет, в среднем составил 4±0,1 года. Острота зрения варьировалась от 0 до светоощущения неправильной проекции. В анализируемой группе из 31 пациента, монокулярная (односторонний характер) потеря зрения была в 24 случаях (77,4%), бинокулярная (двусторонний) в 7 случаях (22,6%).

Результаты исследования. У 15 пациентов монокулярная потеря зрения была вследствие перенесенной травмы органа зрения. Из них у 6 пациентов, в анамнезе, контузия органа зрения тяжелой степени, у 9 пациентов проникающее ранение корнеосклеральной области. Потеря зрения в результате воспалительных заболеваний глаз (эндофтальмит, увеиты) зафиксирована у 7 пациентов с монокулярной и 1 пациента с двусторонней потерей зрения. Утрата зрения при осложненном течении врожденной близорукости высокой степени отмечена у 2 детей с односторонним и 3 детей с двусторонним амаврозом. У 3 детей с бинокулярной слепотой выявлена ретинопатия недоношенных осложнившаяся отслойкой сетчатки. У всех детей анализируемой группы на В-сканировании отмечены признаки фиброза стекловидного тела, старая отслойка сетчатки.

Из собранного анамнеза следует отметить позднее обращение за первичной врачебной помощью со стороны родителей детей. Родители обосновывали это отсутствием жалоб со стороны детей, удаленностью проживания от специализированных центров. Следует отметить отсутствие информированности родителей недоношенных детей о течении и последствиях глазных осложнений ретинопатии недоношенных. Пациенты с осложненной близорукостью высокой степени никогда не были осмотрены офтальмологом вплоть до наступившей потери зрения.

Выводы. Наибольшие риски потери зрения отмечены вследствие травм органа зрения. Однако, в перспективе, надо учитывать и увеличивающееся количество детей с недоношенностью. Следует разработать программы для повышения уровня информированности среди родителей и специалистов (педиатров, неонатологов, неврологов) о глазных патологиях у детей, включая обязательные скрининги.

Халимова З.С., Курбанова Р.С., Фучаджи Е.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ АТРОПИНИЗАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИОПИИ СЛАБОЙ СТЕПЕНИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

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

Цель исследования. Изучить эффективность применения длительной лечебной атропинизации и изменение динамики миопической рефракции слабой степени под её воздействием, у детей первого года жизни.

Материал и методы. Объектом исследования стали 60 детей в возрасте от 7 до 12 месяцев с диагностированной миопией слабой степени (на фоне циклоплегии), находящихся под наблюдением офтальмологов клиники Асан г. Душанбе. В группу отбора не были допущены дети с имеющимся содружественным альтернирующим косоглазием.

Для исследования использовали бинокулярную рефрактометрию с помощью ручного педиатрического авторефрактометра Plusoptix. Первичная рефрактометрия была проведена в бинокулярном режиме, без предварительной циклоплегии (медикаментозного паралича цилиарной мышцы) и после 3-х кратной инстилляции 0,5% раствора циклопентолата. Средний показатель рефракции на фоне полной циклоплегии составил -1,25±0,25 диоптрий. Повторная рефрактометрия была проведена через 6 месяцев, после применения длительной лечебной атропинизации (ежедневная, однократная инстилляция 0,01% раствора атропина сульфата). Также были рекомендованы прогулки на свежем воздухе.

Результаты исследования. Повторная рефрактометрия проводилась без циклоплегии, и данные сравнивались с результатами первичной рефрактометрии, проведённой на фоне циклоплегии.

При повторном обследовании после шестимесячной длительной лечебной атропинизации: у 47 (78,4%) детей рефракция стабилизирована, прогресса близорукости не отмечено, у 8 (13,3%) обследованных зафиксирована миопизация на – 0,12±0,12 диоптрий, у 2 (3,3%) детей увеличение близорукости в среднем на – 0,75±0,12 диоптрий. Трём (5,0%) пациентам пришлось отменить ДЛА в связи с жалобами родителей на выраженное покраснение кожных покровов и светобоязнь у детей, и другими причинами.

Выводы. По итогу проведенного нами исследования можно сделать вывод о том, что длительная лечебная атропинизация продемонстрировала высокую эффективность в контроле прогрессии миопии слабой степени у детей первого года жизни. Это может говорить о том, что данный метод можно смело внедрять в практику детских офтальмологов.

Помимо применения длительной атропинизации, необходимо разъяснить родителям пациентов важность дозирования зрительной нагрузки и обеспечение регулярных прогулок ребенка на свежем воздухе.

Хамроев Б.М., Мухаббатов Дж.К., Аннаев М.Б.

АНАЛИЗ МЕСТНЫХ И ОБЩИХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ СУЖЕНИЕМ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПРЯМОЙ КИШКИ

Кафедра обшей хирургии №1 им. профессора Каххорова А.Н. ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Цель исследования. Выявить частоту встречаемости местных и общих изменений у больных со сужением ануса, возникшим после оперативного лечения острых и хронических патологий анального канала.

Материал и методы. В отделении колопроктологии ГУ ГМЦ №2 им. академика К. Тоджиева г. Душанбе, с 2018 г. по 2023 г., проводился анализ местных и общих изменений у 92 больных с послеоперационным сужением анального канала (по 46 больных в основной (ОГ) и контрольной (КГ) группах). Для установления диагноза проводились опрос, осмотр промежности, УЗИ с линейным датчиком, МРТ исследование промежности по показаниям и лабораторные исследования. Среди местных изменений были изучены частота встречаемости и характер пектеноза анального сфинктера и деформации анального канала. В качестве критериев общих изменений в организме пациентов со стенозом ануса после оперативного лечения хирургических патологий анального канала были включены кахексия и гипопротеинемия.

Результаты исследования. Местные изменения в виде пектеноза анального сфинктера и деформации анального канала у больных со сужением ануса, возникшим после оперативного лечения острых и хронических патологий анального канала составил 34,8% наблюдений. Анализ пектеноза анального сфинктера показал его наличие у 21 (22,8%) пациента: 12 (26%) случаев среди пациентов ОГ и 9 (19,6%) случаев в КГ. Большинство случаев пектеноза сфинктера прямой кишки развивалось у пациентов после перенесённых острых гнилостных и анаэробных парапроктитов, что обусловлено реактивным сужением сфинктера и формированием обширных рубцов. Деформация анального канала была выявлена в 11 (12,0%) наблюдениях, включая 6 (13,0%) случаев среди пациентов основной группы и 5 (10,9%) в контрольной группе. Статистически значимое изменение в биохимическом анализе крови, а именно гипопротеинемия, наблюдалась у 10 (10,9%) пациентов с III степенью послеоперационного сужения анального канала с давностью более трёх лет: 4 (8,7%) случая в основной группе и 6 (13,8%) в контрольной группе. Почти у всех больных, 9 из 10 (90,0%), с гипопротеинемией была обнаружена кахексия разной степени: 5 (10,9%) случаев среди пациентов основной группы и 4 (8,7%) в контрольной группе. Предполагается, что гипопротеинемия у пациентов с послеоперационным стенозом анального канала может быть связана с болезненностью и трудностью акта дефекации, особенно когда наружное отверстие анального канала не пропускает даже кончик пальца.

У 8 (17,4%) пациентов основной группы с III степенью послеоперационного сужения анального канала было проведено магнитно-резонансное томографическое исследование. В результате у 2-х (4,3%) пациентов была выявлена инфильтрация одной из стенок анального канала и нижнеампулярной части прямой кишки, что может указывать на воспалительные изменения, приводящее к формированию в дальнейшем пектеноза анального канала.

Выводы. Проведённый анализ местных изменений у пациентов с постоперационным сужением ануса прямой кишки показывает, что их частота встречаемости составляет 34,8% случаяев. Среди них пектеноз анального сфинктера составляет 22,8% случаев, а деформация анального канала – 12%. У этих пациентов общие изменения в виде гипопротенемия и кохексия встречается в 20,6% случаях. Из них, 10,9% наблюдений составляет гипопротенемия и 9,8% случаев приходится кохексии.

Хасани А., Нажмидинов Х.Н., Шамсиев Дж.А.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕРНАЛУРЕТРОТОМИИ

Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии»
Медицинский центр «Дунёи саломат»

Цель исследования. Профилактика возникновения осложнений после интернал-уретротомии.

Материал и методы исследования. За периоды с 2021 по август 2024 гг. на базе кафедры урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» были выполнены эндоскопические операции интерналуретротомии по поводу стриктур уретры у 82 пациентов в возрасте от 18 до 72 лет. У 38 пациентов (46,3%) причинами развития стриктур были травмы, у 23 (28,0%) больных появились после операции, а у 18 (21,9%) были стриктуры инфекционной этиологии. Протяжённость стриктур уретры составляла от 0,5см до 3,5см. Всем больным проводили комплексное урологическое обследование. После предоперационной подготовки, включая уретроцистографию, всем больным была проведена интерналуретротомия. В послеоперационном периоде внутрипузырный катетер Фолея удаляли в сроки от 18 до 21 суток. На основании данных бактериологических исследований проводилась антибактериальная терапия в сроки от 18 до 21 дней. Также в первые 5 дней назначались нестероидные противовоспалительные препараты, гормоны, витамины. На третьи сутки после удаления катетера Фолея в реабилитационном периоде проводилось бужирование по схеме в течение одного года. Сроки наблюдения составили от нескольких месяцев до 3-х лет.

Результаты исследования. При анализе ближайших и отдаленных результатов эндоскопического лечения стриктур уретры выявлено, что эффективность интерналуретротомии составляет 80,4%. У 17 (20,3%) пациентов наблюдались неудачи лечения, проявляющиеся рецидивами стриктуры мочеиспускательного канала, при чем только у 4 (4,8%) пациентов в последующем потребовались открытые уретропластики, а в 13 (15,8%) случаев пациенты были реабилитированы при проведении повторных эндоскопических операций. При проведении операций были отмечены ряд интраоперационных осложнений: кровотечение из кавернозных тел – в 4 (4,8%) случаях, в послеоперационном периоде выраженная уретроррагия была отмечено в 3 (3,6%) случаев, инфекционно-воспалительные осложнения (уретрит – 12 пациента, 14,6%, простатит 16 (19,5%), орхоэпидидимит 5 (6,1%) случаев). В позднем послеоперационном периоде у 19 (23,1%) пациентов был отмечен рецидив стриктуры, 8 (9,7%) пациентам из них выполнена уретропластика, 11 (13,4%) – повторное интерналуретротомия.

Выводы. В результате проведенного исследования нами изучены неудачи, опасности и осложнения эндоскопических методов лечения стриктур мочеиспускательного канала. Основой безопасного выполнения интерналуретротомия и профилактики осложнений являются: опыт хирурга, исключение насильственных манипуляций инструментом, обеспечение эндоскопического контроля на всех этапах операции.

Хасанов Б.Н., Аскаров А.Т., Мираков Б.Т.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАРАЛИЧОМ ЯГОДИЧНЫХ МЫШЦ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ПОЛИОМИЕЛИТА

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

Цель исследования. Улучшение качества жизни пациентов путём создания статической устойчивости и возможности передвижения парализованными конечностями.

Материалы и методы. Изучены истории болезни и протоколы операций 11 больных с параличом ягодичных мышц, поступивших в ортопедическое отделение ГОУ НМЦ РТ «Шифобахш» за последние 24 года. Мужчин было- 8 (72,7%), женщин - 3 (27,3%). Больных в возрасте от 10-17 лет было 7 (63,6%) и 18-25 – 4 (36,4%). Давность заболевания колебалась до 10 лет – у 9 (81,8%) и более10 – у 2 (18,2%). Больные до поступления получили комплекс медикаментозного и восстановительного лечения по месту жительства, однако они были не регулярными. При этом 58% больных пользовались костылями, а 42% - передвигались самостоятельно с трудом или, удерживая нижние конечности руками. Части больным (18%) были попытки выполнить отдельные элементы операции в других лечебных учреждениях, но безуспешно. Всем пациентам выполнялось стандартные (клинические, ортопедические, рентгенологические и неврологические с определением бальной оценки парализованных мышц) обследования. Поражения правой нижней конечности отмечено у 8 (72,7%), левой – у 3 (27,3%).

Результаты исследования. При выборе тактики ортопедического – хирургического лечения мы ориентировались на локализацию поражённых мышц. наличие контрактур в суставах (артрогенная, миогенная), способности активного сгибания и разгибания в суставах, степени сохранения сократительной способности пораженных мышц. Система оперативной стабилизации, пораженной после полиомиелита нижней конечности, направлена на создание

пассивно- активной устойчивости этой конечности с сохранением подвижности в крупных суставах и создания возможности передвижения парализованными конечностями.

В норме ягодичные мышцы обеспечивают устойчивость в нижней конечности. Перенесенный полиомиелит приводит к параличу этих мышц с различной степенью тяжести, что нарушает стабильность сегмента конечности. Поэтому задача ортопеда – выбрать наиболее активный тактический подход к хирургической реабилитации поражённой конечности.

При параличе ягодичных мышц многие авторы предлагают пересадку мышц туловища на бедро, однако эти операции травматичны и сложны в выполнении. Этим категориям больных с целью стабилизации тазобедренного сустава произведена лавсанопластика тазобедренного сустава. Суть операции заключается в том, что после вскрытия вертельной области просверливается поперечный канал в вертельной области спереди назад, через который проводится крупноячеистая лавсановая лента длинною около 50-60 сантиметров. У выхода из канала концы ленты перекрещиваются и ушиваются к мягким тканям. Концы ленты подфасциально проводятся до мышцы спины и после установки бедра в физиологическом положении ушиваются в состоянии натяжения. После операции накладывается гипсовая иммобилизация до угла реберных дуг на три недели. У всех больных отмечено благоприятное послеоперационное течение. Проведена реабилитационная терапия. Больные стали самостоятельно ходить с помощью трости. Используемая лавсанопластика заменяет функцию парализованных ягодичных мышц.

Отдаленные результаты прослежены в сроки от 1 года до 10 лет у 10 (90,9%) больных. Все больные перестали пользоваться костылями, тростью, удерживать пораженную ногу руками. Подвижность в коленных, тазобедренных и голеностопных суставах сохранялась.

Выводы. Таким образом, наши наблюдения показывают, что лавсанопластика тазобедренного сустава при параличе ягодичных мышц различной степени тяжести после перенесенного полиомиелита в 91% случаев дала положительный исход с последующим улучшением статики и походки.

Хасанов Б.Н., Мухамедова И.Г., Мираков Б.Т.

РАННИЙ ОСТЕОСИНТЕЗ И ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПОЛИТРАВМЫ

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

Цель исследования. Улучшение результатов профилактики тромбоэмболических осложнений при раннем остеосинтезе в остром периоде политравмы.

Материалы и методы. Изучены истории болезни 341 больного с политравмой в возрасте от 16 до 60 лет. Мужчин - 219 (64,2 %), женщин - 122 (35,8 %). В зависимости от предлагаемой лечебной тактики больные были распределены на две группы. На основывании результатов балльной оценки тяжести состояния больных (система «ВПХ – СП» по Гуманенко и многомерная шкалы оценки тяжести травматического шока по Г.И. Назаренко), в основной группе остеосинтез выполняли в ранние, а в контрольной – в отсроченные сроки. Дополнительно к общепринятым клинико-лабораторным тестам, проводили исследование коогулограммы, по экспресс-методу и инфракрасной спектроскопии с целью диагностики жировой глобулемии.

Результаты исследования. В основной группе у 155 (%) больных остеосинтез выполнен на 216 сегментах опорно-двигательного аппарата. В зависимости от тяжести состояния больного и тяжести повреждений, экстрамедуллярный стабильно–функциональный остеосинтез выполнен в 136 (63%) случаях, компрессионно – дистракционный остеосинтез - в 32 (14,8%), остеосинтез стержневыми аппаратами – в 29 (13,4%), минимальный остеосинтез (спицами, винтами, шурупами) – в 19 (8,8%) случаях. С учетом характера повреждения. У 75 (22%) из них применялись консервативные методы лечения переломов.

В контрольной группе у 186 больных выявлены 312 переломов опорно-двигательного аппарата, из них в 114 сегментах выполнено консервативное лечение переломов. В остальных 198 сегментах выполнены различные варианты остеосинтеза: экстрамедуллярный остеосинтез выполнен у 116 (58,6%) больных, компрессионно – дистракционный остеосинтез у 31 (15,6%), остеосинтез стержневыми аппаратами – у 17 (8,6%), минимальный остеосинтез (спицами, винтами, шурупами) – у 34(17,2%) больных.

В обеих группах учитывая возраст пострадавших, показатели коогулограммы, тяжесть повреждений, сопутствующие заболевания и осложнения прибегали к применению антикоагулянтной терапии. С целью нормализации крово- и лимфообращения в поврежденных сегментах при стабильном остеосинтезе исключалось применение иммобилизации поврежденных сегментов гипсовыми повязками.

При изучении результатов лечения развитие тромбофлебита установлено у 58 (17%) пострадавших, в основной группе у 14 (9%) и в контрольной - у 44 (23,6%) пациентов. Тромбоэмболия легочной артерии установлена у 11 (3,2%) пострадавших, в основной группе – у 2 (1,3%) и контрольной – у 7 (3,8%) пострадавших.

Важные тактические вопросы острого периода политравмы при выполнении раннего остеосинтеза нами решались с учетом объективных бальных методов оценки тяжести состояния больных по системе «ВПХ – СП» по Гуманенко и многомерной шкале оценки тяжести состояния больных по Назаренко. Такой подход позволил: значительно сократить удельный вес осложнений путем ранней активизации больных, тем самым нормализовать крово- и лимфообращение в повреждённой конечности и ликвидировать периферический очаг раздражения;

Выводы. Таким образом, ранний стабильный остеосинтез в остром периоде политравмы, влияет на эффективность профилактики тромбоэмболических осложнений, тем самым, сокращая их удельный вес.

Хасанов Н., Назаров Ш.К., Сафаров Ш.Ф.

РЕЛАПАРОТОМИИ ПО ТРЕБОВАНИЮ

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

Цель исследования. Ранняя профилактика послеоперационных интраабдоминальных осложнений.

Материал и методы. В основу исследования положены результаты анализа проведенных релапаротомий по требованию у 47 пациентов находившихся в отделениях неотложной хирургии ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г.Душанбе являющийся клинической базой кафедры хирургических болезней №1 им.академика Курбонова К.М. ГОУ«ТГМУ им. Абуали ибни Сино» за период с 2014 по 2024 годы.

Среди исследованных пациентов лица мужского пола были 31(65,9%) пациентов, женского пола 16(34,01%) пациентов. Средний возрастной диапазон пациентов был 34,1±2,9(p<0,5).Было изучено первичный характер и виды проведенных оперативных вмешательств. Релапаротомии по требованию по поводу острого аппендицита было проведено у 3(6,3%) пациентам, острой кишечной непроходимостью у 7(14,8%) пациентов, абсцессом брюшной полости у 9(19,1%) пациентов, мезентериальным тромбозом у 5(10,6%) пациентов, перфорацией язвенной болезнью желудка и двенадцатипёрстной кишки у 5(10,6%) пациентов,острым деструктивным панкреатитом осложнённой панкреонекрозом и общим перитонитом у 7(14,8%) пациентов, острым калькулёзным холециститом у 5(10,6%) пациентов, и закрытой травмой органов брюшной полости у 6(12,7%) пациентов. Течение послеоперационного периода оценивали по показателям клинико-лабораторных методов исследования, маркеров провоспалительного процесса, ЛИИ, сонографическим показателям, рентгенологическим показателям. Для оценки состояния пациентов с послеоперационным перитонитом и прогнозированием летальности было использовано MPI(Мангеймский индекс брюшной полости), шкала бальной оценки характера поражения брюшной полости при перитоните ИБП (индекс брюшной полости).

Результаты исследования. Большинство проведенных срочных релапаротомий было выполнено на 2-4 сутки от момента проведения релапаротомии и было обусловлено развитием ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений, которые были диагностированы комплексно. Обьём и метод хирургической тактики определяли дифференцировано, с учётом характера осложнений, степени выраженности патологических изменений в брюшной полости и тяжести состояния пациентов. Во всех случаях при послеоперационных перитонитах брюшная полость была санирована озонированным раствором Рингера. Анализ данных показал, что у 39(82,9%) было обнаружено 1-степень послеоперационного перитонита по MPI, что составило <21 балла, и преобладал серозный перитонит, с распространенным гнойным перитонитом было 5(10,6%) пациентов, у которых составило 27 баллов относящиеся к 2 –степени и у 3(6,38%) с > 29 баллов. Анализируя материал исследования было установлено, что 41(87,23%) пациентам было выполнено релапаротомии по требованию, а программные у 6(12,7%) пациентам прогамированные.

Выводы. Клиническая диагностика послеоперационного перитонита ввиду стёртости весьма затруднена, и она протекает на фоне не полностью разрешившегося перитонита, по поводу которого была выполнена первичная операция. Выраженной клинической симптоматики не наблюдается, и чаще всего симптомы проявления катастрофы в брюшной полости весьма стёртые. И такое течение должно настораживать оперирующего хирурга нарастанием симптомов интоксикации после 2-4 суток интенсивного лечения. А интенсивное динамическое наблюдение, применение современных методов комплексной диагностики помогут установить и уточнить развившееся послеоперационное осложнение и показания к релапаротомии.

Хасанов Н., Назаров Ш.К., Сафаров Ш.Ф.

МЕСТО ПРОГРАММИРОВАННЫХ РЕЛАПАРОТОМИЙ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЁННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

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

Цель исследования. Изучить информативность интегральных шкал для оценки состояния пациентов с распространённым гнойным перитонитом.

Материал и методы. Клиническое исследование основано на анализах ретроспективного и проспективных групп 68 пациентов с распространённым гнойным перитонитом находившихся на стационарном лечении за период с 2010 по 2024 годы в отделениях неотложной хирургии ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г.Душанбе являющийся клинической базой кафедры хирургических болезней №1 им.академика Курбонова К.М. ГОУ«ТГМУ им. Абуали ибни Сино» за период с 2010 по 2024 годы. Мужчин было 47(69,1%), женщин 21(30,8%) пациентов. Средний возрастной диапазон составил 33,9±1,7 (p<0,5) лет. Из 68 пациентов, 43(63,2%) пациентов были оперированы методом программированной релапаротомии и 25(36,7%) пациентам релапаротомии по требованию. Для решения поставленных задач были использованы клинические и лабораторные методы исследования в частности маркеры прововспалительного процесса, показатели эндогенной интоксикации, Узи диагностика, измерение ВБД, микробиология перитонеального экссудата после каждой санации, статистическое исследование. Все пациенты были разделены на группы риска. MPI (Мангеймский индекс перитонита), Узи признаки перитонита, показатели ВБД, индекс риска NNIS (National nozocominal infection survilance). Значения MPI (Manheim Peritonitis Index) были в пределах от 0 до 47 баллов. Результаты стратификационной шкалы была от 0 до 18 использованы всем пациентам с РГП.

Результаты и обсуждение. Все пациенты были разделены на группы, группа ремиссии с низким баллом(0-8 баллов), высоким (9-15 баллов) и очень высоким (16-18 баллов) развития гнойно-септических внутрибрюшных ослож-

нений. Суммируя баллы в ходе проведения исследования было установлено, что по результатам стратификации больные были разделенына 3 группы: с низким (0—8 баллов) и высоким (9—15 баллов) и крайневысоким (16—18 баллов) риском развития внутрибрюшных гнойных осложнений.

При количестве баллов более 9 частота необходимость релапаротомии составила 90 % , при значениях от 0 до 8 баллов – менее 5 % (у каждого пятого пациента), и число проведенных этапных санаций колебалось от 2-х до 3-хчастота необходимости проведения релапаротомии составила более 90% а при значениях от 0 до 9 баллов менее 5-10%. У всех пациентов с высоким риском развития внутрибрюшинных гнойных осложнений в 100% случаев развивались абдоминальный компартмент синдром(АКС) и пациентам была применена тактика открытого способа введения брюшной полости с обязательной тотальной закрытой интубацией тонкой и толстой кишки, реализация такого подхода лечения пациентов с РГП и применением шкалы стратификации позволила сократить число послеоперационных гнойно-септических осложнений и количество летальных исходов.

Выводы. Применение стратификационной шкалы при РГП показала высокую релевантность. При выполнении первичной операции стало возможно объективно прогнозировать риск развития внутрибрюшных гнойно-септических послеоперационных осложнений. И стратификационная шкала как один из упрощенных методов оценки риска для каждого пациента может облегчает принятие решения о необходимости повторной лапаротомии и изменении характера интенсивной терапии.

Хасанов Н., Зокиров Р.А., Достиев У.А.

ИШЕМИЧЕСКО-РЕПЕРФУЗИОННОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ: ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОГНОЗ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Кафедра общей хирургии № 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Национальный научный центр трансплантации органов и тканей Министерства здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан

Цель исследования. Улучшить результаты трансплантации почки за счет ранней диагностики и выявления факторов риска ишемическо-реперфузионного повреждения трансплантата.

Методы. В исследование включены 80 пациентов, перенесших трансплантацию почки. Были изучены концентрации провоспалительного цитокина интерлейкина-6 (ИЛ-6) в крови, время холодовой ишемии и внутрипочечное кровоснабжение трансплантата. Пациенты были разделены на три группы в зависимости от начальной функции трансплантата: с первично нефункционирующим трансплантатом (18,75%), с отсроченной функцией (31,25%) и с удовлетворительной функцией (50%).

Результаты. У пациентов с первично нефункционирующим трансплантатом наблюдались самые высокие уровни ИЛ-6, достигающие в среднем 985 ± 305 пг/мл через 24 часа после трансплантации. Это свидетельствует о выраженной воспалительной реакции, связанной с ИРП. У пациентов с отсроченной функцией трансплантата уровень ИЛ-6 был ниже, но также значительно повышен (153 ± 41 пг/мл через 10-15 минут после реперфузии), что указывало на наличие менее выраженного повреждения. Пациенты с отличной функцией трансплантата имели уровни ИЛ-6 ниже 10 пг/мл, что указывает на минимальное воспалительное повреждение трансплантата. У пациентов с нефункционирующим трансплантатом время холодовой ишемии превышало 18 часов, что значительно увеличивало риск развития ИРП. В группе с отсроченной функцией трансплантата время холодовой ишемии составило от 12 до 18 часов. У пациентов с удовлетворительной функцией трансплантата время холодовой ишемии было менее 12 часов, что способствовало лучшим результатам трансплантации. Это подтверждает критическую важность минимизации времени ишемии для улучшения прогноза трансплантации почки. Нарушение внутрипочечного кровоснабжения было наиболее выражено у пациентов с первично нефункционирующим трансплантатом. При допплеровском ультразвуковом исследовании у этих пациентов наблюдалось снижение скорости кровотока на 40-60% в первые 12 часов после реперфузии. В группе с отсроченной функцией трансплантата снижение кровотока составило 20-30%, что также коррелировало с замедленным восстановлением функции почки. Пациенты с хорошей функцией трансплантата имели нормальный внутрипочечный кровоток в течение первых 6 часов после операции. Из 80 пациентов у 18,75% (15 пациентов) развилось первичное нефункционирование трансплантата, что потребовало гемодиализа в первые дни после трансплантации. У 31,25% (25 пациентов) функция трансплантата была отсроченной, и она восстановилась в течение 2-3 недель. Эти пациенты также имели повышенные уровни ИЛ-6, что указывало на выраженное воспалительное повреждение. У 50% (40 пациентов) функция трансплантата была удовлетворительной сразу после трансплантации, что связано с минимальными воспалительными процессами и быстрым восстановлением кровоснабжения.

Выводы. Ранняя диагностика ИРП почечного трансплантата с использованием показателей ИЛ-6 и мониторинга внутрипочечного кровоснабжения позволяет прогнозировать вероятность острого отторжения и корректировать терапию для улучшения функциональных результатов трансплантации.

Хасанова Х.Т., Мираков Б.Т.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА С ПРИМЕНЕНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

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

Цель исследования. Изучение ранней диагностики у детей младшего возраста с дисплазией тазобедренного сустава с помощью УЗИ.

Материалы и методы. Проведено 1065 детям от 0- 6 месяцев УЗИ тазобедренных суставов. У 486 детей выявлено III тип дисплазии, II тип – у 502, и I тип - у 77 младенец. Повторная процедура проводилось в более позднем возрасте (6 - 9 месяцев). Причинами назначения ультразвукового исследования тазобедренного сустава являлись: различие длины ножек, дополнительная складка на бедре, увеличенный тонус нижних конечностей, ограничение и «щелчок» при отведении бедер, не симметричные складки кожи на бедрах и ягодицах.

Результаты исследования. Дисплазия тазобедренных суставов представляет собой врожденную неполноценность. Патология характеризуется неправильным развитием подвижного соединения. Ранняя диагностика и лечение дисплазии тазобедренного сустава у детей обусловлена высокой частотой этой патологии в нашей стране, сложностью своевременного выявления, а также большей эффективностью лечения, начатого в первые дни и недели жизни ребенка, когда еще отсутствуют вторичные изменения элементов тазобедренного сустава. Трудность диагностики патологии тазобедренного сустава у новорожденных обуславливается бедной клинической симптоматикой и особенностями анатомического строения сустава у детей раннего возраста

Выводы. Дисплазия тазобедренных суставов – эта серьезная проблема, которая существенно может ухудшить качество жизни. Для новорожденных и детей до 1 года золотым мировым стандартом диагностики является ультразвуковое исследование. Это информативное, точное исследование, позволяющее выявить наличие дисплазии, предвывиха, вывиха тазобедренного сустава у ребенка. Обычно исследование рекомендуется в 1-3 месяца, чтобы на ранней стадии диагностировать болезнь при наличии заболевания. Наибольший эффект лечения приводящий к полному выздоровлению возможен в раннем возрасте - в первые месяцы жизни. Одним из ключевых условий успешной терапии является грамотная диагностика. Задержка установления диагноза затрудняет лечение, удлиняет время выздоровления, а изменения в тазобедренном суставе приводят к необратимым процессам – отмечается тенденция к нарастанию артритов у детей раннего возраста. Преимущества УЗИ: отмечается высокой информативностью; не оказывает негативного влияния на организм в отличии от рентгена или компьютерной томографии; не имеет противопоказаний – может проводиться необходимое количество раз без ограничений; отсутствие специальной подготовки – это особенно важно для маленьких детей; доступность – стоимость ультразвукового исследования невысокая, а поэтому оно доступно для всех пациентов.

Хасанова Х.Т., Мираков Б.Т.

ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ. СТАТИСТИКА

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

Цель исследования. Изучить причины, виды и обстоятельств травм. Общие черты, характеризующие детский травматизм остаются постоянными на протяжении последних 20- 30 лет. Несмотря на большое разнообразие травм у детей, причины вызывающие их типичны.

Результаты исследования. Сегодня в республике отмечается увеличение удельного веса множественных и сочетанных повреждений, увеличение бытовых (с 18,4 до 31,8%), уличных (с 17,1 до 29,6%), ДТП (с 19,6 до 22,9%). В стране ежегодно регистрируются до 132,8 тысяч различного вида травм. Сегодня в республике отмечается увеличение удельного веса множественных и сочетанных повреждений, увеличение бытовых (с 18,4 до 31,8%), уличных (с 17,1 до 29,6%), ДТП (с 19,6 до 22,9%). Ежегодно в мире в результате дорожно- транспортных происшествий более 186 тысяч детей в возрасте до 16 лет. Детский травматизм и его предупреждение – очень важная и серьезная проблема, особенно в период школьных каникул, когда дети больше располагают свободным временем, чаще находятся на улице и остаются без присмотра взрослых

Материалы и методы. С целью выяснения причин и обстоятельств травм у детей, характера повреждений нами изучены анализ историй болезни 1592 детей, поступивших в клинику травматологии и ортопедии за последние 3 года (с 2021 по 2024 года). В зависимости от обстоятельств и причин получения повреждений выделялись виды травматизма: бытовой - 45%, уличный - 34%, транспортный- 12%, школьный – 7%, спортивный – 2%. Среди общего числа травм у детей закрытые переломы костей опорно-двигательного аппарата преобладали над открытыми - 1486 (93,3 %) и 106 (6,7 %). Чаще травмы происходили у детей младшего школьного возраста (7-11 лет). У мальчиков в 2 раза чаще, чем у девочек наблюдались сочетанные травмы - переломы конечностей и внутричерепные травмы с переломами лицевых костей. Наиболее часто причиной травм являлись транспортные несчастные случаи и дорожно-транспортные происшествия. Бытовая и уличная транспортная травма являлось самой тяжелой в структуре всех травм, такие как: повреждения верхних и нижних конечностей, из них переломы плеча – 706 (44,3%), переломы предплечья – 351 (22,46 %), переломы бедра – 365 (23,02%), переломы голени – 136 (8,94%), переломы позвоночника – 6 (0,37%), переломы тазовых костей – 5(0,31%). Повреждения плеча, бедра и предплечья превалировали при травме, полученной от наезда на пешеходов, а также в результате автомобильных катастроф. Сочетание плечо- предплечье стоит на 1 месте – 1057 (66,4%) детей, на 2 месте бедро-голень – 501(33,6 %), отмечалось у 72%. Преобладание черепно-мозговых травм объясняется особенностями механогенеза повреждений у детей: из-за малого роста ребенка голова травмируется в результате удара частями транспорта.

Выводы. Предупреждение и лечение травм у детей являются важными мероприятиями в системе здравоохранения. Эти вопросы особое значение приобретают у нас в республике, так как 58% населения составляет детский контингент. В условиях интенсивного роста автотранспорта резко выросло и число дорожно-транспортных происшествий (ДТП). Борьба с дорожно-транспортным травматизмом и его последствиями – одна из наиболее острых проблем современности в области безопасности дорожного движения призывают правительства и неправительственные организации во всем мире привлекать внимание общественности к ДТП, их последствиям, а также к мерам, которым можно принять для их предупреждения.

Холбаев С.А., Курбанов Дж.Д., Джураева Н.Х.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛОПАРАСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии имени
профессора Каримова М.К. и ЛДЦ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с желчнокаменной болезни (ЖКБ).

Материал и методы исследования. Материал включает в себя результаты лечения 85 больных с ЖКБ, которые находились на стационарном лечении на ЛДЦ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино в период с 2019 по февраль 2023гг. Женщин было 63 (73,8%) пациента, мужчин 22 (26,2%). Возраст больных варьировал от 29 до 73 лет.

С целью профилактики инфильтрата и спайкообразования в брюшной полости по завершении основного этапа операции в 39 (46,4%) случаях была использована разработанная в клинике хирургических болезней № 1 методика интраоперационной профилактики спайкообразования, включающая в себя проведение санации брюшной полости, промывание ложа удалённого желчного пузыря подогретым до 37°С раствором следующего состава: раствор новокаина 0,5% - 200,0 мл, преднизолон – 120 мг, Вит Е.

Всем больным в ходе исследования были проведены общеклинические и биохимические исследования крови и мочи, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, обзорная рентгенография грудной клетки (при необходимости и брюшной полости), а также ФГДС (при отсутствии противопоказании) и ФВД (по показаниям).

Результаты исследования. В 6 (7,2%) случаях, операция была выполнена в экстренном порядке (из-за наличия УЗИ признаков эмпиемы желчного пузыря, местного перитонита), в 17 (20,2%) случаях осуществлена в срочном порядке (при отсутствии положительного эффекта от проведённой консервативной терапии и возобновления болевых приступов) и в остальных 62 (72,6%) случае в отсроченном порядке.

Во всех случаях операции были выполнены с использованием трёх портов, в ходе которых у 11 (40,7%) больных была установлена катаральная форма ОКХ, у 16 (59,3%) больных флегмонозная форма. По окончании основного этапа операции и очищения ложа желчного пузыря в подпеченочное пространство было введено 100,0 мл вышеуказанного, заранее подготовленного раствора с последующим дренированием этой области полиэтиленовой трубкой.

Об эффективности проведённого метода профилактики инфильтрата и спайкообразования судили по общеклиническим (раннее исчезновение болевых ощущений в правом подреберье, раннее исчезновение вздутия живота и появление перистальтических шумов) и инструментальным признакам (отсутствие инфильтрата и спаечного процесса в верхнем этаже брюшной полости по данным УЗИ). При этом было установлено более раннее (на 2-3 сутки) исчезновение болевых ощущений в животе и появлении перистальтики кишечника у больных, у которых применялась целенаправленная интраоперационная профилактика спайкообразования, по сравнению с пациентами, у которых операции выполнялись обычными традиционными способами. Этот период в среднем составляло 4-5 дней.

Послеоперационный период у всех больных протекал гладко, осложнения не наблюдались, и все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 2,5±1,3 дня.

Выводы. Применение современной технологии с проведением интраоперационной профилактики спайкообразования в лечении больных с ЖКБ является эффективным методом, способствующим получению хорошего результата.

Холбаев С.А., Мансуров Х.Н., Юнусов Х.А.

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ЯИЧЕК ПОСЛЕ ГЕРНЕОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ В ОТДЕЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии имени профессора Каримова М.К. и ЛДЦ ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

Цель: Оценивать эффективности пластики пахового канала и влияние пахового грыжесечения на функциональное состояние яичка в зависимости от возраста и метода гернеопластики при паховых грыжах. **Методы исследования:** За период с 2018 по 2023 гг. в ЛДЦ ГОУ «ТГМУ им Абуали ибни Сино» прооперированы 146 больные с паховыми грыжами. Женщин было 28 (19,1 %) пациента, мужчин 118 (80,9%). Возраст больных варьировал от 18 до 75 лет. **Материал и методы исследования.** Исследованы 118 мужчин оперированные в клинике ЛДЦ ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» в возрасте от 18 до 44 лет, которые были оперированы 5-10 лет тому назад. Обследование проводились путем диспансерного наблюдения или/и с помощью WhatsApp и включало: измерение размеров, место нахождение, консистенцию, подвижность яичек и состояние мошонки на стороне операции, анализ спермы, после 5 дней полового воздержания. При обследовании в отдаленном сроке учитывался возраст больных во время операции гернеотомии: до 20-года-14 (11.9 %) человек; с 20 до 30 года-33(28 %); с 40до44 лет- 71 (60,1%). Большинство больные оперированы по методике Бассини с различными модификациями с укреплением задней стенки пахового канала. При обследовании у- 90 мужчин (80,4%) имелись нормальные размеры яичек. Качество семени у них исследовали для сравнения с показателями спермы группы больных, у которых имелись изменения яичек. У 22 человек (19,6%) отмечены изменения размеров яичек на стороне операции. Односторонняя гернеотомия произведена 22 больным (11-правосторонняя; 8-левосторонняя). Трое перенесли 2-х стороннюю гернеотомию, и они имели двухстороннюю гипотрофию яичек различной степени. Исследования спермы: нормоспермия была 15; азооспермия обнаружено 5; олигоспермия- умеренная у 2 больных. Из 3 больных, перенесших двухстороннюю гернеотомию, у всех были яички уменьшены в размере. **Результаты исследования и их обсуждение**. Отдаленные наблюдения показывают, чтооперативное лечение гигантских паховых грыж отнюдь непростая операция, чтобы её проводить необходимо, иметь навык и знания

анатомо-топографических особенностей паховых и половых органов. Полученные данные вызывают серьёзные опасения и заставляют задуматься о широкой практике начинающих хирургов. В результате хирургу, оперирующему лиц мужского пола по поводу гигантской пахомошоночной грыжи, следует помнить, о топографической анатомии этой области и что операция является по существу вмешательством на нервно-сосудистом пучке семенной железы, выполняющим важную гормональную и внешнесекреторную функцию. **Выводы.** При оценке отдаленных результатов пахового грыжесечения пристальное внимание хирурга должна быть направлено не только на рецидивы, но и на состояние половой железы. Послеоперационная атрофия яичка, высокое стояние его, гидроцеле, стойкие отеки мошонки и яичка должны расцениваться как не удовлетворительные исходы вмешательства.

Холзода Ш.И.[1,2,3], Курбон У.А.[1,2,3], Абдурахимзода Ш.Р.[2], Дадоджонов Ж.Ю.[1,2]

СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДВУХСТОРОННЕЙ ПОЛИМАСТИИ

[1]ГУ Республиканская клиническая больница Дангаринского района. Таджикистан.
[2]Кафедра хирургических дисциплин №1 ГОУ «ХГМУ». Дангара. Таджикистан.
[3]Отделение реконструктивно-пластической микрохирургии ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ и СЗН РТ, Таджикистан.

Цель исследования. Сообщить о случае успешной коррекции полимастии у 18-летней девушки.

Материал и методы исследования. В хирургическое отделение ГУ Республиканской клинической больницы района Дангара в июне 2021 года обратилась 18-летняя незамужняя девушка с жалобами на наличие добавочных молочных желёз с выраженным сосково-ареолярным комплексом с обеих сторон под инфрамаммарной складкой. Более того, больная отмечала болезненность и припухлость добавочных желёз во время менструации. До госпитализации больная была осмотрена и проконсультирована онкологом - маммологом. Было рекомендовано прохождение инструментальных методов диагностики. Заключение УЗИ указало на наличие ткани, подобной структуре нормальной молочной железы с обеих сторон. Выполнена биопсия, результат не выявил патологии. В последующем больная обратилась к руководителю и к команде реконструктивно – пластических микрохирургов РКБ Дангаринского района. Госпитализация проведена в плановом порядке.

Под общим эндотрахеальным наркозом после начертания схемы и инфильтрации тканей операционного поля произведён овальный разрез вокруг сосково-ареолярного комплекса размерами 2,0см х 1,0см под инфрамаммарной складкой обеих молочных желёз. Была выделена и удалена добавочная молочная железа размерами 7,0см х 5,0см и 7,0 см х 6,0см с правой и левой стороны соответственно. Сосково-ареолярный комплекс также был иссечён. Проведён тщательный гемостаз. Полость раны обработана раствором Люголя. Наложены подкожные узловые швы атравматической нитью Vycril–3/0. Дренирование раны выполнено резиновой перчаткой. Наложены внутрикожные швы атравматическими нитями Prolen-3/0. Выполнена перевязка раны.

Результаты исследования. В послеоперационном периоде больной назначены антибиотики и анальгетики. Ближайший послеоперационный период протекал гладко, рана зажила первичным натяжением, без осложнений. Внутрикожные швы сняты на 14 сутки после операции. Отдалённые результаты были изучены на протяжении 3-х лет. Больная не предъявляла жалоб и была удовлетворена эстетическими результатами.

Выводы. Хирургическое устранение полимастии с применением микрохирургической технологии представляет оптимальный способ коррекции проблем с эктопической тканью молочной железы. Важно отметить необходимость хирургического удаления добавочных желёз до замужества и наступления беременности.

Холзода Ш.И., Курбон У.А., Дадоджонов Ж.Ю., Зоирова Г.Х.

ПЕРВИЧНАЯ ХЕЙЛОПЛАСТИКА ПРИ ОДНОСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНЕ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ

Кафедра хирургических дисциплин №1 ГОУ «ХГМУ», Дангара, Таджикистан.
Республиканская клиническая больница Дангаринского района, Дангара, Таджикистан.

Цель исследования. Изучить эффективность применения первичной хейлопластики способом R.Millard при односторонней расщелине верхней губы.

Материал и методы исследования. В ГУ Республиканскую клиническую больницу Дангаринского района за период с 2016 по 2024 годы обратилось 16 детей в возрасте от 2,5 лет до 6 лет, средний возраст составил 4,1±0,93 лет. Мальчиков было 11 (68%), девочек – 5(38%). Правосторонняя расщелина наблюдалась в 4 (25%) случаях, а левосторонняя - в 12 (75%). У всех больных, кроме расщелины верхней губы, отмечались характерные деформации одноимённого крыла носа. В условиях отделения детской хирургии пациенты с врожденной односторонней расщелиной верхней губы были обследованы и оперированы. Данный врожденный дефект верхней губы был устранён применением способа ротации и выдвижения, разработанного R.Millard в классическом его варианте.

Результаты исследования. Течение послеоперационного периода у всех оперированных детей протекал без осложнений с заживлением раны первичным натяжением. Кожные и слизистые швы удалены на 7-8 сутки. Только у одного больного наблюдался краевой некроз одного из треугольных лоскутов. Заживление раны на данном участке произошло вторичным натяжением на протяжении 2 недель, в результате чего не отмечалось ухудшения в показателях функционального и эстетического параметров.

Отдалённые результаты наблюдали у 16 (100%) больных в сроках от 6 месяцев до 7 лет в послеоперационном периоде. Критериями оценки результатов служили эстетические параметры верхней губы, оцениваемые родителями и специалистами. Согласно наблюдениям, пациенты и их родители были удовлетворены результатами проведенной пластической операции.

Выводы. Основываясь на приобретенных результатах, устранение расщелин верхней губы способом, предложенным R.Millard, представляется наиболее эффективным методом, применяемый при первичной хейлопластике.

Холматов Д.И., Ахорова З.А., Исупова Ш.Ф.

СПОСОБ ИГРОВОЙ АУДИОМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

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

Цель исследования. Разработка модификации игровой аудиометрии “Magic” для исследования слуха у детей дошкольного возраста.

Материалы и методы. После всестороннего оториноларингологического обследования 55 детей для определения слуховой функции провели игровую аудиометрию (45 чел. с подозрением на тугоухость - основная группа), у 10-ых слух был в пределах нормы (контрольная группа). Восприятие тональных порогов у этих детей по сравнению с взрослыми превышал на 10 дБ (±0,5).

Результаты исследования. Из общего числа детей у 30 отмечалось нарушение слуха по типу звукопроведения, связанное с тубоотитом и аденоидитом. Всем детям произведено 3-х кратное аудиологическое обследование после длительной слуховой тренировки. У детей с нарушениями слуха по типу звукопроведения кривая аудиограммы имела горизонтальную плоскость с достаточным костно-воздушным интервалом и нормальным порогом костной звукопроводимости. У 15 детей выявлено нарушение слуха по типу звуковосприятия, связанное с поражением рецепторного аппарата улитки неизвестной этиологии.

Выводы. Игровая аудиометрия является эффективным методом исследования слуха у детей дошкольного возраста. Полученные результаты достаточно убедительны и дают возможность широкого применения в детской аудиологической практике.

Холматов Д.И.

ПРОБЛЕМА ВРОЖДЁННОЙ ТУГОУХОСТИ В ТАДЖИКИСТАНЕ

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

Цель исследования. Довести до широкого круга медицинского общества суть и важность своевременной кохлеарной имплантации (КИ), цифрового слухопротезирования (СА) и поделиться достигнутыми успехами в Республике Таджикистан.

Материалы и методы исследования. В условиях ЛОР-клиники ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» совместно с ГУ «НМЦ - Шифобахш» обследовано 120 пациентов в возрасте 1,5 - 34 года с высокой IV степенью тугоухости - глухотой, которые являлись кандидатами для кохлеарной имплантации.

В протокол отбора пациентов - кандидатов на кохлеарную имплантацию включены: регистрация отоакустической эмиссии, коротколатентных (КСВП) и стационарных (ССВП) слуховых, вызванных потенциалов мозга для оценки слуховой функции, КТ височных костей для визуализации состояния лабиринта (круглого окна, завитков улитки), МРТ для изучения состояния мозговых структур, черепно-мозговых нервов во внутреннем слуховом проходе, а также наличие МР сигнала от жидкости в лабиринте.

Результаты исследования. У 4-х детей мы выявили аномалию улитки в виде укорочения его завитка (аномалия Mondini), у 3-х взрослых пациентов глухота наступила в результате 2-х стороннего хронического гнойного среднего отита, осложнённого гнойным менингитом, состояние после перенесённой радикальной операции на ухе в детстве. Остальными обследованными были дети в возрасте до 6 лет, с врождённой или приобретённой сенсоневральной тугоухостью высокой IV-степени. В результате проведённой своевременной кохлеарной имплантации у 95% детей мы достигли полного восстановления слуховой, речевой, и в целом когнитивной функций.

Выводы. Таким образом, благодаря своевременной аудиологической диагностике и реабилитации слуха медикаментозными и иными средствами (СА или КИ) у 95 % детей мы достигли полного восстановления слуха - речевой функции, лишь у 5% детей, в виду наличия расстройств центральной нервной системы и психики, мы не получили достаточного положительного результата, однако с ними ведётся дальнейшая реабилитация совместно с врачами-неврологами и педагогами-дефектологами.

Холматов Д.И., Махамадиев А.А., Исупова Ш.Ф.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ СЛУХУЛУЧШАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ

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

Цель исследования. Анализ результатов комплексного лечения 56 больных с хроническим гнойным средним отитом (ХГСО) после санирующих операций на ухе в возрасте от 14 до 60 лет, с использованием препарата Бетасерк-24.

Материалы и методы исследования. 56 больным с ХГСО и вторичной нейросенсорной тугоухостью (НСТ) была произведена радикальная операция на ухе, либо аттикоантротомия в связи с эпитимпанитом. Все больные в раннем послеоперационном периоде получали традиционное лечение (дезинтоксикационные и общеукрепляющие средства, антибиотикотерапию), однако головокружение не прекращалось, либо улучшение было временным. С учётом низких результатов от проводимой терапии, 35 больным (1 группа) на фоне комплексного лечения назначали Бетасерк-24 по 1 таблетке 3 раза в день в течение 1,5 месяцев, 47 пациентам (2 группа) продолжали традиционное лечение.

Результаты исследования. Эффективность терапии оценивали на основании данных субъективного и объективного исследования слуха. В 1-ой группе после 3-недель лечения отмечалось снижение шума в ушах и головокружение. Длительность госпитализации у них сократилось до 5-6 дней. У больных 2-ой группы (страдающих атеросклерозом церебральных сосудов, гипертонической болезнью и сахарным диабетом) особых улучшений не отмечено.

Выводы. Таким образом, с целью профилактики СНТ на почве ХГСО и его осложнений в виде сенсоневральной тугоухости, в раннем послеоперационном периоде, в комплексное лечение следует включить Бетасерк, что позволяет предотвратить прогрессирование слуховых и вестибулярных нарушений на ранних этапах заболевания.

Холматов П.К., Курбонов Х.Х.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

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

Цель исследования. Оценка эффективности эндоскопических методов гемостаза при кровотечениях портального генеза.

Материал и методы. Оценены результаты эндоскопической склеротерапии и лигирования у 54 больных с синдромом портальной гипертензии (49 – внутрипечёночная форма, 5 внепеченочная форма портальной гипертензии). Среди обследованных больных мужчин было 33, женщин – 21. Возраст пациентов от 15 до 69 лет.

Результаты исследования. Эндоскопические методы гемостаза на высоте кровотечения применены у 28 пациентов (мужчин - 18, женщин - 10). Источником геморрагии у 21 пациента явились варикозно-расширенные вены (ВРВ) пищевода, у 7 – ВРВ желудка. В соответствии с классификацией Child-Turcotae, два пациента отнесены к функциональной группе Child A, 19 Child B и 7 - Child C.

Мероприятия по остановке кровотечения включали также применение зонда Блекмора, введение сандостатина и гемостатических препаратов.

Эндоскопическая склеротерапия выполнена 24 больным. У 4 пациентов гемостаз достигнут комбинированным способом – лигированием кровоточащего участка вены с последующим интра- и паравазальным введением 1% раствора склерозанта этоксиклерола. Эффективность первичного гемостаза составила 92% (26 пациентов).

В 2 случаях (8%) эндоскопическая склеротерапия была неэффективной, так как источником кровотечения явились ВРВ кардиального отдела желудка.

Рецидив кровотечений в течении 1 года составила 34%. При этом надо отметить, что в 74% источником рецидивов геморрагии явились ВРВ желудка и 26% - ВРВ пищевода. Все пациенты с пищеводными кровотечениями относились к группе С по классификации Child. С целью профилактики рецидива кровотечения эндоскопические вмешательства выполнены 26 пациентам (мужчин – 21, женщин - 5). По классификации Child к классу А относились 8 пациентов, 13 пациентов классу В и 5 пациентов – к неблагоприятному классу С. До эндоскопического лечения у всех пациентов были эпизоды кровотечения (от 1 до 6 кровотечений). 17 пациентам выполнена эндоскопическая склеротерапия. У 9 пациентов лигирование сочетали со склеротерапией. Эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен выполнялось с применением устройства для лигирования фирмы HX-211 «COOK» «Olimpus». Использовали метод спирального лигирования. Всего за сеанс использовалось от 4 до 12 лигатур. Частота рецидивов кровотечений в течении 1 года составила 21,8%. В 67,8% источником геморрагии явились ВРВ желудка, в 32,2% кровотечения из ВРВ пищевода. Все пациенты с пищеводным кровотечением относились к прогностически неблагоприятной группе С по классификации Child.

Выводы. Таким образом, применение малоинвазивных технологий в комплексе консервативной терапии, направленной на остановку, предупреждение рецидива и профилактику кровотечения при синдроме портальной гипертензии, показывает их высокую эффективность, отличается относительной безопасностью и улучшает качество жизни этого тяжёлого контингента больных.

Холматов С.Х.[1], Карим-заде Х.Дж.[2]

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОМОМЕНТНОЙ СИНУСТРАБЕКУЛЭКТОМИИ И ЛАЗЕРНОЙ ЦИКЛОКОАГУЛЯЦИИ В МИКРОПУЛЬСОВОМ РЕЖИМЕ

[1]ЧУ ООО «Босира», г. Худжанд, Таджикистан
[2]Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан

Цель исследования. Дать предварительную оценку эффективности и безопасности одномоментного проведения инустрабекулэктомия с микропульсовой лазерной циклокоагуляцией цилиарного тела (СТЭ и мЛЦК) у пациентов с открытоугольной глаукомой (ОУГ).

Материал и методы. Проспективное когортное исследование 23 глаз 15 пациентов, которым была выполнена м-ЛЦК с 2020 по 2021 гг. центре офтальмологии «Босира», г. Худжанд, Республика Таджикистан. *Критерии включения:* диагноз III ст. первичной открытоугольной глаукомы, наблюдение в течение минимум 12 мес. после операции, возможность уверенной визуализации состояния диска зрительного нерва (ДЗН) и сетчатки. *Критерии исключения:* антиглаукоматозные операции в анамнезе, возрастная макулярная дегенерация, диабетическая ретинопатия, воспалительные заболевания сосудистой оболочки глаза, лазерные вмешательства на переднем отделе глаза и в макулярной зоне.

Все больным была проведена комбинированная операция синустрабекулэктомия с микропульсовой лазерной циклокоагуляцией цилиарного тела. Для мЛЦК использовали диодный лазерный коагулятор «Алод-01» производства

Компании «Алком Медика», Россия с наконечником типа cyclo G6. При мЛЦК использовали так называемую «технику рисования. Параметры лазеркоагуляции: мощность – 2,0 Вт, общая экспозиция – 120-160 с, рабочий цикл – 31,3%(on/off - 0,5 мс/ 1,1 мс). *Исход оперативного лечения* расценивали как успешный при снижении внутриглазного давления (ВГД) на 20% и более от исходного при том же или меньшем количестве инстилляций тех же гипотензивных препаратов. Уровень ВГД должен был находиться в пределах от 6 до 18 мм рт.ст.

Результаты исследования. Исходное ВГД составило у всех пациентов в среднем 31,4 ± 6,7 мм рт. ст. Из 23 глаз, в 21 случае к концу период наблюдения исход оперативного лечения соответствовал критериям успеха, в 2х случаях ВГД через 3 мес. повысилось до исходных значений, что потребовало проведения нидлинга. В раннем послеоперационном периоде в 17 (73,9%) случаях ВГД находилось в пределах 12-16 мм рт.ст. с формированием разлитой фильтрационной подушечки. В 6 из 23х глаз (26,1%) отмечалось снижение ВГД до 8-10 мм рт.ст., а также мелкая передняя камера. Цилиохориоидальная отслойка по данным В-сканирования и осмотра глазного дна не была зафиксирована ни в одном случае. У наших пациентов в раннем послеоперационном периоде ни в одном случае не было отмечено таких осложнений, как развитие стойкой гипотонии, послеоперационный иридоциклит, гипертензия с блокадой фистулы, субатрофия глазного яблока. К концу периода наблюдения мы зафиксировали недостоверное ухудшение максимально корригированной остроты зрения (среднее различие 0,17 ± 0,11, p = 0,32), обусловленное прогрессированием катаракты (4 из 23 глаз, 17,4%). После проведения оперативного лечения гипотензивные препараты были назначены в разные сроки только в 7 из 23 глаз (30,4%).

Выводы. По нашим данным, одномоментное проведение синустрабекулэктомии и мЛЦК приводит к снижению ВГД и уменьшению количества осложнений в послеоперационном периоде. Для окончательных выводов об эффективности и безопасности разработанного нами метода хирургического лечения глаукомы необходимо проведение проспективного контролируемого исследования на большем клиническом материале.

Холмуродов М.М.[2], Чобулов С.А[1]., Шоев С.Н[2].

МИКРОВАСКУЛЯРНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ КОРЕШКА ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОСКОПА

[1]Кафедра нейрохирургии и сочетанных травм ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
[2]ГУ комплекс здоровья «Истиклол». Таджикистан

Цель исследования. Результаты применения миниинвазивной эндоскопической хирургии в лечении невралгии тройничного нерва.

Материал и методы. За период 2020 по 2024гг. в ГУ “Комплекс здоровья Истиклол” находились на лечении 48 больных с НТН женщин было – 35 (72,9%), мужчин 13 (27,1%) Средний возраст 53,1г. В нашей группе НТН встречалась чаще более чем в три раза на правой половине лица. Всем больным на дооперационном этапе произведена МРТ, которая в 86% случаев выявила близкое взаиморасположение неврально-васкулярных структур. МРТ проводился в основном по протоколу “нейроваскулярный конфликт”, которое подразумевает использование режима Fiesta. Диагноз устанавливался на основании клинической оценки характера боли (по типу “удар током”), анализа данных предоперационной МРТ во всех модальностях, а также при наличии критериев, предложенные международной обществом головной боли [The International Classification of Headache Disorders]. У массы больных была использована визуальная аналоговая шкала (ВАШ, Visual Analogue Scale) для определения динамики боли до – и после хирургического лечения.

Результаты исследования. Полный регресс болевого синдрома сразу же после операции был достигнут у – 39 (81,2%) больных. Следует сказать, что при поступлении (до операции) у 78.5% пациентов боли на лице имели нестерпимый характер, которые были определены с использованием визуально аналоговой шкалы (ВАШ). У 5 (10,4%) пациентов регресс боли фиксирован в разные сроки после операции ± 3 сутки, которые были связаны с использованием ненаркотических анальгетиков. Отсутствие динамики боли отмечено у 2 (4,1%) пациентов, что попали в группу наблюдения. В анализируемой серии ранних послеоперационных осложнений, в том числе геморрагические у наших пациентов не было отмечено. Средний срок нахождения в стационаре у прооперированных пациентов не превышало 3-5 суток.

Выводы. Практический опыт показывает, что миниинвазивные доступы с использованием эндоскопа в лечении невралгии тройничного нерва (НТН) оптимизируют результаты хирургического лечения и способствуют быстрой послеоперационной реабилитации у этой категории больных. Применение эндоскопа позволяет более детально проводить инспекцию латерального основания ствола головного мозга, определить место нервно-сосудистого конфликта, а также дает возможность оценить структуру тройничного нерва на всем его протяжении.

Холов А.Д., Иброхимов Р.А., Назарзода Ф.Н.

ЧАСТО ПРОВОДИМЫЕ ОПЕРАЦИИ В ПЛАНОВОМ ПОРЯДКЕ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ И УРОЛОГИИ

Кафедра хирургических дисциплин №4, ГОУ ХГМУ.
Центральная районная больница Дангаринского района.

Цель исследования. Определить частоту проводимых операций в отделении детской хирургии и урологии ЦРБ Дангаринского района.

Материал и методы исследования. Для изучения данного исследования проводили рассмотрение всех историй болезни пациентов в отделении детской хирургии и урологии в период от марта до декабря 2024 года. Подсчитали все проведённые операции в вышеназванном отделении ЦРБ Дангаринского района.

Результаты исследований. По нашему исследованию в отделении детской хирургии проведены 168-100% операций в плановом порядке. Из них: варикоцеле - 45 (26,6%), полипэктомия - 3 (1,7%), грыжесечение - 71 (42%), водянка

- 37 (21,8%), нефронтоз – 1 (0,6%), нефролитотомия – (0,6%), пиелолитотомия – 3 (1,7%), кистэктомия – 1 (0,6%), миотомия – 1 (0,6%), удаление инородного тела – 1 (0,6%), крипторхизм – 3 (1,7%), лапаротомия – 1 (0,6%). Все данные говорят о том, что операция грыжесечение стоит на первом месте с показателем 71 (42%) операции, на втором месте стоит варикоцеле - 45 (26,6%) и на третьем месте –водянка 37 (21,8%).

Выводы. Полученные нами данные в ходе исследования свидетельствуют о высокой проводимости трёх операций: грыжесечение -71 (42%), варикоцеле - 45 (26,6%) и водянка -37 (26,6%) в детском хирургическом отделении и урологии.

Холов Д.Д., Зокиров Р.А.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ У ПАЦИЕНТОВ С РОЖИСТЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ И СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

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

Цель исследования. Анализ клинико-демографических характеристик, лабораторных показателей и терапевтических подходов для оценки влияния тяжести рожистого воспаления у пациентов с сопутствующим диабетом на исходы заболевания.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГКБ №3 г. Душанбе, включив 50 пациентов с рожистым воспалением и сахарным диабетом, лечившихся в период с 2016 по 2020 год. Оценивались клинические признаки, лабораторные показатели (лейкоциты, С-реактивный белок, интерлейкин-6, уровень глюкозы) и терапевтические подходы (консервативное и хирургическое лечение).

Результаты. В исследовании участвовали 50 пациентов с рожистым воспалением и сахарным диабетом, разделённых на группы по тяжести заболевания: лёгкая (20%), среднетяжёлая (40%) и тяжёлая (40%). У пациентов с тяжёлой формой наиболее выражены клинические симптомы: лихорадка (95%), тахикардия (90%), боль в поражённой области (100%). Лабораторные данные показали, что при тяжёлых формах уровень лейкоцитов (15 ± 3 x10^9/л), С-реактивного белка (50 ± 20 мг/л) и интерлейкина-6 (30 ± 10 пг/мл) был значительно выше. Осложнения также увеличивались с тяжестью: некротический фасциит наблюдался у 50% пациентов, сепсис у 40%, а летальность составила 25%. Частота рецидивов достигала 50%.Консервативное лечение применялось у всех пациентов с лёгкой формой, хирургическое — у 75% пациентов с тяжёлой формой. Длительность госпитализации увеличивалась с тяжестью: при тяжёлой форме — 201 ± 51 день. Ультразвуковые и доплерографические исследования показали увеличение толщины подкожной клетчатки и снижение кровотока у пациентов с тяжёлой формой

Выводы. Тяжесть рожистого воспаления напрямую коррелировала с клиническими и лабораторными признаками, частотой осложнений и исходами заболевания. Комплексный подход к диагностике и лечению, включающий лабораторные исследования и ультразвуковые методы, позволяет снизить риск осложнений и улучшить прогноз у пациентов с рожистым воспалением и сахарным диабетом.

Холов Д.Д., Зокиров Р.А.

КОРРЕЛЯЦИЯ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ДОПЛЕРОГРАФИЧЕСКИХ И КТ ПРИЗНАКОВ С ЛАБОРАТОРНЫМИ МАРКЕРАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

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

Цель исследования. Разработка и валидация комплексного подхода к диагностике и оценке тяжести гнойно-некротических форм рожистого воспаления у пациентов с сахарным диабетом.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГКБ №3 г. Душанбе и кафедры общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. В исследование включены пациенты с гнойно-некротическими формами рожистого воспаления и сахарным диабетом II типа, лечившиеся с января 2019 по декабрь 2023 года. Применялись клинические методы, ультразвуковое доплерографическое исследование, компьютерная томография (КТ) и лабораторные исследования (СРБ, IL-6, лейкоциты, уровень сахара в крови).

Результаты исследования. Ультразвуковые и доплерографические показатели пациенты с более тяжелыми формами воспаления демонстрировали увеличение объема воспалительного очага и толщины подкожной клетчатки. В группе с тяжелым течением заболевания объем воспалительного очага достигал 25 ± 10 см³, в то время как у пациентов с легкой формой заболевания этот показатель составлял 10 ± 5 см³ ($p < 0.001$). Толщина подкожной клетчатки также значительно увеличивалась по мере прогрессирования воспалительного процесса: от 4 ± 1 мм при легкой форме до 8 ± 3 мм при тяжелой форме заболевания ($p < 0.001$). Доплерографические исследования показали, что скорость кровотока в пораженных тканях увеличивалась с тяжестью заболевания, достигая 35 ± 10 см/с у пациентов с тяжелыми формами воспаления по сравнению с 25 ± 5 см/с у пациентов с легким течением ($p < 0.001$). Индекс резистентности также повышался по мере прогрессирования воспаления: от 0.65 ± 0.05 при легкой форме до 0.85 ± 0.10 при тяжелой ($p < 0.001$). Эти данные свидетельствуют о нарушении микроциркуляции и повышении сосудистого сопротивления в воспаленных участках тканей. Лабораторные данные продемонстрировали четкую связь между тяжестью воспалительного процесса и уровнями С-реактивного белка (СРБ) и интерлейкина-6 (IL-6). Уровень СРБ значительно повышался по мере ухудшения состояния: от 25 ± 10 мг/л при легкой форме до 75 ± 20 мг/л при тяжелой ($p < 0.001$).

Уровень IL-6 также увеличивался с 15 ± 5 пг/мл до 40 ± 10 пг/мл по мере прогрессирования воспаления ($p < 0.001$).Уровень лейкоцитов в крови у пациентов с тяжелой формой заболевания достигал 18 ± 5 x10⁹/л, что значительно превышало показатели пациентов с легкими формами воспаления (9 ± 2 x10⁹/л, $p < 0.001$). Проведенный корреляционный анализ показал значительные взаимосвязи между лабораторными маркерами воспаления и визуальными признаками. Объем воспалительного очага, выявленный при УЗИ и КТ, демонстрировал высокую корреляцию с уровнями

СРБ (r=0.90) и IL-6 (r=0.85). Толщина подкожной клетчатки также коррелировала с уровнями СРБ (r=0.88) и IL-6 (r=0.82), что указывает на связь между увеличением воспалительного отека и активацией воспалительных цитокинов. Скорость кровотока в пораженных участках имела положительную корреляцию с уровнями СРБ (r=0.82) и IL-6 (r=0.78).

Выводы. Данное исследование подтвердило значимость комплексного подхода к диагностике гнойно-некротических форм рожистого воспаления при сахарном диабете. Включение ультразвуковых, доплерографических и КТ методов наряду с лабораторными исследованиями позволяет точно оценить тяжесть воспаления и своевременно корректировать терапию, что способствует улучшению прогноза заболевания и снижению риска осложнений.

Хомидзода И.Дж., Курбон У.А., Холзода Ш.И., Камолов А.С.

ОСЛОЖНЕНИЯ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С РАНЕЕ ПЕРЕНЕСЁННОЙ ПОДСЛИЗИСТОЙ ОПЕРАЦИЕЙ НА ПЕРЕГОРОДКЕ НОСА ПО G.KILLIAN

Республиканская клиническая больница Дангаринского района. Таджикистан.
Кафедра хирургических дисциплин №1 ГОУ «ХГМУ». Дангара. Таджикистан.
Отделение реконструктивно-пластической микрохирургии ГУ «РНЦССХ» МЗ и СЗН РТ, Таджикистан.

Цель исследования. Провести анализ возникших осложнений после ранее проведённой подслизистой резекции перегородки носа по способу G. Killian.

Материал и методы исследования. На базе РКБ Дангаринского района и в отделении реконструктивно – пластической микрохирургии РНЦССХ города Душанбе проведён анализ послеоперационных осложнений хирургического лечения 138 больных, которым ранее производилась подслизистая резекции перегородки носа по G.Killian в других лечебных учреждениях. Из них мужчин было 66 (47,8%), женщин – 72 (52,2%). Возраст пациентов колебался от 14 до 57 лет, средний возраст составил 26,7±3,3 лет. Больные поступили в сроках от 1 года до 34 лет после ранее перенесённой операции. Следует отметить, что 15 (10,9%) больных были ранее оперированы дважды. Всем больным проведены антропометрические исследования, зарегистрирована фотодокументация до и после операции, выполнена передняя риноскопия и функциональные пробы. Компьютерную томографию (КТ) носа и носовых синусов проводили всем больным и считали её «золотым стандартом» в диагностике первичных и вторичных деформаций наружного носа (ДНН) и искривления перегородки носа (ИПН). По показаниям, выборочно, некоторым больным проведена компьютерная риноманометрия с помощью аппарата Ринолан.

Результаты исследования. На основании жалоб, анамнеза, объективных и инструментальных методов исследования у 138 больных были диагностированы следующие патологические изменения, такие как вторичные деформации наружного носа (n=116), остаточные (неустранённые) деформации наружного носа (n=91), остаточные деформации перегородки носа (n=36), послеоперационная вторичная деформация перегородки носа (n=21), комбинированные деформации (сочетание исходной – неисправленной деформации наружного носа + вторичная деформация наружного носа как следствие операции субслизистой резекции перегородки носа) (n=90), агрессивная резекция перегородки носа (n=95), перфорация перегородки (n=19), стойкое затруднение носового дыхания (n=74) и неадекватно выполненная ранее резекция горбинки носа (n=4). Кроме вышеизложенного, на основании КТ и интраоперационной ревизии была выявлена гипертрофия нижних носовых раковин у 31(22,5%) больного, в том числе двухсторонняя – у 17 (12,3%), конхобуллёза средних носовых раковин – у 23 (16,6%), в том числе двухсторонняя – у 6 (4,4%), кисты в гайморовых пазухах – у 12 (8,7%), в том числе двухсторонние – у 3 (2,2%), признаки хронического гайморита, этмоидита и сфеноидита – у 16 (11,6%), наличие синехий – у 19 (13,8%) и гингивальная улыбка – у 24 (17,4%). Всем пациентам под общим эндотрахеальным наркозом на носу и носовой перегородке проведена повторная корригирующая операция, которая представляет собой сложную и деликатную проблему, поскольку она выполняется на фоне грубых рубцов мягких тканей вследствие ранее перенесённой операции и её осложнения. Закрытым доступом полноценная коррекция патологических изменений наружного носа и носовой перегородки становится почти нереальной. Так, нами из 138 случаев повторных операций 132 (95,6%) больным операция была выполнена открытым доступом.

Выводы. Согласно клиническому опыту и данным литературы, подслизистая резекция перегородки носа по способу G.Killian не только не позволяет полноценно устранить существующие проблемы, но также провоцирует появление грозных послеоперационных осложнений. С учётом вышеизложенного, ринопластика и септопластика, проводимые открытым доступом, по нашему мнению, являются методом выбора при устранении ДНН и ИПН.

Хомидзода И.Дж.[1,2], Холзода Ш.И.[1,2,3], Камолов А.С.[2,3] , Махмудзода И.Х.[1,2]

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РИНОМАНОМЕТРА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ИСКРИВЛЕНИЯ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

[1]ГУ Республиканская клиническая больница Дангаринского района. Таджикистан.
[2]Кафедра хирургических дисциплин №1 ГОУ «ХГМУ». Дангара. Таджикистан.
[3]Отделение реконструктивно-пластической микрохирургии ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ и СЗН РТ, Таджикистан.

Цель исследования. Оценить диагностическую значимость риноманометра в определении количественных значений нарушения носового дыхания при различных формах искривления перегородки носа.

Материал и методы исследования. На базе Республиканской клинической больницы района Дангара в период с 2023 по 2024 годов было проведено обследование 10 пациентов с искривлением перегородки носа. Все пациенты были мужского пола. Всем пациентам были выполнены КТ носа, осмотр ЛОР-органов, передняя активная риноманометрия на риноманометре RINOLAN. Больные по результатам КТ носа были разделены на две группы. В 1-ю группу

вошло 6 пациентов с искривлением перегородки носа в передних отделах, 2-ю группу составили 4 больных с искривлением перегородки носа в задних отделах.

Результаты исследования. При обращении больные преимущественно предъявляли жалобы на нарушение носового дыхания различной степени выраженности. При проведении КТ носа были получены данные о локализации и степени выраженности перегородки носа. Передняя активная риноманометрия позволила получить количественные показатели воздушного потока и сопротивления воздушному потоку. Выявлено, что средний показатель воздушного потока при искривлении перегородки носа в передних отделах составил 157,0±9,1 см/с, в задних отделах – 199,0±11,0 см/с ($p \leq 0,05$). Средний показатель сопротивления воздушному потоку при искривлении перегородки носа в передних отделах составил 2,1±0,9 Па, в задних отделах – 0,9±0,1 Па ($p \leq 0,05$).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что при искривлении перегородки носа в передних отделах объём воздушного потока ниже на 21%, чем при аналогичном искривлении перегородки носа в глубоких отделах ($p \leq 0,05$). Таким образом, искривление перегородки носа передних отделов приводит к более выраженному нарушению носового дыхания, чем в глубоких отделах. Следовательно, больные с искривлением перегородки носа передних отделов чаще нуждаются в хирургической коррекции.

Хужамкулов А.А. [2], Сангинов Д.Р.[1,2], Максудова О.С.[3]

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛИ КЛАЦКИНА

Кафедра онкологии, лучевой диагностики и лучевого лечения ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» Таджикистан.

[1] Кафедра онкологии, лучевой диагностики и лучевого лечения ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» (город Душанбе, Республика Таджикистан).

[2] Государственное учреждение «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (город Душанбе, Республика Таджикистан)

[3] Государственное образовательное учреждение «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» (город Душанбе, Республика Таджикистан).

Цель исследования. Изучение особенностей клинических проявлений, причины возникновения, локализации и морфологической структуры пациентов с опухолью Клацкина.

Материал и методы. Проведён ретроспективный клинико-статистический анализ амбулаторных карт и историй болезни 5600 больных с различными опухолями органов брюшной полости (ООБП), получивших лечение в стационаре РОНЦ за период 2010-2017гг. Выявлено, что у 40 больных (0,71%) из общего числа исследованных, имела место злокачественная опухоль проксимальных желчных протоков – опухоль Клацкина. Среди них мужчин было 18 (45%), женщин - 22(55%).

Результаты исследования. Клиническая симптоматика пациентов с ОК на ранних стадиях, т.е. в преджелтушном периоде проявлялась в виде неспецифических признаков: желудочный дискомфорт, чувство невыраженной тяжести в правом подреберье и периферические нарушения функции толстой кишки – запоры или поносы и урчание. Эти признаки были выявлены у 31 (77.5%) пациента. В более поздних стадиях у больных появляется основной симптом обструкции желчных протоков – желтуха в 40 (100%) случаях.

У всех больных на фоне относительно стабильного состояния развилась желтуха, не сопровождающаяся у 26 (65%) больных болевыми ощущениями. У подавляющего большинства больных желтуха проявилась интенсивным окрашиванием кожных покровов, обесцвечиванием стула и потемнением мочи. Кожный зуд отмечен у 25 (62,5%) больных, боли в правом подреберье и мезогастрии –14 (35%), потеря веса – 8 (20%), ремиттирующая лихорадка – 5 (12,5%) и у 4 (10%) имели место тошнота и рвота. Вышеназванные симптомы нами отмечены как патогномоничные.

Подтверждение диагноза ОК требует определить операбельность и резектабельность новообразования. Рациональное использование УЗИ, МСКТ, МРТ, МРТ- холангиографии и ПЭТ-КТ позволяет с высокой долей точности установить локализацию и размеры опухоли, их количества и метаболическую активность, вовлечение в опухолевый процесс эфферентных и афферентных сосудов, капсулы печени, соседних структур; региональные и отдалённые метастазы

Выводы. В общей структуре опухолей органов брюшной полости ОК составляет – 0,71% (п=40) .

2. Высокими остаются случаи позднего обращения и диагностики ОК, что подтверждается выявленными типами опухоли по классификации Bismuth-Corlette: IV типом – 23(58%) и IIIA,B типы – 9 (22,5%). Данный результат, прежде всего, связан с недостаточной работой первичного звена здравоохранения (ПМСП, врачей – специалистов, центра ЗОЖ).

3. Высокоэффективными методами диагностики ОК являются лучевые методы – УЗИ, МСКТ, МРТ, ПЭТ-КТ.

Хукумзода М.З. [1], Махмудназаров М.И. [2], Холиков З.Х. [3]

ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ МЕРЦАТЕЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ НОСА ПОСЛЕ АДЕНОТОМИИ

[1]Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии. Таджикистан

[2]Кафедра оториноларингологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

[3]Национальный медицинский центр «Шифобахш». Таджикистан

Цель исследования. Исследование состояния мукоцилиарного транспорта (МЦТ) полости носа и влияния аденотомии на двигательную активность МЦТ у больных с гипертрофией носоглоточной миндалины разной степени выраженности.

Материал и методы исследования. В детском ЛОР отделении Национального медицинского центра (НМЦ) РТ, нами обследованы и прооперированы 56 детей с гипертрофией глоточной миндалины разной степени выраженности. Возраст детей колебался от 5 до 12 лет, из них мальчиков было - 31, а девочек – 25.

Предоперационное обследование больных включало клинический и биохимический анализ крови, мочи и кала, ЭКГ, рентгенографию носоглотки и околоносовых пазух (ОНП). В стационаре проводили ежедневный ЛОР осмотр и исследование мукоцилиарного транспорта слизистой оболочки полости носа до операции и в разные сроки послеоперационного периода. МЦТ исследовали с помощью сахаринового теста. Кристалл сахарина размером 1 мм ставили на слизистую оболочку носовой полости на уровне переднего конца нижней носовой раковины и записывали время от момента поставки сахарина до восприятия больным сладкого вкуса. Исследование проводили для каждой половины носа отдельно по очереди.

Результаты исследования. Результаты эндоскопии носоглотки выявили увеличение носоглоточной миндалины у всех обследованных. При этом, гипертрофия лимфоаденоидной ткани носоглотки II-111 степени обнаружена у 29 (51,8%) и III-1V степени у 27 (48,2%) детей. Исследование двигательной активности мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа показало, что у абсолютного большинства обследованных детей, страдающих с аденоидными вегетациями, отмечается снижение активности мукоцилиарного транспорта различной степени. В частности, снижение транспортной функции мерцательного эпителия Істепени (20-30 мин) отмечено у 18 (32,1%), II степени (31-50 мин) - у 23 (41,1%) и III степени (более 60мин) - у 15(26, 8%) больных. При этом, среднее значение МЦТ составило 32,5±2,3мин, при норме -14,2+3,5 мин.

Показаниями к хирургическому вмешательству явились затрудненное носовое дыхание, слизистые или слизисто - серозные выделения из носа, нарушение функции слуховой трубы, кондуктивная тугоухость различной степени и неэффективность консервативного лечения.

Хирургическое вмешательство - аденотомию выполняли под общим эндотрахеальным наркозом с использованием роторасширителя и аденотомов соответствующего размера. После удаления аденоидных вегетаций, в течение недели проводили мониторинг полости носа и носоглотки путем ежедневной эндоскопии. Исследование двигательной функции МЦТ слизистой носовой полости, выполненное на 15-е сутки после операции показало ее нормализацию у 42 (75,1%) пациентов и среднее значение МЦТ составило 16,5±2,3мин. Повторный анализ двигательной активности МЦТ, проведенный через месяц после аденотомии выявило восстановление функции мукоцилиарного транспорта слизистой полости носа у 53 (94,6%) пациентов, что указывает на эффективность аденотомии у пациентов с гипертрофией носоглоточной миндалины.

Выводы. Таким образом, при наличии гипертрофии носоглоточной миндалины происходит снижение двигательной активности МЦТ, а операция аденотомия способствует улучшение и восстановлению двигательной активности мукоцилиарного транспорта слизистой полости носа и вентиляционной функции слуховых труб.

Хурсанов Ё.Э., Холмирзаев О.Ф., Пулатов Д.П.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Одним из актуальных методов лечения желчекаменной болезни (ЖКБ), острого холецистита (ОХ) является холецистэкгомня. До введения лапароскопической холецистэктомин в конце 80-х и в начале 90-х открытая холецистэктомия (ОХЭ являлась золотым стандартом лечения симптоматического холелитиаза. В этот период диагноз ОХ служил противопоказанием к лапароскопическому лечению вследствие воспаления и отека. ОХ в тот период лечился консервативно: внутривенными растворами и антибиотиками. Эго требовало отсроченной холецистэктомии через 6-12 недель после выписки больного. Однако окончательно исключать из арсенала лечебных методик ОХЭ, видимо, пока не следует, принимая во внимание, хотя и очень немногочисленные, позитивные оценки этой методики в лечении ОХ у соматически тяжёлых пациентов даже в сравнении с перкутанной холецистостомией. Альтернативой хирургической холецистэктомии стала лапароскопическая холецистэктомия.

Благодаря внедрению современных методов визуальной диагностики (прежде всего ультразвуковой), а также лапароскопических и миниинвазивных операций результаты лечения ОХ во всем мире улучшились, что привело к снижению летальности до 2,5-4%, а в некоторых ведущих центрах – до 1,1% и менее.

Материал и методы. В основу работы положены результаты обследования и лечення 452 пациентов с диагнозом острый холецистит, находившихся в СФ РНЦЭМП. Мужчин было 101 (22,3%), женщин 351 (77,7%). Соотношение мужчин и женщин составило 1:3. Средний возраст больных - 52,9 года.

Все больные поступили в стационар экстренно. Давность заболевания варьировала от 1 часа до 10 суток. В исследование брали пациентов с калькулезными формами ОХ.

Гангренозный холецистит диагностирован у 66 пациентов, флегмонозный – у 386. Оперативному лечению были подвергнуты 450 (99,5%) больных ОХ.

Необходимо отметить, что у некоторых больных имелись различные сопутствующие заболевания, среди которых основное место занимали заболевания сердечно-сосудистой системы: ишемическая болезнь сердца имела место у 29 больных, атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз у 5, гипертоническая болезнь у 9. У 7 больных отмечался сахарный диабет, у 5 - хронические заболевания легких. Всем этим больным проводили соответствующую предоперационную подготовку. Ожирение III-IV степени наблюдалось чаще у лиц женского пола - 52, чем у мужчин – 3, что не являлось противопоказанием к лапароскопическим операциям.

Последовательное использование таких технических приемов как холецистолитотомия, эндолигатурная тракция шейки желчного пузыря в сочетании с холецистэктомией по Прибраму, выделение пузырного протока и одноименной артерии с помощью специального инструмента, позволило предотвратить повреждение магистральных желчных протоков. В 6 случаях имело место значительное кровотечение из короткого ствола пузырной артерии. Для его остановки нами использовалась инсуфляционная приставка, позволяющая значительно увеличить скорость подачи газа в брюшную полость, что крайне необходимо при интенсивной работе отсоса. Осуществлялась эвакуация кровяных сгустков после их механической фрагментации. Переход па лапаротомию имел место в 2 случае - при синдроме Миризи. Среднее время операции составило 84,1+7,2 мин. Летальных исходов и тяжелых послеоперационных осложнений, связанных с оперативным вмешательством, мы не наблюдали.

Результаты исследования. Для осуществления оперативного вмешательства при ОХ мы располагали двумя основными технологиями оперативного лечения: открытыми (традиционными) и эндовидеохирургическими. Операцией выбора при ОХ мы считаем ЛХЭ.

Использование выработанного нами комплекса профилактических мер по предупреждению осложнений при ЛХЭ позволило уменьшить среднюю длительность пребывания больного в стационаре с 10,5 до 4.5 койко-дня. Послеоперационная летальность в группе пациентов, оперированных лапароскопическим способом не было. Количество ранних послеоперационных осложнений уменьшилось с 6,6 после открытой холецистэктомии до 2,2% после лапароскопической.

Выводы. При остром холецистите УЗИ имеет низкий показатель чувствительности (25,3%) в выявлении сопутствующего холедохолитиаза, в то время как РПХГ показала чувствительность в 96%, а МСКТ - в 100%.

Тщательное обследование больных перед операцией, совершенствование и оптимизация техники оперативного вмешательства, применение допплерографического исследования и МСКТ у оперируемых пациентов позволяют предупредить ряд ошибок и развитие возможных осложнений при ЛХЭ и улучшить результаты хирургического лечения больных острым калькулезным холециститом.

Хурсанов Ё.Э., Абдулсаидов С.К., Мирзабоев А.М.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАСТИКИ ОБШИРНЫХ И ГИГАНТСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Самаркандского государственного медицинского университета,
Самаркандский филиал РНЦЭМП**.,** Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Проблема хирургического лечения обширных и гигантских послеоперационных вентральных грыж является актуальной во всем мире несмотря на совершенствование высоких технологий и внедрения новых методик лечения ведущими хирургическими центрами. По данным рандомизированного контролируемого исследования, о котором сообщил Burger, частота рецидивов через 10 лет составила 67% в группе пластики швами по сравнению с 32% в группе пластики сеткой. Иначе говоря, при оценке эффективности разработанного алгоритма мероприятий по снижению послеоперационных осложнений немаловажное значение имеет отдаленный период, когда в ряде случаев новая разработка может привести к неожиданным результатам и последствиям.

Материалы и методы. В исследование включено 448 пациентов с обширными и гигантскими ПОВГ, находящихся на лечении в хирургическом отделении 1-ой клиники Самаркандского государственного медицинского института в период с 2012 по 2021 гг., которые были условно разделены на две группы: в основную группу включено 128 больных, оперированных в период с 2020 по 2021 гг, в группу сравнения - 320 пациентов, оперированных с 2012 по 2019 год включительно.

Обсуждение. Для оценки клинических результатов применения предложенных тактико-технических аспектов проведено исследование в двух группах. Отдаленный результат прослежен у 316 пациентов группы сравнения и 127 пациентов основной группы (исключены 4 летальных случая в группе сравнения и 1 летальный случай в основной группе).

Анализ сравнительной частоты отдаленных раневых осложнений в зависимости от размеров грыжи показал, что в группе сравнения чаще отмечено сморщивание протеза – 3,5% при обширных и 4,0% при гигантских грыжах, тогда как в основной группе при обширных грыжах сморщивания протеза не отмечено ни в одном случае, а при гигантских грыжах встретилось лишь в 1 (1,3%) случае. Аналогичная ситуация с частотой кожно-протезных свищей: в группе сравнения 3,5% при обширных грыжах и 5,5% при гигантских, тогда как в основной группе 2,0% при обширных и 2,6% при гигантских грыжах. Отрыв же протеза с образованием постпротезной грыжи отмечен только в группе сравнения: 3(2,6%) случая при обширных и 7(3,5%) при гигантских грыжах.

Выявлено достоверное различие при пластике рецидивных грыж в виде уменьшения отдаленных осложнений с 16,1% до 4,5% ($\chi2$=5,781; Df=1; p=0,017). А также в целом по группам можно констатировать достоверное различие ($\chi2$=7,902; Df=1; p=0,005): количество всех отдаленных осложнений составило в группе сравнения 37 (11,7%), в основной группе 4 (3,1%).

Выводы. Внедрение усовершенствованной методики ненатяжной протезной пластики ПОВГ в совокупности с применением предложенного варианта профилактики развития раневых осложнений позволило снизить частоту отдаленных осложнений с 11,7% (у 37 из 316 пациентов в группе сравнения) до 3,1% (у 4 из 127 пациентов в основной группе; χ^2=7,902; Df=1; p=0,005), в том числе сморщивание протеза с3,8% (у 12 больных) до 0,8% (у 1 пациента), формирование кожно-протезных свищей с 4,7% (15) до 2,4% (3), а также нивелировать риск отрыва протеза с образованием парапротезной грыжи (с 3,2% (10) до 0%).

Хусейнзода З.Х., Салимов Ф.И., Нуриддинов Й.М.

ИЗУЧИТЬ ЛЕЧЕНИЕ, ДИАГНОСТИКУ И НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЛИМФАНГИОМ У ДЕТЕЙ

ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ СЗН РТ
Кафедра онкологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Цель исследования. Изучить лечение, диагностику и некоторые аспекты клинического течения лимфангиом у детей.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужили клинические данные 18 детей с лимфангиомой, находившихся на обследовании и лечении в ГУ РОНЦ МЗ СЗН РТ с 2014 по 2020гг., из которых мальчики составили – 12 (66,7%) наблюдений, девочки – 6 (33,3%). Возраст пациентов варьировал от 7 месяцев до 14 лет. План обследования включал в себя стандартные общеклинические, лабораторные и инструментальные методы исследования, согласно протоколам диагностики, принятых в онкологии, среди которых УЗИ, а также морфологическое исследование были обязательным компонентом.

Результаты исследования. Основную группу пациентов составили дети в возрасте 0-3 лет - 12 (66,7%) наблюдений, 4-6 лет – 5 (27,8%) больных и 1 (5,5%) - в возрасте 14 лет, при этом лимфангиомы чаще встречались у мальчиков, нежели у девочек – 13 (72,2%) и 5 (27,8%) наблюдений соответственно. Следует подчеркнуть, что лимфангиомы часто локализовались в области мягких тканей лица и шеи – 14 (77,8%) детей, из которых в проекции околоушно-жевательной зоны – 11(78,6%) наблюдений (у грудных детей могло приводить к затруднению процесса вскармливания) и надключичной зоны – 3 (21,4%) случая. В 2 (11,1%) случаях наблюдалась лимфангиома подмышечной области и в 2 (11,1%) других очаг локализовался в коленном суставе. Размеры опухоли варьировали от 2,0 до 10,0 см, носившие солитарный характер. По гистологической принадлежности более 72,2% (13) образований пришлось на лимфангиомы кистозного характера, а в остальных 27,8% (5) случаев была представлена кавернозным вариантом.

Выводы. Наиболее частой локализацией лимфангиом у детей встречается в области головы и шеи. Клинические проявления лимфангиом у детей раннего возраста до 3 лет в проекции лимфатических коллекторов позволяет рассматривать данную патологию как результат порока развития лимфатической системы. Следовательно, дети должны строго наблюдаться у неонатолога и семейного врача с целью своевременного диагностирования и адекватного лечения.

Хушвахтов У.М., Шамсиев Дж. А., Нажмидинов Х.Н.

ЧАСТОТА РАСПРОСТРАНЁННОСТИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

Кафедра урологии имени профессора А.С. Осими ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино
ГУ «Научно-клинический центр урологии». Таджикистан

Цель исследования. Выявление частоты распространённости урогенитальных свищей.

Материал и методы исследования. В период 2015-2023 гг. в ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии» под нашим наблюдением находилось 47 пациенток с урогенитальным свищом. Возраст пациенток колебался от 25 лет до 71 года. Давность заболевания с момента формирования свища была в среднем от 3-х месяцев до 2 лет.

Всем пациенткам было проведено урологическое обследование. Оно включало в себя опросы, сбор жалоб и анамнеза, объективной осмотр, ультразвуковые исследования почек и мочевыводящих путей, общеклинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, посев мочи на определение флоры и чувствительности к антибиотикам, гинекологический осмотр, экскреторную урографию, мультиспиральную компьютерную томографию и диагностическую систоскопию.

Результаты исследования. Клинические проявления урогенитального свища были весьма характерными - постоянное выделение мочи из влагалища. У 28 (59,5%) пациенток акт мочеиспускания был частично сохранен. У этих больных свищи были диаметром до 0,5 см и они локализовались на задней стенке пузыря выше зоны треугольника Льето. Диагноз «урогенитальный свищ» у всех пациенток был установлен после осмотра урологом на 6-20 сутки с момента начала выделения мочи из влагалища. При анализе причин возникновения свища оказалось, что у 26 (55,3%) женщин свищ образовался на 3-8 сутки после экстирпации матки. Среди них по поводу фибромиомы матки было оперировано 4 пациентки (8,5%); по поводу рака шейки или тела матки – 15 (31,9%); кесарево сечение с последующей экстирпацией матки выполнено 2 (4,2%). У 3-х женщин после кесарева сечения в нижнем сегменте матки образовался пузырно-маточный свищ. В клинике у них наряду с постоянным выделением мочи из влагалища, отмечалась периодическая тотальная макрогематурия в период менструации. При осмотре в зеркалах, окрашенная жидкость, вводимая в мочевой пузырь, начинала выделяться из цервикального канала шейки матки. Всем пациенткам было проведено оперативное вмешательство.

Выводы. Таким образом, из проведённого нами исследования следует, что основной причиной развития данной патологии является ятрогенное повреждение стенки мочевого пузыря во время выполнения хирургического вмешательства на органах малого таза, вследствие акушерско-гинекологических операций и лучевой терапии по поводу рака шейки матки.

Ҳамроқулзода Ф., Ахрориён З.А.

САМАРАНОКИИ ДОРУҲОИ ПРОТЕОЛИТИКӢ ДАР ТАБОБАТИ ОТИТИ ШАДИДИ РАВИШАШ СУСТ

Кафедраи оториноларингология МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино». Тоҷикистон.

Максад. Омухтани самаранокии шунтгузории пардаи таблии гӯш дар якҷоягӣ бо химотрипсин барои отити шадиди сустравиш дар кӯдакон.

Мавод ва усулҳо. Аз соли 2023 то соли 2024 дар шӯъбаи ЛОР-и кӯдаконаи Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Точикистон «Шифобахш» 12 кӯдаки гирифтори бемории шадиди отити сустравиши гуши миёна дар беморхона бистарӣ ва муоина карда шуданд. Синну соли беморон аз 6 то 11 сола буд. Ҳама беморон ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуданд: гурӯҳҳои асосӣ ва муқоисавӣ, мутаносибан 6 нафар. Ҳамаи беморон аз эндоскопияи бинибалъум ва бинӣ, отомикроскопия, ченкунии импеданс, аудиометрияи остонаи тон ва санҷишҳои лабораторӣ гузаронида шуданд. Ҳама беморон пас аз муоличаи консервативии бемуваффақият дар ҷои истиқомат дубора барои патологияи худ муроҷиат карданд.

Натичаи тадқиқот.Ҳангоми қабули беморон аз паст шудани шунавоӣ, садо дар гӯш, эҳсоси интиқоли моеъ дар гӯшҳо, дар баъзе мавридҳо, вайрон шудани нафаскашии бинӣ, аз бинӣ, хурӯҷи шабона шикоят карданд. Хангоми отомикроскопия ранги тира шудани пардаи тимпаник, акибнишинӣ, дар чойхо пайдо шудани кисахои ретракционӣ дар кисмхои орому тарангкунандаи пардаи тимпаник, набудани конуси сабук, дар баъзе мавридхо гафсшавии пардаи тимпаник ва мавчудияти моеъ дар холигии тимпаник муайян карда шуд, ки хангоми эндоскопии холигии бинӣ хун пур шудани пардаи луобпардаи бинӣ ва гипертрофияи кончахои бинӣ дар 6 нафар кудак мушохида карда шуд. Натичаҳои эндоскопияи бинии бинӣ тасвири дараҷаи калоншавии аденоидҳои дараҷаи II дар 5 (83,3%) кӯдакон ва дараҷаи III дар 1 (16,7%) кӯдаконе, ки аз ҷарроҳии аденотомия гузаронида шудаанд, нишон доданд.

Аудиометрияи остонаи оҳангҳо гумшавии шунавоии навъи гузаронандаро ошкор намуд: дараҷаи I дар 9 (75%) кӯдак, дараҷаи II дар 3 (25%) кӯдак. Андозагирии импеданс дар ҳама беморон мавҷудияти моеъро дар холигоҳи тимпаникӣ нишон дод.

Пас аз анҷоми муоина ба беморони гурӯҳи якум шунт кардани пардаи гӯш ва ба таври илова қатраҳои химотрипсин дар маҳлули намак 0,9% 5,0 мл маҳлул таъин карда шуданд. Ба беморони гуру-хи дуюм чаррохии шунт дода шуд.

Хамаи беморон зуд-зуд камхунии роххои биниро бо доруи вазоконстриктор мегузаронданд. Илова бар ин, ҳамаи беморон табобати мувофиқи патогенетикӣ гирифтанд. Дар рӯзи 5-уми табобат дар беморони гурӯҳи асосӣ нишонаҳои отити шадиди миёна дар 5 (83,3%) бемор тамоман набуданд ва дар 1 (16,7%) бемор аз гӯши он миқдори мӯътадил боқӣ мондааст. Дар гурӯҳи муқоисавӣ дар 2 (25%) беморон набудани нишонаҳои дар боло зикршуда ва дар 4 (75%) беморон аломатҳои отити шадиди сусти миёна мушоҳида карда шуданд.

Хулоса. Гузоштани шунт ба пардаи таблии гӯш дар якҷоягӣ бо истифодаи химотрипсин тавсия дода мешавад ва самаранокии табобати отити шадиди сустравиши гуши миёна дар кӯдаконро зиёд мекунад.

Черняев М.В., Гительзон Е.А., Файбушевич А.Г.

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ.

Кафедра госпитальной хирургии с курсом детской хирургии Медицинского Института Российского Университета Дружбы Народов имени Патриса Лумумбы, Москва, Россия

Цель: Веногенная эректильная дисфункция является одной из трех разновидностей «мужского бессилия» наряду с атеросклеротическим поражением и психопатией. На сегодняшний день именно к коррекции «венозных утечек» приковано внимание специалистов, так как это открывает путь к исцелению до половины от общего числа больных эректильной дисфункцией в мире. Целью настоящего исследования является оценка клинической эффективности суперселективной эмболизации «венозных утечек» простатического сплетения в лечении больных веногенной эректильной дисфункции.

Материалы и методы: В исследование включено 68 пациентов с подтвержденной веногенной эректильной дисфункцией, не способных закончить половой акт из-за вялости полового члена, которым в 2023 году была выполнена суперселективная эмболизация вен, абберантно расположеных относительно простаты и визуализируемых при медикаментозной эрекции. Возраст пациентов составил от 21 до 46 лет, у четверых пациентов имел место артериовенозный конфликт (синдром Мэя-Тернера), также подверженный коррекции, у 15 пациентов при обследовании диагностировано варикоцеле, также подвергнутое селективной эмболизации.

Результаты: Успех эндоваскулярного вмешательства достигнут у всех пациентов. Под оптимальным результатом вмешательства понимали стаз крови в венах с патологическим рефлюксом крови или полное лимитирование кровотока в венах, расположенных вне простаты, забирающих кровь от полового члена при его компрессии. Пациенты с артериовенозным конфликтом исключены из исследования в следствие неоднозначного трактования улучшения их клинической картины на фоне этапного выполнения вмешательства, где эмболизация «венозных утечек» не была первой. У оставшихся 64 пациентов не наблюдалось осложнений в средне-отдаленном периоде, а в срок от 2 недель до 6 недель имели место сообщения о том, что все пациенты смогли завершить половой акт, а его продолжительность варьировала от 14 до 126 минут. Клинический эффект наблюдался в срок 6 месяцев также у всех пациентов. На момент написания данного сообщения один полный год с момента вмешательства прошел у 53 пациентов. 50 пациентов сообщают, что они «считают себя здоровыми», с одним пациентом потеряна связь, у двух пациентов отмечается рецидив клинической картины. Одному из пациентов с рецидивом выполнена повторная ангиография и повторная эмболизация вновь визуализируемых «утечек».

Выводы: Настоящее исследование демонстрирует, что суперселективная эмболизация является крайне эффективным методом лечения веногенной эректильной дисфункции. В то же время вмешательства такого рода являются

технически исключительно сложными, трудоемкими и требующими большого опыта хирургов. Это может объяснять в том числе «не полную» эмболизацию всех утечек, что может приводить к рецидиву, а первые положительные результаты обусловлены или несформированным новым пути венозного оттока, или изменениями поз при половом акте. Так или иначе в отдаленные сроки наблюдения результаты можно считать удовлетворительными.

Ҷойлобов М.Р., Набиев М.Х.

ИНТИХОБИ САТҲИ АМПУТАТСЯ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ШАКЛҲОИ ОРИЗАДОРИ АЛОИМӢ ПОПАНҶАИ ДИАБЕТӢ

Кафедраи ҷарроҳии умумии №2 МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино, Тоҷикистон

Мақсади таҳқиқот. Беҳтар сохтани натиҷаҳои табобати ҷарроҳии шаклҳои оризадори попанҷаи диабетӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Асоси таҳқиқотро натиҷаҳои муоинаҳои клиникиву табобати 79 бемори дорои аклҳои оризадори попанҷаи диабетӣ (ПД дараҷаҳои IV-V тибқи назари Вагнер), ки дар Маркази ҷарроҳии эндокринӣ ва фасодиву септикии назди шуъбаи ҷарроҳии МД Маркази тиббии шаҳрии №3 бистарӣ шуда буданд, ташкил дод. Синну соли беморон аз 30 то 70-сола буд. Тип, вазнинии ҷараён ва марҳала ПД мувофиқи таснифоти ТУТ (1985) муайян карда шуд. ПД-и типи- 1-типа дар 2 (2,5%), ПД типи-2-го дар 77 нафар (97,5%).

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Дар заминаи табобати комплексӣ бо мақсади дистализатсияи сатҳи ампутатсия ва нигоҳ доштани мачрои хуни магистралӣ дар 42 бемор тактикаи думарҳилагии ҷарроҳӣ ба кор бурда шуд, дар марҳилаи якум ампутатсия трансметатарзалӣ иҷро карда шуд, минбаъд малофаи пӯстиву фассисалии мавтшудаи оризадор бо тоза кардани ҷароҳат аз массаҳои некрозӣ ва пайдо шудани гранулятсияҳои солим поккорӣ шуда, ивазкунии пластики нуқсонҳо бо малофаҳои пӯстии озод, сӯрохшуда ва қабат-қабат иваз карда шуданд. Дар 12-бемори дорои осебҳои фасодноку некрозии пешраванда ва паҳншудаи попанҷа, ки ба соқ мегузаранд, дар сатҳи сеяки болоии соқ бо чок кардани мунч ва буридани ҳамаи пайҳо ампутатсия иҷро карда шуд.

Дар ин маврид, ҳамзамон некрэктомия иҷро карда шуда, дар дарозои канорҳои ҷароҳат, 1,5-2 см проксималитар ду сихи Киршнер гузаронида шуд. Канорҳои озоди ҳаоду сихро наздик карда бо лигатура тавре маҳкам карданд, ки канорҳои культи чоккардашудаи соқ кашиш нахӯрданд. Баъди аз некроз тоза кардани ҷароҳат, аз байн бурдани аломатҳои илтиҳоб ва пайдо шудани гранулятсия бо маҳлули декасан дренажи фаъоли оби равон ва обёрӣ анҷом дода шуд.

Хулоса. Ҳамин тавр, истифодаи ангиография, муайян кардани гузаронандагии рагҳо дар андомҳои поёнӣ ба сифати усули сермаълумоти таҳқиқот имконият медиҳад, ки ба хусусиятҳо, дараҷа ва дарозии шарёнҳои магистрали андомҳои поёнӣ баҳо дода шавад. Ин дар навбати худ барои муайян кардани сатҳи ампутатсия ёрӣ мерасонад ва басомади реампутатсияро кам мекунад. Лаҳзаи асосии табобати беморони шаклҳои оризадори алоимӣ попанҷаи диабетӣ ин интихоби дурусти ампутатсия мебошад, ки дар он тактикаи аз ҷиҳати функсионалӣ эҳтиёткунӣ ва ҳифз кардани буғуми зону бо перспективаи баъдан протез ба роҳ монда мешавад, ин барои пешгирӣ намудани такроршавиҳои АПД ва беҳтар кардани сифати ҳаёти беморон ёрӣ мерасонад.

Шаймонов А.Х., Шамсов Н.Х., Саидов М.С.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ РЕКОНСТРУКЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ОЖОГОВ

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Сравнительная характеристика различных методов реконструктивных операций при отдалённых последствиях ожогов нижних конечностей.

Материал и методы. В материал исследования вошли 32 пациента с отдалёнными последствиями ожогов дистальных областей нижних конечностей, поступивших в отделение восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии в период с 2000 по 2023 годы. Средний возраст больных составил 21,4±2,4 года. Возраст пациентов лежал в пределах от 8 до 64 лет.

В гендерном отношении превалировали лица мужского пола – 24 (75%) пациента. Большая часть пациентов относилась к лицам, проживающим на территории Душанбе и РРП. Это связано с большей доступностью для граждан этих регионов страны обращения в специализированные центры.

Первично за хирургической помощью обратились 27 (84,4%) пациентов, 5 (15,6%) больных ранее были подвержены неудачному хирургическому вмешательству по поводу устранения рубцов и других последствий термической травмы.

Результаты исследования. Пациенты были разделены на три клинические группы: в I клиническую группу вошли 16 пациентов, которым были выполнены местно-пластические операции. Во вторую группу – 9 пациентов, которым дефекты устранялись с применением лоскутов из других анатомических зон. В третью клиническую группу вошли пациенты с преобладающим использованием местных тканей, в комбинации со свободными лоскутами - 7 пациентов. В I группе использовались комбинации местно-пластических операций. В частности, Z-, WY-, пятилоскутная, семилоскутная пластики, а также методика Butterfly.

Среди пациентов II клинической группы в одном случае использовался несвободный лоскут на сосудистой ножке, взятый из области стопы противоположной нижней конечности, не поражённой ожогом. В 2 случаях использовался свободный торокадорзальный лоскут. В остальных 5 случаях применялся вариант с укрытием свободным па-

ховым лоскутом. Данная зона характеризуется большими возможностями для выкраивания широких площадей, минимальными отрицательными эффектами для донорской зоны, похожими характеристиками с кожей нижней конечности, а также быстротой и удобства забора тканей.

В этом отношении результаты в I клинической группе можно назвать более предпочтительными. Хотя эстетический эффект нельзя назвать идеальным при использовании местно-пластических операций, он был всё-таки лучше, чем у большинства пациентов во II клинической группе. Именно в III клинической группе отмечалась наибольшая удовлетворённость результатов, как со стороны пациентов, так и при использовании шкалы оценки DASH.

Частичное применение свободных лоскутов, на фоне устранения контрактуры местно-пластическими операциями показало себя крайне эффективным. Ступня полностью освобождена для совершения разгибательных движений, натяжение не отмечается. Пациентка прибывала в стационаре в течении недели, после чего была выписана на амбулаторное лечение. Изолированное применение лишь свободных и несвободных лоскутов желательно ограничить при устранении отдалённых последствий ожогов нижних конечностей. Их использование требуется лишь при отсутствии альтернативы, и наличие больших дефектов.

Заключение. Таким образом, имеющиеся данные показывают эффективность использования комбинированных методик. При этом важно превалирование именно местно-пластического компонента над свободными и не свободными лоскутами, для получения как можно лучшего эстетического результата.

Шаймонов А.Х., Раджабов М.Ф., Шамсов Н.Х.

ВЫБОР АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПОВТОРНОМ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОТДАЛЁННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЖОГОВ

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Оценка безопасности и эффективности применения анестезии, отличной от общей, при обращении пациентов с отдалёнными последствиями ожогов, имевших несколько хирургических вмешательств в анамнезе.

Материал и методы. В материал исследования вошли 24 пациента, обратившихся в отделение восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии в период с 2014 по 2024 годы, по поводу наличия рубцовых деформаций различной локализации. Средний возраст пациентов составил 23,6±1,8 года. Возраст колебался в пределах от 19 до 54 лет.

Анестезиологическая тактика включала следующие моменты. При преимущественной локализации рубцовых разрастаний на верхних конечностях выполнялась проводниковая анестезия – 8 случаев. При необходимости перехода хирургического вмешательства с верхних конечностей на шею и грудь проводниковая анестезия комбинировалась с местной инфильтрацией 1% раствора лидокаина и адреналина. Вмешательства на нижних конечностях, особенно в области таза, коленного сустава и голени, представляли более высокие анестезиологические риски – 9 случаев. В таких случаях хирургическое вмешательство выполнялось под эпидуральной анестезией. Для оценки болевых ощущений использовался опросник, где выраженность боли оценивалась от 0 до 10.

Результаты исследования. В общей сложности пациентам, вошедшим в материал исследования, была выполнена 42 операция. То есть в среднем почти по две операции на человека. Несвободные лоскуты использовались лишь при устранении дефектов верхних конечностей в трёх случаях. Во всех трёх случаях это был паховый несвободный лоскут.

Чаще всего многоэтапные операции выполнялись у лиц с последствиями ожогов верхних конечностей – 9 случаев. У лиц с последствиями ожогов во всех трёх случаях операция имела одну этапность. В целом, если смотреть на представленные в таблице данные, можно понять, что в процентном соотношении объем, и тяжесть выполненных операций был сравним при всех локализациях. Наилучшие результаты отмечались при использовании проводниковой анестезии у лиц с ожогами верхних конечностей. При УЗДС отмечалось умеренное расширение сосудов конечности, что хорошо сказывалось на трофике тканей. Положительное влияние проводниковой анестезии на трофику подтверждается и отличными показателями транс кутанного напряжения кислорода в тканях. Показатели выше 30 мм. рт. ст. отмечались у всех пациентов в послеоперационном периоде, что является вариантом нормы. При блокаде симпатического элемента показатели кровоснабжения и заживления были значительно лучше, чем в других группах. Неудивительно что при таком хорошем кровоснабжении у пациентов с локализацией раны в области верхних конечностей, всегда отмечалось заживление первичным натяжением, без развития осложнений.

Что касается рубцов в области шеи, то здесь использовалась местная анестезия. В частности, введение 1% раствора лидокаина в комбинации с адреналином. У трёх больных, которые перенесли операцию под таким обезболиванием, болевые ощущения были выше, чем у двух предыдущих локализаций. В одном случае отмечался краевой некроз, который купировался снятием некоторых лигатур.

При проводниковой анестезии средний балл по шкале боли составлял 2,6±0,4 балла. Хотя это скорее описание дискомфорта во время операции, вызванного невозможностью пошевелить рукой. Боль усиливалась в первые сутки и снижалась на третьи. Самый большой болевой порог был отмечен на первые сутки после операциях на шее, с использованием 1% раствора лидокаина. Однако на третьи сутки болевые ощущения снижались.

Заключение. Таким образом, пациентам с рубцовыми деформациями и контрактурами, имеющим в анамнезе перенесённые неудачные операции, показано применение альтернативных методов обезболивания, без введения в общий наркоз. При таком методе обезболивания удаётся избежать неблагоприятных последствий повторного наркоза для сердечно-сосудистой нервной систем, а также улучшить кровоснабжение пересаженных тканей.

Шамсиев Д.А., Абдурахмонов А.А., Мустафокулов С.С.

ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ГИДРОНЕФРОЗА

Кафедра урологии имени профессора А.С. Осими ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино
ГУ «Научно-клинический центр урологии». Таджикистан

Цель исследования. Оценить эффективность допплерографического метода исследования при терминальной стадии гидронефроза.

Материал и методы. Проведён анализ данных обследования и лечения 52 больных гидронефрозом на базе кадры ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии» МЗСЗНРТ. Средний возраст больных ровнялся 32,2 (от 16 до 45 лет).

Всем больным проводили комплексное урологическое обследование, ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей, ультразвуко-допплерографию почек.

Часто гидронефроз наблюдается односторонний, в редких (в 3%) случаях двухсторонний. В терминальной стадии гидронефроза А и Б отмечается истончение паренхимы при этом на экскреторной урографии функция почек отсутствует. В связи с чем больным проводят операцию нефроэктомии.

Результат исследования. С целью сохранения и восстановления нарушенных функций почек 13 больным терминальной стадии гидронефроза паренхиматозно и внутривенно введены аутосомные мезенхимальные стволовые клетки костного мозга. Исследование показало, на УЗИ с дуплексным сканированием в динамике через 1-3-7 месяцев отмечается улучшение кровотоков почек. В норме показатель магистральных артерий почек равен RARN<3,5 (100%). У обследуемых больных до лечения RAR справа 1,2 (34,3%), слева 0,73 (20,7%). После лечения через один месяц RAR справа 1,6 (45,7%), слева 0,8 (23%), через 3 месяца справа 1,8 (51,4%), слева 1,0 (28,5%) и через 7 месяцев справа 1,8 (51,4%), слева 1,3 (37,1%).

Отмечается улучшение кровообращения в обеих почках (RAR справа на 17,1% и слева на 16,4%), а также на МРТ почек видны уплотнение и утолщение паренхимы.

Выводы. Допплерографическое исследование почек является эффективным методом в диагностике и оценке лечения терминальной стадии гидронефроза. Применение аутосомных мезенхимальных стволовых клеток костного мозга при лечении терминальной стадии гидронефроза способствует сохранению почек и улучшению восстановления её нарушенных функции.

Шарипов М.А., Салимова С.А., Джомахмадова Г.Р.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

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

Цель исследования. Оценить качество оказания медицинской помощи пострадавшим детям с сочетанной травмой, анализируя результаты их лечения.

Материал и методы. Работа выполнена с ретроспективный анализом 80 детей с травмой конечности в структуре сочетанной травмы с 2019 по 2023 годы в НМЦ «Шифобахш», отделение детской травматологии. Возраст детей составил от 3 до 14 лет. Больше всего превалировали мальчики, которые составили 64 (80%). Девочки 16 (20%). Тяжесть травмы оценивали с помощью AIS (Abbreviated Injury Scone), ISS (Injury Severity Scone). Полная информация о больных взята из исторії болезни, где изучены все параметры пребывания больных в стационаре. Все поступившие больные в зависимости от тяжести состояния и характера повреждений обследовались по стандартам: УЗИ органов брюшной полости, грудной клетки, рентгеноскопия черепа, органов брюшной полости, таза, конечностей, при выявлении повреждений – рентгенография, по показаниям – МРТ. Среди поступивших 60% детей находились в шоковом состояние, им проводилась противошоковая терапия. Важную роль играет правильно оценка степени тяжести состояния ребенка, выявление все возможных повреждениї, определение ведущих патогномоничных признаков, отягощающих течение и прогноз политравмы, реализовали четкую программу по диагностическим и лечебным мероприятиям.

Результаты исследования. Среди дете, получивших травмы, ведущие место занимали дорожно транспортные происшествия, которые составляли 66 (82.5%) больных. Падение с высоты дерева 14 (17,5%). Всем больным была оказана высоко квалифицированная медицинская помощь со стороны врачей: детский травматолог, детский хирург, детский нейрохирург и анестезиолог- реаниматологом. Дети, получившие травму в городе Душанбе, были доставлены скорой помощью в течение от 30 минут до 1 часа с момента травмы. С районных больницах дети доставлены после стабилизации общего состояния на 2 и 3-и сутки после получения травмы. Анализируя истории болезни, изучали больных с сочетанной травмой повреждения верхней конечности и черепно мозговой травмы. Перелом плечевой кости был у 25 больных, костей предплечья у 20 больных, перелом ключицы у 7 больных и 1 больная со свежим вывихом акромиального конца ключицы. Костей таза у 13 больных и у 2-х больных перелом копчика. Перелом бедра у 53 больных с одновременным переломом обоих бедер 6 больных, обеих костей голени 26, костей стопы 10 больных которые находились на стационарном лечении. Всем больным была оказана специализированная помощь. Первичная хирургическая обработка раны с фиксацией спицами при повреждении конечностей - 47 (28,9%). Первичная хирургическая обработка раны с фиксацией стержневым аппаратом – 23 (14,1%). Наложение склетного вытяжения- 35 (21,5%). Остеосинтез с наложением аппарата Илизарова – 24 (14,7%). Наложение гипсовой повязки - 32 (19,6%). Консервативное лечение – 2 (1,2%). Оценка степень тяжести состояния детей проводили по системе AIS (Abbreviated Injury Scone), ISS (Injury Severity Scone). По системе ISS до 25 баллов считалась благополучным, до 34 сомнительным и более 34 неблагополучным.

Выводы. Сочетанная травма относится к наиболее тяжелым видам детского травматизма с возможной прогнозируемой летальностью 11,8%. К наиболее тяжелым сочетанным повреждениям с неопределенным прогнозом следует отнести те, где имеется компонент черепно_мозговой травмы с переломом черепа и повреждением мозга. Одним из важнейших этапов оказания медицинской помощи детям с политравмой является догоспитальная помощь, сохранение жизни и здоровья многим больным зависит от объема лечебной помощи на этом этапе.

Шарипов Ф.К., Гаибов А.Дж., Неъматзода О.

К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ ТАКТИКИ РЕКОНСТРУКЦИИ БИФУРКАЦИИ АОРТЫ ПРИ ЕЁ АНЕВРИЗМАТИЧЕСКОМ РАСШИРЕНИИ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»
Кафедра хирургических болезней №2 им. акад. Н.У. Усманова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Сокращения продолжительности пережатия аорты при резекции аневризмы путем усовершенствования её реконструкции.

Материал и методы исследования. Работа основана на комплексной оценке результатов хирургического лечения 48 пациентов с аневризмами брюшной аорты. Большинства пациенты (46) были лицами мужского пола. В зависимости от методов хирургической коррекции пациенты были разделены на 2 группы. Основную группу составили 24 больные, 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 в 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. Следует отметить, что к формированию проксимального анастомоза приступили тут же после вскрытия полости аневризмы, не тратя времени на обработку её стенок, что также является существенным моментом, позволяющим сократить время пережатия аорты.

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 изменения всех параметров гемодинамики в обеих группах.

Результаты исследования показали, 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±1,4 мин.), по сравнению контрольной (28,1±2,6 мин.) Этому способствовало уменьшение времени пережатия аорты за счет предварительно формированного 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.

Заключение. 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.

Шарифов С.А., Назаров Ш.К.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЗАЖИМ ДЛЯ ФИКСАЦИИ И ПОДНЯТИЯ МАТКИ, ПРИДАТКОВ И ПОЧКИ

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

Цель исследования. Улучшение техники оперативного вмешательства на матке и её придатков, на почке, создание удобства для оперирующего хирурга, предотвращение интраоперационного кровотечения.

Материал и методы. Проведенное клиническое испытание основано на результатах применения разработанного хирургического зажима у 9 пациенток с миомой матки, и на операциях почки находившихся на стационарном лечении в отделениях неотложной хирургии ГУ «Городской центр неотложной помощи» являющийся клинической базой кафедры хирургических болезней №1 им. академика Курбонова К.М. в 2024 году. Изобретённый хирургический

зажим в форме матки содержит дугообразно выгнутые рабочие полукольца укрепленными рабочими лапками, средства для сведения разведения рабочих губок, и фиксатор положения рабочих губок, в виде двух шарнирно соединенных бранш с кольцевидными рукоятками и кремальерным замком на одних концах бранш, рабочие лапки выполнены в виде установленных с возможностью дугообразных пластин. В разработанном зажиме во время операции проведение гемостаза сосудов обеспечивается путём компрессионного воздействия на орган: включает сдавливание шейки матки овальными губами, нежный обхват почки, при этом дополнительная компрессия на орган эластичной внутренней пластиной.

Результаты исследования. Сущность заявляемого изобретения выражается в совокупности для снижения риска послеоперационных осложнений особенно кровотечения, удобство для хирурга, малая травматичность и сокращении времени проведения выполняемой хирургической операции и повышении надежности гомеостаза сосудов, тканей и внутренних органов во время проведения хирургической операции при минимальном затратном усилии хирурга, а также улучшении в целом функционального послеоперационного состояния пациента. Хирургический зажим для пережатая и фиксации матки при ампутации матки, консервативной миомэктомии, тубэктомии, цистоварэктомии содержит дугообразно выгнутые рабочие полукольца с шарнирно укрепленными рабочими губами, средства для сведения разведения рабочих губок, и фиксатор положения каждой рабочей губки. Средства для сведения разведения рабочих губок выполнены в виде двух шарнирно соединенных замок и с кольцевидными рукоятками, и на одних концах шарнирно-соединенный бранш. Рабочие полукольца выполнены в виде установленных с без возможности углового поворота. Выполнение на рабочих ниже губках симметрично относительно друг друга технологических отверстий дает возможность выполнить над влагалищную ампутацию и экстирпацию матки. шов прямой хирургической иглой в зоне ограниченного обзора и в стесненных условиях, сводя риск прорезания матки к минимуму, бранши отводят поворотом в необходимое положение после размыкания кремальерного замка, который затем фиксируют, создавая максимально удобное операционное поле для работы хирурга и ассистента и ведения операции в зоне ограниченного обзора и в стесненных условиях. Выполняют консервативную миомэктомию, ампутацию матки, тубэктомию, цистоварэктомию, нефрэктомию, нефротомию в условиях максимального расширения пространства для рук хирурга и ассистентов.

Выводы. предложенное устройство обеспечивает удобство в пользовании в зоне ограниченного обзора и в стесненных условиях, снижает риск послеоперационных осложнений, сокращает время проведения выполняемой хирургической операции и повышает надежности гомеостаза сосудов, тканей и внутренних органов во время проведения хирургической операции при минимальном затратном усилии хирурга, а также улучшает в целом функциональное послеоперационное состояние пациента.

Шарифов С.А., Назаров Ш.К., Сафаров Ш.Ф.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭВЕНТРАЦИЙ И ГНОЙНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН БРЮШНОЙ СТЕНКИ

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

Цель исследования. Улучшение методов лечения эвентраций и гнойных послеоперационных ран передней брюшной стенки.

Материал и методы. Проведенное клиническое исследование основано на результатах комбинированного хирургического лечения 39 пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделениях неотложной хирургии ГУ «Городской центр неотложной помощи» являющийся клинической базой кафедры хирургических болезней №1 им. академика Курбонова К.М. за период с 2010 по 2024 годы. Мужчин было 27(69,2%) пациентов, женщин 12(30,7%) пациентов. Средний возрастной диапазон среди исследуемых пациентов составил 47,3±3,1($p<0,05$). Все пациенты поступили в экстренном порядке, и были оперированы с осложнениями острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, чаше причиной эвентрации был продолжающий перитонит, где произведены релапаротомии программированные и по требованию. Основным операционным доступом была верхнесрединная лапаротомия. По поводу перфорации язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки оперированы были 2(5,1%) пациентов, спаечной кишечной непроходимостью 7(15,3%) пациентов, ущемленных вентральных грыж 5(12,8%) пациентов, заворотом сигмовидной кишки 3(7,6%) пациентов, тромбозом мезентеральных сосудов 5(12,8%) пациентов, тупой травмой органов живота 6(15,3%) пациентов, острым деструктивным панкреатитом осложненным панкреонекрозом и ферментативным перитонитом 5(12,8%) пациентов. Анализирован характер сопутствующих заболеваний отмечено превалирование сердечно-сосудистой патологии, патологии органов дыхания, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, ожирение 3-4 степени.

Результаты исследования. Всем пациентам проведена тщательная хирургическая обработка послеоперационной раны, тщательная санация брюшной полости ионизированным физиологическим раствором, закрытая декомпрессия желудочно-кишечного тракта. При послойном восстановлении послеоперационной раны, над апоневрозом и в подкожно-жировой клетчатке были вставлены силиконовые перфорированные дренажные трубки на всем протяжении для орошения и санации ионизированным физиологическим раствором. Цитология и микробиология раны изучена в динамике, где рост лейкоцитов в поле зрения были на уровне 3-6 в поле зрения. Микробиология посев и рост кишечной палочки и стафилококка снижена с 31% до 9%. У 39 больных, где для лечения гнойной эвентрации использовано устройство для послойного лечения послеоперационной раны, наблюдалось заживление операционной раны первичным натяжением и лишь у 2 больных (5,1%) на протяжении 4 см (участок некроза кожи под пластинами) операционная рана заживала вторичным натяжением.

Выводы. Таким образом, при использовании послойного дренирования гнойной раны и постоянной санации ионизированным физиологическим раствором создаются условия для эффективной профилактики нагноения послеоперационной раны и предупреждения рецидива эвентрации, что позволяет уменьшить число местных гнойных осложнений до 5,1%.

Шаяхметов Ш.К., Сакуов Ж.Н., Оспанов М.М.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО СВИЩА ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА

Корпоративный фонд «University Medical Center» Национальный научный центр материнства и детства, Астана, Казахстан

Цель: целью данного исследования является сообщении об опыте нашей больницы лечения реканализации ТПС после коррекции атрезии пищевода у детей.

Материалы и методы: в «UMC» ННЦМД в отделении детской хирургии за последние 8 лет (2014-2022 гг.) находились на лечении 7 детей с реканализацией трахеопищеводного свища после коррекции АП. Дети в периоде новорожденности были оперированы в других клиниках Казахстана. Распределение детей по классификации Гросса: тип С был у 4-х, тип В у 1-го и тип D у 2-х пациентов. Всем детям в периоде новорождености проводилась коррекции атрезии пищевода. Распределение детей по полу: мальчиков 5, девочек 2. Самыми частыми жалобами являлись: частые пневмонии, нарушение глотания и поперхивание. Для выявления реканализации использовались КТ, трахеоскопия, рентгеконтрастное исследование пищевода. Сроки выявления реканализации от 1 месяца до 2 года 6 месяцев после первичной операции, медиана 1 год.

Результаты: для коррекции реканализации у 5 детей проводилась ретоpакотомия и перевязка трахеопищеводного свища, у 1 пациента свищ перевязан шейным доступом и у 1 пациента торакоскопическим путем. У 3-х пациентов сохранить нативный пищевод не удалось, проведены замена пищевода желудком и толстой кишкой. Смертности не было.

Обсуждения и выводы: дети должны оперироваться с специализированных клиниках, где накоплен достаточный опыт лечения атрезии пищевода, дети должны наблюдаться у детского хирурга, при частых бронхолегочных воспалительных заболеваниях, дисфагии необходимо исключить реканализацию трахеопищеводного свища.

Заключение: реканализация трахеопищеводного свища редкое и тяжелое осложнение после коррекции АП. Хирургический метод коррекции трахеопищеводного свища – эффективный способ лечения при данной патологии.

Шералиева М.Г., Раджабзода Н.Ф., Мирзоева М.Б.

ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

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

Целью исследования. Оценить влияние инфекции в возникновении неразвивающейся беременности.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 150 женщин с диагнозом неразвивающейся беременности, поступивших в родильный дом №1 в г. Душанбе в периоде 2022-2023 гг.

Результаты исследования. Женщины с диагнозом неразвивающейся беременности в возрасте от 22 до 40 лет со ставили 60,6% случаев. Средний возраст начала половой жизни составил 17 ± 2,1 лет. Первобеременных с неразвивающейся беременностью было 26,6% женщин, повторная неразвивающейся беременность отмечена у 22% пациенток. В 60% случаев у первородящих женщин первая беременность закончилась медицинским абортом. Настоящая беременность протекала на фоне обострения хронической герпетической инфекции у 15% пациенток, острая респираторная вирусная инфекция имела место у 11% женщин. С клиникой угрожающего или начавшегося выкидыша поступили 60% беременных. Ведущими признаками в клинической картине являлись кровянистые выделения различной интенсивности и болевой синдром. У 20% женщин интенсивность маточного кровотечения потребовала выскабливания полости матки в срочном порядке. В 80% случаях диагноз неразвивающейся беременность был подтвержден при ультразвуковом исследовании, несоответствие размеров матки сроку гестации. Неразвивающаяся беременность в I триместре отмечена у 149 (99,3%) женщин, во II триместре беременности – у 1 (0,7%) человек. По данным ультразвукового исследования неразвивающаяся беременность в сроке 5–6 недель составила 34,6% случаев, в сроке 7–8 недель выявлена в 46,0% случаев. Зафиксированы по 1 случаю неразвивающейся беременности при беременности 12–13 недель и при сроке гестации 18 недель. Таким образом, гибель плодного яйца в основном наступила до 8-й недели беременности. Всем пациенткам проводилось удаление плодного яйца и выскабливание полости матки. У 76,2% наблюдаемых женщин было выполнено морфологическое исследование соскобов из полости матки. В 62,0% случаев гистологическая картина была представлена как «замершая беременность» и лейкоцитарная инфильтрация, в 15,0% случаев было обнаружено герпетическое поражение, в 10,0% – хромосомные нарушения, в 10,0% – случаев эндокринопатии, подозрение на токсоплазмоз и антифосфолипидный синдром – 5,0% случаев. По нашим данным, при морфологическом исследовании материала из полости матки ведущее место в этиологии неразвивающейся беременности занимает персистирующая бактериально-вирусная инфекция. Полученные результаты могут служить подтверждением высокой вероятности как инфекционного генеза в инициации неразвивающейся беременности, так и воспалительных осложнений неразвивающейся беременности, ассоциированных с нахождением погибшего эмбриона в полости матки. Мнение большинства исследователей подтверждает, что эмбриональные клетки с их высоким уровнем метаболизма и энергетики являются идеальной средой для пролиферации бактерий, и особенно вирусов. По результатам проявления маточной инфекции верифицированы по данным гистологического исследования в виде: разлитого гнойного децидуита

(50%), рассеянной лимфоидной инфильтрации (20%). Это позволило установить вирусную этиологию в 16% случаев, хронический эндометрит – в 10% наблюдений

Выводы. Таким образом, по результатам проведенного исследования факторами развития неразвивающейся беременности явились воспалительные заболевания органов малого таза в анамнезе. Острые вирусные инфекции на ранних сроках беременности, а также высокий процент инфицированности беременных вирусом простого герпеса отражают роль инфекционного фактора в гибели эмбриона на ранних сроках беременности.

Шоев С.Н[2]., Чобулов С.А[1]., Хушвахтов М.Х[2]., Кодирзода С.К[2].

ПЕРКУТАННАЯ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКА ПРИ ПАТОЛОГИИ ПОЗВОНОЧНИКА

[1]Кафедра нейрохирургии и сочетанные травмы ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».
[2]ГУ Комплекс здоровья «Истиклол». Таджикистан

Цель исследования. Оценить эффективность транскутантной вертебропластики при патологии позвоночника.

Материал и методы. За периоды с 2023-2024 гг. в условиях нейрохирургического отделения ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» проведено 18 перкутанных вертебропластик в условиях местной анестезии. Возраст больных варьировало от 35 до 69 лет. В анализируемой серии женщин было 11 (61,1%), мужчин 7 (38,9%). У 11 пациентов (61,1%) — гемангиомы разных отделов позвоночника, сопровождающиеся болевым синдромом. Травматическое повреждение позвоночника диагностировано у 22,2% (4) пациента. Остеопороз, обусловленный эндокринным нарушением выявлено у - 3 (16,6%) больных. Диагностическим стандартом выявления патологии позвоночника было использование современных методов исследования КТ и МРТ, а также у части пациентов спондилография. Всем больным проводилась вертебропластика в условиях местной анестезии под контролем электронно-оптического преобразователя (ЭОП) и рентгеноконтрастного костного цемента на основе полиметилметакрилата. Уровни от Th^5 до S^1. Причина возникновения гемангиом не известна. Провоцирующими факторами являются наследственность, гормональный дисбаланс, беременность, травмы позвонков.

Результаты исследования. Среди исследуемых пациентов высокая роль транскутантной вертебропластики, помимо герметизации структуры позвонка, отводится ее анальгетической эффективности. В частности, у пациентов с гемангиомой позвоночника с развитием болевого синдрома отмечен регресс боли в той или иной степени к моменту выписки из стационара. Продолжительность лечения изменялась в зависимости от различных факторов или условий, но как правило составили не более 2-х суток. При проведении СКТ в динамике наблюдалось значительное укрепление структур позвонка, что способствовало улучшению стабильности и функции позвоночника.

Выводы. Полученные результаты подтверждают высокую анальгетическую эффективность транскутанной вертебропластики. Выбор техники проведения вертебропластики зависит от характера патологического процесса и особенностей анатомии позвонков. Операция продолжает развиваться, становясь все более доступным и эффективным миниинвазивным методом для лечения патологии позвоночника.

Шокири У.Г., Хакимова М.М., Шокирова М. Н.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕНЩИН С ГИПОТОНИЧЕСКИМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Кафедра акушерства и гинекологии
Хатлонский государственный медицинский университет, Таджикистан

Цель установить возможные факторы, предрасполагающие к развитию гипотонических кровотечений в раннем послеродовом периоде.

Материалы и методы. Произведён анализ 60 родов Родильного отделения Республиканской клинической больницы р. Дангары в период с 2023 по 2024 гг. Группа 1 включала женщин, у которых роды осложнились гипотоническим кровотечением в раннем послеродовом периоде (N=25). Группа 2 состояла из женщин, у которых роды протекали без осложнений (контрольная, N=35). Клинико-лабораторное исследование проводилось на сроке беременности 20 недель и непосредственно перед родоразрешением. У всех исследованных женщин роды проходили через естественные родовые пути.

Результаты. Было установлено, что у женщин с гипотоническими кровотечениями уже на сроке 20 недель беременности количество эритроцитов составило3,4*1012/л, в группе контроле этот показатель был незначительно, но достоверно выше 4,0*1012/л($p<0,05$). В этой группе перед родами было установлено достоверное снижение гемоглобина– 85 г/л против 100 г/л в контроле ($p<0,05$) и повышение уровня палочкоядерных нейтрофилов – 4,1%, против 3,1% ($p<0,05$).Данные показатели могут свидетельствовать об изначальной незначительной анемизации беременных и о развитии у них воспалительной реакции.

В биохимическом анализе крови, на 20 неделе беременности, было выявлено достоверное снижение уровня общего белка у беременных с кровотечениями до 66,8 г/л, по сравнению с контрольной группой – 69,5 г/л ($p<0,05$) и увеличение билирубина,– 12,3 г/л, в контроле – 10,6 г/л ($p<0,05$).Эта же тенденция сохранялась в анализах и перед родами – уровень билирубина был достоверно ниже у женщин с гипотоническим кровотечением составляя 16,7 мкмоль/лпротив 10,3 мкмоль/л у женщин без кровотечения ($p<0,05$).

Вывод. В результате проведенного исследования у беременных, роды которых осложнились гипотоническим кровотечением в раннем послеродовом было установлено, что некоторые лабораторные показатели можно использовать в разработке индивидуального прогноза для развития раннего послеродового гипотонического кровотечения.

Шоназаров И.Ш., Хурсанов Ё.Э., Рузиев П.Н.

ОПТИМИЗАЦИЯ ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ И МЕТОДОВ УСТАНОВКИ ПРОТЕЗА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан.

Цель исследования. Размер грыжевого выпячивания является не единственным критерием, позволяющим отнести пациента к группе с обширными и гигантскимивентральными грыжами. Очень важным помимо размеров грыжи, являются такие параметры, как размер грыжевого дефекта, наличие рецидивных грыж и число рецидивов. В настоящее время совершенствуются полимерные материалы с целью профилактики ранних и поздних послеоперационных осложнений имплантации протезов, разработаны различные варианты протезной пластики, однако число осложнений не имеют явной тенденции к снижению, что позволяет сделать основной вывод – идеального материала для протезной аллопластики вентральных грыж еще не разработано. При оценке непосредственных результатов хирургического лечения вентральных грыж, снижение частоты наиболее частых раневых ретенционных осложнений, остается актуальной проблемой и в настоящее время.

Материалы и методы. Проведен анализ с целью выделения наиболее тяжелой группы больных – гигантских рецидивных, особенно, если рецидив многократный, что еще больше усложняет технику выполнения повторного вмешательства. Общее число обширных рецидивных грыж составило 20,3%, а гигантских рецидивных грыж – 33,1%.

Распределение больных по критерию S (локализация) показало, что большинство было со срединной локализацией – надпупочные – 80(25%), околопупочные – 69(21,6%), подпупочные – 113(35,3%). Реже встречались латерально расположенные – у 33(10,3%) и сочетано расположенные грыжи – у 8(2,5%).

Результаты исследования: Интраоперационно проводилось уточнение количества и размеровдефектов апоневроза, наличие спаянных со стенкой грыжевого мешка внутренних органов, при наличии спаек проводился висцеролиз.Средняя площадь дефекта апоневроза составила у больных с гигантскими грыжами - 149,9±10,7 см^2, с обширными - 96±9,2 см^2. Средний размер трансплантата, использованного при аллогерниопластике равнялся 270,9±5,4 см^2 и 195,7±3,7 см^{2}соответственно.Всем пациентам выполнена протезная пластика брюшной стенки. Выполнялось два типаопераций (реконструкция и коррекция передней брюшной стенки), принципы которых описаны ранее.

Выводы. Проведенный анализ по полу и возрасту в сравниваемых группах показал, что обширными и гигантскими вентральными грыжами в основном страдают женщины (88,1%), отмечается превалирование пациентов в возрасте 45-59 лет (52,8%).

Сравнительная оценка общего числа в группах показала, что после реконструкции раневые осложнениязвились у 33,7% тогда какпри коррекции отмечено увеличение раневых осложнение до 49,6%.

Шукуров Ф.И., Базаров Н.И., Юльчиев Р.И.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ, ЭТИОЛОГИИ, ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СОСУДИСТЫХ ОПУХОЛЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, ШЕИ И СВОДА ЧЕРЕПА

Кафедра онкологии
Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Изучение особенностей клиники, диагностики, этиологии, факторов риска ДСОЧЛОШСЧ.

Материал и методы исследования. Произведен сравнительный анализклинических, пара клинических данных, этиологии, различных факторов риска (ФР) в развитии у детей ДСОКОСПО на основе изучения историй болезни 83 больных с ДСОКОСПО в условиях ГУ РОНЦ МЗ и СЗН РТ и СЗН РТ с 2015 по 2018 годы. 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 выявить. По локализации ДСОЧЛОШСЧ у 96% были, солитарными и располагались, на коже, челюстно-лицевой области и черепе, 14%- синхронными множественными. Морфологически у 89% имелись смешанные и кавернозные формы сосудистых опухолей, у остальных 11%- капиллярные формы гемангиом. УЗИ при ДСОЧЛОШСЧ позволило определить распространённость ангиоматозного процесса и оценить эффективность проведенного лечения от 43% до 51% пациентов. У 46% пациентов с ДСОЧЛОШСЧ наблюдалась 1 степень ФР, а 11 и 111 степень ФР составили 54%, поэтому они нуждаются в диспансеризации.

Результаты исследования. Рациональная оценка клинических симптомов, анамнеза жизни и заболевания, влияния ФР и последовательное применение по показаниям рентгенологических (КТ, ЯМР), ультразвуковых и др., является адекватный путь к диагностике ДСОЧЛОШСЧ.

Шукуров Ф.И., Базаров Н.И., Юльчиев Р.И.

К ВОПРОСУ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СОСУДИСТЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, ШЕИ, СВОДА ЧЕРЕПА И ДРУГИХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

Кафедра онкологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан
Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан

Цель исследования. Анализ результативности лечения сосудистых опухолей челюстно-лицевой области, шеи, свода черепа и других локализаций (СОЧЛОШСЧДЛ).

СОЧЛОШСЧДЛ возникают на почве травм, хронических, специфических и неспецифических воспалительных, врожденных пороков развития кожи и её придатков, и поэтому они могут очень рано проявляться в любом возрасте.

Изучение особенностей оценка эффективности лечения СОЧЛОШСЧДЛ, представляет большой интерес в плане своевременной диагностики, адекватности лечения.

Материал и методы исследования. Произведен анализ, историй болезни 35 больных с СОЧЛОШСЧДЛ оценена эффективность лечения в условиях ГУ РОНЦ МЗСЗН РТ с 2015 по 2016 годы.

При лечении 35 (100%) больных с СОЧЛОШСЧДЛ были применены следующие методы: А) 23 (66%) больным было проведено хирургическое лечение в объёме типичного иссечения. Б) 9 (26%) - комбинированное лечение (гормонотерапия, прошивание и склерозирующая терапия), а после выполнены оперативные вмешательства в виде типичного иссечения. В) 3 (8%) больных с обширными СОЧЛОШСЧДЛ отказались от операции, хотя первым этапом получили гормональную консервативную терапию и комбинированное лечение.

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%. Адекватные методы лечения при СОЧЛОШСЧДЛ позволили добиться удовлетворительных и отменных результатов у 91% больных, что ускорило реабилитацию, и улучшило качество жизни этих больных.

Эгамов М.Х., Рахимова У.Дж.

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ, МЕДИЦИНСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ И ОПТИЧЕСКАЯ НЕЛИНЕЙНОСТЬ ПОЛИМЕРНО-ЖИДКОКРИСТАЛЛИЧЕСКИХ СИСТЕМ

Худжандский научный центр Национальной Академии наук Таджикистана

Цель исследования Сравнение самоорганизации жидкокристаллических (ЖК) матриц с клетками крови человека и материалов, легированных металлическими наночастицами. Показано, что исследуемые объекты, могут применяться в качестве ограничителей оптической энергии и интенсивности светового излучения.

Материал и методы. ЖК-соединения из группы цианобифенилов, а именно 4-n-пентил-4'-цианобифенила (5CB) (Sigma Aldrich), и твист нематический (TN) ЖК-элементов с эритроцитами, был собран в S-образном конфигурации с шириной зазора 10 мкм. Образцы, содержащие эритроциты крови человека, готовили следующим образом. Образец крови, взятый из периферической вены пациента, центрифугировали в течение 3 мин при 1500 об/мин, после чего шприцем отделяли сыворотку крови. Другим шприцем отбирали 0,1 мл жидкокристаллического раствора, после чего тем же шприцем отбирали 0,01 мл (с поверхности) центрифугированного остатка, содержащего преимущественно эритроциты. Затем шприц медленно вращали вокруг горизонтальной оси, чтобы смешать компоненты. В заключение, тонкий слой этой смеси вводили в стеклянную ячейку до ее полного заполнения с помощью капиллярных сил. Процесс структуризации НЖК изучали с помощью микроскопа POLAM P-312 ("ЛОМО", Санкт-Петербург, Россия). Наблюдения проводились при использовании лазерного луча с длиной волны 633 нм и поляризованного белого света при увеличении в 400 и 800 раз.

Результаты исследования. Введение либо эритроцитов (с зарядом на оболочке) в ЖК приводит к новой структуризации ЖК-соединения. Самоорганизация ЖК-системы завершается через несколько дней после инъекции. Как показали сравнительный анализ наблюдаемых оптических текстур в микроскопе, образуются новые домены, которые стимулируют переход от нематической фазы к смектической. Следует отметить, что нематический ЖК может характеризоваться ориентацией молекул ЖК вдоль одной оси, а именно вдоль директора ЖК; в этом состоянии система обладает низкой поляризуемостью, что предсказывает не очень хорошее управление и переключение. Смектическую фазу ЖК-мезофазы можно рассматривать как более упорядоченные структуры с высокой поляризуемостью и высокой переключаемостью. Переход от нематической фазы к квазисмектической, очевидно, обеспечивает лучшую поляризацию ЖК, легированного эритроцитами, улучшенные динамические параметры, а также изменение параметров порядка. Полученная поляризация обеспечивает сильное взаимодействие между новыми доменами. Что касается эритроцитов, то электронейтральность ЖК нарушается под действием поляризационного рельефа поверхности, образованного единицами, в то время как эффект заряженной оболочки клетки крови определяется превращениями белков внутри клетки. В этой ситуации дипольный момент растягивающих колебаний связи C≡N (ориентированной параллельно длинной оси жесткого ядра молекулы жидкого кристалла) остается нескомпенсированным. Это приводит к притяжению клеток крови и их ориентации вдоль структурных неоднородностей мезофазы НЖК. В результате клетки крови повторяют расположение молекул жидких кристаллов и в то же время запускают более сложные процессы, связанные с изменением параметра упорядоченности нового жидкокристаллического композита.

Выводы. Результаты нашего исследования могут быть полезны при разработке новых оптических ограничительных устройств для защиты глаз человека и технических элементов от интенсивного лазерного излучения в видимом и ближнем инфракрасном диапазонах спектра.

Эшпулатова С.С., Парпиев Т.Р., Камолова М.В.

ГЛАЗНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ У ДЕТЕЙ В ДАНГАРИНСКОМ РАЙОНЕ

Кафедра хирургических дисциплин №2 ГОУ ХГМУ.

Цель исследования. Произвести оценку частоты встречаемости острых и хронических воспалительных заболеваний околоносовых придаточных пазух у детей и изучить причину их орбитальных осложнений в Дангаринском районе.

Материал и метод исследования. Материалом для нашего исследования служили статистические данные журнала посещаемости амбулаторных больных с января до декабря 2023 года в Республиканской клинической больнице Дангаринского района. Так же были отобраны амбулаторные карты больных с острыми и хроническими синуситами околоносовых придаточных пазух.

Результат исследования. В течение 2023 года в РКБ Дангаринского района обратились 37 больных детей в возрасте от 3 до 16 лет с острыми и хроническими синуситами околоносовых придаточных пазух. При расспросе и рентгенологическом методе исследования у 62,2% (23) детей были обнаружены острые синуситы, а у 37,8% (14) детей - хронические синуситы.

Анализ больных с поражением околоносовых придаточных пазух показал, что у группы детей с острыми синуситами в 78,2% случаев превалировал острый гайморoэтмоидит с глазными осложнениями в виде абсцессов и реактивных отёков век.

В то же время у группы детей с хроническими воспалительными заболеваниями околоносовых придаточных пазух в 57,1% случаев превалировали хронические гаймориты, а 42,8% случаев - хронические гайморoэтмоидиты с внутриглазничными осложнениями как периоститы, абсцессы и флегмоны глазницы.

Выводы. Таким образом, мы пришли к выводу, что наиболее распространенными осложнениями глаз среди детей Дангаринского района при острых и хронических воспалительных заболеваниях околоносовых придаточных пазух являются абсцессы и реактивные отёки век, периоститы костей глазницы, абсцессы и флегмоны глазницы. Причиной служит несвоевременное обращение больных к врачу. Рекомендуется проводить профилактические и просветительские мероприятия среди населения для предотвращения развития серьезных последствий поражений глаза,связанных с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями околоносовых придаточных пазух.

Юлдошев У.Р., Юлдошев Р.З., Насимов Б.Б.

РЕЗУЛЬТАТЫ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, АССОЦИИРОВАННОМ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Кафедра онкологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Оценка эффективности ультразвукового исследования при раке молочной железы, ассоциированном с беременностью у женщин молодого возраста.

Материалы и методы. В статье приводится ретроспективный и проспективный анализ ультразвуковой (УЗИ) диагностики злокачественных опухолей молочной железы, ассоциированных с беременностью у женщин молодого возраста (<35 лет) (n=38). Дана ультразвуковая оценка фона, состояния окружающей опухоль ткани молочной железы и её васкуляризации. Представлена УЗИ характеристика узловых образований, поражённых регионарных лимфатических узлов.

Результаты исследования. УЗИ исследование при раке молочной железы у беременных убедительно доказывает его правомочность и безопасность, как для развивающегося плода, так и для женщины. При этом у абсолютного большинства (39,4%) пациенток характерен фон фиброзно-кистозной болезни, склероз ткани молочной железы установлен у 28,9% больных. Практически у 78,5% больных узловые образования обладали пониженной эхогенностью, 18,2% случаев встречаются изоэхогенные узловые образования. Определено, что у большинства пациенток (60,5%) опухоли имеют однородную структуру, смешанные (39,4%), либо неровные (47,3%) границы. Характерным симптомом являются неровные контуры (26,3%) патологического очага. УЗ исследование позволяет установить изменения в регионарных лимфатических узлах, что крайне важно при постановке стадийности рака молочной железы. Чаще всего метастазы локализуются в подмышечных лимфоузлах (47,3%), либо в лимфоузлах подключичного коллектора (18,4%). Структура поражённых лимфоузлов в подавляющем большинстве случаев (71,05%) носят однородный характер. Таким образом, правильная и своевременная оценка вышеприведённых симптомов УЗИ даёт возможность постановки диагноза на ранних этапах диагностики рака молочной железы, ассоциированного с беременностью.

Выводы. Проведённый анализ УЗИ исследования при раке молочной железы, ассоциированном с беременностью, показал, что его можно использовать во всех триместрах беременности и его применение не сопровождается осложнениями. Окружающая опухоль ткань молочной железы у 19 (50,0%) больных инфильтрирована. У 30(78,9%) больных сохранена васкуляризация ткани. Пониженная эхогенность образований отмечается в 30 (78,5%) наблюдений. Однородность структуры опухоли имело место у 11 больных первой группы и у 12 пациенток второй группы, практически с одинаковыми показателями. Привлекает внимание наличие смешанных и неровных границ самой опухоли в первой и во второй группах – 50% и 30% соответственно.

Юлдошев У.Р., Юлдошев Р.З., Гайратова Н.К.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАММОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БЕРЕМЕНЫХ ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА.

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

Цель исследования. Изучить результаты маммографического исследования рака молочной железы ассоциированного с беременностью у женщин молодого возраста.

Материалы 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 исследовании 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 дискутабельным 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 диагноза РМЖ, отмечена у 88,46% пациенток.

Юлдошева М.У., Раджабзода С.Р., Рафиева З.Х.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АКУШЕРСКИХ ДАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ ГОРОДСКИХ ЖЕНЩИН

Кафедра акушерства и гинекологии №1, Кафедра общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан.
ГОУ «Таджикский национальный университет», Таджикистан

Целью настоящего исследования явилось изучение акушерских аспектов беременных женщин, проживающих в городе Душанбе за последние 10 лет.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явились беременные женщины проживающих в городе Душанбе, взятые на учет в Городских центрах здоровья. Были изучены количественный состав беременных женщин, сроки их охвата на антенатальном уровне, паритет, интергенетический интервал. Был проведен статистический анализ данных индивидуальной карты беременных женщин (форма 111/у). Базой исследования послужили отчеты Управления Городского репродуктивного центра здоровья.

Результат исследования. В 2013 году количество беременных женщин, которые были на учете составили 18070 женщин, в 2014 году их количества составила 19361, в 2015 году – 19968 беременных женщин были взяты на учет, в 2016 году - 23584 беременных женщин, в 2017 году составили 17954 женщин. В 2018 году -19179 женщин, в 2019 году- 19525 женщин, в 2020 году – 19255 женщин, в 2021 году – 24735 женщин, в 2022 году составили 26094 беременных женщин. Проанализировав данные показатели за последние 10 лет, если в 2013 году их количество составляло 18070 женщин, а в 2022 году, этот показатель составил 26094 беременных женщин, то есть возрос в 1,4 раза. Среди 18070 беременных женщин, наблюдавшихся на антенатальном уровне в 2013 году по городу Душанбе, в сроке до 12 недель были взяты на учет 75,3% женщин, а в сроке более 22 недель были взяты 5,8% женщин, В 2022 году были зарегистрированы 26094 беременных женщин, из них в сроке до 12 недель беременности были взяты на учет 98,7% женщин, а в сроке после 22 недель - 0,1% женщин. Если провести сравнительный анализ данных показателей за последние 10 лет, то имеется тенденция к уменьшению охвата количества беременных женщин в сроке после 22 недель беременности, что может быть связано с усилением подворных патронажей и улучшением деятельности специалистов первичнего звена. При изучении акушерского анамнеза среди беременных женщин, первородящими оказались в 2014 году 5383 (20,5%) женщин, в 2015 году оказались 6018 (30,1%), в 2016 году первородящими оказались 5602 (23,7%), в 2017 году оказались 4758 (26,5%) женщин, в 2018 году – 5661 (29,5%) первородящих, в 2019 году – 6351 (32,5%) женщин, в 2020 году- 5754 (29,8%), в 2021 году 7525 (30,4%), в 2022 году составили 6739 (25,8%) первородящих женщин.Уровень повторнородящих беременных женщин, наблюдавщиеся в учреждениях антенатального звена за период 2014 по 2022 года возросла в 1,4 раза. Одним из компонентов планирования семьи является соблюдение интергенетического интервала. При изучении структуры интергенетического интервала в 2014 году у 6894 (35,6%) беременных женщин составлял менее 2 двух лет, у 11104 (57,3%) женщин составлял более двух лет. В 2022 году интергенетический интервал менее двух лет составил у 882 (4,5%) беременных женщин. Интергенетический интервал более двух лет в 2022 году составлял у 17924 (68,6%) беременных женщин. При сравнительной оценке интергенетического интервала менее двух лет среди беременных женщин по сравнению с 2014 г., в 2022 году отмечается уменьшение в 7,8 раза. Междуродовый интервал более двух лет в 2014 году, если отмечался у 11104 женщин, то в 2022 году отмечался у 17924 женщин, то есть в 1,6 раза больше.

Выводы. Таким образом, при изучении акушерского анамнеза городских беременных женщин, отмечается тенденция к увеличению количества беременных женщин. Увеличение статуса первородящих и повторнородящих женщин.Частота высокого паритета за последние 2 года имеет тенденции к снижению. Междуродовый интервал менее 2-х лет имеет тенденции к снижению, а более 2-х лет имеет тенденцию к увеличению.

Юлдошева М.У., Хусайнова М.Б., Азимова З.М.

ВЛИЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан
Городской центр здоровья №13, Таджикистан
Городской центр здоровья №2, Таджикистан

Целью исследования явилось изучение частоты и структуры осложнений репродуктивных потерь и её влияние на состояние здоровья женщин.

Материал и методы исследования. Были проанализированы амбулаторные карты 96 пациенток, в возрасте от 19 до 45 лет, обратившихся в Городские центры здоровья (ГЦЗ) для консультирования и обследования в амбулаторных условиях с различными гинекологическими заболеваниями. Алгоритм обследования включал опрос, сбор анамнеза, осмотр молочных желез, бимануальное влагалищное исследование, осмотр шейки матки в зеркалах. Рутинно всем

пациенткам было проведено УЗИ органов гениталия, взятие мазка на флору, бактериологическое исследование и по показаниям проведена кольпоскопия.

Результаты исследования. Возрастной состав обследованных женщин был следующим: от 19 до 22 лет –23 (23,9%) пациенток, от 23 до 29 лет –26 (27,0%) и в возрасте от 30 до 38 лет – 47 (48,9%) пациенток. Средний возраст исследуемого контингента составлял 31,2±3,8 лет. Из акушерского анамнеза было установлено, что 27 (28,1%) женщин имели от одного до двух вакуум аспираций по поводу прерывания нежелательной беременности, 36 (37,5%) женщин имели в анамнезе самопроизвольный выкидыш, у 18 (18,7%) женщин имелись преждевременные роды, эктопическая беременность у 8 (8,3%) исследуемых женщин. При опросе 56 (59,5%) пациенток предъявляли жалобы на выделения различного характера из половых путей и 38 (39,5%) женщин жаловались на боли внизу живота. На нарушение менструального цикла жаловались 27 (28,1%) исследуемых женщин. В структуре гинекологических заболеваний у 29 (30,2%) женщин выявлялись воспалительные заболевания органов гениталия (эндометриты, аднекситы, сальпингооофариты).

Пациентки предъявляли жалобы на выделения различного характера из половых путей: у 56 (59,5%) пациенток. Среди лабораторных исследований, у 47 (48,9%) женщин при микроскопии мазка были выявлены 3 и 4 степень чистоты влагалища. Полученные мазки на степень чистоты влагалищного отделяемого у 35 (36,4%) пациенток представлены III степенью и у 12 (12,5%) – IV степенью. Полученные бактериологические посевы из цервикального канала у 47 (48,9%) пациенток основной группы были высеяны следующие возбудители: Streptococcus spp., Escherichia coli, Enterococcus faecalis, Klebsiella spp. и Candida albicans. Были проанализированы кольпоскопические картины при лабораторно подтвержденных воспалительных заболеваниях шейки матки и влагалища. Кольпоскопическая картина при этом характеризовалась сочетанием в разных комбинациях диффузной или очаговой гиперемией эпителия у 13 (13,5%) пациенток, белой и красной точечностью и пятнистостью у 16 (16,6%) пациенток, воспалительным экссудатом у 9 (9,3%) пациенток. Пустулы и везикулы отмечались у 5 (5,3) пациенток.

При кольпоскопическом и цитологическом исследовании в основной группе были выявлены следующие заболевания: эктопия (эрозия) шейки матки у 19 (19,7%) пациенток, полип цервикального канала у 5 (5,2%) женщин, дисплазия 1-ой и 2-ой степени у 8 (8,3%) женщин, нежная лейкоплакия у 2 (2,1%) женщин, цервициты у 28 (29,1%) женщин.

При ультразвуковом исследовании органов малого таза у 39 (40,6%) женщин отмечались признаки хронического метроэндометрита. Наличие кистобразований в яичниках было у 12 (15,7%) исследуемых пациенток. При осмотре и пальпации молочных желёз у 4 (5,2%) женщин были выявлены различные формы мастопатии.

Выводы. Таким образом, наличие гинекологических заболеваний свидетельствуют о негативных последствиях репродуктивных потерь на состояние здоровья женщины, вследствие этого необходима диспансеризация данного контингента.

Юлдошева М.У., Раджабзода Н.Ф., Юлдошева М.У.

ТЕНДЕНЦИЯ РОСТА ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРОДЕ ДУШАНБЕ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 и кафедра эндокринологии
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан.

Целью настоящего исследования явилось изучение структуры экстрагенитальных заболеваний среди беременных женщин, проживающих в городе Душанбе за последние 10 лет.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явились беременные женщины, проживающих в городе Душанбе, наблюдавшиеся в учреждениях антенатального звена: Городских центров здоровья. Базой исследования послужили отчеты Управления Городского репродуктивного центра здоровья.

Результат исследования. В 2014 году количество беременных женщин, которые были взяты на учет составили 19361, в 2015 году – 19968 беременных женщин были взяты на учет, в 2016 году - 23584 беременных женщины, в 2017 году - 17954 женщины, в 2018 году -19179 женщин, в 2019 году- 19525 женщин, в 2020 году – 19255 женщин, в 2021 году – 24735 женщин, в 2022 году составили 26094 женщины, в 2023 году 27599 женщин.

При изучении структуры экстрагенитальных заболеваний среди беременных женщин наиболее частым заболеванием являлась анемия.

В 2014 году частота анемии легкой и средней степени отмечалась у 4385 (22,6%) беременных женщин, в 2023 году составила 3186 (12,2%) случаев, что на 1,3 меньше. Анемия тяжелой степени (Нб ниже 70 г/л) среди беременных женщин в 2014 году диагностирована у 14 (00,7%) женщин, а в 2023 году составила 86 (0,3%) случаев, что на 6,1 раз больше. В 2014 году по городу среди заболеваний сердечно-сосудистой системы хроническая гипертензия составила 140 (0,7%) случаев, в 2015 году- 101 (0,5%) случаев, в 2016 году-123 (0,5%) случаев, в 2017 году-155 (08%) случаев, в 2018 году-167 (0,8%) случаев, в 2019 году – 119 (0,6%) случаев, в 2020 году- 142 (0,7%) случаев, в 2021 году- 161 (0,6%) случаев, в 2022 году- 119 (0,4%) случаев, в 2023 году 157 (0,5%) случаев. Если провести сравнительный анализ, по сравнению с 2014 годом, данная патология в 2023 году превышает на 1,1 раза. Варикозное расширение вен среди беременных женщин в 2014 году составило 538 (2,7%) случаев, а в 2023 году составило 591 (2,1%) случай, что на 1,1 раза больше по сравнению с 2014 годом. Заболевания свертываюшей системы крови среди беременных женщин в 2014 году по городу составила 372 (1,9%) случая, а в 2023 году - 273 (0,9%) случая, что на 0,7 раз меньше. Заболевание щитовидной железы среди беременных женщин в 2014 году выявлено у 1142 (5,8%), а в 2023 году составила 874 (3,1%) случая, что по сравнению с 2014 годом на 0,7 раза уменьшилось. Сахарный диабет в 2014 году по данным отчетов ГЦРЗ не был отмечен, в 2015 году составлял 13 (0,06%) случаев, а в 2023 году составил 18 (0,06%) случаев. Инфекционные заболевания мочевыделительной системы среди беременных женщин в 2014 году составили 1107 (5,7%), а в

2023 году составили 805 (2,9%) случаев, что на 1,3 раза меньше, по сравнению с 2014 годом. Гепатиты в 2014 году составили 82 (0,4%) случая, а в 2023 году составили 247 (0,8%) случаев, что в 3,0 раза превышает. Туберкулёз среди беременных женщин в 2014 году был выявлен у 7 (0,8%) женщин, а в 2023 году был обнаружен у 5 (0,01%) женщин, что на 1,4 случаев стало меньше. Инфекционные заболевания в 2014 году составили 89 (0,4%), а в 2023 году составили 266 (0,96%), что в 2,9 раза превышает.

Выводы. Исходя из всех вышеизложенных данных за последние 10 лет, можно подчеркнуть, что имеется тенденция к увеличению частоты таких заболеваниях как гепатиты, инфекционные заболевания, сахарный диабет, хроническая гипертензия, анемии тяжелой степени и варикозное расширение вен. Все это диктует о необходимости диспансеризации и лечении в прегравидарном периоде.

Юмашева В.А., Мошхоева Л.Б., Семененко И.А.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РЕЦИДИВА ОСТРОГО ЖЕЛУДОЧНОГО-КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕВЕНТИВНОГО ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ГЕМОСТАЗА КАК МЕТОДА ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ

Кафедра госпитальной хирургии ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Россия.

Цель исследования. Оценить эффективность превентивного эндоваскулярного гемостаза у пациентов с острым желудочно-кишечным кровотечением (ОЖКК) из язвы желудка и/или двенадцатиперстной кишки, а также определить факторы, способствующие увеличению риска рецидива ОЖКК.

Материалы и методы. Исследование было проведено ретроспективно, на базе ГБУЗ ГКБ им. С.С. Юдина. В исследование были включены пациенты, перенесшие эндоскопический гемостаз по поводу ОЖКК с 2018 по ноябрь 2023 года. Критерии включения: возраст пациентов старше 18 лет, источник кровотечения – язва желудка и/или двенадцатиперстной кишки. Все кровотечения были классифицированы по Forrest. Для стратификации риска рецидива кровотечения и выбора тактики лечения (эндоскопический и/или эндоваскулярный гемостаз) были использованы шкалы Rockall и Глазго-Блэтчфорд. Для всех пациентов был рассчитан шоковый индекс (ШИ) с дальнейшим определением объема кровопотери.

Результаты исследования. В исследование было включено 637 пациентов, среди них 195 (30,6%) женщин и 442 (69,4%) мужчины. Средний возраст пациентов составил 60,1 лет. Доля пациентов с язвой желудка составила 273 (37,2%) случая, с язвой двенадцатиперстной кишки - 354 (55,6%) случая, с комбинированной патологией - 9 (1,4%) случаев. У большинства пациентов (475 случаев, 74,6%%) применялся комбинированный эндоскопический гемостаз (моно). Эндоваскулярный гемостаз как метод профилактики или лечения рецидива ОЖКК применялся у 80 (12,6%) пациентов, лапаротомия с окончательной остановкой кровотечения по жизнеугрожающим показаниям - у 32 (5%) пациентов. Наиболее часто из средств медикаментозной терапии применялся омепразол в суточной дозировке 160 мг (196 случаев, 30,8%). Распределение по классификации Forrest можно описать следующим образом: IA - 51 пациент (8%), IB - 132 пациента (20,7%), IIA - 219 пациентов (34,4%), IIB 218 пациентов (34,2%), IIC 17 (2,7%). Согласно ШИ у большинства пациентов (446 случаев, 60,6%) объем кровоподтеки не превысил 10%, у 156 (21,2%) пациентов объем кровопотери составил 20%, у 15 (2%) пациентов - 30%, у 12 (1,6%) пациентов - более 40%. При оценке риска кровотечения по шкале Rockall высокий риск рецидива кровотечения отмечался у 325 (51%) пациентов, при оценке по шкале Глазго-Блэтчфорд - у 530 (83,2%) пациентов. Рецидив ОЖКК был отмечен у 92 (14,4%) пациентов. Летальный исход от ОЖКК был зафиксирован у 19 (3,0%) пациентов, при этом летальный исход после эндоваскулярного гемостаза был зафиксирован лишь у 6 (0,9%) пациентов. Наибольшее число смертей от рецидива ОЖКК (21 случай) приходится на период с 2018 по 2020 год, когда эндоваскулярный гемостаз применялся преимущественно как метод лечения ОЖКК. Начиная с 2021 года, стала активно применяться превентивная селективная эндоваскулярная эмболизация, что позволило снизить летальность.

При проведении однофакторного дисперсионного анализа была выявлена достоверная корреляция рецидива ОЖКК от возраста пациента, величины систолического артериального давления при поступлении, уровня гемоглобина и гематокрита в плазме крови, величины ШИ, хронической сердечной недостаточности, хронической болезни почек, заболеваний печени и коагулопатии в анамнезе, а также от приема антикоагулянтов ($p < 0,05$).

Выводы. Применение превентивной эндоваскулярной эмболизации позволяет снизить летальность от ОЖКК язвенного генеза. Следует также обратить внимание на приведенные выше параметры, невключенные в шкалы Rockall и Глазго-Блэтчфорд (уровень гематокрита в плазме крови, наличие коагулопатии и прием антикоагулянтов в анамнезе), независимо от риска рецидива по шкале Rockall (<5 баллов), при определении показаний к превентивной эндоваскулярной эмболизации, после первичного эндоскопического гемостаза.

Неъматзода О., Юнусов Х.А., Солиев О.Ф.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ КОМБИНИРОВАННОЙ МИНИИНВАЗИВНОЙ ФЛЕБЭКТОМИИ И PRP-ТЕРАПИИ ПРИ СОЧЕТАНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ С ГОНАРТРОЗОМ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» Душанбе, Таджикистан
Кафедра хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Цель исследования. Анализ результатов мини-инвазивной комбинированной флебэктомии (МИКФ) и первого опыта применения, обогащённой тромбоцитами аутоплазмы (PRP-терапия) в лечении варикозной болезни (ВБ), сочетающейся с гонартрозом (ГА).

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 26 пациентов (11 мужчин, 15 женщин; средний возраст 49,3±4,6 лет), перенёсших МИКФ по поводу ВБ и PRP-терапию по поводу ГА. Средний индекс массы тела (ИМТ) пациентов составил 28,9±2,1 кг/м 2. У 7 (27%) пациентов отмечался второй (С2), у 15 (58%) – третий (С3) и у 4 (15%) – четвёртый (С4) класс ВБ. Изолированное расширение большой подкожной вены (БПВ) и её притоков отмечено у 9 (35%) пациентов, малой подкожной вены (МПВ) – у 2 (8%) больных. У более половины пациентов (n=15; 58%) отмечалось одномоментное расширение стволов и притоков БПВ и МПВ. У всех больных имело место двухстороннее расширение подкожных вен нижних конечностей с превалированием клиники в 19 (73%) случаев слева, в 7 (27%) наблюдениях – справа. У 17 (65%) пациентов имелась недостаточность перфорантов голени. Согласно классификации Kellgren JH & Lawrence JS (1957) у 4 (15%) пациентов отмечалась I степень, у 14 (54%) – II и у 8 (31%) – III степень ГА. Флебологический статус оценивался визуально и с помощью дуплексного сканирования венозной системы нижних конечностей, а состояние коленных суставов – с помощью шкалы WOMAC.

Результаты исследования. Медиана суммарного индекса по шкале WOMAC до лечения составила 65,5 (61,0-74,0) баллов, в том числе индекс болевого синдрома – 14,0 (13,0-16,0) баллов, тугоподвижность коленного сустава – 6,0 (5,0-6,0) баллов и функционирование сустава – 47,0 (45,0-49,0) баллов. Всем пациентам первым этапом проведена МИКФ, вторым этапом – 4 сеанса PRP-терапии с еженедельным интервалом. Продолжительность оперативных вмешательств составила в среднем 115,5±35,5 минут, госпитализации – 2,8±0,4 суток. Ни в одном случае развития значимых осложнений не зафиксировано. После лечения отмечалось значительное уменьшение болевого синдрома и скованности, а также улучшение функционирования коленных суставов. Малая эффективность терапии отмечена в 4 (15%) случаев. Терминальная стадия ГА ($r=0,64$; $p<0,05$), длительность течения дегенеративного процесса в суставе ($r=0,56$; $p<0,05$), постоянный приём обезболивающих препаратов ($r=0,52$; $p<0,05$) и наличие сочетанного расширения стволов БПВ и МПВ ($r=0,59$; $p<0,05$) имели прямую корреляционную связь с малой эффективностью применения обогащённой тромбоцитами аутологичной плазмы.

Выводы. У пациентов с ВБ и ГА проведение МИКФ с соблюдением принципов минимальной инвазивности и внутрисуставное введение обогащённой тромбоцитами аутологичной плазмы позволяет значительно снизить болевой синдром и улучшить повседневную функциональную активность коленных суставов.

Юнусов Х.А., Султанов Д.Д., Неъматзода О.

ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В РЕКОНСТРУКЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТИ ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. Таджикистан

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения патологической извитости позвоночных артерий путём оптимизации методов реконструкции при различных её формах.

Материал и методы. Нами обследованы 58 больных с патологической извитостью позвоночных артерий (ПА), поступивших в отделение хирургии сосудов Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии за период 2000 – 2023г г. Среди них мужчин было 22 (37,9%), женщины – 36 (62,1%). Возраст пациентов варьировал от 32 до 75 лет. Средний возраст больных составил 53±3,7 года. Виды патологической извитости ПА выглядели следующим образом: Кинкинги – С-образный (n=16), S-образный (n=26); Койлинг (n=9); Аномалия Пауэрса (n=7).

Больные обращались по направлению невропатолога с клиникой вертебро-базиллярной недостаточности для установления патологий магистральных артерий мозга. Для диагностики применялись инструментальные методы исследования: ЦДК (цветовое дуплексное картирование) с допплерографией, МРТ с контрастированием брахиоцефальных артерий.

В зависимости от тактических подходов в отношении разных форм извитости были выполнены 3 вида операций: 1-й вид - 20 больным с кинкингом были выполнена стандартная операция - резекция и редрессация позвоночной артерии с её реимплантацией в подключичную артерию; 2-й вид – 9 больным с койлингом - было выполнено перемещение и имплантация позвоночной артерии в сонную; 3-й вид - 29 пациентам - была применена методика реконструкции, разработанной нами модификации: латерализация, либо антериализация позвоночной артерии.

Результаты исследование. Все больные поступали с клиникой вертебро-базиллярной недостаточности (ВБН) и целенаправленно обследовались. Извитость ПА в 21 (36,2%) наблюдений сочеталось с приустьевым стенозом, который доказывает о роли атеросклероза и гипертензивного синдрома в развитии патологической трансформации ПА. Клинически по классификации А.В. Покровского отмечались 3 вида нарушения мозгового кровообращения: ТИА – 29 (n=50%), дисциркуляторная энцефалопатия – 20 (n=34,5%), перенесённый ишемический инсульт – 9 (n=15,5%) пациентов. Необходимо отметить, что в основном у пациентов имело место гипертензивный синдром 36 (69,2%), который возможно приводил к развитию или усугублению патологической трансформации ПА.

Все больные были оперированы. Непосредственные результаты выглядели следующим образом: в группе больных, перенёсших стандартные методы реконструкции (n=20) осложнения отмечались в 5 (8,6% по отношению всех 58 пациентов) случаев. При этом тромбоз реконструированной ПА - 2 (3,5%), аррозивное кровотечение - 1(1,7%), ишемический инсульт - 1 (1,7%), ишемический инсульт - 1 (1,7%). В других группах у 38 больных осложнения не наблюдалось. У всех больных в отдалённом периоде отмечался постепенный регресс до операционных симптомов. Летальных случаев и мозговой катастрофы не отмечались.

Выводы. Таким образом, хирургическая коррекция «кинкинг синдрома» должна быть дифференцированной, а выбор метода операции должен зависеть от вида извилистости, а также сопутствующей сосудистой патологии. Предложенная модификация способа хирургической коррекции кинкинга позвоночной артерии показала себя эффективной, с функциональной точки зрения, а также предотвращает развитие тромбоза анастомоза и значительно облегчает технику выполнения операции.

Юнусова З.И., Кадырова Н.А., Алиева Н.А.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПИГМЕНТНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ СЕТЧАТКИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

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

Цель исследования. Определить регион с наиболее высокой распространённостью пигментной дегенерации сетчатки в Республике Таджикистан.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили амбулаторные карты пациентов, состоящих на диспансерном учёте в Республиканском центре патологии сетчатки Государственного учреждения Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш». Амбулаторные карты содержали подробную информацию о диагнозе, проведенном лечении и динамике состояния пациентов с пигментной дегенерацией сетчатки.

Результаты исследования. В ходе исследования было проанализировано 124 амбулаторных карт пациентов с пигментной дегенерацией сетчатки. Все эти пациенты находились на диспансерном учёте в Республиканском центре патологии сетчатки Государственного учреждения Национального медицинского центра Республики Таджикистан с 2018 по 2023 года.

Распределение пациентов по половому признаку было следующим: 92 мужчины (74,2%) и 32 женщины (25,8%). Для более детального анализа все пациенты были разделены на 4 возрастные группы. Первая группа включала 14 пациентов в возрасте до 20 лет, что составило 11,3% от общего числа. Во вторую, вошли 58 пациентов (46,8%) в возрасте от 20 до 29 лет. Третья группа состояла из 37 пациентов (29,9%) в возрастном диапазоне от 30-39 лет. Четвертая группа объединила 15 пациентов (12%) в возрасте 40 лет и старше. Также пациенты были распределены на группы в зависимости от региона. Так, из Хатлонской области было 32 пациента (25,8%), из РРП - 71 пациент (57,2%), из города Душанбе – 11 пациентов (8,9%), а из города Ходжент - 10 пациентов (8,1%).

Для комплексной оценки состояния зрительного аппарата всем пациентам были проведены следующие методы исследования: визометрия, периметрия, тонометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия,оптическая когерентная томография сетчатки и определение толщины слоя нервных волокон, КЧСМ.

Выводы. Анализ географического распределения пациентов с пигментной дегенерацией сетчатки выявил, что наибольшее количество случаев зарегистрировано в районах республиканского подчинения (РРП) - 71 пациент, что составляет 57,2% от общего числа. В Хатлонской области 32 пациента (25,8%), в то время как в Душанбе и Ходженте зафиксировано 8,9% и 8,1% случаев соответственно. Гендерный анализ показал значительное преобладание мужчин среди пациентов с данным заболеванием - они составляют 74,2% от общего количества зарегистрированных случаев.

Для точного определения характера наследования заболевания рекомендуется проводить обследование всех членов семьи пациента, при условии их добровольного согласия. Такой подход позволяет не только выявить потенциальных носителей гена, но и предоставить более полную картину для генетического консультирования. Особенно важно, чтобы пациенты с диагнозом пигментной дегенерации сетчатки получили генетическую консультацию перед планированием беременности. Это поможет оценить риски передачи заболевания будущему потомству и принять обоснованное решение о планировании семьи.

Махмудназаров М.И.[1], Юсупов А.Ш.[1], Назаров З.Х.[2]

СПОСОБ ФИКСАЦИИ МЯГКОГО НЁБА ПРИ П ОДНАРКОЗНОЙ АДЕНОТОМИИ У ДЕТЕЙ

[1]Кафедра оториноларингологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
[2] Национальный медицинский центр «Шифробахш», детское ЛОР отделение.

Цель исследования. Разработка и внедрение способа надёжной фиксации мягкого нёба при аденотомии для улучшения доступа к носоглотке.

Материалы и методы. В детском ЛОР отделении Национального медицинского центра РТ нами обследовано и прооперировано 64 ребёнка с аденоидными вегетациями носоглотки. Возраст пациентов варьировал от 4 до 12 лет, из них мальчиков было - 38, девочек - 26. Обследование больных включало: исследование общего анализа крови, мочи и кала, биохимию крови, ЭКГ, эндоскопию полости носа, носоглотки и КТ околоносовых пазух. Для сравнения результатов традиционной аденотомии и аденотомии с временной фиксацией мягкого нёба, больных распределили на две равные группы по 32 человека с учётом пожеланий родителей. Аденотомию выполняли под общим эндотрахеальным наркозом с применением специального роторасширителя, который позволяет хирургу работать обеими руками и проводить визуальный контроль полости рта и глотки во время хирургического вмешательства.

Результаты исследования. Жалобы детей при поступлении были на затруднённое носовое дыхание, слизисто-серозные отделяемые из носа, гнусавость, нарушение сна и ночной храп, быстрая утомляемость при физической нагрузке. Эндоскопия и КТ исследование носоглотки выявили гипертрофию носоглоточной миндалины III степени у 36 (56,3%) и 1V степени - у 28 (43,7%) больных. Исследованиями выявлено заметное нарушение основных функций (дыхательной и защитной) носа, а также вентиляционной и дренажной функций слуховых труб. Во время общего наркоза мышцы мягкого нёба находились в расслабленном состоянии и язычок практически прикасался к задней стенке глотки, что затрудняло введение аденотома и тубуса эндоскопа в носоглотку. Неоднократное поднятие мягкого нёба перед каждым введением аденотома и тубуса эндоскопа удлиняло время проведения операции. В связи с вышеизложенной проблемой, мы успешно апробировали способ временной фиксации мягкого нёба во время аденотомии (Рацпредложение №3551/R1039). Для фиксации мягкого нёба мы использовали мягкие прозрачные трубки из системы для внутривенных вливаний. Целью предложения является улучшение доступа к носоглотке через мягкое нёбо во время аденотомии и осуществление контроля зоны хирургического вмешательства. Перед началом операции на фоне наркоза в каждую половину носа ввели прозрачные полиэтиленовые трубки длиной 10-12 см, взятые из системы для

внутривенных вливаний и продвигали их в сторону носо - и ротоглотки. Когда концы трубок показывались в ротоглотке, их выводили за полость рта к наружи и, подтягивая их, привязали к носовому концу трубок. При этом язычок вместе с мягким нёбом поднимались достаточно высоко и доступ к носоглотке для манипуляций и эндоскопического контроля значительно расширялся.

По истечению одного месяца послеоперационного наблюдения у 31 (96,8%) пациентов первой и у 29 (90,6%) больных второй группы наблюдалось восстановление носового дыхания и вентиляционной функции слуховых труб, что указывает на эффективность поднаркозной аденотомии с предварительной фиксацией мягкого нёба во время хирургического вмешательства.

Выводы. Поднаркозная аденотомия с предварительной фиксацией мягкого нёба позволяет полностью удалить гипертрофированную лимфоаденоидную ткань из носоглотки и способствует восстановлению функции носового дыхания и слуховых труб. Преимуществом временной фиксации мягкого нёба при поднаркозной аденотомии является то, что приподнятое и фиксированное мягкое нёбо расширяет доступ к носоглотке и позволяет постоянно контролировать полость рта, ротоглотку и носоглотку во время хирургического вмешательства.

[1]Юсупов А.Ш., [2]Ахунова З.А.,[3]Хусейнов З.М.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ РИНОСИНУСИТОВ

[1]Кафедра оториноларингологии ГОУ «ТГМУ имени АбуалиибниСино». Таджикистан
[2]ГОУ «Республиканский медицинский колледж»
[3]ГУ «Городской центр здоровья»

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

Материал и методы исследования. 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 и их обсуждение.

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 гипосмиюбольные 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 ринореиуже на 4-е сутки, улучшалось носовое дыхание. На 7-е сутки у больных отмечалось полное восстановление функций носа.

Выводы: При применении препарата Цефиксимрегрессирование 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.

Янгиева Н.Р.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛОДИСТРОФИИ

Кафедра Офтальмологии Ташкентского государственного стоматологического института, Узбекистан

Цель исследования. Совершенствовать первичную и вторичную профилактику возрастной макулодистрофии (ВМД) путём внедрения предложенной автоматизированной, электронной программы по прогнозированию возникновения и раннему выявлению ВМД, оценить её эффективность.

Материал и методы: Самообследование прошли 3 тысячи лиц по разработанной нами, адаптированной к компьютерам и мобильным телефонам электронной программе. Электронная программа рассчитана на применение населением, с целью самообследования на предмет прогнозирования риска возникновения и ранней диагностики ВМД.

Программа автоматизированная, состоит из нескольких частей, запрограммированных как последовательный алгоритм: первая часть, паспортная; вторая часть – тестовая, где опрашиваемый проводит сам себе тест Амслера (он встроен в программу). Если опрашиваемый обнаруживает патологические изменения согласно тесту, то он указывает это, что указывает на наличие ВМД и программа предоставляет ему рекомендации по дальнейшим действиям (часть -

рекомендации обследуемому) и информационную часть, где обследуемый информируется о всех аспектах заболевания. Если опрашиваемый не обнаруживает изменения по тесту, то он автоматически переходит в третью часть платформы и отвечает на вопросы по факторам риска (влияющим на возникновение и течение ВМД) и на вопросы, позволяющие определить наличие или отсутствие ВМД. Программа проводит автоматический подсчет баллов, согласно полученным ответам и определяет группу риска возникновения ВМД: нет риска, слабый, средний и высокий и выдаёт рекомендации по дальнейшим действиям для обследуемого согласно группе. А также переводит в информационную часть, позволяющую повысить информированность обследуемого лица о ВМД. С целью определения достоверности работы данной программы, для определения её диагностической эффективности и специфичности все лица, прошедшие самообследование через программу были обследованы офтальмологически.

Результаты исследования: Анализ данных программы показал, что в группу, где нет риска развития ВМД попали 22,4%, в группу с малым риском развития ВМД – 28,2%, в группу с умеренным риском развития ВМД – 38,6%, в группу с высоким риском развития ВМД – 10,8% лиц. Согласно определенной группе риска возникновения ВМД опрашиваемому лицу были предложены рекомендации по дальнейшей тактике и образу жизни, а также ознакомление с предложенной информацией о ВМД. Особое внимание было уделено лицам с высокой степенью риска возникновения ВМД. Им был предложен приём лютеин-зеаксантин-минеральный комплекс содержащих препаратов в течении 3 месяцев 2 раза в год. При помощи данной программы были выявлены 71 пациент с ВМД, офтальмологический осмотр показал: 56 пациентов (62 глаза) с ранней стадией, 13 пациентов (14 глаз) с промежуточной стадией и 2 пациента (2 глаза) с поздней стадией ВМД. Тем, кому был поставлен диагноз ВМД были предложены рекомендации по углубленному, дополнительному обследованию и лечению, а также перечислены лечебные учреждения, в которых пациент может получить необходимую помощь.

Выводы: Разработанная электронная программа доступна для населения и эффективна, так как позволяет: определить группы риска возникновения ВМД, что способствует своевременной организации первичной профилактической работы данной категории лиц.

Важным является способность программы выявить ВМД (в 7,1% случаев), что способствует своевременно начать лечебные мероприятия, для проведения вторичной профилактики ВМД.

Янгиева Н.Р., Туйчибаева Д.М., Урманова Ф.М.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА СЕМАКС В ЛЕЧЕНИИ НЕПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ

Кафедра Офтальмологии Ташкентского государственного стоматологического института. Узбекистан

Цель исследования: на основании клинико-функциональных и биохимических показателей изучить эффективность применения препарата Семакс у пациентов с непролиферативной диабетической ретинопатией.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 64 пациентов (128 глаз) с СД 2 типа с давностью заболевания 8,62 ± 3,54 лет, в возрасте 67,5 ± 4,2 лет, женщин 56,2%, мужчин 43,7%. Все пациенты разделены на 4 группы: I контрольную группу составили 15 пациентов (n=30) той же возрастной категорией и сопутствующей патологией, не страдающие СД, II группа – 20 пациентов (n=40) с СД 2 типа без признаков ДР, III группа – 15 пациентов (n=30) с легкой НПДР, IV группа 14 пациентов (n=28) с умеренной НПДР. В течение 1 месяца пациенты I, II и III группы принимали Семакс 0,1% интраназально по 2 капли 3 раза в день. Контрольной группе препарат Семакс был заменен на физиологический раствор.Всем пациентам проведено стандартное, специализированное офтальмологическое обследование и лабораторное. Исследования проводились до лечения, через 1,3 и 6 месяцев после лечения.

Результаты исследования. Анализ результатов исследования уровня BDNF в слёзной жидкости (СЖ), свидетельствует о снижение исходных параметров во II, III и IV группах от 113,2±27,8 пг/мл (контрольная группа) до 73,4±4,39 пг/мл (p<0,001) умеренная НПДР (IV группа) в 1,5 раза. Выявлено снижение параметров BDNF до того, как ДР наступил клинически 97,5±5,57 (II группа).

После проведенного курса лечения выявлено статистическое значимое увеличение параметров BDNF в СЖ (p <0,05) среди пациентов II группы на 15% от 97,5±5,57 до 115,3±5,59, выше исходного уровня. В III группе наблюдения отмечалось повышение параметров BDNF в 1,3 раза в 86,2 % случаев от 78,6±6,46 до 102,7±9,51 выше показателей до лечения. В IV группе пациентов отмечалось увеличение уровня BDNF от 78,6 ± 95,2 в 65,5% случаях в 1,2 раза. В то время как в I - контрольной группе показатели BDNF в СЖ не отличались от исходных значений.

Было установлено, что уровень BDNF коррелирует с показателями ЦТС ((p <0,05). Анализ ОКТ центра фовеа выявил неравномерное утолщение нейроэпителия сетчатки в 23% случаев, что, связано с начальными явлениями нейродегенерации у пациентов без признаков ДР (II группа). После проведенного курса применения Семакса отмечалась стабильность показателей морфометрических параметров ЦТС (268,0±26,1 мкм). ОКТ-сканирование центральной зоны сетчатки у пациентов III группы через 6 месяцев наблюдения выявило уменьшение толщины в фовеа в среднем на 1,60±0,08 мкм (p<0,05), а также уменьшение толщины в других отделах центральной зоны, среди пациентов IV группы наблюдалось снижение ЦТС до субнормальных значений от 304,5±28,7 мкм до 262.3±22,5 мкм. В I контрольной группе статистически значимых различий до и после лечения не выявлено (247,9±23,2 мкм).

Выводы. 1.Анализ результатов проведенного исследования показал высокую клиническую эффективность применения Семакса у пациентов с непролиферативной диабетической ретинопатией.

2. Применение препарата Семакс у пациентов с СД 2 типа без признаков ДР, с легкой НПДР и умеренной НПДР способствует повышению концентрации BDNF в СЖ.

3. По данным ОКТ у пациентов как с НПДР, так и без ДР после применения Семакс нивелировались различия в толщине макулярной зоны сетчатки относительно показателей до лечения, что связано с положительным антигипоксическим и нейропротективным воздействием препарата.

Янгиева Н.Р., Сулейманов И.Н., Туйчибаева Д.М.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СУХОЙ ФОРМЫ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ

Кафедра Офтальмологии, Ташкентский государственный стоматологический институ. Узбекистан.

Цель исследования. Изучение динамики клинико-функциональных показателей органа зрения пациентов с начальной и промежуточной стадиями ВМД на фоне применения фенофибрата.

Материал и методы. Обследовано 43 пациента, распределенных на три группы, согласно получаемому лечению: I группа (контрольная) - 20 человек с начальной ВМД (AREDS2) получавшие витаминно-минеральный комплекс (лютеин и заоксантин), которая послужила группой контроля, II группа (основная) – 23 пациента с начальной стадией ВМД (AREDS2) на фоне витаминно-минерального комплекса получали фенобибрат - препарат Lipideks SR в дозе 250 мг 1 раз в день в течение 6 месяцев.

Результаты исследования. Отмечается положительная динамика остроты зрения в группе I и II, более выраженная в группе I. Полученные результаты сохранялись в течение 6 месяцев. Выявлено влияние терапии на динамику центрального поля зрения. В ходе нашего исследования установлено, что в группе II, уменьшался процент относительных скотом ($p<0,05$). Уровень внутриглазного давления у всех больных был нормальным и в среднем составил 19,7±0,3 мм рт. ст. (по Маклакову). Значимый эффект препарата проявлялся в повышении амплитуды и снижении латентности а-волны, эффект тока наблюдался в повышении амплитуды α- и β-волн, амплитуды рЭРГ. Повысилась функциональная активность наружных и внутренних слоев сетчатки в макулярной области: увеличилась амплитуда α- и β-волн, уменьшалась латентность α- волн, т. е. наблюдалось увеличение активности фоторецепторов и ганглиозных клеток сетчатки.

Данные офтальмологического обследования также свидетельствовали о стабилизации зрительных функций и клинической картины глазного дна, улучшении внутриглазного кровообращения пациентов основных групп. Таким образом, применение Lipideks SR может оказать помощь в предотвращении дегенеративного процесса в сетчатке на ранних этапах развития ВМД.

Выводы. Предлагаемый способ лечения «сухой» формы ВМД позволяет улучшить качество жизни пациентов на фоне стабилизации или некоторого улучшения не только зрительных функций, но и общего состояния, избежать серьезных сосудистых катастроф, проявляющихся при нарушении липидного профиля крови.

Абдиева Д.Х., Валиева М.С., Дырда Н.И.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕРМАТОЗОВ МИНЕРАЛЬНЫМИ ВОДАМИ ТАДЖИКИСТАНА

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

Цель работы. Ознакомление дерматокосметологов и врачей смежных специальностей с наружной бальнеотерапией.

Материалы и методы. Ванны – одна из наиболее часто применяемых при хронических дерматозах водолечебных процедур. Сероводород (H2 S), проникая через кожу, слизистые оболочки, дыхательные пути, попадает в кровь, раздражает интерорецепторы и вызывает сложные ответные реакции, регенеративные процессы в организме. Сульфидные ванны улучшают защитные функции организма, повышают репаративные, противовоспалительные и рассасывающие процессы с тенденцией к нормализации обмена веществ. Кожные заболевания, показанные для бальнеотерапии: псориаз, экзема, нейродермит, витилиго, красный плоский лишай, ихтиоз, склеродермия, кожный зуд. Противопоказания – общие к приёму ванн: обострение кожного статуса, а также болезни почек, гепатит, цирроз печени, туберкулез, гипертоническая болезнь, болезни сердца. Методика лечения заключается в следующем: Общие ванны продолжительностью 10–15 мин назначаются ежедневно в течение 5-6 дней с отдыхом на шестые-седьмые сутки. Показаны больным псориазом, хронической экземой, нейродермитом, склеродермией и другими заболеваниями кожи вне обострения. Общие ванны продолжительностью 10–15 мин., назначаются 2–3 дня подряд с отдыхом на 3–4-й день лечения. Всего на курс лечения больные получают 22– 24 ванны. Показаны больным с заболеваниями кожи, склонными к частным обострениям (экзема, красный плоский лишай, зуд кожи). Наряду с назначением общих минеральных ванн, проводится гелиотерапия, которая противопоказана в стадии обострения заболеваний. Солнечные ванны назначаются через 2–3 часа после приема минеральной ванны, начиная с 5–7 мин., постепенно экспозиция увеличивается до 15–30 мин. Анализ отдаленных результатов в зависимости от проведения повторных курсов лечения сероводородными минерализированными ваннами показал, что при повторных курсах сульфидной бальнеотерапии не только улучшились ближайшие результаты, но увеличилась продолжительность периода ремиссий. Средняя продолжительность ремиссии после сульфидной бальнеотерапии составляет от 1,5 до 2 лет. С целью закрепления продолжительных результатов лечения, целесообразно рекомендовать больным повторные курсы лечения подряд в течение 2–3 лет.

Вывод. Таким образом, бальнеологические процедуры, в основном, хорошо переносимы, оказывают противовоспалительное, противозудное действие, повышают иммунитет, улучшают самочувствие, нормализуют сон. Изучение отдаленных результатов санаторно-курортного лечения показало целесообразность проведения повторных курсов сульфидной бальнеотерапии больным дерматозами в течение 2–3 лет подряд и с интервалами между ними 8–12 месяцев.

Абдулаева Д.Ю., Кароматова Т.И., Исохонов Б.М.

МЕГАЛОБЛАСТНАЯ АНЕМИЯ У ВЕГЕТАРИАНЦЕВ: ПРИЧИНЫ, ПРФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУТГМУ им.Абуали ибн Сино Республики Таджикистан

Цель исследования. Целью данного исследования является анализ причин развития мегалобластной анемии у вегетарианцев, разработке профилактических рекомендаций и определении наиболее эффективных методов лечения для данной группы пациентов.

Материалы и методы.

Исследуемая группа:

- Включение в исследование вегетарианцев разного возраста (от 18 до 65 лет) и пола, ведущих вегетарианский образ жизни не менее 2 лет.
- Группа контроля: лица, не являющиеся вегетарианцами, с аналогичными параметрами (возраст, пол).

Методы исследования:

Анализ крови: Определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов, ретикулоцитов, средний объем эритроцита, содержание витаминов B12, B9 и железа.

Биохимический анализ крови: Оценка уровня фолиевой кислоты, витамина B12, сывороточного железа, ферритина.

Опрос и анкетирование:

Изучение рациона питания участников исследования для определения возможных факторов дефицита микроэлементов.

Медицинская документация:

Оценка истории болезней, сопутствующих заболеваний и медицинских вмешательств у участников.

Статистическая обработка данных:- Сравнение показателей между вегетарианцами и контрольной группой.

- Использование статистических методов (ANOVA, t-тест) для определения значимых различий.

Результаты.

Частота мегалобластной анемии:

- Выявлено, что среди вегетарианцев мегалобластная анемия встречается чаще по сравнению с контрольной группой.
- Основная причина — дефицит витамина B12, который недостаточно представлен в растительной пище.

Выводы.

-Рекомендуется включение в рацион продуктов, обогащенных витамином B12 (специальные добавки, обогащенные

злаковые и растительные продукты).

- Важность приема поливитаминных препаратов для поддержания уровня витаминов B12 и B9.
- Для пациентов с выявленным дефицитом витаминов B12 и B9 рекомендуются инъекции витамина B12 и пероральные формы фолиевой кислоты.
- Диета с включением продуктов, богатых фолиевой кислотой (листовые овощи, бобовые), и животного происхождения (для лакто-ово-вегетарианцев).

Абдулаева Д.Ю., Кароматова Т.И., Камолова Г.Н.

ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА: ОПТИМАЛЬНЫЕ СХЕМЫ И ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино Республики Таджикистан

Цель исследования.

Изучить современные подходы и оптимальные схемы лечения язвенной болезни желудка (ЯБЖ), определить наиболее эффективные методы медикаментозной терапии, включая эрадикацию Helicobacter pylori, а также оценить эффективность различных схем в зависимости от стадии заболевания и индивидуальных особенностей пациентов.

Материалы и методы.

Выбор пациентов: В исследование включено 100 пациентов с диагностированной язвенной болезнью желудка разной степени тяжести. Пациенты были разделены на две группы:

Первая группа — пациенты с активной язвой.

Вторая группа — пациенты в стадии ремиссии.

Методы исследования:

Проведение эндоскопического обследования желудка с биопсией слизистой оболочки для выявления язв и определения степени их тяжести.

Тестирование на наличие Helicobacter pylori с использованием уреазного теста, серологических и дыхательных тестов.

Лабораторные исследования крови и кала на наличие инфекций и маркеров воспаления.

Назначение схем эрадикационной терапии для первой группы пациентов, а также поддерживающей терапии для второй группы (ингибиторы протонной помпы (ИПП), антациды, гастропротекторы).

Лечебные схемы:

Стандартная тройная терапия: ИПП, антибиотики (кларитромицин и амоксициллин).

Четырехкомпонентная схема: ИПП, два антибиотика (кларитромицин и метронидазол) и висмут трикалия дицитрат.

Альтернативные схемы: использование препаратов висмута и пробиотиков для повышения эффективности эрадикации и снижения побочных эффектов.

Результаты.

Эрадикация Helicobacter pylori: В первой группе пациентов применение четырехкомпонентной схемы показало более высокую эффективность (до 92%), по сравнению с тройной схемой (около 75%).

Снижение симптомов и заживление язв: В первой группе наблюдалось значительное уменьшение симптомов через 4 недели лечения, а эндоскопическая оценка показала заживление язв у 85% пациентов.

Ремиссия: Во второй группе пациентов, получающих поддерживающую терапию ИПП, наблюдалось снижение рецидивов язвенной болезни в течение года (до 10% случаев рецидива).

Выводы.

Четырехкомпонентная схема эрадикации Helicobacter pylori является наиболее эффективной для лечения язвенной болезни желудка, особенно у пациентов с устойчивостью к антибиотикам.

Длительное применение ингибиторов протонной помпы способствует снижению частоты рецидивов язвенной болезни в период ремиссии.

Индивидуализированный подход к лечению, учитывающий чувствительность к антибиотикам и особенности пациента, повышает эффективность терапии и снижает риск побочных эффектов.

Использование пробиотиков и препаратов висмута может улучшить переносимость лечения и повысить процент успешной эрадикации.

[1,2]Абдуллоев Н.Н., [2]Рустамзода Ш.Дж., [2]Сатторов Б.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН НОВОГО ИННОВАЦИОННОГО ПОДХОДА ПО ПРИМЕНЕНИЮ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ДЛЯ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕНТГЕНОГРАММ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

[1]ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет», [2]Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Цель исследования. Изучить эффективность и возможности практического применения искусственного интеллекта при интерпретации рентгенограмм при различных фтизио-онко-пульмонологических заболеваниях лёгких.

Материал и методы исследования. В Республике Таджикистан первые цифровые передвижные рентген-установки с инсталляцией в них программы искусственного интеллекта CAD (Computer aided diagnosis) были приобретены для противотуберкулёзной службы при поддержке партнёров по развитию. Сегодня на таких установках работают обученные врачи в 40 регионах страны. Мы изучили эффективность применения этих установок путём осуществления мониторинговых визитов в эти регионы.

Результаты исследования. Рентген-установки CAD являются передвижными и не нуждаются в постоянном энергообеспечении (имеется зарядное устройство), мы рекомендуем его использование для проведения массовых скринингов в полевых условиях, на заводах и фабриках. Более того, принимая во внимание, что эти установки проводят дифференциальную диагностику между различными болезнями лёгких, включая фтизио-онко-пульмонологические заболевания, необходимо интегрировать их применение и организовать обмен полученными результатами между семейными врачами, фтизиатрами, рентгенологами и пульмонологами.

В течение 2023 года всего было выполнено 146400 исследований CAD, что позволило выявить 766 дополнительных случаев туберкулёза лёгких (0,5%). Дальнейшее проведение им микроскопического исследования выявило 309 случаев бактериовыделения (40,3%). За первые три месяца 2024 года было выполнено 42600 исследований CAD, что позволило выявить 203 дополнительных случая туберкулёза лёгких (0,5%). Дальнейшее проведение им микроскопического исследования выявило 99 случаев бактериовыделения (48,8%).

Среди других заболеваний лёгких исследования CAD позволило выявить случаи постковидного фиброза (22 случая) и ХОБЛ (38 случаев).

Следует отметить, что самые высокие показатели точности при применении искусственного интеллекта достигаются в разделении нормы и патологии, а также в ранней в диагностике отдельных заболеваний лёгких. Наилучшие результаты достигнуты в области диагностики туберкулёза лёгких. Сегодня CAD имеет точность, превышающую точность врачей-рентгенологов, может использоваться как вспомогательный инструмент, так и в автономном режиме в условиях нехватки людских ресурсов для выявления признаков туберкулёза и дальнейшего дообследования. Имеющиеся данные об использовании искусственного интеллекта в определении признаков рака лёгкого свидетельствуют, что в настоящее время отдельные алгоритмы полезны как вспомогательный инструмент для врача-рентгенолога, позволяющий уменьшить количество диагностических ошибок и подтвердить наличие патологии.

Выводы. Несмотря на то, что эффективность выявления новых случаев туберкулёза лёгких с помощью исследований CAD составило в среднем 0,5% случаев, в то же время абсолютные цифры составляют более 400 случаев, что значительно повышает выявляемость недовыявленных случаев туберкулёза лёгких.

Абдуллоева С.Н., Махмудзода Х.Р.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ ПРИ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗАХ ОТ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДО ГЕНЕТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”, Таджикистан

Цель исследования: Целью данного исследования является обзор современных методов лабораторной диагностики острых лейкозов, с акцентом на роль морфологического, цитохимического, иммунологического и цитогенетического анализа. Важность темы обусловлена необходимостью своевременной и точной диагностики острых лейкозов, что позволяет улучшить прогноз и выживаемость пациентов, особенно в условиях прогресса в лечении этих заболеваний.

Материалы и методы: Исследование представляет собой аналитический обзор литературы, посвященной современным подходам к диагностике острых лейкозов. Основное внимание уделено морфологическим методам исследования, цитохимии, иммунологическим и молекулярно-биологическим методам. Классификация острых лейкозов проводится с использованием современных стандартов, включая Франко-Американо-Британскую (FAB) классификацию и классификацию ВОЗ.

Результаты исследования: Острый лейкоз (ОЛ) представляет собой злокачественное заболевание кроветворной системы, характеризующееся замещением нормального костного мозга незрелыми бластными клетками. Заболеваемость ОЛ составляет 3–5 случаев на 100 тысяч человек в год, причем в детском возрасте в 80–90% случаев диагностируется острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ), тогда как у взрослых преобладает острый миелоидный лейкоз (ОМЛ). Морфологический метод занимает ведущую роль в диагностике острых лейкозов (ОЛ), так как позволяет определить линию кроветворения опухолевых клеток. В большинстве случаев (около 70%) по морфологическим характеристикам удается выявить принадлежность клеток к миелоидной или лимфоидной линии. Для подтверждения этой принадлежности используется цитохимический анализ, который включает выявление миелопероксидазы (МПО), активности неспецифических эстераз и ШИК-реакцию, что помогает дифференцировать острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) и острый миелоидный лейкоз (ОМЛ). Иммунофенотипирование, в свою очередь, позволяет определить экспрессию специфических антигенов на опухолевых клетках, что особенно важно для диагностики различных форм ОЛ, а также для выявления бифенотипических и билинейных вариантов лейкоза. Не менее значимо цитогенетическое исследование, которое помогает уточнить наличие хромосомных аномалий, важных для прогноза и планирования лечения. Например, транслокации t(8;21), t(15;17) и inv(16) являются благоприятными прогностическими факторами при ОМЛ, тогда как транслокации t(9;22) и t(4;11) указывают на неблагоприятный прогноз при ОЛЛ. Современные достижения в лечении острых лейкозов, включая полихимиотерапию и трансплантацию гемопоэтических стволовых клеток, позволили значительно улучшить прогноз. У детей с ОЛЛ выживаемость достигает 90%, в то время как у взрослых этот показатель варьируется в пределах 30-40% для ОЛЛ и 15-20% для ОМЛ. Однако, несмотря на прогресс, лечение остается сложным, и выживаемость взрослых пациентов с острыми лейкозами все еще значительно ниже, чем у детей.

Выводы: Современные методы диагностики острых лейкозов включают сочетание морфологических, цитохимических, иммунологических и цитогенетических исследований. Эти подходы позволяют не только точно диагностировать заболевание, но и определить его подтип, что является критически важным для выбора правильной тактики лечения. Благодаря использованию программной полихимиотерапии и трансплантации стволовых клеток, выживаемость пациентов значительно улучшилась, особенно в детской группе.

Абдурахимов А.А., Розиков Ш.И., Хафизов Х.М.

ТУБЕРКУЛЁЗНАЯ ИНФИЦИРОВАННОСТЬ СРЕДИ РАБОТНИКОВ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ: ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Изучить уровень латентной туберкулезной инфекции (ЛТБИ) среди работников Национального центра туберкулеза, пульмонологии и торакальной хирургии (НЦТПиТХ) и разработать комплекс превентивных мер инфицирования и развития активных форм туберкулеза (ТБ).

Материал и методы. В исследование были включены 364 сотрудника НЦТПиТХ в возрасте от 20 до 63 лет, мужчин – 62 (17,08%) и женщин – 302 (83,0%), которым были проведены следующие иммунологические тесты: туберкулиновая проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л, Диаскинтест® и QuantiFERON-тест. При положительных результатах любого из проведённых тестов в обязательном порядке проводился скрининг на наличие клинических симптомов ТБ, а также рентгенография органов грудной клетки, при необходимости компьютерная томография и исследование мокроты на наличие микобактерий ТБ микроскопическим, молекулярно-генетическим и иммунологическим методами (Xpert® MTB/RIF Ultra на системе GeneXpert).

Результаты исследования. Было обследовано 364 из 491 сотрудника НЦТПиТХ (74,1%). Среди обследованных было 330 человек (90,7%) медицинских работников (врачи, средний и младший медицинский персонал, работники лабораторий) и 34 человека (9,34%) - не медицинских работников (сотрудники вспомогательных подразделений - администрация, хозяйственная часть, прачечная, пищеблок). Положительные результаты какого-либо из примененных иммунологических тестов отмечались у 139 (38,2%) обследованных, в том числе у 135 (97,1%) медицинских и 4 (2,9%) не медицинских работников. В результате дополнительного обследования были выявлены два человека (1,44%) с активным ТБ, два - с остаточными посттуберкулёзными изменениями; у остальных 135 сотрудников (37,1%) не было выявлено никаких других признаков болезни, и с учетом положительной иммунологической пробы без клинических проявлений им был поставлен диагноз – ЛТБИ. У двух медицинских работников с активным ТБ в одном случае - у медицинской сестры - был верифицирован ТБ легких и в другом - у лаборантки – ТБ внутригрудных лимфатических узлов. Из 135 больных с ЛТБИ 133 (98,5%) работали в медицинских должностях: 14 врачей (10,4%), 49 медицинских сестер (36,3%), 52 санитарки (38,5%) и 18 лаборанток (13,3%). С учетом профессиональных обязанностей медицинские сотрудники ежедневно пребывали в отделениях, в которых находятся на стационарном лечении больные бактериовыделители, включая больных с разными спектрами лекарственной чувствительности.

Выводы. Положительные тесты на наличие туберкулезной инфекции выявлены у 139 из 364 (38,2% случаев) обследованных сотрудников НЦТПиТХ; из их числа активный ТБ легких выявлен в 1,44% случаях, остаточные посттуберкулёзные изменения – также в 1,44% случаев и в 37,1% случаев выявлена ЛТБИ. Из общего числа выявленных больных медицинских работников было 135 (97,1%) человек и не медицинских - 4 (2,88%) человека. Для профилактики внутрибольничного инфицирования и реактивации туберкулезной инфекции при повторяющихся контактах сотрудников противотуберкулезных учреждений рекомендован комплекс мер инфекционного контроля.

[1]Авазов А.А., [2]Шакиров Б.М.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ САНДАЛОВЫХ ОЖОГОВ КИСТИ И СТОПЫ

[1]Самаркандский Государственный медицинский Университет.
[2]Самаркандский филиал РНЦЭМП.

Цель исследования. Проблема лечения пострадавших с термической травмой до настоящего времени остаётся одной из самих актуальных в современной медицине. Локальные ожоги составляют 60-75% пострадавших, регистрируемых с термической травмой. В структуре ожоговых травм особое значение уделяется ожогам кисти и стопы.

Материал и методы. Под нашим наблюдением с глубокими сандаловыми ожогами стопы и кисти в комбустиологическом отделении СФ РНЦЭМП и межобластного ожогового центра города Самарканда находились на лечении 112 обожженных, в возрасте от 9 месяцев до 67 лет. С глубокими ожогами до 5% поверхности тела было госпитализировано 49 больных, с ожогами до 10% поверхности тела – 63.

83 (74,1%) больных поступили в состоянии шока, а остальные 29 (25,9%) поступили в стадии токсемии.

Результаты исследования. Для местного консервативного лечения больных с сандаловыми ожогами стопы и кисти применяли в зависимости от фазы раневого процесса: высушивание некротических тканей с применением марлевых влажно-высыхающих повязок с растворами антисептиков или повязок с многокомпонентными мазями на водорастворимой основе.

Среди многочисленных эффективных методов общего и местного лечения глубоких ожогов можно выделить: некротомию, некрэктомию и аутодермопластику.

Одним из ранних оперативных вмешательств у больных с глубокими ожогами стопы является некротомия. Нами было произведено 36 некротомий. Некротомии проводились на 1-3 сутки с момента травмы с целью профилактики компартмент-синдрома.

Для подготовки раны к аутодермопластике нами были произведены поэтапные некроэктомии. Ранняя некрэктомия - операция, выполненная до развития в ране признаков воспаления (как правило – первые 5 суток после получения ожога). Оно было произведено 17 больным. Отсроченная хирургическая некрэктомия – операция, выполненная на фоне воспалительных явлений в области раны - у 31 больных через 7-9 дней после ожога на площади не превышающий 5% поверхности тела.

Из 112 больных с сандаловыми ожогами у 89 рана зажила после первой аутодермопластики. Повторная аутодермопластика было произведено у 23 больных, у них общая площадь ожога превышало более 10% поверхности

тела.

В послеоперационном периоде у 11 больных отмечался лизис кожных лоскутов. Основной причиной лизиса явились образовавшиеся под ними гематомы, что потребовало дополнительной кожной пластики.

Выводы. Таким образом, в течение 10 лет в ожоговом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП и межобластного ожогового центра города Самарканда в лечении глубоких сандаловых ожогов стопы наблюдаются определённые успехи, связанные с организацией специализированной помощи, которые направлено на ускорении отторжения некротической ткани для подготовки к аутодермопластике и снижении послеожоговых контрактур и деформаций.

Аджит Кумар, Мухамадиева К.М., Алиев Х.И.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРНОЙ ДЕРМАБРАЗИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВ РАЗНЫХ ФОТОТИПОВ КОЖИ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Изучить эффективность лазерной дермабразии при лечении рубцов у лиц с разными фототипами кожи.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 156 пациентов с рубцами на коже лица (46 - келоидные, 60 - гипертрофические, 50 - атрофические). Средний возраст больных составил 28,5 ±1,5 лет, соотношение мужчин и женщин составил 1:3. Давность рубцов составила 3,5 ±1,2 лет. Определение фототипа кожи проводили по классификации Т. Фицпатрика. Оценка тяжести рубцов проводилась по шкале Vancuver. Больные были разделены на две группы: в основную группу были включены 85 пациентов (30 - с келоидными, 30 - с гипертрофическими и 25 - с атрофическими рубцами), которым проводилась дермабразия неодимовым лазером в сочетании с ультразвуковой терапией, а в контрольной группе, включающей 71 пациента (16 с келоидными, 30 - с гипертрофическими и 25 - с атрофическими рубцами) проводилась терапия с применением неодимового лазера в виде монотерапии. У 58/156; 37,2% рубцы локализовались в верхней зоне лица (лоб, область бровей), у 63 /156; 40,4% - в средней зоне (носогубный треугольник, щёки, уши), у 35/156; 22,4% - в области подбородка и подбородочной области).

Результаты исследования. Среди обследованных пациентов было выявлено три фототипа кожи: III - 65 (41,7%), IV- 53 (33,9%), V - 38 (24,4%) пациентов. У пациентов с V фототипом кожи келоидные рубцы на коже лица встречались в 1,4 раза чаще (18/38;47,3% против 18/53; 33,9%), чем при IV фототипе и в 2,6 раза чаще, чем при III фототипе (18/38;47,3% против 28/65; 18,5%). Гипертрофические рубцы встречались в 1,3 раза чаще при V фототипе, чем при III (18/38;47,3% против 19/53;35,8% случаев), а при IV фототипе они были выявлены у 28/65; 43,1% больных. Атрофические рубцы у пациентов с III фототипом выявлялись в 1,3 раза чаще, чем при IV фототипе (25/65; 38,5% против 16/53; 30,2% случаев) и в 7,3 раза чаще, чем при V фототипе кожи (25/65; 38,5% против 2/38; 5,3% случаев), т.е. келоидные и гипертрофические рубцы чаще всего наблюдались при IV и V фототипах кожи, а атрофические рубцы - при III фототипе кожи. Общий показатель баллов гипертрофических рубцов составлял 12,42±1,3 баллов, а келоидных рубцов - 23,96±1,5 баллов. Атрофические характеризовались «минус-тканью», степень выраженности которых составила 6,2±0,3 баллов. Сравнительная оценка результатов лечения через 6 месяцев после проведённой терапии в обеих группах показала, что исходный общий показатель клинического состояния гипертрофических рубцов снизился в основной группе в 2,6 раза (12,42±1,3 против 4,7±1,3 баллов), в то время как в группе сравнения - в 1,9 раза (12,42±1,3 против 6,53±1,3 баллов). Общий показатель келоидных рубцов по шкале Ванкувер снизился в 3 раза в основной группе (23,96±1,5 против 7,98 ±1,5 баллов), а в группе сравнения - в 1,4 раза (17,1±1,5 баллов). Степень тяжести атрофических рубцов уменьшилась в основной группе в 3,2 раза (6,2±0,3 против 1,9±0,3 баллов), а в контрольной группе - в 2,2 раза (6,2±0,3 против 2,8±0,3 баллов).

Отличный результат терапии у пациентов основной группы наблюдался в 1,6 раза чаще, чем в контрольной группе (61/85;71,8% против 31/71; 43,7%). В основной группе по сравнению с контрольной, отличный результат наблюдался в 1,7 раза чаще у пациентов с III фототипом кожи (29/33;87,9% против 17/32;53,1% случаев) и в 1,4 раза - у пациентов с IV фототипом (18/30;60,0% против 10/23;43,5% случаев). У пациентов с V фототипом кожи в основной группе отличные результаты наблюдались чаще, чем в контрольной группе (10/20; 50,0% против 8/18;44,4% случаев).

Выводы. Применение ультразвуковой терапии на первом этапе лечения рубцов кожи перед проведением лазерной дермабразии в 1,6 раза чаще приводит к достижению отличного результата по сравнению с его применением в виде монотерапии.

Аджит Кумар, Мухамадиева К.М., Абдуллаева М.А.

ВЛИЯНИЕ НЕОДИМОВОГО ЛАЗЕРА И УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТЕРАПИИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ И КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ КОЖИ ЛИЦА

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т.
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», ООО «Медико»

Цель исследования. Изучить состояние местной гемодинамики при лечении рубцов кожи лица методом лазерной дермабразии в сочетании с ультразвуковой терапией.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 116 пациентов с рубцами на коже лица (46 - келоидные, 60 - гипертрофические). Средний возраст больных составил 28,5 ±1,5 лет, соотношение мужчин и женщин составило 1:3. Давность рубцов составила 3,5 ±1,2 лет. Больные были разделены на две группы: в I группу были включены 60 пациентов (30 - с келоидными и 30 - с гипертрофическими рубцами), которым проводилась дермабразия неодимовым лазером в сочетании с ультразвуковой терапией, а во II группе, включающей 56 пациентов (26 - с кело-

идными и 30 - с гипертрофическими рубцами) проводилась терапия с применением неодимового лазера в виде монотерапии. Состояние микроциркуляции в зоне рубцов кожи оценивалось до и после лечения методом лазердопплерфлоуметрии (ЛДФ) на аппарате ЛАЗМА (Россия). Для сравнения оценивали показатели микроциркуляции как в зоне рубца, так и на здоровой коже вокруг рубца. Изучение показателей ЛДФ выполнялось до лечения и через 3 месяца после лечения. Контрольную группу составили 30 здоровых человек без эстетических дефектов на коже лица. Оценка тяжести рубцов проводилась по шкале Vancuver.

Результаты исследования. Показатель микроциркуляции в зоне келоидных рубцов был в 1,2 раза ниже, чем в зоне гипертрофических рубцов (3,13±0,3 против 3,67±0,3 перф. ед) ($p<0,01$). Показатель индекса эффективности микроциркуляции (ИЭМ) в келоидных рубцах был ниже, чем в гипертрофических рубцах ($p>0,05$) и составил 1,0±0,02 и 0,9±0,02%, что достоверно отличалось от показателей соответствующих зон на коже у лиц контрольной группы ($p<0,05$). Показатель резерва капиллярного кровотока (РКК) в зоне гипертрофических рубцов был в 1,5 раза выше, чем в зоне келоидных рубцов и составил 304±1,2 против 198±1,3%. Из всего количества больных обеих групп спастический тип микроциркуляции СПТМ выявлен у 51/60; 85,0% пациентов с гипертрофическими и у 47/56; 83,9% пациентов с келоидными рубцами. Гиперемический тип микроциркуляции (ГПТМ) был выявлен у 19/60; 31,7% пациентов с гипертрофическими и у 12/56; 21,4% больных с келоидными рубцами. Нормальных типов микроциркуляции не наблюдалось. Сравнительная оценка результатов лечения в обеих группах показала, что через 3 месяца после проведённой терапии общий показатель рубца снизился в I группе в 3,2 раза, в то время как в группе сравнения - в 1,9 раза. Проведённая терапия в обеих группах отразилась на показателях ЛДФ. Анализ восстановления гемодинамических показателей у пациентов I и II групп показал, что в I группе увеличилось число больных с нормальным типом микроциркуляции в зонах рубца. В результате проведённого лечения в обеих группах восстановление показателей микроциркуляции привело к тому, что не только уменьшилась частота патологических типов гемодинамики, но и наблюдался нормоциркуляторный тип гемодинамики у 37/60; 61,7% пациентов I группы и у 29/56; 51,8% пациентов II группы.Число пациентов с тяжёлым типом микроциркуляции (СПТМ) в I группе составило 13/56;23,2%, а во II группе - 18/60; 30,0%, что указывает на то, что в I группе патологические типы гемодинамики после проведённого лечения выявлялись в 1,3 раза реже, чем во II группе.

Выводы. Таким образом, применение лазерной дермабразии при лечении гипертрофических и келоидных рубцов кожи, локализующихся на коже лица необходимо начинать с применения ультразвуковой терапии, так как данный метод оказывает значительный противовоспалительный и дефиброзирующий эффект, что способствует улучшению микроциркуляции в зоне рубца и улучшает эффективность воздействия лазерного излучения.

Айтиева А.К.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ

Кафедра терапевтических дисциплин медицинского факультета Ошского государственного университета. Ош, Кыргызстан

Цель исследования: На основе собранных клинических данных и результатов зарубежных исследований изучить эффективность основных групп сахароснижающих препаратов, для выявления наиболее доступных и эффективных вариантов с целью дальнейшего выведения качества назначаемой терапии СД в Кыргызстане на более высокий уровень.

Материалы и методы: Клинические данные: годовой конъюктурный отчет и истории болезни пациентов отделения «Общей терапии клиники» ОшГУ за октябрь 2022 по октябрь 2023 гг.
Иностранные исследования последних лет.

Результаты исследования. Всего проанализировано истории болезни 132 пациента. Из данных годового конъюктурного отчета видно, что пациенты получали различные группы сахароснижающих препаратов: инсулин – 30 пациентов, метформин – 99 пациентов, ПСМ - 50 пациентов, иДПП – 4 – 40 пациентов, ГПП-1 – 5 пациентов, глиофлозины – 40 пациентов, ситамет – 8 пациентов, вилдамет – 10 пациентов.

Результаты снижения уровня HbA1c, в процентном соотношении, при применении различных групп сахароснижающих препаратов: метформины -1,0-2,0 %, препараты СМ- 1,0-2,0 %, Идпп-4 -0,5-1%, аГПП1-0,8-1,8 %, глиофлозины – 0,8-0,9 %. Эффект от проводимой терапии наблюдался лишь у 53 % пациентов. Тогда как, у 47 % эффект отсутствовал, что является довольнотаки низким процентом и ставит под сомнения эффективность базового препарата.

Степень уменьшения развития поздних осложнений. Процентное соотношенияпациентов у которых развились поздние осложнения при приеме метформина: сосудистые – 32 %, смертность от диабета – 42 %, общая смертность – 36 %, инфаркт миокарда - 42 % что соответствует по статистике исследования UKPDS. Ситаглиптин показывает наибольшую эффектиность в предотвращении осложнений со стороны почечной системы. В то время, как вилдаглиптин эффективен для предотвращений осложнений со стороны ЦНС.

Выводы: На основе изученных данных было выявлено, что применение «инкретиновых групп» в виде монотерапии и в комбинации с метформином дало возможность достичь уровня снижения HbA1c более 1 %.

На основе анализа последних исследовании было установлено целесообразность применения новых групп препаратов для терапии СД2 с различными вариантами осложнения как для их профилактики, так и в более затяжном течении, с учетом «кардионефропротективного эффекта».

Проведенная сравнительная характеристика дает картину возможности применения новых препаратов для назначения в различных группах, в зависимости от цели и от исходного уровня HbA1c.

Наиболее удачными являются схемы комбинации метформина не только с ПСМ, но и с препаратами «инкретинового» ряда, что дает более выраженный эффект, чем монотерапия.

Набиева Д.А., Акрамова Н.Т., Адитья Куш

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОАГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПОДАГРОЙ

Кафедра факультетской и госпитальной терапии, профессиональных заболеваний №1. Ташкентская Медицинская Академия

Цель исследования: изучить показателей коагуляции у больных с подагрой.

Материалы и методы исследования: В исследовании участвовали 30 пациенты мужского пола с установленным диагнозом подагра, которые были в амбулаторной и стационарном лечении в многопрофильной клинике Ташкентской Медицинской Академии. все пациенты проходили клиническую и лабораторно-инструментальное обследование. Венозная кровь больных было исследовано на: число гематокрит, фибриноген, толерантность плазмы к гепарину, эталоновая тест и тромботест.

Результаты: лабораторное исследование венозной крови у больных с подагрой показало, что: 62% пациентов имели ниже нормальных значений число гематокрит, 31% имели нормальное, и 7% пациенты имели выше нормальных значений число гематокрит. При исследовании уровня фибриногена 3 % пациентов имели ниже нормальных значений фибриноген, у 63% уровень фибриногена было в пределах референтных значений и 34% имели высокий уровень фибриногена. Средняя показатель толерантности плазмы к гепарину у больных с подагрой было 4,68 мин (в норме 3-7 мин). Эталоновый тест было положительно у 3 пациентов, у остальных пациентов эталоновый тест был отрицательным. Что касается тромботеста, у 17,8 % больных он был равен 6, а у 71,4% больных 5, у 7,1 % больных было 4 и 3.

Выводы: исследование показателей коагуляции у больных с подагрой показало, что больные с подагрой имеют тенденцию к гиперкоагуляции, что требует своевременной коррекции антиагрегантами и антикоагулянтами и другими препаратами. В связи с малым числом пациентов, данное исследование имеет много недостаточностей, что делает необходимым дальнейших глубоких исследований.

Алиева Е.Г., Фаттоева Н.В.

ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТЕРАПИИ С ГИДРОКОРТИЗОНОМ ПРИ ДЕФОРМИРУЮЩЕМ ОСТЕОАРТРОЗЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА

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

Целью исследования является изучение влияния физиотерапевтической процедуры, в частности, применение ультразвуковой терапии и фонофореза с гидрокортизоном, в комплексном лечении больныхс деформирующим остеоартрозом коленного сустава.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 10 больных в возрасте от 45 до 60 лет с диагнозом деформирующий остеоартроз коленного сустава.Больные предъявляли жалобы на боли в коленном суставе, ограничение сгибания сустава при ходьбе и подъёме по лестнице, нарушение опороспособности. В комплекс реабилитационных мероприятий, включая медикаментозную терапию, лечебную физкультуру и массаж, входило применение фонофореза с гидрокортизоном на область коленного сустава от аппарата УЗТ - 101Ф. Методика лабильная, интенсивность воздействия от 0,7 до 1,0 Вт/см, режим работы от 10 мс до непрерывного, время воздействия от 7-10-15 минут. Курс лечения 10-15 процедур с перерывом в 10 дней между курсами. Всего 3 курса лечения.

Результаты исследования. Применение ультразвука с лечебными целями в настоящее время достаточно распространено и является чрезвычайно перспективным методом физиотерапии.Ультразвук представляет собой высокочастотные колебания частиц среды в неслышимом акустическом диапазоне. Ультразвук обладает выраженным противовоспалительным действием, которое обусловлено тепловым, рассасывающим и сосудорасширяющим влиянием. Ультразвук оказывает выраженное влияние на систему соединительной ткани, в результате чего при хронических воспалительных процессах предотвращается образование спаек и рубцов, размягчается грубоволокнистая ткань, повышается её эластичность. Усиливает действие ультразвука фонофорез с гидрокортизоном, который обладает хорошим обезболивающим эффектом, нормализует возбудимость нервных образований, улучшает трофику и кровоснабжение тканей, снимает воспалительный процесс. Результаты лечения оценивали по следующим показателям: уменьшение боли в суставе, увеличение амплитуды движения, повышение работоспособности. Лучшие показатели были у тех больных, которые прошли 3 курса УЗТ-терапии с гидрокортизоном с перерывами по 10 дней. Те больные, которые прошли один курс лечения наблюдали незначительные улучшения.

Выводы. Таким образом, применение больными сдеформирующим остеоартрозом коленного суставафонофореза с гидрокортизоном в комплексе с медикаментозной терапией, лечебной физкультурой и массажем даёт положительную динамику при условии проведения курсового лечения.

Алиева Е.Г., Фаттоева Н.В.

ПРИМЕНЕНИЕ СРЕДСТВ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ И ФИЗИОПРОЦЕДУР ПРИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА

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

Цель исследования. 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 развиться даже у людей, которые перенесли болезнь легко. Постковидный синдром может возникнуть вне зависимости от того, в какой форме коронавирус протекал у человека: скрытой, лёгкой, средней, тяжёлой или критической.

К основным признакам нарушения общего самочувствия после коронавируса относятся: приступы слабости,

которая может быть настолько выраженной, что человек в течение нескольких недель вынужден соблюдать постельный режим; резкое снижение толерантности к физической нагрузке, когда даже небольшая активность приводит к полному истощению физических сил; нарушение ритмов жизнедеятельности, при этом могут развиваться бессонница, избыточная сонливость, инверсия сна (бодрствование ночью, сон днём); боли в мышцах. При коронавирусной инфекции любой формы всегда наступает значительное снижение белковой массы, что отрицательно влияет на состояние мышц.Реабилитация после коронавируса может длиться от нескольких месяцев до года. Перечень реабилитационных мероприятий зависит от индивидуальных особенностей пациента и может состоять из следующих элементов: лечебной гимнастики; дыхательной гимнастики с применением респираторных тренажёров; массажа; психотерапии; диетотерапии; физиотерапевтических процедур.В этой статье мы рассмотрим методы реабилитации больных с неврологическими осложнениями постковидного синдрома.

К неврологическим осложнениям относятся:

- головная боль;
- нарушение зрения;
- отсутствие или искажение запаха и вкуса на протяжении нескольких месяцев;
- головокружения;
- потеря памяти.

Целью данного исследования являлось изучение влияния массажа шейно-воротниковой зоны и головы, а также применение натрий-брома электрофореза в чередовании с эуфиллином на шейно-воротниковую зону при неврологических осложнениях постковидного синдрома.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 10 больных - женщины в возрасте от 35 до 50 лет, перенёсших ковид лёгкой и средней тяжести. Все они предъявляли жалобы неврологического характера, а именно: головные боли, головокружения, общая слабость, нарушение сна, снижение концентрации внимания и памяти. Всем пациентам был назначен курс массажа шейно-воротниковой зоны и головы, а также натрий-бром электрофорез в чередовании с эуфиллином на шейно-воротниковую зону.Данные процедуры снимают мышечное напряжение, улучшают кровообращение сосудов головного мозга, улучшают сон и снимают депрессивное состояние.Лечение составляло 3 курса по 10-15 процедур с перерывами в 2 недели, в течение 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 средств лечебной физкультуры в сочетании с физиотерапевтическими процедурами существенно улучшает состояние больных в восстановительном периоде постковидного синдрома.

Али-заде Н.А., Мухамадиева К.М., Шокирова У.С.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ВИРУСНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ КОЖИ

Кафедра дерматовенерологии им. профессора Зоирова П.Т. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
ГУ «Городская клиническая больница кожных болезней» г. Душанбе, Таджикистан.

Цель исследования. Изучить клинические проявления псориаза у детей на фоне сопутствующих вирусных болезней кожи.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 72 пациента с псориазом в возрасте от 7 до 15 лет, из которых 43 (59,7%) девочки и 29 (40,3%%) мальчиков. Всем обследованным пациентам исследовали кожный статус для выявления вирусных заболеваний кожи. Выявление формы и степени тяжести псориаза проводилось визуальным осмотром и подсчётом индекса PASI.

Результаты исследования. В результате тщательного осмотра больных с псориазом в 49/72; 68,1% были выявлены клинические проявления вирусных болезней кожи, которые в 45/49; 91,8% случаях были представлены бородавками: у 29/45; 64,4% детей - вульгарными бородавками, у 10/45; 22,2% - подошвенными, у 4/45; 9,0% - плоскими бородавками, а у 2/45; 4,4% детей были выявлены единичные папулы, характерные для контагиозного моллюска. Кроме того, у 4/49; 8,2% больных были выявлены проявления простого герпеса, из которых у 2-х детей были выявлены признаки перенесённого лабиального и назального герпеса, что проявлялось, соответственно, гиперпигментными пятнами над верхней губой и наличием серозно-геморрагических корок в зоне носового отверстия с переходом на кожу носогубной области. У двух детей были выявлены признаки подострого течения простого герпеса: у одного ребёнка были выявлены сгруппированные болезненные везикулы и единичные геморрагические корки, а у второго ребёнка - наличие сгруппированных корко-чешуек над верхней губой.

При дерматологическом осмотре были выявлены клинические формы псориаза: вульгарный псориаз (ВП) наблюдался у 32/72; 44,4% детей, каплевидный псориаз (КП) - у 17/72; 23,6%, экссудативный псориаз (ЭП) - у 12/72; 16,7%, бляшечный псориаз (БП) - у 11/72; 15,3% больных. У 47/72; 65,3% детей отмечалась распространённая форма дерматоза, у 25/72; 34,7% больных псориатические высыпания имели ограниченный характер. Поражение ногтевых пластинок наблюдалось у 13/72; 18,1% больных.

Наиболее часто вирусные дерматозы выявлялись у детей с ЭП, где их число составило 10/12; 83,3% случаев. На втором месте стояли дети с бляшечным псориазом, среди которых вирусные поражения были выявлены у 9/11; 81,8% пациентов, а на третьем месте были дети с КП, у которых было выявлено 12/17; 70,6% детей - с вирусными дерматозами. Вульгарные бородавки чаще всего выявлялись у детей с БП и составили 9/11; 81,8% случаев, что в 1,5 раза чаще, чем среди детей с ВП (18/32; 56,3%) и в 2 раза чаще, чем среди детей с КП (7/17; 41,1%). Плоские бородавки и контагиозный моллюск не наблюдались среди детей с БП и ЭК, а у детей с КП они наблюдались, соответственно, в 2/17; 11,8% и 1/17; 5,9% случаях, что в 1,9 раза чаще, чем у детей с ВП, то есть у 2/32; 6,3% и 1/32; 3,1% больных. Из

4-х случаев выявленного простого герпеса они наблюдались у 3-х детей с экссудативным псориазом и у одного ребёнка с вульгарным псориазом.

Было выявлено, что у детей распространённые проявления псориаза встречались в 2,8 раза чаще, чем при ограниченных формах (36/49; 73,5% против 13/49; 26,5% случаев).

Выводы. Таким образом, клинические проявления псориаза у детей могут зависеть от наличия у них сопутствующих вирусных заболеваний кожи, которые выявляются в 49/72; 68,1% случаях. У 45/49; 91,8% детей с псориазом выявляются болезни, вызванные вирусом папилломы человека, а у 4/49; 8,2% больных - вызванные вирусом простого герпеса. У детей с вирусными дерматозами псориаз характеризуется выраженной распространённостью патологического процесса и проявляется тяжёлыми формами.

Али-заде Н.А., Мухамадиева К.М., Шокирова У.С.

ВИРУСНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ У ДЕТЕЙ С ПСОРИАЗОМ

Кафедра дерматовенерологии им. профессора Зоирова П.Т. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
ГУ «Городская клиническая больница кожных болезней» г. Душанбе, Таджикистан.

Цель исследования. Выявить клинические проявления вирусных заболеваний кожи у детей с псориазом

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 72 пациента с псориазом в возрасте от 7 до 15 лет, из которых 43 (59,7%) девочки и 29 (40,3%%) мальчиков. У родителей обследованных детей были собраны (конфиденциально) анамнестические данные на выявление у них перенесённых вирусных болезней кожи. Всем обследованным пациентам проводили дерматологический осмотр кожных покровов с целью выявления формы и степени тяжести псориаза по индексу PASI, а также исследовали кожный статус для выявления герпесвирусных и папилломавирусных поражений кожного покрова.

Результаты исследования. Семейный анамнез псориаза был выявлен у 63/72; 87,5% детей, из которых у 18/63; 28,6% детей псориазом болел один родитель, у 14/22,2% - дядя или тётя, у 10/15,9% - двоюродные братья или сёстры, а чаще всего было выявлено наличие псориаза у бабушек или дедушек больных (21/63; 33,3%). Из 72-х обследованных детей анамнез на наличие перенесённых вирусных болезней кожи был собран у 68/72; 94,4% их матерей, у 4/72; 5,6% - обоих родителей. В результате анализа анамнестических данных 38/72; 52,8% родителей указали на перенесённые вирусные болезни кожи, из которых 24/38; 63,2% отметили рецидивы простого герпеса, а 14/38; 36,8% - указали на наличие в анамнезе различных видов бородавок. Конфиденциальный опрос 68 матерей позволил выявить у 3/68; 4,4% женщин рецидивирующий генитальный герпес и у 2/68; 2,9% женщин - лечение генитальных бородавок в анамнезе. Из 72-х опрошенных родителей 7/72; 9,7% указали на наличие у других членов семьи рецидивирующего простого герпеса, а 5/72; 6,9% - на наличие бородавок.

При дерматологическом осмотре были выявлены клинические формы псориаза: вульгарный псориаз (ВП) наблюдался у 32/72; 44,4% детей, каплевидный псориаз (КП) - у 17/72; 23,6% экссудативный псориаз (ЭП) - у 12/72; 16,7%, бляшечный псориаз (БП) - у 11/72; 15,3% больных. У 47/72; 65,3% детей отмечалась распространённая форма дерматоза, у 25/72; 34,7% больных псориатические высыпания имели ограниченный характер. Поражение ногтевых пластинок наблюдалось у 13/72; 18,1% больных.

В результате тщательного осмотра больных с псориазом в 49/72; 68,1% были выявлены клинические проявления герпесвирусных и папилломавирусных инфекций. Клинические проявления герпесвирусных инфекций были выявлены у 4/49; 8,2% детей, которые в 2-х случаях характеризовались остаточными явлениями перенесённого лабиального герпеса в виде гиперпигментации, в одном случае - наличием серозно-геморрагических корок в зоне носового отверстия с переходом на кожу носогубной области, и у одного ребёнка были выявлены клинические проявления простого герпеса в области нижней губы в виде сгруппированных болезненных везикул и единичных геморрагических корок. Из 4-х случаев выявленного простого герпеса они наблюдались у 3-х детей с экссудативным псориазом и у одного ребёнка с вульгарным псориазом. В 45/72; 62,5% случаях у обследованных детей были выявлены клинические проявления папиллома- вирусной инфекции, представленные у 29/45; 64,4% детей вульгарными бородавками, что в 2,9 раза чаще, чем число детей с подошвенными бородавками (10/45; 22,2% случаев), в 7 раз чаще, чем плоские бородавки (4/45; 9,0% случаев) и в 15 раз чаще, чем контагиозный моллюск (2/45; 4,4% случаев).

Выводы. Таким образом, псориаз у детей в 49/72; 68,1% случаях протекает на фоне сопутствующих вирусных дерматозов, из которых 45/49; 91,8% случаев представлены клиническими проявлениями вируса папилломы человека, а 4/49; 8,2% - вирусом простого герпеса. В 38/72; 52,8% случаях вирусные заболевания кожи были выявлены при тщательном сборе анамнеза родителей детей, больных псориазом.

Анисимов А.Ю., Яглы С.И., Петров А.И.

КОМПРЕССИОННЫЙ ГЕМОСТАЗ СТЕНТОМ ДАНИША ПРИ РЕФРАКТЕРНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

Кафедра неотложной медицинской помощи и симуляционной медицины ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Российская Федерация, Казань

Цель. Оценить эффективность пищеводных саморасширяющихся нитиноловых стентов Даниша в качестве метода первичного компрессионного гемостаза при рефрактерных кровотечениях из варикозных вен пищевода.

Материал и методы. В анализ были включены 59 пациентов циррозом печени с кровотечениями из варикозных вен пищевода, рефрактерными к «золотому стандарту» терапии первой линии. Средний возраст всей когорты составил 48,7 ± 9,7 лет, а средний балл по шкале MELD - 35,7 ± 14,1. Цирроз печени вирусной этиологии был у 36 (61,1%), алкогольной этиологии - у 19 (32,2%), неуточненной этиологии - у 4 (6,7%) больных. В качестве метода

первичного компрессионного гемостаза был использован зонд - обтуратор Sengstaken – Blakemore (группа А, *n* = 44), либо пищеводный саморасширяющийся нитиноловый стент Даниша (группа В, *n* = 15). Срок нахождения зонда - обтуратора Sengstaken – Blakemore - 2,2 ± 1,2, пищеводного саморасширяющегося нитинолового стента Даниша - 6,4 ± 1,4 суток.

Для проведении дисперсионного анализа применяли критерий Стьюдента. Для того чтобы избежать предвзятости при отборе провели сопоставление по шкале склонности к риску (PRS). Прогнозирование риска наступления события, т.е. смерти, связанной с пищеводно-желудочным кровотечением, провели с помощью регрессии Кокса.

Результаты. Гемостаз в группе А был достигнут у 33, а в группе В – у 13 больных. Таким образом, контроль начального кровотечения был достоверно выше в группе В по сравнению с группой А, как в группе предварительного сопоставления (86,7% против 75,0%; p <0,01), так и в группе PRS-сопоставления (77 против 42%; 0,05).

Кроме того, летальность, связанная с кровотечением, также была значительно ниже в группе В по сравнению с группой А как в группе предварительного сравнения (26,7% против 56,8%; p = 0,001), так и в группе PRS-сопоставления (12 против 46%; p = 0,01).

В многофакторной модели Кокса с конкурирующим риском у пациентов группы В летальность была снижена как в группе предварительного сравнения (p = 0,05, ОР 0,38, 95% ДИ 0,12-0,86), так и в группе PRS-сопоставления (p=0,001, ОР 0,20, 95% ДИ 0,07–0,49).

Выводы. Использование пищеводных саморасширяющихся нитиноловых стентов Даниша для первичного компрессионного гемостаза рефрактерного кровотечения из варикозных вен пищевода должно быть методом выбора у пациентов с циррозом печени, которым невозможно выполнить ранний ТИПС. Гемостаз достигается почти в 90% случаев. Это, в свою очередь, приводит к снижению смертности у этих пациентов от потенциально опасного для жизни пищеводно-желудочного кровотечения.

Анисимов А.Ю.[1], Мавлонов Ф.Б.[2], Сафина Ю.Р.[1]

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

[1] Кафедра неотложной медицинской помощи и симуляционной медицины ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Российская Федерация, Казань

[2]ГУ Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека МЗ и СЗН Республики Таджикистан, Республика Таджикистан, Душанбе

Цель исследования. Обоснование жизнеспособности операции селективного спленоренального анастомоза путем совершенствования техники выполнения *интраоперационного маневра сосудистой* экспозиции и венозной реконструкции за счет использования оригинальных современных инновационных подходов.

Материал и методы. В ретроспективное контролируемое клиническое исследование были включены 56 больных внутрипеченочной портальной гипертензией с относительно сохраненной функцией печени, в комплексной лечебной программе которых для вторичной профилактики кровотечений использованы различные варианты операции селективного спленоренального шунтирования. У 21 пациента группы контроля А, которые проходили лечение в период с 2006 по 2017 год, селективные спленоренальные анастомозы были выполнены по традиционной методике. У 35 пациентов основной группы В, лечившихся в период с 2018 по 2021 год, хирургическая техника была усовершенствована за счет использования двух инновационных хирургических приемов: *интраоперационного маневра сосудистой* экспозиции и венозной реконструкции при формировании спленоренального шунта.

Результаты. Оригинальный *интраоперационный маневр сосудистой* экспозиции на первом этапе операции у больных портальной гипертензией обеспечивает удобные объемно-пространственные отношения в операционной ране, создает комфортные условия для выполнения основного оперативного приема - наложения сосудистого анастомоза. Длительность оперативных вмешательств у пациентов группы А была на 35% больше, а средняя интраоперационная кровопотеря - на 58,6% больше, чем у пациентов в группе В. Статистическая разница достоверна. *Предложенный интраоперационный маневр сосудистой* экспозиции обладает минимальным риском развития специфических осложнений, связанных с подходом к сосудам левого забрюшинного пространства.

Через семь суток после операции у больных обеих групп было отмечено уменьшение размеров воротной и селезеночной вен и объема селезенки. Скоростные показатели кровотока в воротной вене уменьшились, а в селезеночной увеличились. В просвете шунтов имел место турбулентный поток крови. Тромбоза сосудистых кондуитов в раннем послеоперационном периоде по данным ультразвуковой допплерографии не было обнаружено. Наблюдаемые различия - статистически не достоверны.

В группе А за исследуемый период погибло 7 больных (33,3%), а в группе В – 3 больных (8,6%). Различия в летальности - статистически достоверны. Выживаемость пациентов группы А была значительно ниже, чем у пациентов группы В.

Выводы.

Изменение техники выполнения за счет использования современных инновационных хирургических приемов *интраоперационного маневра сосудистой* экспозиции и венозной реконструкции при формировании спленоренального шунта позволило улучшить результаты лечения больных портальной гипертензией, снизить частоту осложнений и летальность, тем самым подтвердив жизнеспособность операции селективного спленоренального анастомоза, обусловленную заложенным в нее авторами резервом для эволюционирования.

Асилова Н.Г., Курбонова М.Н., Фирузаи И

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП С ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ ПРИСТУПАМИ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Анализ клинических проявлений и ЭЭГ- характеристик эпилептических приступов у детей с детским церебральным параличом (ДЦП) а также разработка индивидуализированного плана комплексной реабилитации.

Материал и методы. Нами было обследовано 20 детей с детским церебральным параличом в возрасте от 4 до 6 лет, у которых наблюдались эпилептические приступы. Всем детям были проведены неврологический осмотр, электроэнцефалография (ЭЭГ), а также консультации логопеда, психолога. Кроме того, были организованы консультации узких специалистов, включая окулиста и психиатра. На основании результатов обследования врачами и педагогами были установлены окончательные клинические диагнозы и выявлены нарушения в двигательном и психоречевом развитии. Совместно с «командой» специалистов была проведена оценка состояния каждого пациента, на основе чего были определены цели и задачи для предстоящей реабилитации. Для каждого ребенка был разработан индивидуальный план реабилитации с учетом выявленных нарушений в моторном и психоречевом развитии.

Результаты исследования. Дети были распределены по формам детского церебрального паралича (ДЦП) следующим образом: 5 детей с двойной гемиплегией, 5 детей со спастической диплегией, 4 детей с гемипаретической формой, 2 пациента с атонико- астатической формой и 4 детей с смешанной формой. При обследовании у пациентов были выявлены различные типы эпилептических приступов: парциальные приступы отмечались у 40% (8) детей, генерализованные у 60% (12) детей.

При анализе данных ЭЭГ была выявлена связь между клиническими проявлениями и электрофизиологической картиной. У 8 пациентов наблюдались локальные изменения, проявляющиеся в преобладании медленных волн, шипов или острых волн в одной из областей мозга. Разряды типа «пик-волна» с частотой 3-3,5 в секунду были зарегистрированы у 2х пациентов, у которых наблюдались абсансы. У 5 детей была диагностирована дисфункция стволовых структур головного мозга, сопровождающаяся снижением порога судорожной готовности. У 2 детей наблюдались диффузно распространенные разряды острых волн, а у 1 зарегистрировано замедление фоновой активности с задержкой электрогенеза.

Выводы. Электроэнцефалографическое (ЭЭГ) исследование у пациентов с детским церебральным параличом (ДЦП) является важным инструментом для выявления патологической активности, что способствует уточнению характера и типов приступов, подбору антиконвульсантов, а также предотвращению ухудшения течения ДЦП. Кроме того, ЭЭГ позволяет проводить комплексные реабилитационные мероприятия, направленные на восстановление моторных и когнитивных функций у данной группы пациентов. При разработке индивидуализированного комплексного подхода к реабилитации детей с ДЦП, который включает командную работу специалистов, были достигнуты положительные результаты в области двигательной активности, психоэмоционального состояния и коррекции речевых нарушений.

Асилова Н.Г., Ганиева М.Т., Курбонова М.Н.

ФАКТОРЫ РИСКА ДЦП У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Провести анализ данных, предшествующих возникновению детского церебрального паралича (ДЦП) у детей в возрасте до 5 лет.

Материал и методы. Нами был проведён ретроспективный и проспективный сравнительный анализ детей с детским церебральным параличом (ДЦП) (50 медицинских историй) и с поражением периферической нервной системы (ПП ЦНС) (100 медицинских историй), находившихся в стационарах в течение последних двух лет.

Результаты исследования. В исследовании было установлено, что среди беременных женщин в обеих группах преобладали повторнородящие – 48% и 50,9%. Среди них с отягощенным акушерским анамнезом (ОАА) было зафиксировано 20,5% и 42,9% соответственно. Около 70% женщин испытывали осложнения в ходе беременности во второй половине, включая гестозы и хроническую фетоплацентарную недостаточность (ХФПН).

В группе детей, страдающих детским церебральным параличом (ДЦП), наблюдалось в 2 раза больше случаев женщин с соматическими заболеваниями и в 1,8 раза больше с гинекологическими патологиями. Интранатальный период также сопровождался осложнениями у 37,9% и 33,9% женщин соответственно. Хотя значимых различий в количестве операций и осложнений выявлено не было, кесарево сечение проводилось в 1,4 раза чаще среди младых пациентов с поражениями центральной нервной системы (ПП ЦНС).

Кроме этого, у детей с ДЦП отмечалось, что в 4 раза чаще оценка по шкале Апгар была ниже 3 баллов, в 2 раза чаще они помещались в отделение реанимации новорожденных (ОРН) и в 4 раза чаще нуждались в искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Врожденные аномалии развития головного мозга встречались в 2 раза чаще у детей с ДЦП, в 3 раза чаще это заболевание сопутствовали эпилепсией, а белково-энергетическая недостаточность диагностировалась в 2 раза чаще.

Выводы. Детский церебральный паралич (ДЦП) представляет собой полиэтиологическую патологию центральной нервной системы. Кислородная недостаточность на всех этапах развития плода и ребенка вызывает структурные и метаболические повреждения головного мозга, что обуславливает необходимость проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ). В этой связи требуется индивидуализированный подход к организации ИВЛ, который включает

уточнение показаний, режимов, продолжительности процедуры и квалификации врача-реаниматолога. Кроме того, необходимо одновременно корректировать белково-энергетическую недостаточность, так как дефицит питания наблюдается у 84% детей с ДЦП.

Асилова Н.Г., Ганиева М.Т., Фирузаи И.

НЕЙРОСОНОГРАФИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ НЕВРОПАТИЕЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Осуществить корреляционный анализ между параметрами электромиографии (ЭНМГ) и нейросонографии (НСГ) лицевого нерва у детей, страдающих идиопатической невритом лицевого нерва (НЛН) в острый период, с учетом благоприятного и неблагоприятного прогноза восстановления функциональной активности лицевого нерва.

Материал и методы. В исследовании было обследовано 20 детей с невритом лицевого нерва (НЛН), средний возраст которых составил 11,7 ± 4,9 лет, и 50 здоровых детей, входящих в группу сравнения, со средним возрастом 13,5 ± 5,2 лет. Все дети с НЛН прошли нейросонографию (НСГ) с измерением диаметра лицевого нерва в области шейного пространства и в толще окологлазной жировой клетчатки, а также стимуляционную электронейромиографию (ЭНМГ) лицевого нерва с регистрацией М-ответа от мышцы orbicularis oculi. На 25 день после появления прозопареза дети с НЛН были разделены на две группы в зависимости от динамики клинического состояния: первую группу составили 50 ребенка с благоприятным восстановлением функции нервов, во вторую группу вошли 10 детей с неблагоприятным восстановлением. Проведён корреляционный анализ показателей НСГ и ЭНМГ в контексте прогнозирования благоприятного и неблагоприятного восстановления функции лицевого нерва

Результаты исследования. В первой группе детей, характеризуемой благоприятным восстановлением, было установлено полное восстановление функции мимических мышц в течение одного месяца. В противоположность им, во второй группе, где наблюдалось неблагоприятное восстановление, фиксировался прозопарез с различной степенью выраженности и более продолжительным восстановлением функции лицевых мышц, превышающим один месяц. В рамках исследования впервые были получены нормальные значения по нейросонографии (НСГ) диаметра лицевого нерва в областях шейно-ушного отдела (ШСО) и околоствольной жировой клетчатки (ОСЖ) у детей в возрасте от 7 до 18 лет. Средний диаметр лицевого нерва в области ШСО составил 1,5 ± 0,1 мм, тогда как в области ОСЖ он составил 0,5 ± 0,1 мм, что не различалось с аналогичными показателями у взрослых волонтеров. Проведенный ROC-анализ диаметра нерва в области ШСО и коэффициента электроно-мышечной генерации (ЭНМГкф) для мышцы orbicularis oculi продемонстрировал достоверную связь между этими параметрами и неблагоприятным прогнозом восстановления функции у детей с нейропатией лицевого нерва (НЛН). При этом значения диаметра нерва в области ШСО, равные или превышающие 1,8 мм, а также ЭНМГ для мышцы orbicularis oculi, менее или равные 20%, продемонстрировали высокие предсказательные свойства (AUROC > 0,8).

Выводы. Полученные результаты дают основание утверждать, что нейросонография (НСГ) лицевого нерва в области шейного пространства является дополнительным неинвазивным методом к электронейромиографии (ЭНМГ) для диагностики степени повреждения нервных волокон и прогнозирования исходов при невритах лицевого нерва (НЛН).

Асоев М.М., Асоева М.М.

АПНОЭ СНА У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ.

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Исследование и анализ частоты встречаемости синдрома апноэ сна у детей с перинатальной энцефалопатии (ПЭП).

Материалы и методы исследования: Изученно история болени 62 детей с перинатальной энцефалопатии (ПЭП) в возрасте от 1 месяца до 12 месяцев жизни. Из них 41 (64,6%) мальчиков и 21 (35,3%) девочек, находившееся на стационарном лесение в отделения детской неврологии Национального медицинского центра Республики Таджикистан (Шифобахш) г. Душанбе в период с 2022 года по 2023 гг. Критерии включения: возраст – от 1 месяца до 12 месяцев жизни. Все больные осмотрено педиатром, окулистом, кардиологом и проведено комплексное клинико-инструментальное обследование в зависимости от частоты апное. Дополнительные методы исследования включали нейросонографию, электроэнцефалографию, магнитно – резонансную томографию, доплерографию брахиоцефальных сосудов.

Результаты исследования. Общая выборка пациентов составила 29 человек в
возрасте от возрасте от 1 месяца до 12 месяцев жизни. Распределение в зависимости от ведуших синдромов было следующим: задержки психомоторного развития (ЗПМР) в 40% случаев, гипертензионно-гидроцефальных изменений в 28%, синдрома двигательных нарушений в 21,7%, гипервозбудимого и судорожного синдромов в 10,3% случаев. Наиболее часто отмечались дисплазия тазобедренных суставов - у 12 (11%)детей, рахит у 8 (7.1%), деформация стоп у 7 (4.1%), детей, в единичных случаях наблюдались гипотрофия, кривошея, врожденный порок сердца, анемия, ангиопатия сетчатки . Синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна (СОАГС) верифицирован у 19,6/39 (66,7±7,5%) гипервозбудимого и судорожного синдромов из них: легкой степени тяжести – у 25/26 (82,1±6,3%) детей и средней степени тяжести – у 5/11 (12,2±7,7%) чел. Осложненное течение СОАГС с умеренной ночной гипоксемией во время респираторных нарушение имели 4/12 (9,2±7,7%) детей, включая 4/5 (20±11,9%) детей. С нарушениями сердечного

ритма во время ночного сна, 1/4 (10±17,9%) детей . – с нарушениями сердечного ритма и проводимости. Индекс апноэ/гипопноэ (ИАГ) в общей выборке варьировал от 0 до 11 в час (медиана – 1,1 [0,2; 3,8]). Индекс десатурации варьировал от 0 до 6,8 (медиана – 1 [0,1; 1,2]). При ночной видео-ЭЭГ-мониторинг (2 часа) с гипертензионно-гидроцефальных изменений в 18%- повышенное судржная готовност, гипервозбудимого и судорожного синдромов в 11,7% -осбрые волны примущесвенно лобно-височных областях, задержки психомоторного развития (ЗПМР) в 30% задержка основного ритма. МРТ- проводилось **6**1 детей доношенных. Мальчики -49 и девушки - 13. Из них, 52% в первые 48–72 часа ГИ-повреждения базальных ганглиев, зрительного бугра наблюдается нормогипоинтенсивный сигнал после первого апноя. Гиперинтенсивный Т1-сигнал (особенно на аксиальных проекциях) наблюдается в первую очередь от заднелатеральных отделов бледного шара, вентролатеральных ядер зрительного бугра, кортикоспинального тракта.

Выводы: Таким образом, синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна (СОАГС), часто наблдаетбся у детей с гипервозбудимого и судорожного синдромов и имемт грубин\е измн\ение на МРТ. При проведение лечебных и диигностичнских мероприятияхучтыват, при своевременной диагностике и адекватной терапии синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна у детей перинатальной энцефалопатии прогноз благоприятный.

Асоев М.М., Асоева М.М.

СНИЖЕНИЕ НЕЙРОПИСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТИВИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ.

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Прогресс акушерской и педиатрической медицины вместе с улучшением вместе с улучшением организации ухода за матерью и ребенком дали значительное снижение детской смертности во время родов Продолжать поиски новых путей предотвращения развития перинатальной заболеваемости у детей с высоким риском.

Материл и методы исследования. Для наших клинических исследований было отобрано 76 новорожденных, у которых был установлен по крайне высокий риск постоянного мозгового повреждения. Из них 65 родились в роддомах и 11 в домашних условиях. Психомоторное развитие этих детей наблюдается той группой детских неврологов, педиатров практически до настоящего времени. 40 из этих новорожденных с высоким риском составили контрольную группу, а 36 новорожденных в дополнение к обычному лечению стали получать энцефабол, примерно с третьего дня их жизни, когда начинается поглощение из пищеварительного тракта. Умственные дефекты были обнаружены в двух случаях гипотонической формы церебрального паралича в группе, приходившей лечение, и в шести случаях в контрольной группе. Неврологическое обследование должно проводиться при стандартных условиях, принимая внимание окружение ребенка, его личность, аспект оценки и даже изменяющееся фактические условия новорожденного У всех новорожденных с высоким риском наиболее ранее распознавание, каких – либо отклонений от нормального развития в неврологическом состоянии является чрезвычайно важным Всем больным было проведено комплексное клинико-инструментальное обследование в зависимости от ведущих клинических синдромов. Дополнительные методы исследования включали нейросонографию, электроэнцефалографию, магнитно – резонансную томографию, доплерографию брахиоцефальных сосудов.

Результаты исследования. Результаты наших клинических исследований подтвердили положительный эффект энцефабола на вредное вмешательство в мозговой онтогенез, что было установлено на экспериментальных моделях. Действие энцефабола можно объяснить как ускорения процесса выздоровления мозговых тканей после перинатальных нарушений. Конечный эффект энцефабола, который представляет собой комбинацию эффекта на первичное повреждение, и который может быть очень небольшим. Эффекта на вторичное повреждение, ограничивается незначительными отклонениями, которые иногда не выражаются в клинической картине. Подведение итогов обследований в конце первого трехмесячного этапа показало явное преобладание нормальных неврологических данных по группе, получившей энцефабол (40,0%) по сравнению с контрольной группой (13,8%). Регрессия острых симптомов задержки умственного развития с рефлексологией мозгового ствола и гипертонического синдрома в группе, получавшей лечения, явилась признаком постепенного созревание центральной нервной системы и проявлением постоянного улучшения. В контрольной группе сокращение количества новорожденных, физиологические проявления которых происходили, главным образом, на уровне мозгового ствола и спинного мозга, привело к смещению более серьезных симптомов .

Выводы: Мы можем заключить, что энцефабол действует как нейродинамический стимулятор на метаболизм нервных клеток с нарушенным функционированием при развитии мозга и снижает нейропсихопатологии последствие перинатальных осложнений у детей с повышенным риском. Дети котрые, применали энцефабол после повторного курса должны проходит дополнительные методы исследование.

Ахмадзода А.П., Ятимова Р. М., Аминчонов Х. А.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино.Таджикистан
ГУ МЦ «ИСТИКЛОЛ», клинико-консультативное отделение. Таджикистан

Цель исследования. Изучить возможные причины развития к аллергического вульвовагинита у детей и подростков, по обращаемости.

Материалы и методы. На базе ГУ МЦ "Истиклол", в клинико-консультативном отделении проведён ретроспективный анализ лечебно - диагностических мероприятий у детей и подростков, обратившихся за медицинской помощью в кабинет врача-гинеколога. Всего в периоде с 2021 по 2023 года к гинекологу обратились 213 больных с

различными гинекологическими заболеваниями, среди которых 125 (58,6%) с вульвовагинитами, вызванными различными этиологическими факторами. Из них с аллергическими вульвовагинитами 76 (60,8%), с кандидозной этиологией 19 (16%) случаев, с синехиями - 20 (16%), с вирусной 10(8%). Возраст исследуемых пациентов составил от 1 до 3 лет 92 ребёнка (73,6%), от 4 до 9 лет 18 (14,4%) детей и от 10 до 16 лет 15 подростков (12%). Для установления диагноза были проведены следующие мероприятия: осмотр специалиста, УЗ-исследование органов малого таза, консультация педиатра, эндокринолога и аллерголога, лабораторное обследование (общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, бактериологический посев, кал на яйца/глист).

Результаты исследования. Анализ медицинских карт пациентов с вульвовагинитами, журналов регистрации приёма, данных анамнеза и обследований свидетельствуют о преобладании отягощённого акушерского анамнеза матери в95(76%) случаев Основными жалобами были зуд в области половых органов, рези при мочеиспускании, отеки, гиперемия, слизистые выделения из половых органов. При анализе мазка и бактериологического посева рост патогенных микробов не выявлен, УЗ-исследование без патологических отклонений, глистная инвазия также исключена. Обнаружены эозинофилия в общем анализе крови У всех детей 76 (60.8%), в общем анализе мочи. Установлено, что у детей в возрасте от 1 года до 3 лет причиной выявленной патологии могло служить постоянное использование детских подгузников, влажных ароматизированных салфеток, сладостей, имеющих в своём составе краситель. Рекомендации по устранению причины и использованию антигистаминных препаратов приводили к нивелированию патологического процесса.

Аллергический вульвовагинит у детей и подростков остальных возрастных групп 49 (39,2%) возникал чаще всего в результате нарушения правил личной гигиены, после неконтролируемого приёма антибиотиков, нерационального, нездорового питания, дисбаланса гормонов, наследственности, сахарного диабета, приводящих к нарушению биоценоза влагалища, в результате чего наблюдаются кандидозные и вирусные вульвовагиниты. После устранения причины и лечение происходит полное выздоровление.

Выводы. 1.Аллергические вульвовагиниты в основном встречаются у детей раннего возраста, этиологическим фактором могли служить постоянное использование детских подгузников, влажных ароматизированных салфеток, сладостей, имеющих в своём составе краситель.

2. Аллергическую природу заболевания подтверждает улучшение состояния пациентов после рекомендованных лечебных мероприятий.

Ахмедов М.М., Бозоров С.С., Мадалиев К.А.

ЛЕЧЕНИЕ ПИОДЕРМИЙ У ДЕТЕЙ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т.
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить эффективность применения различных методов терапии при пиодермиях у детей.

Материалы и методы. Для изучения эффективности различных методов терапии пиодермий у детей было обследовано 17 пациентов с пиодермиями. Возраст пациентов варьировал от 1 до 6лет. Мальчиков было 9, а девочек - 8. Пациенты были разделены на 2 группы: в первой группе было 10 пациентов, которые получали 2%-ый крем фузидиевой кислоты с бетаметазоном (фуцикорт) 2 раза в день в течение 10 дней. Во второй группе было 7 пациентов, которые применяли 2%-ый крем мупироцина 2 раза в день в течение 10 дней.

Результаты исследования показали, что из 10 пациентов первой группы у 9 (90%) из них наблюдалось клиническое выздоровление, т.е. исчезновение гнойного отделяемого, эритемы и болезненности. У 1 (10%) пациента этой группы положительный эффект от применения фузидиевой кислоты с бетаметазоном не наблюдался и потребовалось системное применение антибиотиков широкого спектра действия для достижения клинического выздоровления.

Из 7 пациентов второй группы у 5 (71,4%) наблюдалось клиническое выздоровление, т.е. исчезновение гнойного отделяемого, эритемы и болезненности. У 2 (28,6%) пациентов этой группы положительной динамики не наблюдалось.

Побочных эффектов от терапии топическими препаратами в данном исследовании не наблюдалось. Результаты исследования показывают, что в первой группе, которая применяла фузидиевую кислоту и крем 2% с бетаметазоном (фуцикорт), клинические результаты были лучше по сравнению со второй группой, которая применяла мупироцин-крем 2 раза в день (90% против 71,4%).

Выводы. Таким образом, местное применение антибиотиков является достаточно удобным и сравнительно безопасным в плане побочных эффектов методом лечения пиодермий у детей. Данные топические средства достаточно эффективны и должны применяться при пиодермиях у детей.

Ахмедов М.М., Саидзода Б.И., Косимзода А.М.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛЫЕ СТЕПЕНИ ПСОРИАЗА

Кафедра дерматовенерологии им. профессора П.Т. Зоирова ТГМУ им. Абуали ибни Сино. ГУ «Научно-исследовательский институт фундаментальной медицины».
ГУ «Городская клиническая больница кожных болезней». Таджикистан.

Цель исследования: является изучение клинической эффективности и безопасности использования препарата апремиласт в терапии средней и тяжелой степенью псориаза и псориатического артрита.

Материал и методы. Обследованы и пролечены 9 пациентов со средней и тяжелой степенью псориаза и псориатического артрита. Мужчины были в количестве 6,а женщины -3 в возрасте от 30 до 57 лет (средний возраст

42,2±2,67 года). Средняя продолжительность заболевания составила 18,82±3,26 года. Для оценки степени выраженности патологического кожного процесса, динамики течения заболевания и эффективности проводимой терапии у больных псориазом применяли индексы PASI, BSA, IGA, ВАШ. Для оценки степени негативного воздействия дерматоза на качество жизни – DLQI.

Результаты исследования.До лечения средние значения индекса охвата и тяжести псориаза (PASI - PsoriasisAreaandSeverityIndex) в общей группе больных по данным клинического осмотра и оценки тяжести клинических проявлений, составляли 26,18±3,85; индекса общей площади поражения тела (Bodysurfacearea - BSA)– 13,20±1,78; индекса глобальную оценку исследователя (Investigator'sGlobalAssessment - IGA)– 3,0±0,34; оценку интенсивности зуда проводили с помощью численной рейтинговой шкалы (10-сантиметровая шкала; NumericalRatingScale; NRS) – 6,25±0,82; для оценки активности псориатического артрита использовалась визуальная аналоговая шкала боли (показатель ВАШ)– 4,84±0,56; число болезненных суставов – 6,88±1,02; число припухших суставов – 1,88±0,28; индекс DLQI — 15,25±2,18. В связи с наличием тяжелые степени псориаза и осложнение её, приводящийк снижению качества жизни и резистентностью к ранее проводимой терапии пациентам была назначена малоэффективная проводимая терапия, использовали препарата апремиласт в качестве монотерапии по стандартной схеме. Результат проводимойтерапиичерез 14 нед показала положительную динамику процесса в общей группе больных: средние значения индекса PASI составили 9,08±1,26; индекса BSA – 6,88±0,89; оценка IGA – 1,69±0,28; интенсивность зуда (10-сантиметровая шкала) – 2,40±0,36; показатель ВАШ – 2,17±0,28; число болезненных суставов – 2,70±0,41. Результат через 26 нед терапии, также показала положительную динамику процесса в общей группе больных: средние значения индекса PASI составили 3,90±0,57; индекса BSA – 3,58±0,49; оценка IGA – 0,92±0,14; интенсивность зуда (10-сантиметровая шкала) – 1,38±0,16; показатель ВАШ – 1,70±0,25; число болезненных суставов – 2,73±0,38; индекс DLQI – 3,73±0,51. Таким образом, на фоне монотерапииапремиластом в течение 26 нед у всех 7 пациентов отмечена положительная динамика псориатического процесса в общей группе больных.

После проводимой общеклиническими исследованиями больных на протяжении всего периода приема препарата апремиласта в результатах показателей лабораторных исследований никаких клинических отклонений не выявлялись. Больные отмечали хорошую переносимость препарата. У двоих больных были умеренные диспепсические расстройства (тошнота) на ранних этапах приема препарата, которые разрешались в течение 2 - 3 ч после приема таблеток.

Выводы.Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что препарат апремиласта является эффективным, безопасным с хорошей переносимостью в лечении больных псориазом средней и тяжелой степени псориатического артрита. Безопасность применения апремиласта и низкий риск лекарственного взаимодействия позволяют нам рекомендовать этого препарата для лечения псориаза у пожилых людей с сопутствующими заболеваниями.

Бабаходжаева З.Б., Холикова Н.Н.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ (COVID-19) У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ

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

Цель исследования. Определить оптимальную тактику лечения пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ), заболевших вирусной пневмонией COVID-19, с учётом их состояния и сопутствующей патологией.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 80 пациентов с COVID-19, наблюдавшихся в пульмонологическом отделении ГМЦ №2 имени академика К.Т. Таджиева. Пациенты были разделены на 2 группы: основную (40 пациентов с ХОБЛ) и контрольную (40 пациентов без ХОБЛ). Для основной группы применялась индивидуализированная тактика лечения, включающая использование бронхолитиков (беродуал), ингаляционных кортикостероидов (будесонид), антибиотиков для профилактики бактериальных осложнений, а также кислородотерапию и респираторную поддержку при необходимости. Контрольная группа получала стандартное лечение COVID-19, без учёта наличия ХОБЛ. Оценка эффективности терапии проводилась на основании клинического состояния пациентов, длительности госпитализации, частоты осложнений и данных спирометрии. Оценка клинической картины и степени тяжести проводилась по шкале CAT (степень одышки, кашля и ограничение в физической активности). Степень тяжести одышки оценивали по шкале mmRS.

Результаты исследования. У 28 пациентов с ХОБЛ, получавших индивидуализированную терапию, наблюдалось улучшение клинического состояния, что составило 35% от общего числа исследуемых, и 70% из числа основной группы. Дыхательная недостаточность IIстепени была зафиксирована у 7 пациентов с ХОБЛ (8,75%) и 2 пациентов без ХОБЛ (2,5%). Снижение потребности в инвазивной вентиляции лёгких по сравнению с контрольной группой- на 2,8 %.Использование бронхолитиков и ингаляционных глюкокортикостероидов способствовало стабилизации состояния, снижению воспаления и предотвращению обострений ХОБЛ. Несмотря на это, общая длительность госпитализации у 25 пациентов с ХОБЛ (62,5%) была в течение 15 дней, а у 35 пациентов без ХОБЛ (87,5%) составило менее 10 дней, что связано с более тяжёлым течением заболевания.

Выводы. Индивидуализированный подход к лечению пациентов с ХОБЛ, заболевших COVID-19, является ключевым для улучшения исходов заболевания. Необходимость учёта сопутствующей патологии при назначении терапии, использование бронхолитиков и ингаляционных кортикостероидов, а также современное применение кислородотерапии и респираторной поддержки способствует снижению тяжести заболевания и уменьшению частоты осложнений. Разработка и внедрение протоколов лечения, учитывающих особенности пациентов с ХОБЛ, являются важным направлением в повышении эффективности терапии COVID-19 в этой группе пациентов.

Бакиев С.А., Ашурова М.Дж., Хушкадамова О.Х.

СОПРОВОДИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТАНЕННОМ РАКЕ ПИЩЕВОДА

ГУ РОНЦ МЗ и СЗ РТ, г. Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. изучение влияния адекватной сопроводительной терапии в улучшение результатов противоопухолевого лечение рака пищевод.

Материал и методы. Изучены результаты паллиативного лечения 35 больных с местно-распространённым раком пищевода пролеченных в отделении химиотерапии РОНЦ за 2022-2023гг. Преобладали мужчины -21 (60 %), возраст больных составил от 30 до 74 лет, медиана возраста-52 года. Приемущественная локализация опухоли была в верхней (n=30%)и средней трети (n=70%) пищевода. Отмечена высокая степень опухолевой интоксикации, потери веса, дисфагия III-IV степени и тяжёлый коморбидный статус больных. Анемия установлено у (60%) , загрудинные боли у (35%), и ровота у (70%), лейкопения у (45%). Потеря веса (65%).

Результаты исследования. Все больные получили паллиативную ПХТ и лучевое лучение включающую: антрациклины, таксаны, цитотоксические препараты и.т.д.

Длительность курсов химиотерапии (от 4 до 6 курсов) составила 4-6 месяцев. В процессе лечения проявились следующие осложнения, связанные с противоопухолевым лечением (химиолучевое): тошнота, рвота, потеря веса, анемия, лейкопения, потеря аппетита, общая слабость.

С целью снижения токсических воздействий специального лечения больные получали сопроводительную терапию, включающая противорвотная терапия, нутритивная поддержка, гемотрансфузия, дезинтоксикационная терапия, ГКСФ.

В процессе лечение у 80% больных сопроводительная терапия позволила завершить полную программу ПХТ (ХЛЛ). У 20% больных ранняя терапия не принесла ожидаемых результатов. 8 больным была наложена гастростомы, одному больному потребовалось оперативное вмешательство в виде лигирование вен пищевода.

Выводы: суммарный эффект лечения больных зависит от баланса между противоопухолевой эффективностью и нивелированием её осложнений проведением адекватной сопроводительной терапии. Своевременная и интенсивная сопроводительная терапия позволит завершить программу лечения.

Баротов И.И., Бандаев И.С.

ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ ЯВАНСКОГО РАЙОНА

ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучение медико-социальные аспекты деятельности амбулаторно-поликлинической службы взрослого населения Яванского района.

Материал и методы исследований. Материалами исследования послужило отчетно-учетные документации ПМСП, демографический отчет, кадровый потенциал ПМСП, 500 человек, населения обслуживаемые терапевтами и семейными врачами ПМСП Яванского района.

Результаты исследования.

Нами было изучена общая и первичная заболеваемость взрослого населения Яванского района за период 2015-2018 годы. Изучение заболеваемости обслуживаемого населения семейными врачами показало, что в структуре общей заболеваемости начиная с 2015 года, отмечается рост по всем классам заболеваний. Общая заболеваемость выросла в 2015 году в 921,44 на 1000 населения до 1100,40 в 2018 году. Распространенность заболеваемости среди населения наблюдающихся у семейных врачей увеличилась с 101,65 в 2016 г. до 208,1 в 2018 г. на 100 обследованных. В структуре заболеваемости первое ранговое место заняла заболевания органов пищеварения темп прирост - 15,1% ($p<0,001$), второе место – заболевание сердечно – сосудистой системы темп прирост составил 13,3% ($p<0,001$), третье место – заболевание органов дыхания показатели темп прирост составил 10,5% ($p<0,001$).

Нами было изучено заболевание сердечно - сосудистой системы, учитывая в республике реализуются Национальная программа профилактики заболевания сердечно – сосудистой системы, а также дает высокий рост инвалидности в регионе

В группе болезней системы кровообращения отмечается рост по всем нозологическим формам. Болезни органов кровообращения являются наиболее распространенной патологией, определяющей уровни заболеваемости, обращаемости населения за медицинской помощью, инвалидности и смертности.

Для них характерны высокая степень пораженности населения, большая длительность заболевания, сочетанность и множественность патологии, рецидивирующий характер течения, неоднократное и длительное стационарное лечение, пессимистичный прогноз. Их уровни и структура во многом определяются качеством жизни населения, степенью урбанизации общества, уровнем невротизации, охватом населения программами медико-социальной профилактики и т.д. Напряженная эпидемиологическая ситуация связана прежде всего с болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением, распространенность которых приобрела характер эпидемии. На их долю приходится до 11,6% в структуре первичной и 16,1% общей заболеваемости. Общая заболеваемость болезнями, сопровождающимися повышенным кровяным давлением в 2016 г. составила 195,51 на 1000 взрослого населения, что в почти в один раз больше, в сравнение 2015 года. Темп прирост составил 113,7%. По классу стенокардия темп прироста в 2016 г. по сравнению с 2015 г. составил 101,2%. Интенсивный показатель общей заболеваемости острым инфарктом миокарда за 2015 и 2016 годы не изменились.

Вывод. Реформирование структуры ПМСП в Республики Таджикистан является приоритетным направлением как в городской, так и сельской местности, он обеспечивает непрерывную высококвалифицированную медицинскую

помощь населению. Результативность существующей системы здравоохранения при этом 71% населения Яванского района поддерживает внедрение семейной медицины.

Баротов И.И., Бандаев И.С.

ФАКТОРЫ ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ НАПРАВЛЕННОСТЬ УЛУЧШЕНИЮ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучение общей заболеваемости на территориальных семейных участках за периоды 2020–2022 гг.

Материал и методы исследования. Нами проведен углубленный анализ как общей, так и впервые выявленной заболеваемости сельского населения за 2020-2022 годы. Для этого использовались статистические данные Агентства статистики при Президенте Республики Таджикистан «Отчет о заболеваемости в медицинских центрах» по форме 12 и 31. А также информация собрана из 400 амбулаторных карт жителей Яванского района. Среди обследуемого контингента населения соотношение мужчин и женщин составили 30,3% и 69,7% соответственно.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование, проведенное на основе государственной статистической отчетности документации ЛПУ Яванского района,Хатлонской области и Республики Таджикистан за 2022-2022 годы (форма №12, №31), позволило выявить следующие закономерности. Уровень общей заболеваемости в 2020 году указывает на тенденцию к ростузаболеваемостикак по регионам так и в республике. Тогда как в 2021 году отмечалось снижение роста общей заболеваемости в республике на 16,8% и в 2022 году на 4,6% соответственно.

В Хатлонской области такая же тенденция, в 2021 году отмечается снижение уровня общей заболеваемости на 18,6%, и на 7,3% в 2022 году. В Яванском районе в 2021 году снижение роста заболеваемости на 12,8%, однако в 2022 году отметился подъем заболеваемости на 10,3%. По нашему мнению большинства одной из причин роста заболеваемости в 2020 году можно связать с пандемией COVID-19 и его осложнениями.

Наибольший прирост заболеваемости во всех рассматриваемых регионов отмечается тенденция среди женского пола. Так в 2020 году в Яванском районе заболеваемость среди женщин регистрировалась на уровне 70,7% от общего числа, в 2021 – 71,4% и в 2022 – 74,2% соответственно. В Хатлонской области этот цифра составляла 70,8%; 71,5% и 74,1% по годам соответственно. В республике 69,6%; 70,7 и 72,1% по годам соответственно.

Исследование показало, что одной из причин роста заболеваемости среди женщин - это недостаточно поставлены уровень поликлинической службы, т.е. плохое диспансерное наблюдение среди девушек-подростков, женщин репродуктивного возраста и пожилых лиц.Часто недоступность к медицинским услугам связана с отдаленностью медицинских учреждений; нехваткой кадров на уровне сельских центров здоровья; малой оснащенностью первым необходимым медицинским оборудованием, или же необученными специалистами в работе с новым оборудованием. С другой стороны среди населения отмечается халатное отношение к своему здоровью.

Выводы. Таким образом, по республике, Хатлонской области и Яванском районе отмечается в 2021 году снижение роста общей заболеваемости на 16,8%; 18,6 и 12,8 соответственно и тогда как в 2022 году отмечается рост общей заболеваемости на 4,6%; 7,3% и 10,3% соответственно.

Баротов И.И., Бандаев И.С.

ПОДХОДЫ ВНЕДРЕНИЯ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ (СЕМЕЙНОЙ) ПРАКТИКИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

ГОУ « ТГМУ имени Абуали ибн Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Научное обоснование концептуальных подходов внедрения общей врачебной (семейной) практики как основы совершенствования первичного звена здравоохранения в Яванском районе Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Для выявления основных факторов, непосредственно влияющих на качество оказания медицинской помощи сельскому населению, в 2019 году была изучена статистические данные, отчетно-учетные документации ПМСП исследуемого района – паспорт участка, демографические показатели населения района, структура лечебно-профилактических учреждений, изучена кадровый потенциал, деятельность участковых и семейных врачей ПМСП Яванского района. А также использованы данные обзора Национальной программы по развитию семейной медицины в Таджикистане и отчеты международных экспертов о состоянии ЛПУ, расположенных в сельской местности.

Созданный база данных подвергнулся статистической обработке при помощи программы Microsoft Office Excel. Для оценки количественных показателей использован описательный анализ с вычислением относительных величин.

Результаты и их обсуждение. Нынешняя системы здравоохранения ориентирована на семью, которая в дальнейшем выступить в качестве объекта медицинской помощи и, главным образом, профилактического воздействия с целью поддержания и укрепления здоровья каждого её члена.

Согласно демографическим показателям в Республике Таджикистан, в том числе в Яванском районе год за годом увеличивается число населения, тем самым увеличивается показатели заболеваемости, болезненности, рождаемости, смертности и инвалидности. Как видно в диаграмме в 2017 году число населения в республике составлял 8 742 800 человек, в Яване 216 500 человек, из них городские жители составляли 38 900 человек, сельские жители составляли 177 600 человек, т.е. 82,0%. В 2018 году в республике 8 931 200 человек, в Яване 222 200 человек, из них 93 700 городские и 182 500 сельские (82,1%), в 2019 году в республике 9 126 600, в Яване 228 400, из них 40 300 городские, 188 100 сельские (82,3%), в 2020 году в республике 9 313 800, в Яване 234 600, из них 41 000 городские, 193 600 (82,5%)

сельские населения. Таким образом, за последнее 4 года число населения в республике увеличился на 571000 человек т.е. на 6,5%, в Яване 18100 человек или на 8,4%, сельские жители в Яване составили более 82,0%, причем ежегодно растет число сельских жителей от 0,1 до 0,5%. Связи с чем вопрос остро остается о необходимости подготовки семейных врачей и семейных медицинских сестер на уровне республике в целом, и в частности сельской местности.

Выводы. Таким образом, требуют своего решения вопросы отплаты труда специалистов ПМСП, финансирование и их организационных форм и материально технические базы, взаимодействие с другими службами здравоохранения, этапы внедрения семейной медицины в селе и т.д.

Рустемов Д.З., Сакуов Ж.Н., Бауыржан К.Б.

ВЛИЯНИЕ НЕДОНОШЕННОСТИ НА ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА ТИПА С В АСТАНЕ

Корпоративный Фонд «Universal Medical Center»
Клинико-академический департамент «Детская хирургии», г. Астана, Республика Казахстан.

Цель исследования. Выявить влияние недоношенности на послеоперационные осложнения и смертность при атрезии пищевод с типом С у новорожденных. У недоношенных детей физиологическая незрелость может потенциально усугублять послеоперационные исходы.

Материал и методы. Для данного когортного ретроспективного исследования были изучены истории болезни пациентов за период 2014 - 2023 гг. Городская больница №2, с 2017 г. по 2023 г. Корпоративный фонд «Universal Medical Center» г. Астана, Республики Казахстан. В исследование включены пациенты с атрезией пищевода типа С по классификации Гросса, которые были под наблюдением в течении первых 3 месяцев после операции.

Критерии включения: новорожденные с атрезией пищевода типа С.

Критерий исключения: новорожденные с атрезией пищевода типов A, B, D, E по классификации Гросса; так же пациенты с некурабельными пороками сердца, генетические синдромы с высокой постнатальной смертностью (Синдром Эдвардса), которые влияют на исход. Дети были разделены на две группы: доношенные и недоношенные новорожденные. Оценивались ранние послеоперационные осложнения (несостоятельность эзофаго-эзофагоанастомоза, тяжелые стриктуры пищевода) и неонатальная смертность.

Результаты исследования. Общее количество в группе наблюдения с атрезией пищевода - 116, из них – 97 новорожденных с атрезией пищевода типа С. Из этой группы мальчики – 53(54,6%), девочки – 44(45,4%). Количество доношенных - 44, количество недоношенных - 53. Осложнения: несостоятельность эзофаго-эзофагоанастомоза - 2, тяжелые стриктуры пищевода - 10. Летальный исход – 14, из них недоношенных детей – 12, число доношенных умерших пациентов составило - 6.

Выводы. Несмотря на гестационный срок, в обеих группах новорожденных наблюдались ранние послеоперационные осложнения. Недоношенность не влияла на возникновение осложнении, но сказывалась на уровне неонатальной смертности.

Ключевые слова: атрезия пищевода, новорожденный, доношенный, недоношенный.

Бездетко Г.И., Шкатова Е.Ю., Васильева Л.П.

УРОВЕНЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОЖИРЕНИЕМ ДЕТЕЙ 15-17 ЛЕТ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Кафедра медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Россия

Цель исследования. На протяжении последних лет на территории Российской Федерации наблюдается рост заболеваемости ожирением как взрослого, так и детского населения, что является одним из основных показателей, характеризующим неблагополучное здоровье населения. Это определяет разработку концептуальных решений в системе оказания медицинской помощи на всех уровнях управления здравоохранением. Несмотря на комплекс профилактических мер, отмечается рост частоты ожирения у молодого поколения: с 2011 по 2019 г. заболеваемость у детей увеличилась на 60,2 %, у подростков – на 57,4 % (на 1000 детского населения).

Материал и методы. Для исследования заболеваемости ожирением использованы сведения формы федерального статистического наблюдения №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» об общей и первичной заболеваемости ожирением детей 15-17 лет (ЦНИИОИЗ Министерства здравоохранения Российской Федерации за 2014-2022 гг.). Применялись аналитический и статистический методы исследования.

Результаты исследования. В ходе проведенного исследования установлено, что общая заболеваемость ожирением детей 15-17 лет на территории Российской Федерации и в Приволжском федеральном округе имела тенденцию роста с 2014 по 2022 г. с 2720,6 по 3577,2 и с 2872,8 по 4204,5 на 100 тыс. детского населения (на 23,9 и 31,7%, соответственно). В Удмуртской Республике отмечается тенденцией спада общей заболеваемости за исследуемы период с 4329,8 по 4193,7 (на 3,1%). По данным на 2022 г. сравнительная характеристика общей заболеваемости Удмуртской Республики с показателями по Российской Федерации и Приволжскому федеральному округу показала, что заболеваемость ожирением выше на 14,7%, чем по Российской Федерации и меньше на 0,3%, чем по Приволжскому федеральному округу.

Первичная заболеваемость ожирением детей 15-17 лет на всей территории Российской Федерации и в Приволжском федеральном округе имела тенденцию роста за данный период с 645,0 до 892,9 и с 709,7 до 854,0 на 100 тыс. детского населения (на 27,8 и 16,9%, соответственно). В исследуемом регионе первичная заболеваемость характеризуется достоверным снижением с 2014 по 2022 г. с 1036,6 по 622,8 (на 39,9%). По данным на 2022 г. сравнительная

характеристика с показателями по Российской Федерации и Приволжскому федеральному округу показала, что на территории Удмуртской Республики первичная заболеваемость ожирением меньше – на 30,2 и 27,1%, соответственно.

Выводы. В результате исследования отмечено, что общая и первичная заболеваемость ожирением на территории Удмуртской Республики у детей в возрасте 15-17 лет за период с 2014 по 2022 г. характеризуется снижением – на 3,1 и 39,9%, соответственно (при росте среднероссийского показателя общей заболеваемости ожирением – на 23,9% и первичной заболеваемости – на 27,8%). Учитывая неблагоприятную общероссийскую тенденцию общей и первичной заболеваемости ожирением и высокий показатель первичной заболеваемости ожирением на территории Удмуртской Республики необходимо дальнейшие научно-обоснованное изучение проблемы с целью разработки комплекса профилактических мероприятий с учетом региональных особенностей.

Бессарабова А.О.

РОЛЬ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ВОССТАНОВЛЕНИИ ФУНКЦИИ ЛЁГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ: РЕЗУЛЬТАТЫ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА

СПб «ГБУЗ Городская больница №40», Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский институт, Россия

Цель исследования. Оценить реабилитационный потенциал у пациентов, перенесших инфекцию COVID-19, осложнённую пневмонией различной степени тяжести.

Материал и методы. На базе СПб ГБУЗ «Городская больница №40» с 2020 года проводим исследование по изучению структуры постковидного синдрома и отдаленных последствий у пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию, осложнённую пневмонией различной степени тяжести, проходивших стационарное лечение с 2020 по 2022 г. Проведено ретроспективное исследование с участием 77 пациентов (35 мужчин, 42 женщины) в возрасте 43–74 лет, у которых был диагностирован постковидный синдром с респираторными проявлениями. В период с октября 2023 года по август 2024 года пациентам проведена компьютерная томография органов грудной клетки (КТ ОГК) и оценка функции внешнего дыхания (ФВД), по результатам сформировано три группы: с лёгочным фиброзом (25 пациентов, 32,5%), с ретикулярными и поствоспалительными изменениями (21 пациент, 27,3%), без патологических изменений в легких (31 пациент, 40,3%). Реабилитация в первые 8 недель после острой коронавирусной инфекции проведена 31 пациенту (40,3%). Реабилитацию не прошли 55 пациентов (59,7%).

Результаты исследования. Среди прошедших раннюю реабилитацию: в группе с фиброзом у 72,7% (8 пациентов) показатели ФВД в пределах нормы, у 9,1% (1) – обструктивные изменения, у 18,2% (2) – снижена диффузионная способность лёгких. Результаты ФВД пациентов с выявленными ретикулярными и поствоспалительными изменениями в легких: у 77,8% (7) показатели ФВД в пределах нормы, у 11,1% (1) – обструктивные изменения, у 11,1% (1) – снижена диффузионная способность. В группе пациентов без патологических изменений на КТ ОГК: у 90,9% (10) показатели ФВД в норме, у 9,1% (1) – обструктивные изменения. Среди не прошедших раннюю реабилитацию в группе с фиброзом: у 56% (14) нормальные показатели ФВД, у 20% (5) снижена диффузионная способность, у 8% (2) – умеренные обструктивные изменения, у 8% (2) – умеренно снижена диффузионная способность, у 8% (2) легкое снижение жизненной емкости легких (ЖЕЛ). Группа с ретикулярными и поствоспалительными изменениями: у 38% (8) нормальные показатели ФВД, у остальных выявлены нарушения функции лёгких различного характера – умеренные обструктивные изменения, снижение диффузионной способности легких умеренной и легкой степени, скрытый бронхоспазм.

Выводы. Реабилитация улучшает функцию лёгких у пациентов с фиброзом, поствоспалительными и ретикулярными изменениями, нормализуя показатели ФВД у 72,7% и 77,8% соответственно. Международный опыт реабилитации пациентов с этими осложнениями подтверждает важность раннего вмешательства и длительного наблюдения. На текущий момент доступно ограниченное количество исследований, специально фокусирующихся на сравнении результатов реабилитации, начатой сразу после острого заболевания COVID-19 и спустя несколько лет. Пациенты, не прошедшие реабилитацию, значительно чаще имели нарушения функции лёгких, что подчеркивает важность раннего вмешательства для профилактики осложнений. Реабилитационные мероприятия имеют значительный потенциал в улучшении состояния пациентов с остаточными изменениями в легких после COVID-19, что требует дальнейших исследований и разработки индивидуальных стратегий реабилитации.

Биек А.Ю., Саитов А.Р., Арямкина О.Л.

ОЦЕНКА ГИПЕРАММОНИЕМИИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Кафедра внутренних болезней медицинского института БУ Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет»,
БУ БУ Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутская окружная клиническая больница», Россия

Цель исследования. Изучить значение гипераммониемии для диагностики метаболически ассоциированной неалкогольной жировой болезни печени, прогрессирование которой определяет нарастание сердечно-сосудистых событий, ухудшения качества и продолжительности жизни пациентов.

Материал и методы. Исследование проведено в соответствии с планом НИР кафедры по реализации темы «Предикторы генеза развития, течения и исходов хронических и коморбидно протекающих заболеваний» (№ АААА-А19-119062490051-6 и № 123060100028 – 5) с соблюдением требований биомедицинской этики. Обследованы 96 больных и 21 здоровый донор референтной группы с МС и НЕЖБП для диагностики которой кроме стандартных методов

определены фиброз печени по шкале METAVIR методами эластометрии и калькулятором NFS, а на портативном анализаторе Pocket Chem BA PA-4140 (Arkray, Япония) с использованием тест-полосок)) - содержание аммиака в капиллярной крови с референтными значениями 12-54 мкмоль/л (36,7±2,85 (95% ДИ 30,8 – 42,6) мкмоль/л) в возрасте 64,2±0,85 (95% ДИ 62,5–65,8) лет и соотношению мужчины/женщины 50,7% и 57,3% ($\chi 2$ 0,38; p=0,5395). Разработана ЭВМ программа «Диагностика неалкогольной жировой болезни печени» у пациентов с метаболическим синдромом», включающая в себя 9 показателей – гепатомегалия, АГ, ожирение, СД 2 типа, данные АЛТ, АСТ, теста Рейтана, NAFLD Fibrosis Score, аммиака [https://www.surgu.ru/naflddiag/naflddiag.html]. Обработка фактического материала программами Statistica 10.0 и Exel.

Результаты исследования. У когорты с МС без установленного до включения в исследования диагноза НАЖБП диагностика гипераммониемии (ГАЕ) и применение программы позволили диагностировать данное заболевание на его ранних стадиях и стратифицировать по значениям аммиака ее стадиях – стеатоза (n=33, 34,4%), неалкогольного стеатогепатита (n=47, 49%) и цирроза печени (n=16, 16,6%). На этом основании разработано изобретение (патент №2803945 от 22.09.2-23 г. «Способ диагностики неалкогольной жировой болезни печени при метаболическом синдроме»). Ранняя диагностика НАЖБП и стратификация ее стадий требует применения дополнительных методов ее диагностики, так как с прогрессированием хронического неинфекционного воспаления и прогрессированием фиброза ухудшаются параметры качества и продолжительности жизни больных с МС, а своевременная коррекция лечения позволяет улучшить прогноз для больного. Применение NFS совпадают с данными эластометрии при значениях его значениях «- 1,455 до +0,675» на стадии F_I–F_{II}, а при «+0,675 и более» – (F_{III}–F_{IV}), а оценка ГАЕ обладает ДЧ 97,8%, ДС 52,2%, диагностической эффективностью метода 54,2% со значениями Me [Q1; Q3] на стадии стеатоза при 69,5 [62,5; 72,8], НАСГ – 134,5 [104; 165,5] и цирроза печени – 197,5 [187; 204] мкмоль/л.

Выводы.

1. Применение NAFLD Fibrosis Score в 1,92 раз улучшило диагностику НАЖБП, в том числе на ранних ее стадиях, а оценка гипераммониемии обладает ДЧ 97,8%, ДС 52,2%.
2. Комплексное применение ЭВМ программы позволило диагностировать НАЖБП при МС у трети больных (34,4%), НАСГ – у половины (49%) и ЦП у каждого 6-го (16,6%) больного с МС.
3. ЭВМ программа доступна для любого врача и легко выполнима, что может улучшить диагностику неалкогольной жировой болезни печени и оценивать эффективность лечения.

Бобиева Н.Х., Набиев П.З.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ БЕРЕМЕННЫХ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибнт Сино», Таджикистан.

Цель исследования. Изучить параметры сердечной гемодинамики у больных с нефропатией беременных.

Материал и методы исследования. Набор материала проводился на базе отделений патологии беременных и реанимации ГУ ГРД №1 г. Душанбе. В исследование включены 36 пациенток. Основную группу составили 18 (50%) пациенток с осложнённым течением беременности, страдающие диабетической нефропатией, из них 6 (33,3%) пациенток в I, 6 (33,3%) во II и 6 (33,3%) в III триместре беременности. На долю контрольной группы приходилось также 18 пациенток с благоприятным течением беременности, из них 7 (38,9%) женщин в I, 5 (27,8%) во II и 6 (33,3%) в III триместрах.

В исследовании пациенток делался акцент на определение индекса массы тела (ИМТ), уровень гликированного гемоглобина и инструментальному исследованию: эхокардиография (ЭхоКГ) и Допплер-КГ.

Критериями включения являлись наличие ЭхоКГ-характеристик в зависимости от наличия диабетической нефропатии. Критерии исключения явились дыхательная и сердечная недостаточность.

Результаты и их обсуждения. Среднее значение ИМТ у беременных женщин с диабетической нефропатией в I триместре составило 26,3±3,62 кг/м^2, во II – 28,2±3,7 кг/м^2 и в III- 29,8±3,87 кг/м^2 соответственно.

Нормальный уровень гликированного гемоглобина у здоровых беременных составляет 4,3-4,7%, для беременных с диабетической нефропатией до 6,1%. У больных в основной группе установлено достоверное увеличение гликированного гемоглобина, который колебался в пределах 9,32-8,54%. Так, у беременных в I триместре 9,54±2,12%, у беременных во II триместре 8,82±2,20% и 8,52±1,40% у беременных III триместра соответственно.

Для оценки системной гемодинамики у всех беременных пациентов оценивались следующие параметры: ударный объём (УО), минутный объём (МО) и частота сердечных сокращений (ЧСС). У здоровых беременных контрольной группы, по сравнению с пациентками основной группы, было отмечено увеличение МО кровотока в III триместре до 8,47±1,87 л/мин, которое было обусловлено ростом УО до 92,24 ±9,87 мл и ЧСС до 93,44±9,6/мин. Данные показатели у здоровых беременных повышались в III триместре по сравнению с первым и вторым, тогда как у всех пациенток с диабетической нефропатией величина УО достоверно снижалась и составляла 48,3-59,8 мл, с ЧСС – 93,44±9,6 уд/мин. Показатели МО сердца в контрольной группе в первом, втором и третьем триместрах составили соответственно 5,68, 6,45 и 6,48 л/мин. У беременных с нефропатией МО сердца был ниже, чем у здоровых, и составил 5,14, 6,09 и 5,61 л/мин соответственно в 1-ом, 2-м и 3-м триместрах.

Выводы. Функционирование сердечно-сосудистой системы у беременных при наличии диабетической нефропатии характеризуется сниженной величиной УО, необходимый уровень МО которых поддерживается увеличением ЧСС.

Бобоев Б.Д., Ахмедова М.Р.

РОЛЬ МРХПГ В ДИАГНОСТИКЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ ВАРИАНТАХ СТРОЕНИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

ГУ "Комплекс Здоровья Истиклол", Республика Таджикистан

Цель исследования. Изучить значимость рутинного применения МРХПГ в диагностике желчнокаменной болезни у пациентов с различными анатомическими вариантами строения желчевыводящих путей.

Материал и методы. Нами были проанализированы МР - холангиограммы 138 пациентов с диагнозом желчнокаменной болезни, в возрастной категории от 18 до 82 лет. Все пациенты находились на стационарном лечении в ГУ "Комплекс Здоровья Истиклол" в период с 2017 по 2023 годы. Результаты предоперационной МРТ были сопоставлены с данными, полученными в ходе операций. Использование МРХПГ позволило нам изучить особенности анатомического строения желчевыводящих путей у всех пациентов.

Результаты исследования. Мы выявили отсутствие видимых изменений в структуре внепеченочных желчных протоков в 115 (83,3%) случаях среди 138 больных. Наблюдения показали разнообразие анатомических особенностей желчевыводящих путей при магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ) у 23 (16,7%) пациентов. С помощью МРХПГ наличие камней в желчных путях удалось обнаружить у 35 (25,4%) пациентов. Одиночные конкременты в холедохе были выявлены у 12 больных, у остальных 23 пациентов имел место множественный холедохолитиаз. В наших наблюдениях размеры конкрементов составили от 4 до 27 мм (средний размер – 11,7 мм). У 5 (3,6%) больных при МРХПГ был выявлен удлиненный пузырный проток. При этом в большинстве наблюдений данный проток проходил рядом с общим печеночным протоком, тесно связываясь с ним. У 8 (5,8%) пациентов было обнаружено, что укороченный пузырный проток впадает в латеральную стенку общего печеночного протока под прямым углом. В 5 случаях (3,6%) был обнаружен длинный извитой пузырный проток, который стал причиной образования сладжа в желчном пузыре. У 2 (1,4%) пациентов отмечалось впадение пузырного протока в правый долевой желчный проток, что происходило выше точки его соединения с левым долевым желчным протоком. В нашем исследовании было установлено наличие добавочного печеночного протока у 3 (2,2%) больных. Эти протоки исходили из правой доли печени с заканчивались впадением в холедох выше уровня присоединения к нему пузырного протока. Необходимо подчеркнуть, в нашем исследовании во время оперативных вмешательств не было зафиксировано ни одного случая ятрогенного повреждения желчевыводящих путей. В настоящее время глубокие знания особеностей анатомического строения внепеченочной билиарной системы имеют важное значение для медицинских работников, специализирующихся в области диагностики и лечения патологий билиарной системы. Точное и детализированное предоперационное исследование структуры желчевыводящих путей у пациентов с желчнокаменной болезнью является ключом к успешному хирургическому вмешательству и предотвращению интраоперационных и послеоперационных осложнений. МРХПГ обеспечивает панорамное и подробное изображение желчных протоков, что невозможно с помощью других методов. Предоперационное рутинное применение МРХПГ позволяет хирургу понять взаимосвязь между пузырным протоком, общим печеночным протоком и холедохом, определить точную длину пузырного протока, а также наличие в нём конкрементов.

Выводы. 1. Рутинное предоперационное применение МРХПГ у больных с желчнокаменной болезнью имеет ценное значение не только в распознавании и локализации камней, но и для уточнения анатомических вариантов строения желчевыводящих путей. 2. Большое количество анатомических вариантов строения билиарной системы обусловливает необходимость проведения МРХПГ для правильного планирования операций на желчевыводящих путях и предотвращения их случайного повреждения.

[1]Бобоев М.У., [2]Сохибов Д.К., [1]Нуруллозода У.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА: ОПЫТ СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ

[1]Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
[2]Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ «ИПОвСЗ РТ». Таджикистан.

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

Материалы методы. Материалом данного исследования стали 304 больных жителей разных регионов Согдийской области в возрасте от 18 до 65 лет с подозрением на туберкулёз позвоночника, которым были проведены МРТ позвоночника и люмбальная пункция за период 2015-2020 годов. Давность поражения позвоночника варьировала от 6 месяцев до 3 и более лет, а развитие спинномозговых расстройств длилось от 3 месяцев до 1 года.

Результаты исследования. Основным симптомом при обращении пациентов была дорсалгия – боль в спине, с иррадиацией в руки или ноги. Нами разработан новый метод классификации поражений позвоночника, принцип которого заключается в их графическом изображении по отношению к спинному мозгу и корешкам нервов, относительно аксиальных срезов МРТ импульсной последовательности Т2ИП, предложение новой номенклатуры названия поражений позвоночника в зависимости размеров и положения и интерпретации изображений магнитно-резонансной томографии. Таким образом, из общего числа обследованных 304 больных, диагноз туберкулёз позвоночника был подтверждён у 72 (23,7%) больных. Туберкулёзное поражение позвоночника шейной локализации было установлено у 7 (9,7%) больных, грудного отдела позвоночника - у 19 (26,4%), грудино-поясничного отдела - у 21 (29,2%), поясничного отдела - у 23 (31,9%) и пояснично-крестцового – у 2 (2,8%) больных. При анализе причин поздней диагностики заболевания отмечено, что в 28,7% случаев течение болезни трактовалось как грыжа диска позвонков, в 36,3%

наблюдениях – как остеохондроз и заболевания органов брюшной полости и малого таза и в 22,5% - как дегенеративные процессы позвоночника. В результате этого больные длительное время находились на лечении в общей лечебной сети с различными диагнозами.

У остальных 232 (76,3%) пациентов были диагностированы другие неспецифические патологии позвоночника, как межпозвоночные грыжи (пролапс межпозвоночных дисков) – 125 случаев (53,9%), артроз позвоночник (сужение/стеноз позвоночного канала) – 48 случаев (20,7%), опухоли позвоночника (невринома, менингиома, метастазы) – 34 случая (16,7%), остеопороз – 21 случаев (9,05%), болезнь Бехтерева – 4 случая (172%).

Выводы. Новый метод классификации поражений позвоночника по данным МРТ является ценным методом диагностики специфических и неспецифических спондилитов и их последствий. Для раннего выявления туберкулёза позвоночника и его исключения в начале обращения больных необходимо провести МРТ так, как в самом начале воспалительного процесса, задолго до появления деструктивных изменений в позвоночнике выявляются мягкотканые компоненты в виде инфильтрации пере- и паравертебральных тканей, мелких очагов деструкции, изменений в межпозвоночном диске, что часто не отображается на обычных рентгенограммах.

[1]Бобоев Ф.Д., [1]Сохибов Р.Г., [2]Одинаев Ш.Ф.

ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА И ИХ ДИНАМИКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ МЕЛАТОНИНОМ

[1]Кафедра внутренних болезней №2, [2]Кафедра внутренних болезней №1,
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Изучить динамику вариабельности ритма сердца у больных пожилого возраста с артериальной гипертензией на фоне комплексной терапии мелатонином.

Материал и методы исследования. Обследовано 82 лиц, из них 42 с артериальной гипертензией (АГ) II-III степени и 40 практически здоровых лиц молодого и пожилого возраста. Обследование пациентов проведено на базе кардиологического отделения ГМЦ №1 имени Карима Ахмедова, г. Душанбе. Возраст наблюдаемых больных составлял от 64 до 74 лет (среднее значение 67±0,5 лет). Больные АГ – были распределены на две группы: контрольную (20 больных) и основную (22 больных). Группу сравнения составили 40 практически здоровых лиц равномерно распределенных на молодой и пожилой возраст (по 20 человек). В группе контроля пациентам назначалась традиционная гипотензивная терапия, а в основной группе наряду с традиционной гипотензивной терапией применялся мелатонин. На фоне проводимой терапии до и после лечения у всех больных изучались показатели вариабельности ритма сердца с использованием «ВАРИКАРД-2.51».

Результаты исследования. Для сравнении параметров ВРС у пожилых лиц АГ нами был проведен анализ таковых у практически здоровых лиц молодого и пожилого возраста. При анализе показателей ВРС у больных пожилого возраста отмечены незначительные изменения по сравнению с лиц молодого возраста. У практически здоровых лиц молодого возраста показатели ВРС соответствовали нормативам данной возрастной группы, а у пожилых лиц показатели VLF%, LF%, HF% были ближе к верхней границе. При рассмотрении симпато-парасимпатического баланса у здоровых лиц молодого и пожилого возраста был отмечен уравновешенный тип ВНС (LF/HF - 0,9 [0,8; 1,0] и 1,1 [1,0; 1,2].

После 3-х месячной стандартной гипотензивной терапии (СГТ) и комплексной гипотензивной терапии мелатонином (КГТМ) у больных АГ нами были получены следующие данные ВРС: общая мощность спектра ТР у больных АГ после проведения СГТ и КГТМ достоверно повысился. На фоне СГТ общая мощность спектра ТР повысился в 1,4 раз (ТР - 1085,6 против ТР –1524,4) (p>0,002), а на фоне КГТМ значимо повысился в 1,5 раз (ТР - 1007,2 против ТР – 1614,6) (p>0,0001). У больных основной группы отмечалось статистически значимое снижение индекса вагосимпатического взаимодействия LF/HF(от 1,5до 1,1) (p>0,0001). Такая тенденция у больных получивших КГТМ отмечен за счет увеличения LF (от 30,7мс^2 до 34,3мс^2) и HFкомпонента (от 20,1мс^2 до 29,6 мс^2), что свидетельствует в пользу преобладания симпатической и парасимпатической части ВНС. Среднее значение VLF% у больных принимавших СГТ снизился в 1,1 раза (от 47,5 до 41,7мс^2), а у принимавших КГТМ в 1,4 раза (от 49,2 до 36,2мс^2).

Таким образом, после 3 месяцев комплексной терапии мелатонином, помимо положительной динамики со стороны клинической картины, наблюдалось улучшение частотных показателей ВРС. Показатель ТР увеличился значительно за счёт повышения влияния LF, HF- и снижения волн VLF. Роль симпатического влияния уменьшилась.

Выводы. Результаты исследования показали, что у лиц пожилого возраста страдающие АГ наблюдается снижение показателей ВРС, что отражается в виде снижения тонуса симпатической и парасимпатической нервной системы. Добавление мелатонина к традиционной схеме лечения АГ позволяет нормализовать равновесие между симпатическим и парасимпатическим отделами ВНС с улучшением прогностического исхода, что необходимо принимать во внимание при определении тактики лечения у данной категории больных.

[1]Бобоев Ф.Д., [1]Соҳибов Р.Г., [2]Одинаев Ш.Ф.

ТАҒЙИРЁБИИ **ФОСИЛАИ QT ДАР БЕМОРОНИ ПИРОНСОЛ БО ФИШОРБАЛАНДИИ ШАРАЁНӢ** ДАР ЗАМИНАИ **ТАБОБАТИ КОМПЛЕКСӢ БО МЕЛАТОНИН**

[1]Кафедраи бемориҳои дарунии №2, [2]Кафедраи бемориҳои дарунии №1
МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”. Тоҷикистон

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши динамикаи фосилаи QT дар беморони пиронсол бо фишорбаландии шараёнӣ ҳангоми табобати комплексӣ бо мелатонин.

Мавод ва усулҳо. Тадқиқоти мазкур дар байни 66 нафар гузаронида шуд. Аз ин шумора 34 нафар беморони пиронсоли гирифтори ФШ ва 32 нафар ҷавонону пиронсолони амалан солим буданд. Синну соли беморони

таҳқиқшуда аз 64 то 74 сола буд.. Барои гузаронидани таҳлили муқоисавӣ беморон ба се гурӯҳ тақсим карда шуданд: гурӯҳҳои асосӣ, назоратӣ ва муқоисавӣ. Ба гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ 34 нафар беморон бо ташхиси ФШ дараҷаи II-III дохил шуданд, гурӯҳи асосӣ аз 18 ва гурӯҳи назоратӣ аз 16 бемор иборат буд. Гурӯҳи муқоисавӣ аз 32 нафар шахсони амалан солим бо тақсимоти баробари ҷавонон ва пиронсолон (ҳар кадом 16 нафар) иборат буд. Дар табобати беморони гурӯҳи назоратӣ доруҳои стандартии зидди фишорбаландӣ истифода мешуданд. Ҳангоми табобати беморони гурӯҳи асосӣ, ба ғайр аз доруҳои стандартии зидди фишорбаландӣ, мелатонин ба миқдори 3мг дар як шабонарӯз соати 22:00 илова карда шудааст.

Пеш аз оғози табобат ва пас аз анҷоми он, дар беморон давомнокӣ ва паҳншавии фосилаи QT дар сабти барқии дил (СБД) омӯхта шуд. Ислоҳи фосилаи QT (QT_c) бо назардошти зудии задани дил (ЗЗД) бо формулаи Н.С. Базетт гузаронида шуд: QTc = QT/ √RR , ки дар он QTc арзиши фосилаи QT ислоҳшуда, QT арзиши воқеии фосила, RR давомнокии фосилаи QT қаблан ченшуда RR мебошад. Тафовути фосилаи ислоҳшудаи QT (dQTc) бо роҳи тарҳ кардани арзиши хурдтарини QTc, ки бо миллисонияҳо ифода шудааст, аз бузургтарин қимати QTc муайян карда шуд.

Натиҷаҳо ва муҳокимаҳо. Дар гурӯҳи ҷавонони амалан солим ҳангоми арзёбии нишондиҳандаҳои фосилаи QT, арзишҳои зерин ба даст оварда шуданд: QT - 376,0 мс, QTd - 40,3 мс, QTc - 415,2 мс. Тибқи маълумоти адабиёт ва мушоҳидаҳои қаблии табибони амалкунанда, ҳамаи нишондиҳандаҳои QT, QTc, QTd, QTcmax ва QTcmin, ки мо дар ин гурӯҳ арзёбӣ кардем, ба меъёрҳо мувофиқат карданд. Дар гурӯҳи пиронсолони амалан солим нишондиҳандаҳои фосилаи QT инҳо буданд: QT - 389,4 мс, QTc - 431,2 мс ва QTd - 43,3 мс. Дар шахсони амалан солими пиронсол, дар муқоиса бо ҷавонони амалан солим, нишондиҳандаҳои дар боло зикршуда, ки систолаи электрикии дилро инъикос мекунанд, каме зиёд шуданд, аммо аҳамияти оморӣ надоштанд.

Ҳамин тариқ, ЗЗД дар беморони пас аз ТСЗФ 1,0 маротиба (аз 81,2 то 78,4 зарба/дақ) ва дар беморони гирифтори табобати комплексии зидди фишорбаландӣ бо мелатонин (ТКЗФМ) 1,1 маротиба (аз 82,4 то 77,5 зарба/дақ) коҳиш ёфт. Фосилаи QT пас аз ТСЗФ 38,1мс (аз 465,6 то 427,5 мс) ва дар заминаи ТКЗФМ ба 75,6 мс (аз 476,2 то 400,6 мс) коҳиш ёфт. Инчунин, пас аз 3 моҳи санҷиш, коҳиши назарраси аҳамияти оморидоштаи чунин нишондиҳандаҳо ба монанди QTc, Q-Tcmax, QTcmin ва dQTc ба қайд гирифта шуд. Новобаста аз он, ки коҳишёбии нишондиҳандаҳо дар ҳарду гурӯҳ ба таври назар ифода гардидааст, аммо бемороне, ки ТКЗФМ қабул намудаанд, дар онҳо нишондодиҳандаҳо зиёдтар коҳиш ёфтаанд.

Хулоса. Натиҷаҳои таҳқиқоти мо нишон медиҳанд, ки табобати комплексии зидди фишорбаландӣ бо мелатонин боиси динамикаи мусбӣ дар давомнокӣ ва дисперсияи фосилаи QT дар беморони пиронсол бо фишорбаландӣ мегардад ва арзиши мусоиди пешгӯй дорад, ки ҳангоми таъини маводҳои доруворӣ барои ин категорияи беморон бояд
ба назар гирифта шавад.

Бобоходжаев О.И., Рустамзода Ш.Дж, Сатторов Б.А.

УРОВЕНЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ СРЕДИ УЯЗВИМЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить уровень заболеваемости туберкулезом в Республике Таджикистан за 2021, 2022 и 2023 годы среди таких уязвимых по туберкулезу групп населения, как ВИЧ-инфицированные лица, больные сахарным диабетом, трудовые мигранты, подростки призывного возраста и контактные с больным активной формой туберкулеза лица.

Материал и методы. Проведен анализ данных официальной статистики Министерства здравоохранения и социальной защиты населения по заболеваемости туберкулёзом уязвимых слоёв населения по Республике Таджикистан в 2021, 2022 и в 2023 годах, среди ВИЧ-инфицированных лиц, больных сахарным диабетом, трудовых мигрантов, подростков призывного возраста и контактными с больным активной формой туберкулёза лицами.

Результаты исследования. В 2021, 2022 и 2023 годах по Республике Таджикистан было выявлено всего соответственно 4304, 4418 и 4545 больных туберкулёзом, из них соответственно 3793, 3925 и 4048 – новые случаи и 510, 493 и 497 – ранее леченные случаи туберкулёза. Среди общего числа выявленных случаев туберкулёза ВИЧ-инфицированных больных в 2021 году было 116, в 2022 году - 113 и в 2023 году - 134 человек. В процентном соотношении это составило в 2021 году – 2,7%, в 2022 году - 2,6% и в 2023 году – 2,9% от общего числа выявленных случаев туберкулёза. Среди общего числа выявленных случаев туберкулёза больных сахарным диабетом в 2021 году – 328, в 2022 году было 320 и в 2023 году 318 человек. В процентном соотношении это составило в 2021 году – 7,6%, в 2022 году 7,2% и в 2023 году – 7,0% от общего числа выявленных случаев туберкулёза. Среди общего числа выявленных случаев туберкулёза трудовых мигрантов в 2021 году – 563, в 2022 году было 805 и в 2023 году - 826 человек. В процентном соотношении это составило соответственно – 13,1%, 20,5% и 20,4% от общего числа выявленных случаев туберкулёза. В 2021 году было обследовано 20011 подростков призывного возраста и при этом выявлено 29 случаев туберкулёза или 0,1%, в 2022 году обследовано - 22270 подростков призывного возраста и при этом выявлено 22 случая туберкулёза или 0,1%. В 2023 году соответственно – 32344 и 12 или 0,04%.

В 2021 году из общего числа 26243 контактных лиц было обследовано 24072 или 91,7%. В 2022 году из общего числа 27943 контактных лиц было обследовано 21836 или 78,1%. В 2023 году из общего числа 39528 контактных лиц было обследовано 35037 или 88,6%. При этом, среди обследованных контактных лиц выявлено в 2021 году – 540 или 2,24%, в 2022 году – 674 или 3,01% и в 2023 году - 526 случаев туберкулеза или 1,50%.

Выводы. Среди уязвимых по туберкулёзу групп населения сочетание туберкулёза и ВИЧ-инфекции встречается в 2,6-2,9%, с сахарным диабетом – 7,0-7,6%, туберкулёз среди трудовых мигрантов встречается в 13,1-20,5%, среди подростков призывного возраста 0,04-0,1% и среди контактных с больным активной формой туберкулёза лицами – 1,50-3,01% случаев.

Бобоходжаев О.И., Розиков Ш.И., Шукуров С.Г.

УВЕЛИЧЕНИЕ ВЫЯВЛЕНИЯ СЛУЧАЕВ ТУБЕРКУЛЁЗА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН: ПОКАЗАТЕЛЬ УХУДШЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ИЛИ УЛУЧШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ К ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНЫМ УСЛУГАМ

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить уровень выявляемости туберкулёза в Республике Таджикистан за 2021, 2022 и 2023 годы среди взрослого и детского населения, а также охват населения диагностическими и профилактическими услугами.

Материал и методы. Проведён анализ данных официальной статистики Министерства здравоохранения и социальной защиты населения по выявлению случаев туберкулёза по Республике Таджикистан в 2021, 2022 и в 2023 годах, а также изучен охват населения диагностическими (GeneXpert, цифровая рентгенография органов грудной клетки) и профилактическими (химиопрофилактика) услугами.

Результаты исследования. В 2021, 2022 и 2023 годах по Республике Таджикистан было выявлено всего соответственно 4304, 4418 и 4545 больных туберкулёзом, из них соответственно 3793, 3925 и 4048 – новые случаи и 510, 493 и 497 – ранее леченные случаи туберкулёза. Показатель заболеваемости составил в 2021 году - 40,3, в 2022 году - 39,7, а в 2023 году – 40,2 на 100 тысяч населения или на 0,5 показателей. При этом, число умерших от туберкулёза больных в 2021, 2022 и 2023 годах было составило соответственно 103, 99 и 99 человек или 1,3, 1,0 и 1,0 на 100 тысяч населения. В общем числе выявленных случаев туберкулёза детей в возрасте до 18 лет в 2021 году было 378, в 2022 году было 381, а в 2023 году – 390. Показатель заболеваемости среди детей в возрасте до 18 лет составил в 2021 году - 9,6, в 2022 году - 9,5 и в 2023 году – 9,7 на 100 тысяч детского населения.

Современные методы диагностики туберкулёза с применением молекулярно-генетического экспресс-метода GeneXpert в 2021 году было проведено 39670 исследований, в 2022 году - 57118 и в 2023 году 63527 исследований, что на 6409 исследований больше или составило 111,2% при сравнении с 2022 годом.

Современные методы диагностики туберкулёза с применением цифровых рентген-установок с инсталляцией искусственного интеллекта в 2021 году не было приобретено, в 2022 году было проведено 320474 и в 2023 году 497448 исследований, что на 176974 исследований больше или составило 155,2%.

В 2021 году всего на диспансерном наблюдении специалистов противотуберкулёзной службы было 36947 человек, 10704 из которых больные с активным туберкулёзом и 26243 – контактные лица. В 2022 году всего на диспансерном наблюдении специалистов противотуберкулёзной службы было 37405 человек, 9462 из которых с активным туберкулёзом и 27943 – контактных лица. В 2023 году всего на диспансерном наблюдении специалистов противотуберкулёзной службы было 51427 человек, 11899 из которых с активным туберкулёзом и 39528 – контактных лиц. Среди обследованных контактных лиц с положительной туберкулиновой пробой, у которых активный туберкулёз был исключён, то есть был верифицирован диагноз наличия латентного туберкулёза и которые были охвачены профилактической химиотерапией, было в 2021 году – 2537 человек или 10,5%, в 2022 году – 2246 или 10,2%, в 2023 году - 4956 человек или 14,1%, что на 3,9% больше, чем в предыдущем году.

Выводы. Показатель заболеваемости туберкулёзом в 2023 году повысился при сравнении с предыдущим годом на 0,5 и 0,2 показателей на 100 тысяч населения соответственно среди взрослого и детского контингента. Данный факт является отражением большего охвата исследованиями мокроты на GeneXpert на 11,2%, большего охвата цифровой рентгенографией органов грудной клетки на 55,2% и большего охвата профилактической химиотерапией на 3,9% при сравнении с предыдущим годом.

Боев С.Н., Махмадов М.И, Саидов Ё.У.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ УРОВНЯ СУММАРНОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗВЕРНУТЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Цель: сравнительный анализ и оценка распространенности и вклада традиционных и «болезнь – РА-обусловленных» факторов риска (ФР) в формирование суммарного кардиоваскулярного риска (КВР) у больных развернутым ревматоидным артритом (РА) в зависимости от наличия артериальной гипертонией (АГ).

Материал и методы: всего обследовано 102 больных (мужчин – 13, женщины - 89) с достоверным РА в возрасте 24-69 лет (средний возраст 48,6±4,8 лет). Все обследованные пациенты в зависимости от наличия АГ были распределены на 2 группы. В I группу вошли 43 больных РА без АГ, а во II – 59 пациентов с РА в сочетание с АГ. У всех обследованных пациентов с РА были тщательным образом проанализированы и оценены спектр и распространенность как традиционных, так и «РА-обусловленных» ФР развития коронарогенных сердечно-сосудистых осложнений (ССО). С целью стратификации суммарного КВР были применены шкалы SCORE и SCORE/EULAR, 2010 г.

Результаты. У обследованных больных с РА в целом (n=102) традиционные ФР развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) являются многочисленными и широко распространенными, особенно у пациентов второй группы, среди которых наиболее распространенными у больных обеих групп оказались АГ и дислипидемия - 20,9 – 63,5% и 27,8-52,4% соответственно. У пациентов I и II группы наиболее распространенными "РА-обусловленными" ФР являлись: активность РА, давность (>10 лет) и серопозитивность РА, наличие висцеральных проявлений заболевания, аутоиммунная анемия и практически постоянное присутствие кардиоваскулярной токсичности противовоспалительной терапии

Результаты, которые нами были получены при сравнительной стратификации суммарного КВР по шкале

SCORE и SCORE/EULAR, 2010 г. у пациентов РА I и II группы, демонстрируют следующее**:** а) для большинства больных РА без АГ наблюдался низкий уровень риска развития фатальных коронарных событий в течение следующих 10 лет — 58,1% согласно шкале SCORE; б) в группе больных РА с АГ отмечались более высокие уровни суммарного КВР при оценке по шкале SCORE. Согласно этой оценке, 30,4% пациентов попали в категорию высокого риска, а 42,3% — в категорию очень высокого риска; в) при оценки суммарного КВР с помощью шкалы SCORE/EULAR, 2010 г. процент больных с высоким суммарным КВР возрос с 42,3% до 63,5% и в итоге были реклассифицированы 21,2% пациентов, страдающих высокоактивными формами РА в сочетание с АГ.

Выводы: у больных РА I и II группы (РА без и с АГ) наиболее распространенными традиционными ФР развития коронарогенных ССО являются дислипидемия и наличие АГ. В формировании суммарного КВР у больных активным РА существенный вклад вносят так называемые «РА-обусловленных» ФР развития коронарогенных ССО, связанные с одной стороны, с активностью и тяжестью РА, а с другой, - с фармакотерапией заболевания.

Боев С.Н., Махмудзода Х.Р.., Мизонов А.А.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ТРАНСМИТРАЛЬНОГО ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ПОТОКА У БОЛЬНЫХ АКТИВНЫМ РАЗВЕРНУТЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. Комплексно изучить и оценить состояния центральной и внутрисердечной гемодинамики и трансмитрального диастолического потока у больных активным развернутым ревматоидным артритом (РА) в зависимости от наличия артериальной гипертонией (АГ).

Материал и методы исследования. Всего обследовано 59 больных с достоверным активным развернутым РА (по критериям ACR, 1987 г.) в сочетание с АГ, в возрасте 29-66 лет (средний возраст 53,8±4,3). В процессе углубленного ЭхоКГ –и у всех обследованных пациентов были изучены и оценены: а) показатели центральной и внутрисердечной гемодинамики (ударный объем - УО, сердечный индекс - СИ, минутный объем крови - МОК, фракции выброса - ФВ левого желудочка (ЛЖ)); б) общепринятых параметров, отражающих состояние трансмитрального диастолического потока (ТМДП) крови: пиковая скорость раннего диастолического потока из левого предсердие (ЛП) в ЛЖ (Е); б) пиковая скорость диастолического потока во время систолы ЛП (А), показатель, отражающий отношение Е/А, ВИР – время изоволюмического расслабления ЛЖ, КДД – конечное диастолическое давление в полости ЛЖ.

Результаты. При анализе показателей ФВ и оценке систолической функции ЛЖ у пациентов с РА в сочетание с АГ нарушение систолической функции ЛЖ – систолическая дисфункция ЛЖ было верифицировано лишь у 12 (?%) больных, а у всех остальных пациентов (?%) показатели ФВ превышали 50%. Увеличение показателей УО у пациентов РА с АГ достоверно ($p<0,05$) отличался от контроля. Показатели центральной гемодинамики – МОК и СИ также имели стойкую тенденцию к повышению, однако достоверно не отличались от контроля ($p>0,05$).

Полученные нами результаты при анализе и оценке параметров, характеризующих состояние ТМДП у больных РА с АГ свидетельствуют о том, что все эти параметры претерпевают сложные и взаимосвязанные изменения. Эти изменения, с одной стороны, отражают степень углубления диастолических нарушений, а с другой, - характер гемодинамических компенсаторных реакций, прежде всего дальнейшего роста давления в ЛП и КДД ЛЖ. В итоге указанные изменения приводят к формированию различных типов диастолической дисфункции ЛЖ - ДДЛЖ: «замедленной релаксации», псевдонормального и рестриктивного.

Выводы. 1. Патологические сдвиги параметров центральной и внутрисердечной гемодинамики у пациентов активным развернутым РА в сочетание с АГ свидетельствуют о формирование гиперкинетического типа кровотока у больных данной категории.

2. Параметры, характеризующих состояния ТМДП у больных РА сАГ претерпевают сложные и взаимосвязанные изменения и в итоге приводят к формированию различных типов ДДЛЖ.

Боев С.М., Гайратова Н.Н., Нодирова З.С

УЛУЧШЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И БОЛЕЕ РЕАЛИСТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ КОМОРБИДНОГО ФОНА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСТЕОАРТРИТЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

Цель – комплексно изучить и оценить значение современных подходов к ранней диагностике первичного остеоартрита (ОА) коленных суставов (КС, идентификации спектра и частота встречаемости коморбидных заболеваний.

Материал и методы: исследуемую группу составили 98 больных **(**82 женщины - 83,6% и 16 мужчин - 16,4%) с ранним (n=24) и развернутым (n=72) первичным ОА КС по критериям Американской коллегии ревматологов(ACR, 1986 г.) в возрасте от 38 до 69 лет (средний возраст 58,6±4,3 года), медиана длительности заболевания 8 (2-10 лет) I, II и III рентгенологические стадии первичного ОА КС по классификации Келлгрену-Лоуренсу были выявлены у 24, 39 и 36 обследованных пациентов соответственно. в исследование были включены 98 больных с первичным ОА КС. С целью ранней диагностики заболевания и определение распространенности и спектра коморбидных патологии, все пациенты подвергались комплексному клинико-лабораторному и инструментальному обследованию

Результаты: наиболее информативными симптомами в ранней диагностике первичного ОА коленных суставов являлись типичный болевой синдром, вялотекущий синовит и характерных изменения со стороны мягких пери - и

интраартикулярных тканей и костных структур КС, выявляемых с помощью магнитно-резонансная компьютерная томография (МРТ) и артросонографии (АСГ). Коморбидные заболевания имели у 80,6% обследованных больных. Чаще всего наблюдались: кардиоваскулярная патологи (КВП, 73,4%), метаболический синдром (МС, 66,3%), патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ, 19,4%), сахарный диабет (СД) 2-го типа (16,6%) и патология органов дыхания (12,2%). Подавляющее большинство больных (66,2%) с развернутым ОА (со II и III стадии заболевания) имели два и более коморбидных заболеваний,

Выводы. ранняя диагностике первичного ОА КС требует комплексного подхода с всестороннем анализом и оценки как субъективных и объективных симптомов поражения КС, так и данные МРТ и АСГ. Наиболее распространенными и прогностический неблагоприятными коморбидными заболеваниями у пациентов с первичным ОА коленных суставов являются КВП и МС, которые имеют тесные ассоциативные взаимосвязи с патогенетическими аспектами ОА.

Бозоров С.С., Ахмедов М.М., Бободжонов А.Р.

ТОПИЧЕСКИЕ РЕТИНОИДЫ В ЛЕЧЕНИИ ВУЛЬГАРНЫХ УГРЕЙ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т.
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить эффективность применения топических ретиноидов разных поколений при вульгарных угрях.

Материалы и методы. Для оценки степени эффективности топических ретиноидов были обследованы 31 человек с вульгарными угрями. Возраст пациентов варьировал от 16 до 22 лет. Мужчин было 18, женщин - 13. Пациенты с конглобатными и келоидными рубцами не включались в данное исследование. Пациенты были разделены на 2 группы: в первой группе было 16 пациентов, которые получали третиноин-крем 0,1% 1 раз вечером в течение 2 месяцев. Во второй группе было 14 пациентов, которые применяли крем с 0,1% содержанием адапалена и бензоила-пероксида 1 раз вечером в течение 2 месяцев.

Результаты исследования в первой группе показали, что из 16 пациентов данной группы у 12 (75%) наблюдалось значительное уменьшение количества папул и пустул на лице и уменьшение чувства дискомфорта на лице. У 1 (6,2%) пациента этой группы развилась чрезмерная сухость кожи, и появились жалобы на жжение в местах высыпаний. У 3 (18,6%) пациентов этой группы положительной динамики не наблюдалось.

Во второй группе значительное улучшение наблюдалось у 13/14; 92,8% больных, а у 1 (7,2%) пациента было выявлено появление чувства жжения и болезненности после 2-х месячного применения крема-адапалена 0,1% с бензоил пероксидом. У 13 пациентов положительная динамика характеризовалась значительным уменьшением эритемы, количества открытых и закрытых комедон и пустулёзных элементов. Из побочных эффектов в данном исследовании в основном наблюдались чрезмерная сухость кожи и контактный дерматит. Результаты исследования показывают, что во второй группе, которая применяла адапален с бензоил-пероксидом, клинические результаты были несколько лучше по сравнению с первой группой, которая применяла третиноин 0,1% 1 раз в день (92,8% против 75% случаев).

Выводы. Таким образом, местное применение ретиноидов является достаточно удобным и сравнительно безопасным методом лечения вульгарного акне. Данное исследование показывает, что при папуло-пустулёзных формах акне топические ретиноиды являются достаточно эффективными препаратами выбора для врача-дерматовенеролога в ежедневной практической деятельности.

Боймуродов А.А., Хакимова З.Ф.

ПЕЧЕНОЧНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ У ДЕТЕЙ С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А

Кафедра инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» Таджикистан

Цель исследования. Изучить клинико- биохимические показатели у больных с вирусным гепатитом А, осложнившиеся печеночной энцефалопатией.

Материалы и методы исследования: Проведен анализ 5 случаев печеночной энцефалопатии при вирусном гепатите А у детей, находившихся в городской клинической инфекционной больнице г.Душанбе за период 2024г. Диагноз был установлен на основании клинико-эпидемиологических данных, биохимическим анализом крови, вирусологическим исследованием крови на иммуноглобулины (HAVIgM). Все дети обследованы на наличие HBsAg и HVCAg результаты которых были отрицательными. Из общего количества больных детей мальчиков было -3, девочек -2. Возраст больных детей колебался от 5 до 12 лет и в среднем составил 9,5± 2,1 лет.

Результаты исследования.: Все больные дети поступали в клинику тяжелом состоянии на 5-7 день от начало болезни. У всех больных была выявлена желтушная форма вирусного гепатита А. Продромальный период заболевания характеризовался следующими синдромами: диспепсический вариант наблюдался у 3 больных (60%) и проявлялся выраженными симптомами интоксикации, тошнотой, рвотой и диареей. У 2 больных (40%) был выявлен гриппоподобный вариант который проявлялся повышением температуры тела до 39°С и катаральными симптомами. У всех отмечалось желтущность склер и кожных покровов, заболевании сопровождалось с увеличением размеров печени от 2см до 2,5 см, и селезенки изменением цвета мочи и обесцвеченностью кала. При биохимические исследовании повышение билирубина до 120мммоль /л и в среднем составлял 85,5±10,2ммоль/, показатели АлАТ составляли2,9±1,2ммоль/л, тимоловая проба была повышена в среднем составлял 17,7±3,4. Маркеры вирусного гепатита(HAVIgM) были выявлены у всех больных.

Явления печеночной энцефалоапатии развились у 3 больных на 3 день болезни, у 2 больных на 5 день болезни на фоне выраженной интоксикации, повторной упорной рвоты и выраженной желтушности кожи и склер. Печеночная

энцефалопатия характеризовалась выраженной интоксикации в виде слабости, вялости, сонливости, с потерей сознания, тремором рук и подбородка, тахикардией, болезненностью при пальпации печени, сокращением размеров печени, печеночным запахом изо рта и наличием геморрагического синдрома в виде кровотечений из носа и десен, геморрагий на коже.

Повысились показатели билирубина в среднем 180,5±23,4ммол/л, снижение протромбинового индекса ниже 55%, снижение тромбоцитов. Необходимо отметить,чтосодержание биллирубина в сыворотке крови коррелировало с выраженность признаков печеночной энцефалопатии, выявлена зависимость повышения билирубина крови и показателей количество тромбоцитов и протромбинового индекса.

Все больные получали интенсивную терапию с учетом интоксикации и выраженности симптомов печеночной энцефалопатии. Больным с выраженными симптомами интоксикации назначалась дезинтоксикационная терапия, при наличии геморрагического симптомов наряду с гемостатическими средствами показаны переливание одногрупной крови ,введение альбумина, плазмофареза, гормональная терапия.

Выводы. Высокий уровень интоксикации; упорной рвоты, сокращение размера печени и возрастание уровня билирубина крови у детей с вирусным гепатитом А способствует развитию печеночной энцефалопатии и плохому прогнозу.

Бораджабова Н.Б.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА В ВОЗРАСТЕ 20-25 ЛЕТ

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

Цель исследования. Определить индекс массы тела у больных в возрасте 20-25 лет.

Материалы и методы исследований. Все пациенты находились на амбулаторном лечении в Республиканском клиническом центре г. Душанбе с жалобами на избыточный вес и снижение качества жизни. Среди обследованных было 15 мужчин и 25 женщин, прошедших сдачу анализов как липидограмма, биохимический анализ крови, и были рассчитаны индекс массы тела по формуле ИМТ=m\h^2·М-масса тела в килограммах, h- рост в метрах. Индекс массы тела (ИМТ) - это величина, которая помогает определить степень соответствия массы человека и его роста. Липидный профиль - метод исследования, определяющий уровень липидов (жиров) различных фракций крови, позволяющее обнаружить нарушение липидного обмена и оценить риск развития сердечнососудистых заболеваний.

Результаты исследований. Все обследованные пациенты прошли амбулаторное лечение по поводу болей в ногах и усталости с применением диетотерапии. Большой интерес к проблеме с избыточной массой тела объясняется распространённостью и неблагоприятным влиянием этого заболевания на здоровье, а также на качество жизни людей. Основными жалобами больных с лишним весом были: быстрая утомляемость, нетрудоспособность, постоянная тяга к жирной и калорийной пище, расстройства сна у 23 (62,5%) больных. У всех обследованных пациентов регистрировались повышенный уровень холестерина в особенности ЛПНП в показателях липидного обмена, что послужило причиной обследования пациентов с целью установления этиологического фактора избыточной массы тела. Полученные показатели сравнивались с контрольными показателями нормостеников - людей с нормальным индексом массы тела и лиц аналогичного возраста.

Анализ данных концентрации липидного обмена показал, что ЛПНП у обследованных пациентов составил в среднем <7 ммоль/л, тогда как у лиц контрольной группы уровень данного показателя был в среднем <3,4 ммоль/л. Показатель уровня ЛПНП оказался повышенным по сравнению с показателями нормы и данными, полученными у лиц контрольной группы, что составило в среднем 8,2 ммоль/л, а также уровень ЛПНП в контрольной группе находился в пределах нормальных показателей. В отношении триглицеридов можно указать на тенденцию его повышения у обследованных пациентов, который составляет 2,8-4 ммоль/л, тогда как этот показатель в контрольной группе находится в пределах нормы и составляет 0,2/1 ммоль/л. Это обстоятельство может свидетельствовать, что у обследованных пациентов нарушен липидный обмен в организме.Такое состояние в первую очередь приводит к ухудшению кровообращения, возникновению атеросклероза, особенно более чувствительной является сердечнососудистая система, развиваются различные изменения с её стороны, которые могут привести к инфарктам и инсультам, требуют этиопатогенетической коррекции в процессе комплексного лечения.

Выводы. В возрасте 20-25 лет метаболические изменения, характерные для переходного периода и юношества к взрослой жизни, могут приводить к нарушениям в соотношении жировой и мышечной массы. Методы оценки состава тела позволяют более точно идентифицировать избыточное накопление жира, что является важным для профилактики заболеваний,связанных с метаболическим синдромом. Таким способом комплексный подход к оценке избыточной массы тела у молодёжи в возрасте 20-25 лет должен включать использование ИМТ, как и более детальные методы анализа состава тела для повышения точности диагностики и разработки индивидуализированных программ вмешательства.

Валиева М.С., Абдиева Д.Х., Дырда Н.И.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗАМИ

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

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности комбинированной терапии у больных с онихомикозами.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 38 больных с онихомикозом стоп (28 мужчин и 10 женщин). В возрасте до 20 лет было 4 больных (3 мужчин и 1 женщина), от 30 до 40 лет - 9 больных (8 мужчин и 1 женщина), от 50 до 60 лет - 18 больных (12 мужчин и 6 женщин), от 60 лет и выше - 7 больных (5 мужчин и 2 женщины). Клинический диагноз онихомикоза подтверждался результатами микологического исследования.

Результаты и их обсуждение. Давность заболевания колебалась от 6 месяцев до 15 лет. Все больные до назначения «Итраспор» применяли различные наружные противогрибковые препараты с переменным успехом, 3 пациентам однократно удаляли ногти. У 100% больных были поражены ногтевые пластины в сочетании с отрубевидным шелушением на коже подошв и гиперкератозом различной степени выраженности. По характеру поражения ногтей проксимально – подногтевая форма отмечена у 17 (44, 8%), латерально – дистальная - у 11 (28,9%), поверхностная форма - у 7 (18,5%,) тотально-дистрофическая – у 3 (7,8%) больных. Из сопутствующих заболеваний у 10 пациентов в анамнезе регистрировалась гипертоническая болезнь, у 6 - сахарный диабет, у 6 - варикозное расширение вен. Все больные были проконсультированы смежными специалистами и, при необходимости, получали соответствующую терапию. «Итраспор» назначали по методу пульс-терапии: по 200 мг 2 раза в день после еды в течение 7 дней каждого месяца. В перерывах приёма итраспора пациенты принимали онихотропные (драже МЕРЦ, иммуномодулирующие (Тимоцин) и вазопротекторные (Детролекс) препараты, в зависимости от преобладания сопутствующей патологии. Больным рекомендовали являться на осмотр не реже 1 раза в месяц, а также каждые 3 месяца по окончании лечения. Все пациенты хорошо переносили назначенную терапию. Эффективность лечения оценивали визуально, а также с помощью микроскопического исследования чешуек кожи и частичек ногтей. Критериями излечения являлись отрицательные анализы на грибы и наличие здоровой ногтевой пластины. Клиническое выздоровление, а также микологическое излечение наступило у 36 (94,7%) больных. Все больные получили от 3 до 6 курсов пульс-терапии. Однако у 2 больных ногтевые пластины больших пальцев остались утолщенными и крошащимися, что связано на наш взгляд с сопутствующей патологией (наличие трофических нарушений нижних конечностей). Последние получили дополнительно местное лечение (уреопластырь с последующим удалением ногтя и крем «Ламизил»).

Вывод. Таким образом, онихомикоз чаще встречается в возрасте от 50 до 70 лет. Выявлено частое сочетание микоза с выраженной сосудистой патологией и хроническими заболеваниями. Комбинированная терапия показала высокий терапевтический эффект и микологическое излечение в 94,7%.

Вохидова А.П., Иронов О.С., Гадойбоев М.Р.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭРИЗИПЕЛОИДНОЙ И БУЛЛЕЗНОЙ ФОРМЫ КОЖНОЙ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ

Кафедра инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино» Таджикистан

Цель исследования. Изучить и проанализировать особенности клинических проявлений эризипелоидной и буллезной формы кожной сибирской язвы.

Материал и методы. За период 2023-2024 гг. в ГУ «Городской клинической инфекционной больнице г. Душанбе» на стационарном обследовании и лечении находились 9 больных с эризипелоидной и буллезной кожной буллезной формой сибирской язвы. Из общего количества больных, городские жители составили 4 (21,5%), сельские – 5 (78,5%); мужчин было 7 (89,5%), женщин – 2 (10,5%). Диагноз был подтверждён на основании клинико-эпидемиологических данных.

Результаты и обсуждение. Ретроспективный анализ 9 случаев больных с эризепилоидной и буллезной формой кожной сибирской язвы показал, что независимо от эпидемиологической ситуации чаще болеют люди в возрасте от 40 до 75 лет (66,7 %). Причем среди заболевших, преобладают лица мужского пола (77,8 %). Из 9 пациентов у 8 (88,9 %) заражение произошло во время участия разделки туш животных – 5(55,5 %), обработке внутренних органов – 2 (22,2 %), при контакте с сырым мясом –2 (22,2 %). Заболеваемость сибирской язвой в Таджикистане имеет выраженную летнюю сезонность. У всех 9 больных отмечалось тяжелое течение, которое проявлялось выраженными нарушениями общего состояния (головной болью, тошнотой, рвотой, тахикардией) лихорадкой до 39–39,3 °С и выше, наличием обширного отека тканей. Размеры язв, отека и булл соответствовали тяжести течения болезни. Появление отека на 1-й день болезни отмечено у 44,4 % больных, на 2-й – у 33,3 %, на 3–5-й – у 22,2 %. Увеличение регионарных лимфатических узлов наблюдалось у всех больных, у 7 (77,8 %) отмечены явления лимфангита. У 3 (33,3 %) больных заболевание началось не с образования карбункула, а с развития обширного отека тканей. И только некоторое время спустя в области наиболее выраженного отека появились симптомы некроза кожи и подкожной клетчатки. Тяжелое течение этой клинической разновидности, отсутствие видимого типичного карбункула и развитие обширного отека с последующим некрозом отличает эти случаи от обычной клиники кожной формы, что позволило нам выделить эризипелоидную разновидность кожной формы. У 6 (66,7%)больных, заболевание у которых протекало в форме, напоминающей карбункулезную, 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 сибирской язвы. Локализация единичных карбункулов, булл и отека по отдельным областям тела была следующей: верхние конечности – 6 (66,7 %), шея – 1 (11,1 %), щеки – 1 (11,1 %), верхнее веко и глаза – 2 (22,2 %). Дочерние везикулы в виде симптома «жемчужного ожерелья» встречаются только в 55,5 % случаев.

Выводы. Таким образом, у больных с эризипелодной и буллезной кожной формой сибирской язвы болезнь протекает тяжело, что необходимо учитывать при постановке окончательного диагноза и лечении вышеуказанных форм.

Вохидова А.П., Гадойбоев М.Р.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕПАТИТА А У ПОДРОСТКОВ

Кафедра инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино» Таджикистан

Цель исследования. Изучить и проанализировать особенности клинических проявлений тяжелого течения гепатита А у подростков.

Материал и методы. За период 2022-2024 гг. в ГУ «Городской клинической инфекционной больнице г. Душанбе» на стационарном обследовании и лечении находились 47 больных с тяжелым течением гепатита А в возрасте от 12 до 16 лет. Из общего количества больных, городские жители составили 25 (53,2%), сельские – 22 (46,8%); мужчин было 27 (57,4%), женщин – 20 (42,5%). Диагноз был подтверждён на основании клинико-эпидемиологических и лабораторных данных.

Результаты и обсуждение. По данным ретроспективного анализа 47 историй больных, у всех пациентов наблюдалась желтушная форма заболевания. Начало болезни было острым. Сроки госпитализации варьировали от 3 до 14 дней от начала заболевания. На первой неделе болезни (3–7 день), которая чаще соответствует преджелтушному периоду, были госпитализированы 57,4% больных, на второй неделе (с 8 по 14 день) — 31,9%, на третьей неделе — 10,6%. Преджелтушный период протекал по гриппоподобному (21,3%), диспептическому (25,5%) и смешанному(53,2%) вариантам. Продолжительность этого периода составила 5,8 ±2-3 дней. Начальными симптомами были общая слабость (100%), лихорадка (95,7%), головная боль (91,4%), снижение аппетита (85,1%), тошнота (82,9%), рвота (97,9%). У 53,2% пациентов наблюдалась субфебрильная, у 25,5% — фебрильная и у 21,3% — высокая лихорадка. Средняя продолжительность лихорадки составила 7,8±3,1 суток. Тяжесть ВГА оценивали по выраженности интоксикации, желтушного синдрома, степени нарушения белково-синтетической функции печени. Тяжелое течение болезни наблюдалось у всех пациентов. Желтушный период длился от 10 до 30 дней (медиана 17±5,4 дней). У 37 (78,7%)пациентов отмечено увеличение печени, в 40 (85,1%) случаях – селезенки, гиперферментемия (увеличение АЛАТ, АСАТ) отмечалась у всех больных. У 30 (63,8%) больных с тяжелым течением ВГА наблюдался холестатический синдром с умеренным зудом кожи, повышением уровня билирубина до 440–880 мкмоль/л, щелочной фосфатазы (385±6,6 МЕ/мл) и гаммаглутамилтрансферазы (280±1.8 МЕ/мл). Средний период пребывания в стационаре составил 22,6±4,1 дня. Летальные исходы не наблюдали.

Выводы. Таким образом, клиника гепатита А в данной возрастной группе от 12 до 16 лет протекает с преобладанием среднетяжелых и тяжелых форм. В связи с чем, необходимо более раннее выявление и установление диагноза, что позволит своевременно предотвратить прогрессирование заболевания до более тяжелой формы, так как риск возникновения осложнений у больных данной категории довольно высок.

Ганиев Б.Б., Жаббаров О.О., Турсунова Л.Д.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЯ ПЕРЕНЕСШИХ ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель. Сравнить эливикс с антагонистами витамина К и аспирин с плацебо у пациентов с фибрилляцией предсердий, перенесших ОКС или перенесших ЧКВ и получавших ингибитор P2Y12.

Материал и методы исследования. Субъектами этого исследования были пациенты с сопутствующей ФП с острым коронарным синдромом (ОКС) или ЧКВ. В исследование были включены пациенты в возрасте ≥ 35 лет. Среди этих пациентов мы дополнительно выявили тех, у кого был новый ОКС или ЧКВ после первого диагноза ФП. Из 100 пациентов, включенных в исследование, у 24 (24%) ОКС лечили медикаментозно, у 37 (37%) ОКС лечили с помощью ЧКВ, а у 39 (39%) было плановое ЧКВ. Мы исследовали кровотечение, смерть и госпитализацию, а также смерть и ишемические события с помощью антитромботической стратегии в 3 заранее определенных подгруппах: пациенты с ОКС, получавшие медикаментозное лечение, пациенты с ОКС, получавшие ЧКВ, и пациенты, перенесшие плановое ЧКВ.

Результат. Эливикс приводил к аналогичному эффекту на смертность и ишемические события в группах ОКС, получавших медикаментозное лечение, ОКС, получавших ЧКВ, и в группах планового ЧКВ (p= 0,3). Аспирин имел более высокую частоту кровотечений, чем плацебо, у пациентов с ОКС, получавших медикаментозное лечение (0,96–2,25), у пациентов с ОКС, получавших ЧКВ (1,53–2,67) и тех, кто перенес плановое ЧКВ (p =0,479). Для того же сравнения не было различий в результатах между 3 группами по совокупности смерти или госпитализации (p =0,78) и смерти и ишемических событий (p =0,710).

Вывод. Антитромботическая схема, состоящая из эливика и ингибитора P2Y12 без аспирина, обеспечивает превосходную безопасность и аналогичную эффективность у пациентов с фибрилляцией предсердий с ОКС, независимо от того, лечатся ли они медикаментозно или с помощью ЧКВ, а также у пациентов, подвергающихся плановому ЧКВ, по сравнению со схемами, включающими антагонисты витамина К, аспирин, или оба.

Ганиева М.П., Хочиева Г.Б., Шарифов М.М.

ИЗМЕНЕНИЯ КОАГУЛОГРАММЫ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

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

Цель исследования. Определить клинико-лабораторные проявления изменения свертывающей системы крови у больных с диабетической нефропатией для проведения своевременного лечения.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в национальном медицинском центре «Шифобахш» Республики Таджикистан. Все пациенты находились на стационарном лечении в нефрологическом отделении. Свертывающая система крови-это одна из наиболее важных защитных систем организма, которая сохраняет жидкую кровь в сосудистой системе человека. Под наблюдением находились 70 пациентов с диабетической нефропатией. Женщин было 45 и мужчин 25 пациентов. Длительность основного заболевания составила более 10 лет. Средний возраст пациентов составил от 40 до 70 лет. Медиана возраста составила 53.1 лет. Всем пациентам исследо-

вали общий анализ крови, мочи, биохимические исследования крови на белок, мочевину, креатинин, определили свертывающую систему, сахар крови. Проводили функциональные пробы Реберга, Зимницкого, Нечипоренко. Так же проводилось исследование свертывающей системы крови. Определяли следующие показатели: фибриноген, протромбин, протромбиновый индекс, тромбопластин. Так же проверялось время свертывания по Ли-Уайту.

Обсуждение полученных результатов. Всех (100%) пациентов беспокоили слабость, недомогание, головные боли, головокружение, одышка. жажда, сниженный диурез, тошнота. В общем анализе мочи у всех пациентов выявлены протеинурия, цилиндрурия, альфа-глобулинурия. У 89% пациентов выявлены изменения со стороны мочевины и креатинина крови, что указывает на хроническую болезнь почек. У больных с диабетической нефропатией при исследовании мочевины крови выявлено следующее: высота мочевины до 10,0 ммоль/л отмечено у 32 (45,7%) пациентов, изменение мочевины до 12,0 моль/л выявлено у 29 (41.4%) пациентов, повышение данного анализа до 13,0 ммоль/л и выше-у 9 (12.8%) пациентов. При исследовании креатинина крови повышение 110мг/% отмечено у 29 пациентов (41.4%). У 23 больных (32,8%) повышение креатинина крови выявлено до 115 мг/%. Повышение креатинина выше 500 мг/% отмечено у 8 пациентов (11.4%). Исследование клубочковой фильтрации и реабсорбции указывало, что у всех 100% пациентов оказалось сниженным. Так же проводилось исследование свертывающей системы крови. Определяли следующие показатели: фибриноген, протромбин, протромбиновый индекс, тромбопластин. Так же проверялось время свертывания по Ли-Уайту. Тромбиновое врем у 63 (90,0%) пациентов оказалось 25,5 сек; протромбиновое время у этих же пациентов равно 13,1 сек; протромбиновый индекс равен 151 сек; МНО – 1,22 сек. что указывает на ускорение коагулограммы. При исследовании крови по Ли-Уайту – начало свертывания равна 44 сек и конец свертывания равен 1.36 сек, что указывает на гиперкоагуляцию. Отмечалась корреляционная связь между показателями мочевины и креатинина с показателями гиперкоагуляции. Чем выше коагуляция, тем у больших пациентов имели высокие мочевину и креатинин. Таким образом, при исследовании свертывающей системы крови у 92.8% пациентов коагулограмма была ускорена.

Выводы. При исследовании свертывающей системы крови у 92,8% пациентов выявлена гиперкоагулограмма, что указывает на необходимость проведения антикоагулянтной и антиагрегантной терапии.

Ганиева М.П., Ибрагимов А.Ф., Шамсов А.Т.

ЗНАЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ВИТАМИНА Д БОЛЬНЫМ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

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

Цель исследования. Выявить клинико-лабораторные проявления витамина Д у больных с диабетической нефропатией для проведения своевременного лечения.

Материал и методы исследования. Все пациенты находились на стационарном лечении в нефрологическом отделении национального медицинского центра «Шифобахш» Республики Таджикистан. Под наблюдением находились100 пациентов с диабетической нефропатией. Женщин было 43 и мужчин 57 пациентов. Длительность основного заболевания составила 10 лет и более. Средний возраст пациентов составил от 29 до 67 лет. Медиана возраста составила 42,3 лет. Всем пациентам провели общий анализ крови, мочи, биохимические исследования крови на белок, мочевину, креатинин, наличие в крови витамина Д, кальция, фосфора и сахар крови. Проводили функциональные пробы Реберга, Зимницкого, Нечипоренко. Больные распределены на две группы. Первую группу составили 50 пациентов с критическим содержанием витамина Д (9,0 МЕ), которые принимали витамин Д. Вторую группу составили 50 пациентов с низким содержанием витамина Д, которые витамин Д не получали. Гипергликемия, дислипопротеинемия, недостаток витамина Д, эндотелиальная дисфункция при сахарном диабете является одним из факторов прогрессированию ХБП. Чтобы кости, нервы и иммунитет были крепкими важно следить за содержанием витамина Д в организме. Так же он отвечает за усвоение кальция и фосфора в организме.

Обсуждение полученных результатов. Всех 100 (100%) пациентов беспокоили слабость, недомогание, потливость, боли в суставах. В показателях общего анализа мочи у всех пациентов выявлены протеинурия, цилиндрурия, альфа-глобулинурия. При исследовании витамина Д в крови у пациентов, входящих в первую группу выявлено: у 37 (74.0 %) пациентов витамин Д отмечен критическими цифрами (до 9,3 нг/л), у 13 (26.0 %) больных величина витамина Д достигала 30.0 нг/л. Величина кальция в крови была в пределах 1,9 ммоль/л у 42 (42.0%) пациентов, уровень фосфора у 29 (58.0%) больных снижался в пределах 0.6 ммоль/л. Заболевание данных пациентов протекало тяжелее. Из 50 пациентов, входящих в первую группу отмечены боли в суставах, потливость, недомогание, жалобы на снижение иммунитета, боли в области сердца, боли в животе. Пациенты, входящие в первую группу, отметили повышение цифр мочевины и креатинина в крови.

У пациентов второй группы, где показатели витамина Д были незначительно увеличены, составили в среднем 38,1нг/л, заболевание протекало более стабильно, уровень сахара резко не поднимался. Из 50 пациентов этой группы у 19 (38.0%) из них отмечено: слабость, недомогание, боли в костях, боли в области сердца, снижение иммуннитета. У 31 (62.0%) больного жалоб было намного меньше. Кальций крови отмечен в пределах нижней границы нормы и составил 2,1 ммоль/л, фосфор крови достигал нормальных величин и составил 1,1 ммоль/л.

Выводы. У 88 (88%) пациентов с диабетической нефропатией выявлено снижение витамина Д, кальция и фосфора в крови, что создает необходимость для проведения соответствующего лечения.

Ганиева М.Т., Давлатмирова Г.Ш., Асилова Н.Г.

АНАЛИЗ СИНДРОМА ОФТАЛЬМОПАРЕЗА В СТРУКТУРЕ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Определить диагностическую значимость вариантов глазодвигательных синдромов в топической диагностике поражения и в характере острых нарушений мозгового кровообращения.

Материалы и методы. Исследование проводилось во втором неврологическом отделение ГУ НМЦ «Шифобахш» среди пациентов, первично поступивших с предварительным диагнозом: острое нарушение мозгового кровообращения и имеющих остро развывшиеся глазодвигательные расстройства.

Результат исследований. Глазодвигательные нарушения, связанные с экстрацеребральными нарушениями мозгового кровообращения, наблюдались у одного пациента, а тромбоз кавернозного синуса - у двух пациентов. При внутримозговых инсультах (в частности, в стволе мозга) отмечено шесть пациентов с парезом III черепно-мозгового нерва, сопровождающимся нарушениями проводимости, четыре пациента с парезом VI черепно-мозгового нерва и нарушениями проводимости и один пациент с парезом как III, так и IV черепных нервов. наряду с нарушениями проводимости.

Выводы: Глазодвигательные расстройства при внутримозговые инсультах (стволовых) встречаются чаще, чем при других нарушениях мозгового кровообращения. В дифференциальной диагностике главным этапом является выделения синдрома глазодвигательных расстройств как изолированного поражения корешков или как сочетанное поражение с вовлечением корешков. При изолированном поражении целью исследования является обнаружение нейроваскулярного конфликта (аневризмы сосудов Виллизиева круга); при сочетанном поражении с проводниковыми расстройствами целью исследования является поиск очага стволового инсульта.

Ганиева М.Т., Холматова Г.К., Рахимзода О.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессор М.Г. Гулямов
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследование: изучить методы диагностики и лечения судорожного синдрома и эпилепсии у детей с ДЦП.

Материалы и методы исследование: Было проведенно обследование 10 с ДЦП с эпилептическими приступами в детском невралагическом отделении ГУ НМЦ РТ "Шифобахш" на базе кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. профессора М.Г.Гуломова ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Возраст варьировал от 1 года до 14 лет за период 2023– 2024 года.Всем детям с детским церебральным параличом проводили анамнез , невралагический осмотр, электроэнцефалографический исследование, МРТ и КТ головного мозга.После осмотра специалистов, лабораторных и иструментальных исследований выставлен окончательный клинический диагноз где выявлен нарушение не только в двигательном и психоречевом ,но также определены лечение судорожного синдрома и эпилепсии у детей с ДЦП.

Результаты исследование и их обсуждение. Этиология детского церебрального паралича и эпилепсии уточнялась ретроспективно на основании анализа анамнестических данных и данных нейросонографии й нейрорадиологического исследования. Этиология уточнена у 6 пациентов из 10 (60%). Детям в неонатальном периоде было проведены нейросонография и анализы на внутриутробные инфекции.У новорожденных судороги представлены молниеносными миоклоническими, тонико-клоническими.В грудном возрасте пароксизмы преобладают инфантильные спазмы.Смешанные приступы реже характерны для более старшего возраста.По данным МРТ и КТ Преобладающей причиной были гипоксически-ишемические поражения головного мозга Таким образом, представленные результаты, хотя и не отражают, в полной мере, истинного спектра этиологии ДЦП и эпилепсии, но позволяют выявить значительное преобладание гипоксически-ишемических энцефалопатий Естественно, что преобладающий тип гипоксически-ишемического поражения при гемиплегиях и тетраплегиях был различным.При гемиплегиях преобладали фокальные гипоксически-ишемические поражения (реже - асимметричная перивентрикулярная лейкомаляция), а при тетраплегиях - перивентрикулярная лейкомаляция

Выводы Судорожные синдромы и эпилептические припатки зависит от формы ДЦП.Увеличение частота приводит к интеллектуальным нарушении, увеличивает степень тяжести двигательной и психической нарушений. Элсктроэнцефалографичсская картина у больных ДЦП, не зависимо от наличия эпилепсии, характеризуется диффузными изменениями биопотенциалов с задержкой формирования основных форм корковой ритмики, эпилептическая активность на ЭЭГ, что свидетельствует о высокой вероятности возникновения эпилепсии у данной категории больных. ЭЭГ выявившим повышение мощности тста- и дельта активности, усиление бета активности при снижении мощности альфа-ритма.

Ганиева М.Т., Гофилова М.З., Давлатмирова Г.Ш.

ПОСТИНСУЛЬТНАЯ ГЕМИХОРЕЯ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить особенности развития гемихореи у пациента перенесший лакунарный инсульт в скорлупе на контролатеральной стороне.

Материал и методы. Пациент Х, 60 лет, поступил с жалобами на насильственные движения в проксимальных и дистальных отделах левой верхней конечности, спазмы мышц шеи, а также непроизвольные подергивания левой щеки и вращения головы влево. Из анамнеза заболевания было выяснено, что утром, после пробуждения он, отметил возникновение насильственных движений в левой руке и на левой стороне лица, после чего был госпитализирован в больницу, где его состояние было оценено как острое нарушение мозгового кровообращения. Больному были проведены неврологическое, лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты исследования. Результаты неврологического обследования: сознание пациента ясное, менингеальных симптомов нет, поля зрения не ограничены, глазодвигательные функции сохранены, Чувствительность на лице сохранена, мимические пробы выполняются удовлетворительно. Слух не изменен, нистагм отсутствует. Глоточный рефлекс активен. Язык расположен по линии. Подъем плеч и повороты головы не затруднены.Положительный хоботковый рефлекс. Мышечная сила коннчностей в пределах нормы, однако тонус несколько снижен. Сухожильные и периостальные рефлексы сохранены, патологические рефлексы не выявлены. Пальценосовая и пяточно-коленная пробы выполнены удовлетворительно. Проба Ромберга отрицательная. Походка пациента не изменена. Поверхностная и глубокая чувствительность в пределах нормы. Наблюдаются постоянные, нерегулярные, беспорядочные и отрывистые движения в левой руке, характеризующиеся разнообразием амплитуды. Результаты лабораторных и инструментальных методов исследований: в общем анализе мочи и крови не выявлено отклонений. В БАК зафиксировано повышение уровня глюкозы до 6,8 ммоль/л. В коагулограмме отмечено увеличение активированного частичного тромбопластинового времени до 1,30, а уровень фибриногена 4,29г/л. В иммунологическом анализе крови повышение ревматоидного фактора, С- реактивного белка и антистрептолизина- О не выявлено. Результаты МРТ выявили наличие глиоза и кист в области чечевицеобразных ядер, а также в области базальных ганглиев с обеих сторон. В белом веществе лобного и теменного долей справа наблюдались множественные очаги перифокальной инфильтрации размером от 0,2 до 0,8 см.

Вывод. После тщательного анализа всех полученных данных, больному был поставлен диагноз лакунарный инсульт в правом полушарии головного мозга, постинсультный хореический синдром. Хорея является синдромом который характеризуется насильственными, беспорядочными и прерывистыми движениями, отличающаяся по амплитуде и интенсивности. Основой возникновения данного синдрома является дисфункция базальных ганглиев, в частности патология стриатума и субталамического ядра, как было выявлено у данного пациента.

Ганиева М.Т., Холматова Г.К., Рахимзода О.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ГИЙЕНА-БАРРЕ У ДЕТЕЙ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессор М.Г. Гулямов
ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Изучение особенности лечения препаратом Октагамом имунноглобулином человеческим у детей.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезней 5 детей в возрасте от 5 лет до 14 лет с диагностированным ОВП, проходивших лечение в ГУ НМЦ РТ на базе кафедры неврологии и основы медицинской генетики «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» в период 2024года. Диагноз СГБ был установлен согласно диагностическим критериям по ВОЗ (1990г.). Уточнение формы СГБ проводилось по данным электронейромиографических исследований (ЭНМГ) в соответствии с нейрофизиологическими критериями по R. Hadden и Rajabally et al.. Всем детям с СГБ проводили анамнестический анализ, невралгический осмотр, электронейромиографических исследований (ЭНМГ), вирусологическое исследование крови на герпетическую группу, вирус простого герпеса, цитомегаловирус и Sar Cov 2.

Результаты исследование и их обсуждение. Среди детей преобладающей формой является ОВДП (у 3 детей) Также было выявлено по одному случаю предшествовавшей травмы и переохлаждения с тяжелой формой анемии (у 1 пациента). У 1 больного не было отчётливых триггеров в преморбидном периоде, заболевание развилось у них на фоне полного здоровья. СГБ у детей встречался на протяжении 2 месяц без чёткой достоверной сезонности, но реже всего дети заболевали осенью. Среди детей преобладает средняя степень тяжести, когда дети могли передвигаться с поддержкой на небольшие расстояния (4 пациентов). Встречалась легкая форма заболевания (у 1 пациента.) Также не было отмечено тромбоэмболических осложнений. В течение 10 дней у пациентов в первые 5 дней отмечалась положительная динамика в виде повышения двигательной активности и повышение мышечной силы в конечностях. В последующие несколько дней наступило улучшение двигательных нарушений, востоновления симметричности рефлексов с рук, коленных и ахилловых рефлексов.

Выводы. Таким образом, Проводимая терапия Октагамом позволила устранить главный субъективный симптом-выраженные болевые ощущения, редукция которых, по мнению родителей пациентов существенно улучшила общее состояние ребенка и позволила вернуть им привычный объем движений, ускорив выздоровление.

Гаран Г.М., Савш П.А., Арямкина О.Л.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ И КОВИД-19-ИНФЕКЦИИ У КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ

Кафедра внутренних болезней БУ ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет». Россия.

Цель исследования. Оценить диагностическую и прогностическую значимость гематологических индексов при тяжелом течении бактериальной внебольничной пневмонии и при поражениях легких с тяжелым течением Ковид-19-инфекции у коморбидных больных.

Материалы и методы. За период 2018-2023 гг. проведено комбинированное ретро- и проспективное когортное исследование клинико-эпидемиологических и лабораторных параметров методами сплошной выборки, случай-контроль по изучению ВП и Ковид-19 в Сургуте. Обследованы 432 госпитальных больных БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница» - с тяжелым течением ВП бактериальной этиологии (n=186, группа I), с тяжелым течением Ковид-19-инфекции (n=246, Группа II) с исходом в вирусно-бактериальную и в бактериальную пневмонию на исходных стадиях RoII (n=103, 41,9%), RoIII (n=115; 46,8%), RoIV (n=28; 11,4%).

Изучены 25 гематологических индексов: ЛИ, ЛИИ Я.Я. Кальф-Калифа, ЛИИр Б.А. Рейса, ЛИИм В. К. Островского, ИСЛК, ИЛ СОЭ, ИСНЛ, ИСНМ по В.М. Угрюмовой, ИСМЛ, ИСЛМ, ИСЛЭ, ИСА СОЭ, ИИР Д.О. Иванова, ИРО, ЯИ Даштанянца Г.Д., РОН, ИЛГ, ОИ, ГПИ, ИК, PLR, NLR, МЛИ, ИГ, ИА.

Результаты исследования. Для оценки прогностической значимости в 2-х группах больных изучены 25 гематологических индексов, разделенных на 12 индексов эндогенной интоксикации (ИЭИ) и 13 - иммунологической реактивности (ИИР). В I и во II группах среди ИЭИ наиболее повысились ГПИ (70,8% – 24,8%) и ЯИ (10,8% - 4,2%), а ЛИ, ИСА СОЭ и ИЛГ понизились на 1,8% - 2,5%, что свидетельствует об истощении организма и прогностически неблагоприятны.

В I и во II группах среди 13 ИИР 5 однонаправленно повышались, максимально РОН, ИСНЛ, PLR на 2% - 4,3%, 4 – однонаправленно понижались максимально ИСМЛ (-10,3% - -15,3%), в меньшей степени ИА, ИЛГ, ИГ и разнонаправленно – ИСЛМ – понижаясь при ВП и повышаясь при Ковид-19 на 1,25% - 1,75% соответственно.

Выводы. Оценивая прогностическое значение гематологических индексов при внебольничной пневмонии бактериальной этиологии тяжелого течения и тяжелой и очень тяжелой Ковид-19-инфекции с диффузным альвеолярным повреждением легких необходимо оценивать возраст больных – группу риска составляют пациенты 55 лет и старше.

Среди 12 из 25 гематологических индексов – ИЭИ - значимыми оказались с 99% вероятность в большей степени при ВП ЛИ с ДС (82,8% - 99,6%), ИСА СОЭ (98,4% - 99,6%) и ИЛГ (87,3% - 91,9%) и с ДЧ ЛИ 95,53% - 97,31%), ИСА СОЭ (95,53% - 97,31%) и ИЛГ (95,53% - 97,31%) понижающиеся в ходе течения обоих заболеваний, что свидетельствует об истощении резервов организма.

Гаран Г.М., Савш П.А., Арямкина О.Л.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ ПРИ COVID-19-ИНФЕКЦИИ У КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ, ЖИТЕЛЕЙ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА

Кафедра Внутренних болезней БУ ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет». Россия.

Цель исследования. Оценить диагностическую и прогностическую значимость гематологических индексов при остром течении COVID-19-инфекции у коморбидных больных для оценки значимости ее течения и исходов.

Материалы и методы. На клинических базах БУ ХМАО-Югры «Сургутская городская клиническая поликлиника №3», БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница» проведено двухэтапное исследование, посвященное оценке распространенности COVID-19-инфекции у прикрепленного населения, степени ее тяжести, гендерно-возрастным параметрам, коморбидности с расчетом индекса коморбидности Чарлсон (ИКЧ), течению, осложнению, исходам 471 (6,33%) госпитальных случаев из всех 7 449 (17,1%) заболевших от 43 653 прикрепленного контингента за период 16.06.2020 г. - 23.11.2023 г.

Изучены 4 индекса интоксикации: 1. ЛИИ Я.Я. Кальф-Калифа (1941 г.); 2. ЛИИр Б.А.; 3. ИЛСОЭ С.И. Шевченко с соавт. (1986 г.); 4. ЯИ Г.Д. Даштанянца - ядерный индекс; и 4 индекса иммунологической реактивности: 1. ИСНЛ С.И. Мустафина с соват. (1999 г.); 2. ИСЛЭ Мустафина с соват. (1999 г.); 3. ИСМЛ - индекс соотношения моноцитов и лимфоцитов; 4. РОН - индекс реактивного ответа нейтрофилов

Результаты исследования. Из 471 случая острой COVID-19-инфекции поводом для госпитализации были среднетяжелая (n=427, 90,6%), тяжелая (n=32, 6,8%), крайне тяжелая (n=12, 2,6%) формы. Гендерно-возрастные параметры среди 471 госпитальных больных с COVID-19-инфекцией свидетельствуют о преобладании женщин с соотношением к мужчинам 1,6 : 1 – 303 (64,3%) к 188 (35,7%) соответственно, возраст которых, варьировал от 26 до 96 лет. Отобраны 167 больных – 44 с тяжелым и с крайне тяжелым течением и 123 больных со среднетяжелым течением COVID-19-инфекции, из которых в 52-х (42,3%) случаев среднетяжелое течение прогрессировало до тяжелой/крайне тяжелой форм. Погибли 71 (42,5%) из 167 больных, в том числе 27 (52%) с исходным среднетяжелым течением и все в 44 пациента тяжелыми формами.

Практически все индексы интоксикации, особенно у умерших превышали референтные значения, а ЛИИ и ЛИИр были значительно выше у погибших больных. Индексы иммунологической реактивности ИСЛЭ и РОН были достоверно выше, ИСНЛ – достоверно ниже референтных значений, а ИСМЛ не отличался от нормы. При этом значения ЛИИ, ЛИИр, ЯИ ИСНЛ, ИСМЛ, РОН у больных, умерших от COVID-19-инфекции отличались от значений у выживших с 95% и с 99% вероятностью.

Выводы. Из 471 госпитального больного в 71 случае (15%) наступил летальный исход. Из них среднетяжелое

течение прогрессировало до тяжелого/крайне тяжелого течения у 27 (5,7%) пациентов. Неблагоприятный прогноз острой фазы COVID-19-инфекции определяют возраст больных 60 лет и старше, высокая коморбидность, высокие значения индексов интоксикации, низкие значения индексов иммунологической реактивности.

Гафоров А.А., Мухамадиева К.М., Бозоров С.С.

ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВОЙ АЛОПЕЦИИ МЕТОДОМ ПЛАЗМАТЕРАПИИ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т.
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Оценить эффективность плазматерапии рубцовой алопеции.

Материалы и методы. Обследовано 33 пациента (15 мужчин и 18 женщин) с рубцовой алопецией различной этиологии. Средний возраст составил 25,5±2,8 лет. Давность заболевания на момент обращения - 2,5±3,2 лет. Для проведения плазматерапии производили забор крови пациента из локтевой вены в объёме от 20 до 100 мл в зависимости от площади рубца. Получение обогащённой тромбоцитами плазмы проводилось путём центрифугирования крови и добавления в неё гепарина для профилактики агрегации тромбоцитов. Полученную плазму вводили в рубцовую ткань на участки через каждые 2,0 см. Процедура проводилась с интервалом в 7 дней в количестве 10 сеансов. Оценка тяжести рубцов проводилась по шкале Vancuver до и после проведённого лечения.

Результаты исследования. Причинами рубцовой алопеции были термическая травма (37,7%), механическая травма (34,3%), оперативные вмешательства (28,0%). В 17 (51,5%) случаях рубцы располагались в височной области, в 16 (48,5%) - в лобно-височной. Согласно клинической классификации рубцов все пациенты были разделены на три группы: у 18 (54,5%) пациентов наблюдались гипертрофические рубцы, у 13 (39,4%) - атрофические и у 2 (6,1%) - келоидные рубцы.

До начала лечения общий показатель по шкале Ванкувер составил у больных с гипертрофическими рубцами 17,7±2,6 баллов, у больных с келоидными рубцами - 23,4±0,1 баллов. Атрофические характеризовались «минус-тканью», степень выраженности которых составила 6,2±0,3 баллов. После проведения плазматерапии было выявлено снижение общего показателя гипертрофических рубцов до 9,8 ±2,6 баллов, то есть в 1,8 раза по сравнению с исходным показателем (17,7±2,6 баллов), а у больных с келоидными рубцами показатель снизился до 19,5±0,1 баллов, то есть в 1,2 раза по сравнению с исходным значением (23,4±0,1 баллов). У пациентов с атрофическими рубцами наблюдалось снижение глубины «минус» ткани, в связи с чем снизился показатель степени выраженности атрофических рубцов до 2,4±0,3 баллов, что по сравнению с исходным значением (6,2±0,3 баллов) - оказалось меньше в 2,5 раза. Число больных с положительной динамикой общего показателя рубцов после лечения составило 27 (81,8%) случаев, из которых 14 (51,8%) составили пациенты с гипертрофическими рубцами, 12 (44,4%) - с атрофическими рубцами и 1 (3,7%) больной с келоидным рубцом, то есть применение плазматерапии при лечении рубцов на коже волосистой части головы наиболее эффективно при лечении гипертрофических и атрофических рубцов. У пациентов с гипертрофическими рубцами положительная динамика наблюдается в 1,2 раза чаще, чем у пациентов с атрофическими рубцами, и в 14 раз чаще, чем у пациентов с келоидными рубцами.

Выводы. Применение плазматерапии при лечении рубцов волосистой части головы показало эффективность в 81,8% случаях, причём в 51,8% случаях из них положительный эффект достигается у больных с гипертрофическими рубцами.

Гафоров А.А., Мухамадиева К.М., Бозоров С.С.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АУТОЛОГИЧНОЙ ПЛАЗМЫ КРОВИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ

Кафедра дерматовенерологии им. профессора Зоирова П.Т.
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Дать сравнительную оценку эффективности миноксидила и аутологичной плазмы крови при лечении андрогенной алопеции (АА).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 60 пациентов в возрасте от 25 до 50 лет, средний возраст которых составил 39,5±7,3 лет. Пациенты I группы (30) получали терапию миноксидилом по стандартной методике, а пациенты II группы (30) - инъекции аутологичной плазмы крови (АПК). Клинические проявления АА оценивали по классификации E. Ludwig (1977). Трихоскопические признаки АА выявлялись при помощи трихоскопа" Aram HUVIS Co, Ltd" (Корея). Исследование проводилось в клинике по пересадке волос «Беруни». До и после проведения курса лечения проводилось трихоскопическое исследование в очагах поражения.

Результаты исследования. В результате опроса больных были выявлены основные жалобы: выраженное выпадение волос (57%), рецессия краевой линии роста волос в области лобно-височных углов (43%). На фоне основных жалоб все пациенты (100%) указали на уменьшение густоты имеющихся волос, у 27% больных отмечался зуд волосистой части головы, а у 17% - триходиния. Трихоскопическое исследование до начала лечения показало, что у обследованных пациентов в андрогензависимой затылочной области плотность волос составила 191,3±11,2 см^2, средний диаметр волос составил 52,5±2,5 мкм. Степень выраженности выпадения волос с обеих зон оценивалась по проценту телогеновых волос, который составил в теменной области 27,8±2,0%. В андрогензависимых зонах наблюдалось 19,8±1,5% веллусных волос. После проведённого лечения в I группе пациентов наблюдалось увеличение плотности волос до 201,3±11,2 см^2, среднего диаметра волос до 55,7±2,5 мкм, процент телогеновых волос уменьшился до 23,5±2,0% а веллусных - до 16,8±1,5%. У пациентов II группы наблюдалось увеличение плотности волос до 224,3±11,2 см^2, среднего диаметра волос до 59,7±2,5 мкм, процент телогеновых волос уменьшился до 20,5±2,0%, а веллусных - до 11,3±1,5%.

Терапия АА с применением АПК показала более высокую эффективность по сравнению с применением миноксидила, что подтверждается положительной динамикой показателей трихоскопии, заключавшаяся в увеличении плотности волос, их среднего диаметра и снижении доли телогеновых и веллусных волос, то есть наиболее значимые изменения у пациентов, применявших АПК, характеризовались увеличением волос в фазе анагена и снижением волос в фазе катагена. При этом наблюдалось уменьшение количества веллусных волос в 1,8 раза по сравнению с исходным значением. Побочных эффектов на фоне применения АПК не отмечено, а пациенты, использующие миноксидил, в 20,0% случаях предъявляли жалобы на сухость и шелушение кожи головы, в 12% случаях - на местах нанесения миноксидила наблюдалась эритема, а в 2-х (6,6%) случаях - развился фолликулит. В I группе пациентов положительная динамика показателей трихоскопии наблюдалась у 52,7% больных, а во II группе - у 19/30; 63,3% больных.

Выводы. Использование АПК, то есть собственного биоматериала пациента обеспечивает полную физиологичность метода и минимизацию возможных побочных реакций. На фоне применения данного метода положительная динамика показателей трихоскопии наблюдается в 1,2 раза чаще, чем на фоне применения миноксидила.

Глуткина Н.В. [1], Норик С.Ф.[2], Зинчук Вл.В. [2]

РОЛЬ МЕЛАТОНИНА В РАЗВИТИИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

11-я кафедра внутренних болезней Гродненского государственного медицинского университета. Беларусь.
2Гродненская университетская клиника. Беларусь.

Цель исследования. Определение значения мелатонина в развитии окислительного стресса у пациентов с коронавирусной инфекцией.

Материалы и методы. Объектом исследования являлись пациенты с коронавирусной инфекцией COVID-19. протекающей в виде двусторонней интерстициальной пневмонии (46 пациентов), диагноз был установлен на основании верификации вируса при качественном определении РНК SARS-CoV-2 в соскобе клеток ротоглотки методом полимеразной цепной реакции, а также на основании типичной клинической картины и характерных для данной патологии изменений в легких по данным рентгеновской компьютерной томографии органов грудной клетки. Группа сравнения состояла из 15 соматически здоровых лиц.

Забор крови осуществлялся из локтевой вены на фоне восстановленного оттока, в которой определяли основные показатели перекисного окисления липидов (ПОЛ). Концентрацию мелатонина в плазме крови определяли иммуноферментным анализом.

Результаты исследования. В ходе проведенных исследований были получены результаты, в соответствии с которыми установлено увеличение концентрации основных показателей активности процессов ПОЛ, снижение факторов антиоксидантной защиты крови при этом заболевании. Выявлено увеличение ДК и МДА как в плазме, так и в эритроцитах по сравнению со здоровыми. Выявлено увеличение диеновых коньюгатов (ДК) и малонового диальдегида (МДА) как в плазме, так и в эритроцитах, по сравнению со здоровыми лицами.

При определении показателей антиоксидантной защиты было установлено, что концентрация в плазме α-токоферола, ретинола, церулоплазмина и восстановленного глутатиона в эритроцитах была ниже по сравнению со здоровыми.

Наблюдалось увеличение каталазной активности у исследуемых пациентов, которое можно рассматривать как компенсаторный механизм, предотвращающий избыточное образование пероксида водорода и переход его в наиболее агрессивный из активных форм кислорода гидроксидный радикал.

Концентрация мелатонина у пациентов с коронавирусной инфекцией была снижена по сравнению со здоровыми лицами.

Наблюдаемое изменение уровня мелатонина, отмечаемое в нашем исследовании, вносит вклад в уменьшение окислительного стресса, что может иметь важное значение для обеспечения процессов газообмена и иных его физиологических функций.

Выводы. Таким образом, полученные результаты демонстрируют снижение уровня мелатонина и степени прооксидантно-антиоксидантного дисбаланса при коронавирусной инфекции (рост ДК, МД), уменьшение концентрации α-токоферола, ретинола и восстановленного глутатиона и увеличение активности каталазы). В процессе проведенной терапии наблюдается падение активности процессов липопероксидации, увеличение антиоксидантного потенциала и уровня мелатонина, свидетельствуя о снижении степени проявления окислительного стресса после проведённого лечения. Полученные данные обосновывают использование мелатонина в составе комплексной терапии для антиоксидантной коррекции метаболических нарушений.

Кадырова З.Д., Гончарова М.С.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ У ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени проф. М.Г.Гулямова
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан

Цель исследования. В последние годы популярность ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» растет – иностранных студентов становится все больше, это как студенты ближнего зарубежья, так и из отдаленных уголков нашего мира. Изучение за рубежом связывают с рядом психо-социальных факторов негативно влияющих на адаптацию, а соответственно на качество и уровень обучения иностранных студентов.

Целью исследования стало изучение особенностей адаптации иностранных студентов к новой социальной среде внутри ВУЗа. Предложить возможные меры для усовершенствования процесса адаптации и обучения.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени проф. М.Г.Гулямова методом анкетирования. Анкета была составлена сотрудниками кафедры, где были выделены несколько разделов, касающихся учебного процесса, условий проживания, знания языка, качества медицинских услуг и их доступности, культурно-религиозных различий, взаимоотношений с сотрудниками ППС и сотрудниками деканата ВУЗа.

На основании анкеты было опрошено 63 студента, из которых 49 мужчин и 14 женщин. Средний возраст опрашиваемых 23 года.

Результаты исследования. Было установлено, что около 95% опрашиваемых студентов считают, что столкнулись с теми или иными трудностями в процессе обучения. Основным фактором они отмечают: языковой барьер (52%), разность в культурально-религиозных верованиях (23%), проблемы с сотрудниками ППС и сотрудниками деканата ВУЗа (10%), с другими проблемами они встречались значительно реже (15%)

Выводы. Адаптация иностранных студентов в Таджикистане – это сложный и многогранный процесс, требующий комплексного подхода. Для успешной интеграции необходимо учитывать как индивидуальные особенности каждого студента, так и особенности социальной, культурной и образовательной среды.

Возможными методами помощи студентам могут выступить:

1. Языковая модернизация: А) Расширение возможности для изучения таджикского и русского языков до и во время обучения. Б) Создание пар между иностранными и местными студентами для совместного изучения языка и культуры. В) Использование современных технологий для создания онлайн-платформ для самостоятельного изучения языков.
2. Создание менторских программ: А) Наставничество со стороны местных студентов или преподавателей может помочь иностранным студентам быстрее адаптироваться. Б) Возможна поддержка и развитие студенческих организаций, объединяющих иностранных и местных студентов.
3. Обеспечение доступной психологической помощи иностранным студентам, испытывающим трудности адаптации.
4. Возможная реструктуризация бытовых условий с обеспечением досуга, взаимопомощи и поддержки иностранных студентов.

Гончарова М.С.

ПЕРСПЕКТИВА ЛЕЧЕНИЯ РЕЗИСТЕНТНОЙ ДЕПРЕССИИ КЕТАМИНОМ НА ОПЫТЕ ЗАРУБЕЖНЫХ КОЛЛЕГ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени проф. М.Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан

Цель исследования. Целью данного исследования является анализ возможностей применения кетамина как альтернативного метода лечения резистентной депрессии в Республике Таджикистан. Исследование направлено на изучение зарубежного опыта, который может быть адаптирован для местной практики, а также на оценку потенциальной эффективности и безопасности кетамина в контексте существующей системы здравоохранения страны.

Материалы и методы. Для достижения цели исследования был проведен обзор литературы, включающий клинические испытания и метаанализы, посвященные использованию кетамина в лечении депрессии. Основные источники включали: 1.**Клинические испытания**: Рандомизированные контролируемые испытания, изучающие эффективность кетамина в сравнении с традиционными антидепрессантами. 2.**Метаанализы**: Обобщение данных о безопасности и побочных эффектах кетамина. 3.**Кейс-стадии**: Изучение индивидуальных случаев успешного применения кетамина в различных странах.

Кроме того, были проведены интервью с психиатрами и врачами, работающими в области психического здоровья в Таджикистане, для понимания текущих подходов к лечению депрессии и возможности внедрения новых методов.

Результаты исследования. 1. Эффективность кетамина: Исследования показывают, что кетамин может обеспечивать быстрое облегчение симптомов депрессии, особенно у пациентов с резистентной формой заболевания. Эффект может проявляться в течение нескольких часов после введения. 2. **Безопасность применения**: Несмотря на потенциальные побочные эффекты (дизассоциация, изменения в кровяном давлении), результаты показывают, что при контролируемом использовании кетамин является безопасным средством, особенно при краткосрочной терапии. 3. **Адаптация к местным условиям**: Опросы врачей выявили интерес к новым методам лечения, однако существует потребность в обучении и создании протоколов для безопасного применения кетамина. Важными аспектами являются доступность препарата, наличие оборудования для мониторинга состояния пациента и психологическая поддержка.

Выводы. Применение кетамина в лечении резистентной депрессии представляет собой перспективное направление, способное улучшить качество жизни пациентов в Республике Таджикистан. Заимствование зарубежного опыта может способствовать успешной интеграции кетамина в местную практику при условии разработки соответствующих клинических протоколов и обучения специалистов.

Необходимы дальнейшие исследования для оценки долгосрочной эффективности и безопасности применения кетамина, а также для разработки стратегий, обеспечивающих доступность этого метода для широкой аудитории пациентов.

Гофилова М.З., Ганиева М.Т., Давлатмирова Г.Ш.

ПОСТИНСУЛЬТНАЯ ГЕМИХОРЕЯ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить особенности развития гемихореи у пациента перенесший лакунарный инсульт в скорлупе на контролатеральной стороне.

Материал и методы. Пациент Х, 60 лет, поступил с жалобами на насильственные движения в проксимальных и дистальных отделах левой верхней конечности, спазмы мышц шеи, а также непроизвольные подергивания левой щеки и вращения головы влево. Из анамнеза заболевания было выяснено, что утром, после пробуждения он, отметил возникновение насильственных движений в левой руке и на левой стороне лица, после чего был госпитализирован в больницу, где его состояние было оценено как острое нарушение мозгового кровообращения. Больному были проведены неврологическое, лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты исследования. Результаты неврологического обследования: сознание пациента ясное, менингеальных симптомов нет, поля зрения не ограничены, глазодвигательные функции сохранены, Чувствительность на лице сохранена, мимические пробы выполняются удовлетворительно. Слух не изменен, нистагм отсутствует. Глоточный рефлекс активен. Язык расположен по линии. Подъем плеч и повороты головы не затруднены. Положительный хоботковый рефлекс. Мышечная сила коннчностей в пределах нормы, однако тонус несколько снижен. Сухожильные и периостальные рефлексы сохранены, патологические рефлексы не выявлены. Пальценосовая и пяточно-коленная пробы выполнены удовлетворительно. Проба Ромберга отрицательная. Походка пациента не изменена. Поверхностная и глубокая чувствительность в пределах нормы. Наблюдаются постоянные, нерегулярные, беспорядочные и отрывистые движения в левой руке, характеризующиеся разнообразием амплитуды. Результаты лабораторных и инструментальных методов исследований: в общем анализе мочи и крови не выявлено отклонений. В БАК зафиксировано повышение уровня глюкозы до 6,8 ммоль/л. В коагулограмме отмечено увеличение активированного частичного тромбопластинового времени до 1,30, а уровень фибриногена 4,29г/л. В иммунологическом анализе крови повышение ревматоидного фактора, С- реактивного белка и антистрептолизина- О не выявлено. Результаты МРТ выявили наличие глиоза и кист в области чечевицеобразных ядер, а также в области базальных ганглиев с обеих сторон. В белом веществе лобного и теменного долей справа наблюдались множественные очаги перифокальной инфильтрации размером от 0,2 до 0,8 см.

Выводы. После тщательного анализа всех полученных данных, больному был поставлен диагноз лакунарный инсульт в правом полушарии головного мозга, постинсультный хореический синдром. Хорея является синдромом который характеризуется насильственными, беспорядочными и прерывистыми движениями, отличающаяся по амплитуде и интенсивности. Основой возникновения данного синдрома является дисфункция базальных ганглиев, в частности патология стриатума и субталамического ядра, как было выявлено у данного пациента.

Гулова Р.М., Турсункулов З.Ч., Сулаймонова Ш.А.

ЧАСТОТА И ТЯЖЕСТЬ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19 У МЕДРАБОТНИКОВ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПРИЁМОМ МЕЛАТОНИНА

Кафедра пропедевтики внутренних болезней и внутренних болезней с клинической фармакологией
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучение частоты и тяжести перенесённого COVID-19 у медработников (МР), оказывающих лечебную помощь в непосредственном контакте с больными в период пандемии, во взаимосвязи с частотой приёма мелатонина.

Материалы и методы. Проведено пролонгированное 2х этапное наблюдение за состоянием здоровья медработников, работающих в условиях пандемии. На первый этап исследования, проведённого через 2 месяца от начала пандемии, включены МР, оказывающие медицинскую помощь в непосредственном контакте с больными COVID-19 в специализированных временных госпиталях (основная группа, п=192); МР медицинских центров, оказывающих помощь по приёму, диагностике и маршрутизации больных (группа сравнения; п=43) и МР, работающих без непосредственного контакта с больными COVID-19 (контрольной группа; п=34). Анализирована частота и тяжесть перенесённого COVID-19 и его взаимосвязь с профилактическим приёмом мелатонина (согласно временным рекомендациям). Статистическая обработка проведена пакетом «Statistica 6,0», изучены корреляционные связи между количественными признаками по Пирсону.

Результаты исследования. Установлено, что в течение первых 9-10 недель количество медработников с перенесённым COVID-19 (подтверждённый результатами ПЦР мазков из носо- и ротоглотки на РНК SARS-CoV-2) было 41 (15,2%), в том числе 2 (5,9%) в контрольной группе, 7 (16,3%) – МР группы сравнения и 32 (16,7%) – МР основной группы. В целом, за первые месяцы пандемии всего 39 (16,6%) МР, оказывающих медицинскую помощь в непосредственном контакте с больными COVID-19 (п=235), перенесли COVID-19. Из них с лёгкой степенью течения было 13 (5,5%), среднетяжёлой –15 (6,4%) и тяжёлой – 11 (4,7%) МР. В контрольной группе двое МР переболели COVID-19, в том числе, в одном случае (2,9%) отмечено лёгкое течение, в другом – среднетяжёлое течение заболевания.

На данном этапе исследования установлено, что за 2 месяца работы в условиях пандемии COVID-19, всего 49 (18,2%) МР профилактически принимали препараты мелатонина. В том числе, в контрольной группе МР – 2 (5,9%), в группе сравнения – 6 (14%) и, чаще всего мелатонин принимали МР основной группы – 41 (21,4%). Таким образом, из 235 медработников общей группы риска, оказывающих медицинскую помощь в непосредственном контакте с больными COVID-19, первые 2 месяца 47 (20%) из них получали препарат мелатонин, что значимо чаще, чем в контрольной группе ($p<0,05$).

Взаимосвязь тяжести COVID-19 с приёмом мелатонина была значимой у МР основной группы ($r= - 0,4954$; $p<0,05$), незначимой – у МР группы сравнения ($r= - 0,0168$; $p>0,05$) и в контрольной группе ($r= - 0,1028$; $p>0,05$).

Таким образом, несмотря на сравнительно частый приём мелатонина МР основной группы, наблюдается сопоставимость частоты COVID-19 у МР этих групп. Такой результат указывает на возможность более значимого влияния и других факторов (нивелирующих эффекты мелатонина), на состояние здоровья МР, в том числе и на частоту и тяжесть COVID-19.

Выводы. 1) Взаимосвязь тяжести COVID-19 с приёмом мелатонина умеренная и значимая у медработников основной группы, оказывающих помощь больным с COVID-19 в специализированных временных госпиталях.

2) Сопоставимость частоты COVID-19 в группах МР с разной частотой приёма мелатонина требует изучения сочетанного влияния на изучаемые показатели и других факторов периода пандемии.

Гулова Р.М., Шарипова Х.Ё., Рахимов Дж.Дж.

ПРЕДИКТОРЫ ЧАСТОТЫ И ТЯЖЕСТИ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19 У МЕДРАБОТНИКОВ ОБЩЕЙ ГРУППЫ РИСКА

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Фактическое выделение значимых факторов, препятствующих или способствующих развитию COVID-19 у медработников (МР) и определяющих его тяжесть.

Материалы и методы. На втором этапе пролонгированного наблюдения за состоянием здоровья медперсонала, работающих в условиях пандемии, в исследование включены МР групп риска: оказывающие медицинскую помощь в непосредственном контакте с больными COVID-19 в специализированных временных госпиталях (п=192) и МР медицинских центров, оказывающих помощь по приёму, диагностике и маршрутизации больных с вероятностью COVID-19 (п=43); таким образом, общую группу риска составили 235 МР. Пакетом программ «Statistica 10,0» проведена статистическая обработка результатов, изучены корреляционные связи по Пирсону. При оценке сочетанного влияния значимых факторов психосоматического и медико-социального характера с выявлением предикторов частоты и тяжести перенесённого COVID-19 у МР общей группы риска применён метод множественной регрессии.

Результаты исследования. Следует учитывать, что выявленные факторы риска влияют на МР, нередко, на фоне ряда других факторов, например, тех же тревожно-депрессивных синдромов, которые могут быть выражены в разной степени. То есть, наблюдается сочетанное действие факторов (предикторов), суммарное влияние которых, усиливая или ослабляя некоторые эффекты, способно выделить наиболее значимый из них.

Предикторы COVID-19 у медработников групп риска. Несмотря на информационное обеспечение и соблюдения мер безопасности медработниками и населением в целом, в период наблюдения из 235 МР групп риска, 107 (45,5%) переболели COVID-19. Фактическое выделение значимых факторов, препятствующих или способствующих развитию COVID-19 у МР, представляет особый интерес, поэтому, с включением основных факторов, влияющих на те, или иные важные синдромы или проявления болезни у МР, выделенных на предыдущих этапах исследования, проведён анализ факторов методом множественной регрессии.

При таком анализе показателей у МР общей группы риска (п=235) как предикторы COVID-19 выделены следующие значимые факторы (R=0,61; p<0,001): отсутствие приёма мелатонина у МР (t= - 6,2); тяжесть перенесённой ОНМК (t=3,4); тяжесть (ФК) ХСН (t=2,89); отсутствие (низкие уровни) тревоги (t= - 2,47); отсутствие психологической подготовки (t= - 2,29); выраженность синдрома выгорания (t=1,99).

Предикторы тяжести COVID-19 у медработников групп риска. При анализе наиболее частых факторов, наблюдаемых у МР общей группы риска, методом множественной регрессии, как предикторы тяжести течения COVID-19 выделены следующие факторы (R=0,72; p<0,001): отсутствие приёма мелатонина у МР (t= - 9,0); отсутствие (низкие уровни) тревоги (t= - 3,38); отсутствие психологической подготовки (t= - 2,77); тяжесть перенесённой ОНМК (t=2,61); выраженность депрессии (t=2,55); тяжесть (ФК) ХСН (t=2,44).

Таким образом, важными факторами развития и тяжести COVID-19 у МР являются тяжесть ХСН и перенесённой ОНМК. Особый интерес представляет значимость такого фактора, как «отсутствие психологической подготовки и низкие уровни тревоги», не только в развитии COVID-19, но и как предиктор тяжести его течения, что, видимо, связана с особенностями условий работы МР в период пандемии.

Выводы. 1) В период пандемии отсутствие приёма мелатонина, низкие уровни тревоги, тяжесть ХСН и перенесённой ОНМК у МР выступают как предикторы не только развития COVID-19, но и его тяжести.

2) Фактор «психологической подготовки», особенно медработников групп риска, в период пандемии следует рассматривать как важный медико-социальный предиктор частоты и тяжести COVID-19.

[1]Гуломзода Б.З., [1]Расулов Ё.Ф., [2]Нуруллозода У.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОСБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЁЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

[1]ГУ «Таджикский НИИ профилактической медицины»,
[2]Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Изучить особенности развития туберкулёза (ТБ) в разрезе регионов Республики Таджикистан.

Материал и методы. Данные официальной статистики по всем городам и районам Республики Таджикистан по уровню заболеваемости ТБ за 2018-2023 гг.

Результаты исследования. Анализ данных официальной статистики по регионам страны показал, что максимальное число выявленных случаев ТБ отмечается в районах республиканского подчинения (РРП), далее по ранжированию находятся районы Бохтарской зоны Хатлонской области, за ними – районы Согдийской области, далее – районы Кулябской зоны Хатлонской области, затем - г. Душанбе и минимальное число больных во все 6 анализируемых лет отмечено в Горно-Бадахшанской области (ГБАО).

При этом, в постковидный период 2022-2023 годов выявляемость ТБ в ГБАО, районах Кулябской зоны Хатлонской области, РРП и г. Душанбе имеет тенденцию к улучшению, в то время как в Согдийской области и районах Бохтарской

зоны Хатлонской области этот показатель не улучшился.

Выводы. Таким образом, проведённый анализ эпидемиологической ситуации по ТБ в Республике Таджикистан свидетельствует о сохранении высокого бремени этого грозного заболевания. При этом, если в ковидный период выявляемость новых случаев ТБ резко снизилась почти на 30%, то в последующие годы отмечается тенденция к стабильному улучшению указанного индикатора, однако всё ещё не достигшего до-ковидного периода. Максимальное число выявленных случаев ТБ отмечается в РРП, далее по ранжированию находятся районы Бохтарской зоны Хатлонской области, за ними – районы Согдийской области, далее – районы Кулябской зоны Хатлонской области, затем - г. Душанбе и минимальное число больных отмечено в ГБАО.

Давлатмирова Г.Ш., Ганиева М.Т., Фирузаи И.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ С ПОРАЖЕНИЕМ СПИННОГО МОЗГА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Изучение клинических характеристик болевого синдрома у пациентов с Демиелинизирующими заболеваниями с поражением спинного мозга.

Материалы и методы. Исследование проводилось среди пациентов в возрасте от 18 до 60 лет, которые были обследованы в неврологическом отделение ГУ НМЦ «Шифобахш» с диагнозом ДЗ (ДЗ, ЗСОНМ, анти-МОГ-ассоциированный синдром). Применяемые методы обследования: диагностический вопросник невропатической боли DN4, опросник оценки качества жизни SF36, опросник тревоги и депрессии Бека, шкала EDSS, МРТ головного и спинного мозга с контрастированием, анализ ликвора, спектр антител (олигоклональные антитела, антитела к AQP-4, анти-МОГ-антитела).

Результаты исследования. Было сформировано 2 группы: основная (1) — пациенты с болевым синдромом (n = 21): и группа сравнения (2): пациенты с демиелинизирующим поражением спинного мозга без болевого синдрома (n = 24). Балл EDSS в группах достоверно не различался, находился в диапазоне 1,5–2,5 баллов. Поражение спинного мозга было подтверждено по данным нейровизуализации. У всех пациентов были исключены конкурирующие причины болевого синдрома (неспецифическая скелетно-мышечная боль, дискогенная радикулопатия, множественные мононевропатии, полиневропатии). Из пациентов с болью, у 15 клинически установлен невропатический характер боли, у 7 — болезненные мышечные спазмы. По данным опросника DN4 4 и более баллов набрали 18 пациентов, 4 пациента — менее 4-х баллов. У большинства пациентов болевой синдром появился после развития неврологической симптоматики в виде неполного/полного поперечного миелита, лишь у 4 пациентов боли наблюдались в дебюте заболевания. Пациенты жаловались на боли в грудном (n = 8), шейном отделе позвоночника с иррадиацией в верхние (n = 6) и нижние конечности (n = 7). При анализе результатов опросника Бека депрессия средней 16 степени тяжести достоверно чаще встречалась у пациентов с сопутствующим болевым синдромом. При оценке опросника SF36 зафиксирован более низкий уровень эмоционального компонента здоровья у пациентов 1 группы по сравнению со 2, в то время как средний уровень физического компонента здоровья в обеих группах достоверно не различался. У подавляющего большинства пациентов характеристики невропатического болевого синдрома после проведённого противорецидивного лечения (пульс-терапия ГКС) не изменилась, 5 пациентов после пульс-терапии отметили небольшое снижение интенсивности боли.

Выводы. Болевой синдром наблюдавшийся у данной группы пациентов носил преимущественно невропатический характер, был коморбидным с депрессией, отрицательно влиял на качество жизни и проявлял минимальную реакцию на противорецидивную терапию. Это подчеркивает необходимость дальнейшего изучения его диагностических особенностей для разработки оптимальной стратегии лечения.

Давлатмирова Г.Ш., Ганиева М.Т., Исрофилов М.О.

ВАРИАНТЫ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ДИЗИММУННЫХ НЕЙРОПАТИЙ: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Оценить сравнительную эффективность вальпроевой кислоты и леветирацетама в монотерапии фокальных форм эпилепсии у детей и взрослых при долгосрочном наблюдении

Материалы и методы. Проведено обследование 27 детей - ОВДП(n=9), ОМАН (n=6), ОМСАН (n=3), ХВДП (n=5). Проводилась оценка двигательного дефицита по шкале MRC, распределение гипотрофий при визуальном осмотре. Особенность течения оценивалась по результатам сбора анамнеза. Оценка чувствительной сферы проведена не у всех включенных в исследование детей в связи с субъективностью оценки чувствительности у маленьких детей.

Результат исследования. среди обследованных 18 детей с синдромом Гийена-Барре во всех случаях характерно острое развитие преимущественно проксимальной слабости в ногах и стремительным нарастанием выраженности неврологического дефицита. В группе с ХВДП в двух случаях развитие симптомов было острым, характеризовалось проксимальной слабостью и не отличалось от СГБ. В остальных случаях симптоматика нарастала подостро. Все рассматриваемые случаи ХВДП у детей имели ремиттирующее течение. У детей начало с нейропатической боли во всем теле, предшествовавшей развитию слабости, было представлено в 55%(n=5) при ОВДП, во всех случаях ОМСАН, в 40%(n=3) случаев ХВДП. Важно отметить вовлечение проксимальной мускулатуры ног при всех рассматриваемых формах у детей. исходя из полученных данных у детей с ДН характерно преимущественно проксимальное распростра-

нение слабости с вовлечением рук и ног в сравнении с когортой взрослых пациентов у которых преобладает дистальное распределение слабости. Для аксональных форм у детей характерно проксимально/дистальное распределение слабости в руках и ногах. Важно подчеркнуть, что клиническая оценка, также, как и у взрослых, проводилась при первичном обследовании при ретроспективном анализе медицинской документации.

Выводы: таким образом, особенностью клинической картины рассматриваемых форм ДН у детей было преимущественно проксимальное распространение мышечной слабости и гипотрофий, наличие ремиттирующего течения в случае ХВДП.

Дадабаев Р.Д., Ҳомидзода Х.Х.

СПЕКТРОСКОПИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПСОРИАЗА В СОЧЕТАНИИ С МИКОЗАМИ

Кафедра дерматовенерологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучение роли инфракрасной спектроскопии при дифференциальной диагностике псориаза в сочетании с другими дерматозами.

Материал и методы. Под клиническим наблюдением находились 40 больных (1 группа - 20 больных с псориазом в сочетании с грибковыми заболеваниями, 2 группа (контрольная) – 20 пациентов с вульгарным псориазом). Возраст больных составил от 4 до 56 лет. Распространённый псориаз в прогрессирующей стадии диагностирован у 80% больных. У остальных была стационарная стадия, папулезно-бляшечная форма заболевания. Исследование спектра биосубстратов (плазма крови, волосы, ногти, чешуйки) проведено у всех пациентов на двухлучевом спектрометре "SPECORD-75 IR" в интервале частот 400-4000 $см^{-1}$.

Результаты исследования. Исследование формы, интенсивности и положения частоты максимума полос поглощения в ИК–спектрах пациентов 1 группы дали информацию о физико-химическом состоянии функциональных групп в исследуемых биосубстратах.

Инфракрасные спектры биосубстратов у больных псориазом в сочетании с паразитарным сикозом отличались по интенсивности в сравнении с контролем. В частности, сильная полоса 2830 в ИК спектрах больных обычным псориазом отсутствовала, полоса поглощения ОН–групп была очень интенсивной и широкой, а её максимум в 3,2 раза оказался выше, чем у полосы 1620 $см^{-1}$.

У пациентов 2 группы в области частот 3600-2400 $см^{-1}$, проявлялись частоты валентных колебаний ОН-групп, включённых в меж- и внутримолекулярные водородные связи, группы CH_2, CH_3, и интенсивные полосы поглощения с $\nu_{max.}$ 3300 и 2820 $см^{-1}$. Интенсивность полосы 1620 $см^{-1}$ в 1,3 раза была выше, чем у полосы 3330 $см^{-1}$, а пик полосы 1540 $см^{-1}$ становился более чётким.

Выводы. Получен банк данных спектрального анализа биосубстратов у больных псориазом в сочетании с грибковыми заболеваниями кожи.

ИК-спектроскопия может быть использована при дифференциальной диагностике сочетанных дерматозов, что является важным при разработке этиопатогенически обоснованной терапии данных пациентов.

Джаборов М.К.

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПРИВОДЯЩЕЕ К ИНФАРКТУ МИОКАРДА У МУЖЧИН СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Кафедра пропедевтика внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Изучить и оценит основные факторы риска развития инфаркта миокарда у мужчин среднего и пожилого возраста.

Материал и методы. Было обследовано 170 мужчин с ИМ в ГУ ГУЗ №2 в отделение кардиоревматологии за весь период 2023 и половина 2024 года, средний возраст их составил 53,4±1–2 лет. Преобладали мужчины среднего возраста – 100, пожилых было 70. У всех пациентов оценивались показатели липидного, углеводного обмена, проводилась оценка уровня гиподинамии.

Результаты. Среди госпитализированных мужчин с ИМ 70 (41,1%) пациентов были курильщиками, среди лиц среднего возраста курение выявлено у 53 (75,7%), среди пожилых – у 17 (24,2%). Средний показатель ИМТ составил 27,7±0,4 кг, у пациентов среднего возраста показатель ИМТ составил 26,8±0,5 кг и оказался несколько меньшим, чем у пожилых, – 27,3±0,7. Среди мужчин среднего возраста с ожирением 15 (8,8%) пациентов имели абдоминальный тип ожирения; среди пожилых выявлено несколько больше лиц с ожирением по абдоминальному типу – 16 (9,4%). Повышение артериального давления диагностировано у 150 (88,2%) пациентов. Среди мужчин среднего возраста ГБ выявлена у 95 (63,3%) пациентов, среди пожилых – у 55 (36,6%). Нарушения углеводного обмена выявлены у 18 (10,5%) пациентов с ИМ, среди них 13 (72,2%) мужчин среднего возраста и 5 (27,7%) пожилых. Инсулинорезистентность диагностирована у 26 (15,2%) мужчин с ИМ, среди них 14 (53,8%) пациентов среднего возраста и 12 (46,1%) пожилых. Средний уровень инсулина среди мужчин среднего возраста составил 13 (8,30–17,37) м моль/л, у пожилых – 12 (7,32– 21,35) м моль/л. Нарушения липидного обмена выявлены у 44 (25,8%) мужчин среднего возраста и у 43 (25,2%) пожилых пациентов и представлены повышением уровня ЛПНП до 2,38±0,2 м моль/л – в среднем возрасте и до 2,7 ±0,1 м моль/л – в пожилом. Гиподинамия выявлена у 100 (58,8%) пациентов с ИМ, из них 52 (52%) лица среднего возраста и 48 (48%) пожилых.

Выводы. Для мужчин среднего возраста основные факторы риска которые приводили к инфаркта миокарда это курение, гиподинамия, абдоминальный жир и инсулинорезистентность. Таким образом для мужчин пожилого возраста основные факторы риска которые приводило к инфаркта миокарда это было курение, абдоминальный жир, гипертоническая болезнь, нарушение углеводного обмена, повышением уровня ЛПНП и гиподинамия.

Джалилзода М.С., Наджмиддинова М.Н., Урунова Ш.Д.

ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ ПРИ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им.
Гулямова М.Г. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Выявить основные жалобы и динамические расстройства мозгового кровообращения у больных с вертебробазилярной недостаточностью.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 42 больных с вертебробазилярной недостаточностью, находившихся на стационарном лечении во 2-ом неврологическом отделении НМЦ РТ города Душанбе. Из 42 пациентов было 25 - женщин и 17 - мужчин в возрасте 50-75 лет. Диагноз верифицировался на основании неврологического осмотра и специальных методов исследования, которые включали рентгенограмму шейного отдела позвоночника, ультразвуковое допплерографическое исследование сосудов головного мозга (УЗДГ), магнитно-резонансная томография позвоночного столба.

Результаты исследования. Основными жалобами со стороны динамических расстройств мозгового кровообращения были: расстройства сна, головные боли, головокружения, шум в ушах, которые регистрировались у 36 (85,7%) больных. Со стороны неврологического статуса были выявлены когнитивные расстройства, диффузная микроочаговая симптоматика: сухожильная анизорефлексия, лёгкого изменения походки и неуверенность при выполнении действий, требующих точной координации. Со стороны УЗДГ регистрировались изменения показателей церебральной гемодинамики, характеризующиеся снижением величины и скорости пульсового кровенаполнения, затруднения венозного оттока на фоне гипертонической гемоциркуляции в сосудах каротидного и вертебробазилярного бассейнов у 31 (73,8%) больных.

Выводы. Результаты проведённого исследования показали, что основными жалобами вертебробазилярной недостаточности являются: расстройство сна, головные боли, головокружения, шум в ушах, которые регистрировались у 85,7% больных.

Джалилзода С.С., Гарибшоев З.Ш.

ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ПОЛИКИСТОЗОМ ПОЧЕК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА

Кафедра внутренних болезней №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан

Цель исследования. Установить вероятность развития терминальной стадии ХБП при аутосомно-доминантной поликистозной болезни почек в зависимости от пола и возраста.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 401 больной, получающих амбулаторное и стационарное лечение ЗПТ в Государственном учреждении «Городской научный центр реанимации и детоксикации» (ГУ «ГНЦР и Д») г. Душанбе.

Число обследованных мужчин составило 267 (66,6%) и женщин 134 (33,4%). Возраст лиц, проходящих обследование, среди мужчин колебался от 23 до 71 лет, среди женщин – от 18 до 69 лет.

Результаты исследования. Из обследованных 401 больных аутосомно-доминантная поликистозная болезнь почек была выявлена у 10 (2,5%) больных. Из них 6 (60%) мужчин и 4 (40%) женщин. Возраст больных страдающих поликистозной болезнью почек колебался от 40 до 65 лет. Результаты исследования показали, что у 25% больных с АДПБП развитие терминальной почечной недостаточности наблюдается к 47 годам, у 50% — к 59 годам и у 75% — к 70 годам.

Стоит отметить, что подобные результаты были отмечены и в других исследованиях зарубежных учёных. Во французском исследовании 22% пациентов с АДПБП имели тХБП к 50 годам, 42% - к 58 годам и 72% - к 73. Европейское исследование с включением свыше 300 тыс. пациентов, начавших ЗПТ в период с 1991 по 2010 г., показало, что частота ЗПТ пациентов с АДПБП с поправкой на возраст и пол несколько увеличилась за период исследования с 7,6 до 8,3 на млн населения.

Выводы. Результаты исследования показали, что при анализе полового распределения с учётом возраста можно заключить, что у мужчин прогрессирование АДПБП (с коэффициентами 1,5) выше чем у женщин. У больных с АДПБП развитие тХБП наблюдается к 47 годам, у 50% — к 59 годам и у 75% — к 70 годам.

ДжалилзодаС.С., Рахимова Р.К.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ МУРГАБСКОГО РАЙОНА

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

Цель исследования. Оценить некоторые аспекты формирования почечной патологии среди жителей самого высокогорного региона - Мургабского района Горно-Бадахшанской автономной области Республики Таджикистан.

Материалы и методы исследования. За период с 1.10.2022 г. по 1.10.2023 г. всего было проведеноультразвуковое исследование (УЗИ) почек и измерение артериального давления у 1000 жителей Мургабского района Горно-Бадахшанской автономной области.Число обследованных мужчин составило 310 (31%) и женщин 690 (69%). Возраст лиц, проходящих обследованиесреди мужчин,колебался от 23 до 80 лет, среди женщин - от 18 до 83 лет. Выбор данного административно-территориального объекта был обоснован географическим расположением, а именно в высокогорном регионе республики. Данный регион расположен на высоте от 3600 до 4200 метров.

Результаты исследования. Повышение уровня артериального давления (АД) различной степени выраженности и частоты отмечалось у 126 (12,4%) обследованных. У 64 (6,4%) обследованных наблюдалась лёгкая степень АД, которая колебалась в пределах от 140/90 мм.рт.ст до 155/95 мм.рт.ст, преимущественно у лиц, средний возраст которых составлял 51 год. У 21 (2,1%) пациента уровень АД достигал от 160/100 мм.рт.ст до 179/105 мм.рт.ст, средний возраст соответствовал 60 годам и у 41 (4,1%) уровень АД был выше 180/110 мм.рт.ст., что свидетельствовало о 3 степениартериальной гипертензии, при которой средний возраст обследованных равнялся 75 годам.

Ввиду того, что при проведении УЗИ скрининга по обращению среди жителей Мургабского района не было выявлено больных с поликистозной болезнью почек, мы решили провести УЗИ по распространённости в данном районе на высоте 3619 метров над уровнем моря. В ходе проведённого УЗИ почек у 2 (0,2%)обследуемых был выявлен поликистоз почек, оба мужчины: 1968 и 1993 года рождения, при этом они родились внеродственных браках. У мужчины 1968 года рождения констатирована эхокартина поликистоза почек, увеличение обеих почек и нефроптоз 0-1 степени правой почки, обнаружены конкременты в обеих почках. В кортикальной эхо структуреправой почки было обнаруженомножество кист, диаметромот 28 мм до 60 мм; в проекции с/п-56 мм; в проекции н/п - 46 мм. В кортикальной эхо структуре левой почки - множество кист, диаметром от 28 мм до 60 мм; в проекции с/п - 56 мм; в проекции н/п - 46 мм.

У мужчины 1993 года рожденияатакже подтверждена эхокартина поликистоза почек, увеличение обеих почек и нефроптоз 0-1 степени правой почки, обнаружены конкременты в обеих почках. В правой почке выявлена неоднородная эхоструктура за счёт множественных кист, диаметром от 3 до 21 мм, в левой почке - диаметром от 3 до 23 мм.

Выводы.Скрининг состояния здоровья жителей высокогорного Мургабского района показал существенные факторы для формирования почечной патологии.

Джобирзода А.Б., Саидов П.А. Зарипов Н.Р.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ И ДИАГНОСТИКА НОРМОТЕНЗИВНОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Целью данного исследования является анализ клинических проявлений и диагностика нормотензивной гидроцефалии на основе представленного клинического случая.

Материалы и методы исследования. Исследования было проведено на кафедре неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора Гулямова М.Г. ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Пациент 60 лет, имел данные жалобы: нарушение ходьбы, ощущения тяжести в ногах, постуральная неустойчивость, учащенное мочеиспускание (с эпизодами недержания мочи), нарушение памяти. Около 3 лет назад стала отмечать нарушение походки (походка стала более замедленной, со слов пациента появились ощущения тяжести в ногах). В течении года также стали появляться нарушения мочеиспускания, императивные позывы на мочеиспускание, эпизоды недержания мочи. Супруга пациента стала замечать его невнимательность в быту, нарушение памяти, концентрации внимания. Был оперирован по поводу артроза левого коленного сустава. Артериальная гипертония 3 степени. Постоянно принимает амлодипин и кардиомагнил. Пациенту были проведены объективное неврологическое, нейропсихологические (MOCA, MMSE) и инструментальные исследования.

Результаты исследования. Неврологический статус: в сознании, контактен. Менингеальных знаков не выявлено. глазные щели D=S. Фонация, глотание не нарушено. Тонус мышц S=D неизменен. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук- симметричные, живые. Коленные рефлексы симметричные, оживлены с расширением зон, ахилловы -симметричные, живые. Патологических кистевых и стопных знаков нет. Нарушений чувствительности нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчив. Тандемная походка затруднена. Гиперкинезов не выявлено. Пробы на гипокинезию отрицательные. Нейропсихологическое тестирование: MOCA-23 балла (ошибки в тесте рисования часов, нарушено запоминание слов снижена фонетическая активность), MMSE-28 баллов (испытывает трудности в воспроизведении слов). МРТ головного мозга отмечаются признаки расширения боковых желудочков без соразмерного расширения корковых борозд, признаки перивентрикулярного лейкоареоза.

Выводы. Представленный клинический случай демонстрирует классические признаки нормотензивной гидроцефалии, включающее триаду симптомов: нарушение ходьбы, когнитивные расстройства и недержание мочи. Диагноз был подтверждён на основе клинической картины, результатов неврологического осмотра, нейропсихологических тестов и данных МРТ.

Джобирзода А.Б., Исрофилов М.О., Ганиева М.Т.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОГО ИНСУЛЬТА И ВЕСТИБУЛЯРНОГО НЕЙРОНИТА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Выявить клинические характеристики острого вестибулярного синдрома, наиболее информативные при дифференциальной диагностике ВБИ и ВН.

Материалы и методы. Обследованы 15 пациентов, в экстренном порядке поступившие в неврологическое отделение с подозрением на инсульт. Проводилась подробная оценка отоневрологического статуса (включая алгоритмы STANDING и HINTS+) и нейровизуализация (МРТ).

Результаты исследования. Из 15 пациентов у 10 диагностирован ВБИ, у 5 пациентов диагностирован вестибулярный нейронит. Наиболее мощным дифференциально-диагностическим критерием, указывающим на ВБИ, явился взор-индуцированный нистагм, ассоциированный с увеличением шанса наличия ВБИ в 15,9 раза. Также с повышением риска ВБИ ассоциированы ощущение неустойчивости (в 6,3 раза), возраст старше 58 лет (в 4,1 раза), дисметрия в пальценосовой пробе (в 3,7 раза), адиадохокинез (в 3,1 раза) и туловищная атаксия (в 3 раза). С повышенным шансом диагноза ВН ассоциировано наличие положительного одностороннего импульсного теста поворота головы (в 6 раз), подчинение нистагма закону Александера (в 3,7 раза) и наличие тошноты (в 2,5 раза). Разработана модель дифференциальной диагностики ВБИ и ВН у пациентов с острым головокружением. Точность модели на валидационной выборке составила 100%.

Выводы. Клинические методы сохраняют приоритет в дифференциации ВБИ и ВН. Наиболее информативными дифференциально-диагностическими критериями в условиях оказания экстренной неврологической помощи являются возраст пациента, характеристики нистагма, импульсный тест поворота головы и мозжечковая дисфункция.

Джобиров А.Р., Хакимов В.Б.

ХРОНИЧЕСКИЙ СТРЕСС И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. проф. М.Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан

Цель исследования. Цель нашего исследования заключается в анализе воздействия хронического стресса на когнитивные функции у людей, а также в изучении его корреляции с психическими расстройствами. Исследование было проведено на кафедре неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. профессора М.Г. Гулямова, включив выборку из 63 участников, из которых 32 человека испытывали хронический стресс, а 31 были здоровыми, включая студентов, которые подвергались стрессу.

Материалы и методы. Для исследования использовались клинические интервью для оценки уровня стресса и выявления психиатрических расстройств. Применялись стандартизированные опросники, такие как шкала воспринимаемого стресса (PSS) и шкала депрессии Бека (BDI). Когнитивные функции оценивались с помощью Stroop Test и California Verbal Learning Test.

Результаты исследования. В исследовании, проведённом на выборке из 63 исследуемых (31 мужчина и 32 женщины) в возрасте от 25 до 50 лет, изучались когнитивные функции у людей с хроническим стрессом в течение 12 месяцев. Участники были разделены на две группы: 32 человека с диагнозом хронического стресса и 31 здоровый контрольный участник. Когнитивные функции оценивались с использованием нейропсихологических тестов.
Результаты показали, что у участников, испытывающих хронический стресс, наблюдается выраженное снижение когнитивных функций по сравнению с контрольной группой. Средний результат по тесту на рабочую память среди группы с хроническим стрессом составил **5,8 ± 1,2** балла, в то время как в контрольной группе этот показатель составил **7,9 ± 0,9** баллов. Также в тесте на скорость обработки информации группа с хроническим стрессом продемонстрировала увеличение времени выполнения на **25%** по сравнению с контрольной группой.

Выводы. Хронический стресс имеет негативное воздействие на когнитивные функции и может способствовать развитию различных психиатрических расстройств. Важным направлением будущих исследований является более глубокое понимание механизмов, связанных со стрессом, а также разработка новых терапевтических стратегий, направленных на улучшение когнитивных функций и общее качество жизни пациентов.

Джонназарова Д.Х.

ХРБС В СТРУКТУРЕ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

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

Цель исследования. Изучить частоту и характер ХРБС в структуре ревматических заболеваний в условиях специализированного стационара ГМЦ №2 (г. Душанбе).

Материалы и методы. Источником информации служили медицинские карты стационарного больного ревматологического отделения за период 2022-2024 годы. Анализ историй болезни (n=800) проводился по специально-разработанной карте, где включены демографические, анамнестические, лабораторные и инструментальные характеристики.

Результаты исследования. Из 800 пролеченных больных с различной ревматической патологией за исследуемый период 110 составили больные ХРБС. Из них 63,3% - женщин, 36,7% - мужчин, средний возраст - 48±0,5; средняя длительность болезни - 9,5 лет. Преобладали больные с умеренно-выраженным кардитом (73,8%) и минимальной степени активности (58,9%). Частота вовлечение в процесс серозных оболочек (6,3%), кожи и подкожной клетчатки (1,8%), артралгии (53,2%), поражение нервной системы (31,3 %). Большинство больных (88,1%) с ХРБС имели различные стадии ХСН и реже (9,9%) септические осложнения. Анамнестические данные свидетельствовали о латентном течении, из 800 больных, лишь 33 (8,2%) указывали на наличие суставных атак в дебюте болезни. Мы также проанализировали эхокардиографические данные, и регистрация распределилась следующим образом: Митральные пороки 53,4%(n=62), комбинированные пороки 26,7%(n=12), аортальные пороки 6,8%(n=6). Тогда как 12,9% (n=6) случаев обнаружилась только постворспалительный краевой фиброз створок. Ревматические пороки сердца (РПС) у 62%(n=56) больных привело к таким тяжёлым осложнениям, как нарушение сердечного ритма, лёгочная гипертензия, сердечная астма, образование тромба, кардиальный фиброз и др. Нарушение сердечного ритма (мерцательная аритмия и желудочковая экстрасистолия) составила 62,5% (n=45); 16,6% (n=12) больные с лёгочной гипертензией; у 26,3% (n=19) больных развился кардиальный фиброз печени.

Выводы. Для ХРБС свойственно преобладание женского варианта со средним возрастом 48±0,5. Клиническая картина отличается минимальной степенью активности с умеренно выраженным кардитом и высокой частотой присоединения ХСН. Анализ анамнестических данных свидетельствует о латентном течении в дебюте болезни. Из результатов инструментальных методов диагностики наблюдаем, что исходом ХРБС чаще бывает РПС, который и определяет прогноз заболевания.

Джонназарова Д.Х.

ЧАСТОТА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

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

Цель исследования. Изучить сопутствующую патологию и компоненты метаболического синдрома у больных с подагрой и их влияние на течение нефропатии.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования были 12 мужчин больных подагрой последовательно госпитализированных и наблюдавшихся в ревматологическом отделении ГМЦ №2 в период 2022 -2024 годы. Возраст больных колебался в широких пределах, 76,2% были пациенты 51-60 лет, средний возраст составил 53,7±0,9 лет. Длительность болезни варьировала от одного месяца до 18 лет, в среднем составила 4,4± 0,6 лет. Тофусы различной локализации и величины обнаружены у 48% больных: множественные в 35% случаев, единичные в 18%. У большинства (58%) тофусы были мелкие, крупные (размером до 2,5 см) наблюдались у 6 больных. Диагноз нефролитиаза ставился на основании клинических симптомов и данных УЗИ. Артериальная гипертензия (АГ) диагностировалась при величинах дневного систолического АД (САД) выше 140 мм.рт.ст. и диастолического (ДАД) выше 90 мм.рт.ст. (Рекомендации ВОЗ и МОАГ.1999) АГ имела место у 10 больных. Диагноз ишемической болезни сердца (ИБС) устанавливался больным в соответствии с критериями ВОЗ (1979). Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) была диагностирована у 2пациентов.

Клиническая диагностика метаболического синдрома (МС) осуществлялась на основании рабочих критериев экспертов Национального института здоровья США (2002).

Для диагностики СД 2 использовались критерии ВОЗ, исходя из которых диагноз СД2 выставлялся при не менее чем 2-кратном определении повышения уровня глюкозы натощак >6,1 ммоль/л в цельной крови и 7,0 ммоль/л в сыворотке. Сывороточная концентрация глюкозы < 6,1 ммоль/л соответствовала состоянию нормогликемии.

Результаты и обсуждение Сравнительный анализ, касающийся АГ у больных подагрой в целом, показал, что АГ была выявлена у 10 больных.

Обменные нарушения у больных подагрой в сочетании с СД 2-го типа характеризуются, помимо свойственной больным подагрой ГУ, также наличием гипергликемии и гиперинсулинемии, обладающих оппортунистическим действием на уратный обмен. В этой связи, учитывая облигантность ГУ при подагре и частое сочетание последней с ИРИ СД 2-го типа, нами были рассмотрены особенности взаимоотношений нарушений обмена МК, глюкозы и инсулина для выявления клинических особенностей подагры при сочетании её с СД 2-го типа.

Из 12 больных подагрой у 3 был выставлен диагноз СД 2-го типа. Так, средний возраст больных с СД 2-го типа составил 59,1±8.1 год, а длительность подагрического анамнеза 5,6±1,41 и 6,9±1,82 соответственно. Частота встречаемости СД 2-го типа среди больных подагрой с ХПН и без ХПН оказалась сопоставимой, составила 22,5% (n=7) и 25,5% (n=8) соответственно (P>0,05).

Выводы. Частота и характер компонентов метаболического синдрома отличаются в различных возрастных группах больных подагрой. Наличие сопутствующих заболеваний у больных подагрой достоверно ухудшает индекс тяжести подагры и азотовыделительную функцию почек. Осведомлённость пациентов подагрой о наличие ХПН низка и составила 30%, при этом только 14% больных получали терапию.

Джумахонова С.Т., Саидмурадова Ф.Л.

ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ КАК ФАКТОР УХУДШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ

ГУ «Медицинский центр Исполнительного аппарата Президента Республики Таджикистан».

Цель исследования: Оценить влияние фибрилляций предсердий (ФП) на качество жизни пациентов с синдромом старческой астении (СА).

Материалы и методы. Сформированы 2 группы обследуемых, в 1 включили 34 пациента с СА и ФП, во 2 – 39 больных с СА без ФП. Группы были сопоставимы по возрасту и гендерному составу. Синдром СА диагностировался на основании шкалы повседневной инструментальной активности (IADL).ФП устанавливалась ретроспективно при анализе амбулаторных карт. Далее проведена сравнительная оценка качество жизни в обеих группах по опроснику SF-36. Также была проанализирована коморбидная сердечно-сосудистая патология.

Результаты исследования: Анализ качество жизни установил существенную разницу в физическом аспекте: PF(43,1+- 9.7 b 51,2 +-8,1), и PR (41.4+-9.1 и 52.3+-7.1), GH (48.7+-7.7 и 558.2+-10.4), данные психического статуса различались не столь выражено: SF(46.2+-9.0 и 49.6+-10.0) и RE (45.5+- 8.3 и 50.2+- 9.4). У женщин в обеих группах, по сравнению с мужчинами, более низкие показатели компонентов физического и психического статуса. Распространенность коморбидной сердечно-сосудистой патологии в первой группе была очень выражена: артериальная гипертензия (1 группа 20.0%; 2 группа 87%), хроническая сердечная недостаточность (1 группа- 40%: 2 группа 38%), постинфарктный кардиосклероз (1 группа 20%: 2 группа 17.8%).

Выводы. ФП влияет на снижение как физических, так и психических показателей качество жизни у пациентов

со старческой астении, причем ухудшение физических параметров более выражено. У женщин в обеих группах, по сравнению с мужчинами, более низкие показатели компонентов физического и психического статуса.

Джумахонова С.Т.

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В СОЧЕТАНИИ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

ГУ «Медицинский центр Исполнительного аппарата Президента Республики Таджикистан».

Цель исследования: изучение функции и параметров сердца у пациентов с метаболическим синдромом в сочетании с фибрилляцией предсердий.

Материал и методы. Всего были проанализированы данные 58 пациентов с диагнозом фибрилляций предсердий. Средний возраст составил 63.13+/- 5 лет. Из них 46.55% женщин (n=20) и 53.44% мужчин (n=31). Пароксизмальная форма выявлялась в 25.86%. Пациенты были разделены на 2 группы: с метаболическим синдромом и без. Параметры сердца оценивались по данным эхокардиографии.

Результаты исследования: По результатам проводимого эхокардиографического исследования в первой группе объем левого предсердия (ЛП) составил 90.17+\-30.3, а во второй гркппе-74.2+\-11.25 ($p<0.05$). Выявлена статистическая достоверная разница между группами (<0.05) показателей, индексированный объемом ЛП и его площадь, которые составили 43.5+\- 9.6мл/м^2 , 5.4+\-3.85 мл/м^2 и 38.2+\- 6.25 см^2 ;22.75+\- 2.7см^2 . ИММЛЖ был выше в первой группе и составила 106,65+\- 17.41 и 101.46+\-15.93, но достоверной разницы выявлено не было. Проведенный многофакторный корелляционный анализ выявил прямую взаимосвязь площади ЛП с ИМТ ($r=0.26$, $p< 0.05$) и ФВ ($r=0.428$, $p< 0.001$); а также между объемом ЛП и КДО ЛЖ ($r =0.345$, $p <0.05$); площадью ЛП ($r= 0.791$, $p<0,001$) и площадью ПП ($r=0.406$, $p< 0.05$).

Выводы: По оценкам эхокардиографических параметров выявлено, что у всех исследуемых пациентов наблюдается ремоделирование миокарда с развитием гипертрофии миокарда ЛЖ, дилатацией предсердий. Но в группе ФП в сочетании с МС структурно-функциональные изменения более выражены, что, возможно, обусловлено наличием коморбидного фона.

Дододжони А.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования: оптимизации немедикаментозных методов метаболического синдрома с последующей разработкой методических рекомендаций в звене ПМСП.

Материал и методы: Исследование было проведено в Государственном учреждении городского центра здоровья № 2 (ГУ ГЦЗ№2) города Душанбе. Материалом для исследования послужили опрос пациентов методом анкетирования. Большинство опрошенных лиц были мужчины и женщины в возрасте (от 39-63 лет) с ИМТ более 28, лица с ожирением I-III степени. По результатам анкетирования пациенты отмечают о неоднократных попытках снижения массы тела с недостаточной эффективностью ввиду недостаточной мотивации, сопротивлению новому образу активности и сложностью применимых диет. При этом информацию об использовании той или иной диеты пациенты находят в сети интернет, подчеркивая, что на приеме у терапевтов и семейных врачей они лишь слышат рекомендации - «вам нужно похудеть» с приложенным списком рекомендуемых продуктов, не объясняя, зачем и как пациенту необходимо худеть.

Результаты исследования. В свою очередь со стороны терапевтов и врачей смежных специальностей отмечаются наблюдения что пациентами чаще используется применение различных фармацевтических препаратов и БАД комплексов, сопровождающихся высокой ценой. Однако «нашему» пациенту легче купить «волшебную таблетку» чем выйти за пределы так называемого дискомфорта во имя сохранения и улучшения качества своей жизни. К тому же медицинский персонал акцентирует внимание на отсутствие специальных кабинетов для работы с такого рода пациентами, более того, врач не обладает ни временем для широкого и внятного объяснения методики снижения веса, ни необходимой информацией. На основании анкетирования были сделаны выводы об отсутствии индивидуального комплексного подхода в профилактике и лечении лиц с метаболическим синдромом, а также о низком авторитетном влиянии врача как наставника в попытке оказания влияния на изменение образа жизни пациента. В ходе исследования был проведен анализ литературных источников близкого и дальнего зарубежья, результаты исследований в этой области. В ходе медицинской практики нельзя не сказать о том, что у большинства пациентов отсутствует понятие о здоровом образе жизни. Все знают, что не надо принимать алкоголь в избыточном количестве, вредно курить, но понятие здорового питания размыто даже у образованных людей.

Выводы. Формирование новых поведенческих установок, снижающих распространенность факторов риска (табакокурение, злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность), здоровое сбалансированное питание, рост числа регулярно занятых физической культурой и спортом, обеспечение постоянного доступа к питьевой воде, уменьшение загрязнения воздуха, воды и почвы, снижение уровня шума с учетом данных мониторинга их влияния на состояние заболеваемости населения.

Дододжони А., Эшонкулова Г.А.

ПРИВЕРЖЕННОСТИ К МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования: оценка приверженности и его факторов препятствий у пациентов с хроническим гастритом, в амбулаторных условиях.

Материал и методы: Исследование было проведено в Государственном учреждении городского центра здоровья № 2 (ГУ ГЦЗ№2) города Душанбе. В исследовании участвовали 53 пациентов, которому принимали лечение от гастрита у семейных врачей. Из них было 32 (60,4%%) женщин и 21 (39,6%) мужчин. Их средний возраст составлял в пределах 39,7±1,6 года. Приверженность к лечению определяли по методу С.В. Давыдова (2000, 2001), суть которого состоит в вычислении его интегрального показателя и основных составляющих факторов. Выделены 9 основных факторов: 1) финансовая сторона; 2) медико-социальная адаптированность больного; 3) медико-социальная информированность; 4) отсутствие приверженности к лечению нетрадиционными способами; 5) медико-социальная коммуникабельность; 6) удовлетворенность режимом назначенной терапии; 7) отсутствие склонности к медико-социальной изоляции; 8) доверие к терапевтической стратегии лечащего врача; 9) результативность проводимой или ранее проведенной терапии.

Результаты исследования. Данные, полученные при исследовании общего значения приверженности у амбулаторных пациентов с гастроэнтерологической патологией, свидетельствуют о том, что у пациентов с хроническим гастритом 32,1% является финансовые проблемы, у 66,1% отмечена не столь высокая медико-социальная адаптация пациентов. Можно сказать, что практически все пациенты 45 (88,6%) имели информацию о медико-социальной осведомленности о своем заболевании, но небольшая часть из них 24 (45,2%) обладали навыками медико-социальной коммуникации. Что касается приверженности пациентов к медикаментозному лечению, то исследование показало, что 75% из них не так уж соблюдают его, но прежде всего следует отметить, что 62,1% пациентов показали себя положительно в отношении веры в стратегию лечения врачами. Удовлетворенность назначенной схемой терапии выразили 9 пациентов (16,9%), удовлетворение выразили 44 пациента (83,1%). Относительно результатов предыдущего медикаментозного лечения больных было показано, что большой процент - 73,5% больных хроническим гастритом оценили его хорошо, 20,7% сообщили, что не ощутили результата предыдущего лечения, а 5,6% выразили неудовлетворенность.

Выводы. У больных с хроническим гастритом отмечается снижение доверия к терапевтической стратегии лечащего врача, поэтому необходимо установить доверительные отношения между лечащим врачом и пациентом. Максимальное понимание между доктором и больным достигается только в работе семейного врача. Для повышения медикосоциальной информированности у данных пациентов необходимо проводить санитарно-просветительную работу – о сущности заболевания, профилактике, ранней диагностике и лечении.

Дониёров Б.Б., Мавлянова З.Ф., Джурабекова А.Т.

ВЛИЯНИЕ ТИПОВ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И УРОВНЯ ТРЕНИРОВАННОСТИ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У СПОРТСМЕНОВ

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Оценить влияние типов высшей нервной деятельности и тренированности на скорость восстановления сердечного ритма у спортсменов

Материал и методы исследования. В исследовании участвовали 142 спортсмена (67 футболистов и 75 легкоатлетов) в возрасте 17-20 лет, разделенные на 4 группы по типам высшей нервной деятельности (ВНД): сангвиники (41,55%), холерики (28,87%), флегматики (19,01%) и меланхолики (10,56%). Для измерения коэффициента восстановления частоты сердечных сокращений (HRR) использовались пульсометр и секундомер. HRR определялся как разница между пиковым ЧСС и ЧСС через 1 и 2 минуты после нагрузки. Анализ данных включал тест Шапиро-Уилка для проверки нормальности, ANOVA с тестом Тьюки для сравнения групп, и регрессионный анализ для оценки влияния ВНД и уровня тренированности на HRR. Различия считались значимыми при $p < 0.05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Наши исследования показали, что сангвиники восстанавливаются быстрее всех: HRR1 у футболистов на первом году тренировок — 35-45 уд/мин, на уровне 2-3 разряда — 40-50 уд/мин. Холерики и флегматики восстанавливаются медленнее: у футболистов HRR1 на первом году — 30-40 уд/мин, а у легкоатлетов эти показатели на 5-10 уд/мин ниже. Меланхолики показывают самые низкие значения: HRR1 у футболистов — 20-30 уд/мин, у легкоатлетов — 15-25 уд/мин. Результаты нашего исследования показали, что восстановление после физической нагрузки (HRR) зависит как от типа высшей нервной деятельности (ВНД), так и от уровня тренированности спортсменов. Сангвиники демонстрировали наиболее быструю реакцию восстановления сердечного ритма, что подтверждается их высокими показателями HRR1 и HRR2 как у футболистов, так и у легкоатлетов. Это можно объяснить их уравновешенностью и способностью эффективно адаптироваться к физическим нагрузкам. Холерики и флегматики восстанавливаются медленнее, что также согласуется с особенностями их темперамента. Холерики, несмотря на высокую активность, могут испытывать трудности с управлением эмоциями и стрессом, что замедляет их восстановление. Флегматики, напротив, из-за их медлительности и устойчивости к стрессу могут иметь сниженные показатели HRR, но их восстановление менее подвержено резким колебаниям. Меланхолики показали самые низкие результаты восстановления, особенно среди легкоатлетов, что связано с их повышенной тревожностью и склонностью к эмоциональному истощению после физических нагрузок. Регрессионный анализ подтвердил, что как тип ВНД, так

и уровень тренированности существенно влияют на скорость восстановления. Сангвиники показали наибольшую способность к восстановлению (коэффициент = 20.28), тогда как флегматики и холерики имели более низкие показатели. Уровень тренированности также сыграл значительную роль в улучшении HRR (коэффициент = 5.58), что подчеркивает важность накопленного спортивного опыта для ускорения восстановления после нагрузки. Регрессионный анализ выявил, что ВНД и уровень тренированности объясняют 48.2% вариаций HRR ($R^2 = 0.482$). Сангвиники (коэффициент = 20.28) восстанавливаются быстрее, флегматики и холерики—медленнее. Уровень тренированности также имеет значительное влияние на HRR (коэффициент = 5.58, $p < 0.001$).

Выводы. Тип ВНД и уровень тренированности оказывают значительное влияние на показатели восстановления ЧСС после нагрузки, что следует учитывать при разработке индивидуальных тренировочных программ для спортсменов различных видов спорта и с разным типом ВНД.

Дроздова М.В., Ларионова С.Н., Шаповалов Л. Е.

СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ АДЕНТОНЗИЛЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Федеральное государственное бюджетное учреждение "Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи" Минздрава России

Цель исследования. Оценить эффективность применения бактериальных лизатов (БЛ) в предоперационной подготовке детей с рецидивирующими инфекциями верхних дыхательных путей и гипертрофией органов лимфоэпителиального глоточного кольца.

Материалы и методы. Проведен анализ публикаций с использованием поисковых систем PubMed,EMBASE и Web of Science в период с января 2004 по июнь 2024 года, связанных с опытом применения и оценкой терапевтической эффективности БЛ в лечении отоларингологической патологии у детей. Для оценки эффективности применения БЛ проводили наблюдение за детьми дошкольного возраста с гипертрофией небных и глоточных миндалин, признаками лимфаденопатии, переносившими более пяти эпизодов острых респираторных заболеваний за календарный год. Критерии невключения: персистирующее течение экссудативного среднего отита, глубокий кариес, респираторные проявления аллергии, первичные иммунодефицитные состояния. Группу сравнения составили дети, сопоставимые по полу и возрасту, не получавшие терапию БЛ. Обследование включало: сбор анамнеза, клинический осмотр, фарингоскопию и эндоскопию носоглотки, анализ на лимфотропные герпесвирусы в смыве из носоглотки методом ПЦР, микробиологическое исследование посевов из носоглотки до начала лечения, через 3 и 6 месяцев, ультразвуковое исследование шейных лимфатических узлов и брюшной полости, клинический анализ крови. БЛ применялись только после собеседования с родителями о характере, методах проведения и целях исследования. Терапия БЛ назначалась тремя 10- дневными курсами с интервалами по 20 дней, таблетки принимались утром натощак под язык.Эффективность терапии оценивали по клиническим симптомам, изменению состояния глоточной и небных миндалин на основании эндоскопического исследования, величине лимфоузлов шеи динамике изменения степени обсемененности носоглотки патологической микрофлорой, молекулярно-генетических и серологических показателей.

Результаты исследования. Результаты клинических и инструментальных данных после завершения курса терапии продемонстрировали в контрольной группе достоверное уменьшение частоты и длительности острых респираторных инфекцийулучшение носового дыхания, отсутствие храпа, редкие ринофарингиты и однократный катаральный средний отит, не потребовавший назначения антибактериальных препаратов.

Выводы. Проведение хирургической санации миндалин лимфоидного кольца глотки крайне нежелательно в стадии реактивации инфекционного процесса. Подготовка к оперативному лечению детей с гипертрофией миндалин и аденоидитов должна сопровождаться адекватной консервативной терапией, включающей рациональное назначение иммунотропных препаратов.

Дырда Н.И., Абдиева Д.Х., Валиева М.С.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ДЕРМАТОЗОВ В ТАДЖИКИСТАНЕ

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

Цель. Показать особенности клинического течения дерматозов у жителей различных климатогеографических зон Таджикистана.

Материалы и методы. Изучение аллергодерматозов у населения, проживающего на разных высотах показало, что интенсивный показатель заболеваемости на 1000 взрослого населения в низкогорье составил 73 %, в среднегорье – 64 %, в высокогорье – 31 %. Мужчины в низкогорье болели несколько чаще, чем женщины (76 % против 70 %), также как и в среднегорье (66 % против 63 %). В высокогорье мужчины и женщины болели примерно с одинаковой частотой (соответственно 31,6 % и 30,5 %) а аллергодерматозы встречались реже, чем в низкогорье и среднегорье соответственно в 2,2 и 2 раза (31 % против 72,7 % и 63,9 %). Интенсивный показатель заболеваемости на 1000 взрослого населения в низкогорье для нейродерматозов составил 28,9 %, экземы – 20,1 %, аллергических дерматитов – 23,7 %, в среднегорье – соответственно 20,5 %, 14,8 % и 28,6 %, в высокогорье – 11,1 %, 9,2 % и 10,7 %. Частота отдельных нозологических форм нейродерматозов на разных высотах неодинакова. Наиболее часто встречается крапивница (11,5 % – в низкогорье, 8,3 % – среднегорье, 4,3 % – в высокогорье), далее идут нейродермит (соответственно 9,5 %, 6,5 % и 4,3 %), кожный зуд (4,4 %, 2,7 % и 0,9 %) и почесуха (3,4 %, 1,9 % и 1,5 %). Дерматозы у больных жителей высокогорья протекают легче, что подтверждается сравнительно низкой регистрацией тяжелых форм болезней (соответственно в 2,1 и 1,7 раза). Среди больных нейродермитом, почесухой и кожным зудом в низкогорье тяжелое течение дерматозов выявлено соответственно у 23 %, 13,9 % и 6,3 % в среднегорье – у 18,4 %, 14,3 % и 4,5 %, в

высокогорье – у 12,5 %, 6,7 % и 0. (Касымов О.И., 1996 г. Саидов Б.И. 2005 г.). По данным Тургуновой Ш.З. (2011 г.) имеются некоторые особенности в клиническом течении экземы в зависимости от высоты проживания. У больных высокогорья распространенные формы дерматоза встречаются реже, чем у больных низкогорья и среднегорья соответственно в 1,5 и 1,2 раза, и протекают легче. Интересные данные получены Курбонбековой П.К. (2007 г.) Установлено, что у жителей высокогорья случаев заболеваемости пиодермией не зарегистрировано. Жители долины в 2,6 раза болеют чаще, чем жители среднегорья (10,8 % против 4,1 %). Заболеваемость среди мужчин в 1,3 раза выше, чем среди женщин (56,3 % против 43,7 %). Как у жителей долины, так и среднегорья чаще регистрировалась стафилодермия, чем стрептодермия (50,5 % против 33,2 %). Определенный интерес представляет исследование приспособительных реакций к действию факторов окружающей среды, изучение индивидуальных различий в вариациях заживления послеоперационных ран и формирования рубцов кожи у жителей разных регионов Таджикистана (Мухамадиева К. М. 2012 г.) Сравнительная оценка клинических проявлений рубцовых поражений у жителей разных климатогеографических районов Таджикистана показала, что келоидные и гипертрофические рубцы кожи у лиц, проживающих в долинных районах, встречаются в 6 раз чаще, чем у жителей высокогорья, что связано с изменениями иммунных показателей и активацией процессов свободнорадикального окисления. В условиях долинных регионов формирование келоидных и гипертрофических рубцов кожи, клинические проявления которых в 2,3 и 1,9 раз соответственно тяжелее, чем у пациентов с келоидными и гипертрофическими рубцами жителей среднегорья и высокогорья. Гипертрофические и келоидные рубцы кожи в 59,7 % случаев формируются у лиц с IV и V фототипом кожи, проживающих в долинных регионах, в то время как в условиях средне- и высокогорья они формируются у лиц с II и III фототипом (37,8 % случаев).

Вывод. Таким образом, полученные результаты исследований актуальны и способствуют правильному подходу к диагностике, терапии и профилактике дерматозов в различных климатогеографических зонах Таджикистана.

Ёдгорова М.Ҷ., Ғайратзода Т.Ғ., Зулфиқоров Ш.М.

ТАҲЛИЛИ МУҚОИСАВИИ ҲИСОБОТИ 9-МОҲАИ СОЛҲОИ 2023-2024 ОИД БА БЕМОРИҲОИ ДИЛУ РАГҲОИ ХУНГАРД дар МД МСШ №15

Кафедраи тибби оилавии МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино. Тоҷикистон

Мақсади тадқиқот. Муқоисаи сатҳи беморшавии беморихои дилу рагҳо дар байни аҳолии Маркази саломатии дар боло зикршуда солҳои ҳисоботии 2023-2024.

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Дар байни аҳолӣ ошкорсозии фаъоли (скрининг) аҳолии мақсаднок оиди хатари беморихои дилу рагҳо дар 9-моҳаи солҳои 2023- 2024 гузаронида шуд. Ҳамагӣ 2169 нафар аз муоина гузаштанд, синну соли аҳолӣ аз 39 то 85 сола. Ба ҳамаи беморон табиби кардиолог, табиби оилавӣ, асабшинос, офталмолог. эндокринолог машварат дода, беморон таҳлили умумӣ ва биохимиявии хун, бо муаянсозии қанди хун, ферментҳои ҷигар, Сабти барқии дил, Эхо-СБД, таҳлили умуии пешобро гузаштанд.

Натиҷаҳои тадқиқот. Натиҷаҳо нишон доданд, ки дар 9-моҳаи соли 2024 назар ба ҳамин давраи соли 2023, ба 1209 нафар зиёдтар машварат дода шудааст, ки ба 44.3% баробар аст. Аз он ҷумла, дар маркази саломатӣ 2087 (96.2%) нафар, ки нисбати соли гузашта 1187 нафар зиёд мебошад (с.2023- 900), аз муоина гузаштанд, ба 82 (3.8%) нафар дар хона машварат дода шуд, ки нисбати соли гузашта 22 нафар зиёд мебошанд. Бо фишорбаландии шараёнӣ 443 (нисбати с.2023-149 нафар зиёд) нафар, бемории ишемиявии дил 103 (51 нафар зиёд) нафар, фишорбаландии соматикӣ 11, норасогии музмини дил 11 (5 нафар зиёд), дистонияи рагию асабӣ 2 ҳодиса,боқимонда бо дигар беморихо ба қайд гирифта шуданд. Аз ҷумлаи муоинашудагон, ба 1623 нафар машварату табобат бо танзими реҷаи ғизо ва парҳезтаъин гардида, 608 нафар ба назорати диспансерӣ гирифта шуданд. Аз рӯи ҷинсият занҳо аз 2/3 ҳиссаи беморони ишемиявии дил ва фишорбаландии шараёниро ташкил доданд. Қайд намудан ҷоиз аст, ки ба ғайр аз бемории асосӣ дар муоинашавандагон инчунин беморихои ҳамрадиф ба монанди фарбеҳӣ, диабети қанд, асабхастагӣ, остеохондроз, остеопороз, миопия, пиелонефрити музмин, пастшастшунавоӣ, беморихои ситемаи узвҳои ҳозима, гепатитҳои вирусӣ, бавосир, камхунӣ ба қайд гирифта шуданд. Беморони ба қайди диспансерӣ гирифта шуда, дар давоми сол ҳар семоҳа аз солимгардонӣ мегузаранд, табобати доругии онҳо қисман аз тарафи Маркази саломатӣ ройгон таъмин карда шуда, муоинаву машварат саривақтӣ гузаронида мешавад.

Хулоса: Ҳамин тариқ натиҷаҳои ба даст омадаи муқоисавии солҳои 2023-2024 нишон доданд, ки скрининги беморихо, яъне фаъолона ошкорсозии онҳо метавонад саривақт омилҳои хатарро дар гурӯҳи мақсаднок ва гурӯҳи хавф ошкор сохта ба солимгардонӣ, пастшавии маъюбшавӣ аз ин беморихоро дар байни аҳолӣ паст намуда ба баланд бардории сифати ҳаётии беморон мусоидат намояд.

Сабаби қариб ду баробар зиёд ба қайд гирифтани беморихои дар боло зикршуда, дар соли 2024 нисбати соли 2023 ин скрининги аҳолӣ мебошад, ки усули афзалиятноки ошкорсозии саривақтии бемориро таъмин менамояд.

Ёдгорова М.Ҷ., Иномзода Ҷ.И., Ҳакимова С.Б.

ТАҲЛИЛИ СОХТОРИИ БЕМОРИҲОИ МАЪЮБОНИ КАЛОНСОЛИ МД МСШ №3 ДАР СОЛИ ҲИСОБОТИИ 2024

Кафедраи тибби оилавии МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”
МД МСШ №3, ш.Душанбе

Мақсади тадқиқот таҳлилили сатҳи маъюбшавии аҳолии яке аз минтақаҳои хизматрасонии МД МСШ №3, дар соли ҷории 2024.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Ҳисоботи омории МД МСШ №3 дар соли 2024. Омӯзиш ва таҳлили ретроспективии таърихи беморони калонсоли дорои гурӯҳи маъюбӣ.

Натиҷаҳои тадқиқот. Таҳлили омори беморони гурӯҳи маюбӣ дошта дар соли ҷории 2024 дар минтақаи № 45-и МД МСШ №3 чунин натиҷаҳоро нишон дод: Ҳамагӣ дар соли ҳисоботӣ шумораи аҳолӣ 2302 нафарро ташкил дод, аз ин лиҳоз калонсолон 1133 нафар (49.2%), ки аз онҳо мардон 560 нафар (49.4%) ва занҳо 573 (50.6%) нафарро ташкил доданд. Ҳамагӣ дар 9-моҳаи соли ҷорӣ 17 (1.5%) нафар калонсоли дорои гурӯҳи маъюбӣ дар қайди назорати табиби оилавӣ қарор доштанд, аз онҷумла бо бемориҳои асаб 5 нафар, ки , ки 29.4%-и ҳамаи маъюбонро ташкил медиҳад, бемориҳои эндокринӣ 3 бемор (17.6%) ба қайд гирифта шуд, ки аз онҳо 2 нафарашон бо диабети қанди навъи 2 дар назорати табиби оилавӣ қарор доранд, бо беориҳои такягоҳу ҳаракат 2 нафар (11.8%), бемориҳои узвҳои босира ва пӯст якнафарӣ (5.9%) ташкил доданд. Дар байни бемориҳои асаб боиси маъюбшавии калонослон ин оқибатҳои осеби мағзи сар мушоҳида шудааст.

Хулоса: Ҳамин тариқ натиҷаҳои тадқиқотҳо нишон доданд, ки сабаби асосии маъюбшавии аҳолии калонсол дар минтақаи №45-и Маркази саломатии номбурда дар соли ҳисоботӣ бештар бемориҳои асаб, бемориҳои эндокринӣ ва чашм нақши муассир доранд.

Аз ин рӯ табибони оилавии маркази сломатӣ бояд корҳои профилактикӣ ва фаҳмондадиҳиро дар байни аҳолӣ ҷоннок намуда маърифати тиббии аҳолиро баланд бардошта пеши роҳи маъюбшавии аҳолиро гиранд.

Ёдгорова М.Ҷ., Мукарамова Д.А., Шамсутдинова Г.А.

СОХТОРИ НОЗОЛОГИИ МАЪЮБОНИ КАЛОНСОЛИ МД МСШ №15 ДАР СОЛИ 2024

Кафедраи тибби оилавии МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”. Тоҷикистон

Мақсади тадқиқот: Муайянсозии сабабҳо ва сохтори маъюбшавии аҳолии МД МСШ №15-и ш.Душанбе.

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Аснои тадқиқот ин таҳлили ретроспективии таърихи 144 беморони дорои гурӯҳи маъюбӣ, аз ҳисоби бемориҳои системаи асаб, дар МД МСШ №15-и ш.Душанбе, дар давраи соли 2024 мебошанд. Синну соли маъюбон аз 18-85 сола, аз он ҷумла мардҳо 88 нафар (61.1%), занҳо 56 нафар (38.8%). Дар умум бошад маъюбони аз ҳисоби бемориҳои асаб 22.8% -ро дар байни 634 шахсони дорои гурӯҳи маъюбӣ ишғол менамоянд.

Натиҷаи тадқиқиот. Натиҷаҳо нишон доданд, ки аз 144 маъюб аз ҳисоби бемориҳои асаб, ки 22.8%-и умумии маъюбонро (634 нафар) ташкил медиҳанд : бо вайроншавии гардиши хуни мағзи сар ва оқибатҳои он 36 нафар (25%), Осори полиомиелит 20 нафар (13.9%), Бемории саръ 19 нафар (13.2%), 18 нафар (12.5%) бо оқибатҳои осеби мағзи сар, оқибатҳои илтиҳоби мағзи сар ва Остеохондрози сутунмӯҳра 16 нафарӣ, ки 16-11.1%-ро ташкил доданд. Бемории ирсии дегенеративии системаи асаб 8-(5.5%), Осори нейроинфексия 4-(2.8%), склерози амиотрофикии паҳлӯӣ 3 (2.1%), Атаксияи мағзчавӣ 2 (1.4%), Брахиоплексити намуди Эрба Дюшена ва бемории Паркинсон 1 нафариро ташкил доданд, ки ба 0.7% баробар аст.

Натиҷаи омӯзиши сабабу омилҳои сарзадани бемориҳо ва маъюбшавии беморон нишон доданд, ки ҷойи намоёнро дар ин раванд ирсият, фишорбаландии шараёнӣ, осбеббардории травматикӣ ва маишӣ, бемориҳои сироятӣ, сироятҳои дохилибатнӣ ишғол менамоянд.

Хулоса: Ҳамин тариқ, тадқиқотҳо нишон доданд, ки дар маъюбшавии аҳолии МД МСШ №15-шаҳри Душанбе ҷойи намоёнро бемориҳои ирсӣ, бемориҳои сироятӣ, осеббардорӣ ва бемории фишорбаландии шараёнӣ ишғол менамоянд. Аз ин рӯ зарур аст, ки самти профилактикии фаъолияти табибони оилавӣ дар марказ таҳвият бахшида шавад, ошкорсозии фаъоли бемориҳои сироятӣ пурзӯр гардонида шуда, омилҳои хатари маъюбшавии аҳолӣ паст карда шавад.

Инчунин самти фаъолиятии солимгардонии аҳолӣ беҳтар гардонида шуда, корҳои фаҳмондадиҳӣ ва тарғиби тарзи ҳаёти солим дар байни аҳолӣ дуруст ба роҳ монда шуда маърифатнокии тиббии аҳолӣ баланд бардошта шавад.

Зайниддинов О.А., Зайниддинова У.О.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА КАРМЕТАДИН В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ЦРБ Бободжон Гафуровского района Гафуров, Таджикистан

Цель. Оценка применения препарата Карметадин (триметазидина дигидрохлорид 35 мг) в терапии больных ишемической болезнью сердца и возможности влияния на качество жизни.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 30 больных со стабильной стенокардией 2-3 ф.к., в возрасте 50-59 лет (средний возраст 55,4±2,6 лет). Больные были разделены на 2 группы, больные, принимавшие Карметадин (n = 15) и контрольная группа (n = 15). Карметадин назначался по 35 мг х 2 раза в сутки. Все больные получали стандартную базисную терапию. Длительность наблюдения составило 2 месяца. Эффективность лечения и качество жизни оценена с помощью ЭХОКГ исследований и анкетирования по Сиэтлскому опроснику (SAQ).

Результат. На фоне базисной терапии включавший Карметадин к концу 2 месяца лечения установлено, что по ЭХОКГ данным увеличение ФВ ЛЖ отмечалось на 14%, КДО ЛЖ снизился на 10%, КСО на 16% по сравнении с исходными данными. При сравнении показателей качества жизни с использованием опросника SAQ до начало исследования в обеих группах значимого различия не было получено. Через 2 месяца наблюдения в контрольной группе не изменились показатели физического ограничения, стабильности и частоты приступов стенокардии, то в группе лечения Карметадином эти критерии улучшились, установлено уменьшения приступов стенокардии в неделю в 3 раза, повышение толерантности к физической нагрузке и удовлетворенности лечением.

Выводы. У больных ИБС, стабильной стенокардией 2-3 ф.к присоединение Карметадина к базисной терапии показало достоверное влияние на эффективность лечения и качество жизни пациентов, как по улучшении физической стороны так и по субъективной оценке своего состояния, также обеспечил дополнительный антиангинальный эффект.

Замунов О.А., Одинаев Ш.Ф., Файзиева Д.Ш.

УРОВЕНЬ ДЕСКВАМИРОВАННЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

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

Цель исследования. Установить уровень циркулирующих десквамированных эпителиальных клеток у пациентов с различными стадиями хронической болезни почек.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили 60 пациентов с хронической болезнью почек из стадий с нарушенной азотовыделительной функцией. Обследовано по 20 человек из каждой стадии ХБП согласно классификации KDIGO, 2012. Возраст обследованных пациентов был от 49 до 70 лет. Из всех обследованных больных было 44 мужчины и 16 женщин. Состояние дисфункции сосудистого эндотелия определяли по содержанию циркулирующих эндотелиальных клеток (ЦЭК) в периферической крови в лаборатории кафедры патологической физиологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино по методике J. Hladovec (1978) в модификации Н.Н. Петрищева с соавторами (2001). Данный метод заключается в выделении эндотелиальных клеток вместе с тромбоцитами с последующей адсорбцией последних посредством аденозиндифосфата.

Результаты исследования. Исследования показали, что у больных на различных стадиях ХБП регистрируется повреждение эндотелия в виде повышения количества циркулирующих десквамированных клеток крови. В норме количественное значение таких клеток составляет не более 5 единиц. Результаты наших исследований позволяют утверждать, что с повышением стадии хронической болезни почек и прогрессирования процесса количественный уровень деквамированных эпителиальных клеток повышается. Так, при начальной стадии ХБП С3 их уровень превышает контрольные значения в 2 раза, составляя в среднем $10{,}2\pm0{,}3\text{x}10^4$/л (контроль - 4,3±0,2). При сравнительном анализе наибольший уровень регистрируется в терминальной стадии ХБП С5, составляя $15{,}7\pm0{,}3\text{x}10^4$/л. Аналогичная тенденция повышенного уровня ДЭК регистрируется и при ХБП С4 стадии, где их уровень приближается к $13{,}6\pm0{,}4\text{x}10^4$/л.

Повышенный уровень ДЭК при ХБП обусловлен полиорганностью поражения и вовлечением в патологический процесс всех сосудов организма на фоне высокой степени азотемии и снижения скорости клубочковой фильтрации. Неизбежность такого состояния сказывается на повреждении сосудистой стенки токсическими продуктами (креатинином и мочевиной) с количественным увеличением макро и микроагрегатов в сосудистом русле. Данный процесс усугубляет не только основное заболевание, но значительно ухудшает процесс васкуляризации почек и других органов с тканевым и некротическим повреждением.

Выводы. В настоящее время при изучении механизмов прогрессирования хронической болезни почек (ХБП) большое влияние уделяется нарушениям функции сосудистого эндотелия локально в почке и в системном русле. Степень выраженности эндотелиальной дисфункции связана с прогрессирующим падением функции почек и развитием склероза, являясь предиктором неблагоприятного прогноза ХБП. При длительном воздействии повреждающих факторов (гипоксия, токсины, иммунные комплексы, медиаторы воспаления, гемодинамическая перегрузка и т.д.) происходят активация и повреждение эндотелиальных клеток, приводящие впоследствии к патологическому ответу даже на обычные стимулы в виде вазоконстрикции, тромбообразования, усилению клеточной пролиферации, гиперкоагуляции с внутрисосудистым отложением фибриногена, нарушением микрогемореологии.

Зарипов Н.Г., Ганиева М.Т., Асилова Н.Г.

ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ И ТРАНССПИНАЛЬНАЯ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Исследование направлено на оценку эффективности применения транскраниальной микрополяризации (ТКМП) и трансспинальной микрополяризации (ТСМП) в снижении мышечного тонуса и улучшении двигательной активности у пациентов со спастической формой детского церебрального паралича (ДЦП). Целью стало выяснить, насколько данные методы могут способствовать уменьшению спастичности мышц и увеличению объёма движений, что существенно влияет на качество жизни пациентов с ДЦП.

Материалы и методы. В исследование были включены 50 детей со спастическими формами ДЦП, возраст которых варьировался от 6 до 9 лет. Все пациенты проходили стационарное лечение в детском неврологическом отделении Национального медицинского центра Министерства Здравоохранения Республики Таджикистан (РТ) «Шифобахш». Участники исследования были разделены на две группы: основная группа (30 пациентов), которая помимо базовых реабилитационных мероприятий получала курсы ТКМП и ТСМП, и группа сравнения (20 пациентов), получавшая только базовые реабилитационные процедуры. Базовый курс реабилитации включал лечебную физкультуру (ЛФК), массаж, физиотерапевтические и тепловые процедуры. Транскраниальная и трансспинальная микрополяризация — это методы воздействия на центральную нервную систему с помощью слабых электрических токов, которые модулируют активность нейронов, что может способствовать улучшению двигательных функций и снижению мышечного тонуса у пациентов с ДЦП.

Результаты исследования. Эффективность лечения оценивалась по специализированным шкалам, включая модифицированную шкалу спастичности Ashworth, шкалу общей двигательной функции (GMFM) и классификационную шкалу передвижения (Ambulation Classification Scale). Результаты показывают, что пациенты основной группы, прошедшие курс ТКМП и ТСМП, продемонстрировали значительное улучшение. Уровень спастичности по шкале Ashworth снизился на 27% в дистальных и на 32% в проксимальных отделах мышц. Двигательная активность, изме-

ренная по шкале GMFM и классификационной шкале передвижения, также существенно возросла: начальные показатели, составлявшие 35–38 баллов, увеличились до 59–69 баллов по завершению курса лечения. В группе сравнения, которая не получала ТКМП и ТСМП, улучшение было минимальным: лишь 5 пациентов (5,9%) показали положительные изменения. Средний прирост двигательных функций и снижение спастичности составили только 15%. Это подчёркивает, что сочетание традиционных реабилитационных методов с микрополяризацией значительно более эффективно, чем стандартные методы без применения ТКМП и ТСМП.

Выводы. Значительное снижение спастичности и повышение двигательной активности у пациентов основной группы подтверждает целесообразность включения микрополяризации в программы реабилитации больных со спастическими формами ДЦП. Эти методы способствуют улучшению качества жизни детей и могут быть рекомендованы для широкого использования в клинической практике.

[1,3]Зиёзода З.К., [3]Закирова К.А., [2]Розиков У.И.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ С ПЕРОРАЛЬНЫМ ВВЕДЕНИЕМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗНЫМ МЕНИНГИТОМ

[1]ГУ «Национальный центр туберкулёза, пульмонологии и торакальной хирургии»
[2]Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино, [3]ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность инфузионной терапии в сравнении с пероральным введением противотуберкулёзных препаратов у больных с туберкулёзным поражением центральной нервной системы.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования и лечения 29 больных с туберкулёзным поражением центральной нервной системы, находившихся в ГУ «Национальном центре туберкулёза, пульмонологии и грудной хирургии» в периоде с 2020 по 2021гг. Больные были разделены на две группы: первой группе назначалась инфузионная противотуберкулёзная терапия – 14 больных. Продолжительность интенсивной фазы курса ПТП продлили до 56 дней. Коррекция химиотерапии проводилась по результатам цитологического исследования ликвора. Вторая группа ПТП получали перорально - 15 больных. Фаза интенсивной терапии у больных с туберкулёзный поражений центральной нервной система продлена до 6 месяцев с учётом тяжести заболевания с учётом цитологического исследования ликвора до его санирования.

Результаты исследования. Результаты проводимого исследования показали, что у больных из первой группы санация ликвора началась с 35 до 56-го дня. Полная санация ликвора из 14 больных с туберкулёзным менингитом наблюдалась у 14 (100%), а у больных из второй группы санация ликвора началась с 35 дня и до 3 месяцев. Внутривенное введение химиопрепаратов обеспечивает выполнение поставленных задач и повышает клиническую эффективность терапии туберкулёзных менингитов. Наиболее важной является интенсивная фаза химиотерапии туберкулёза, основная задача которой максимально возможное уничтожение и подавление роста и размножения популяции МБТ в организме пациента. Именно в этой фазе особенно важны контролируемость терапии, интенсификация лечения и преодоление резистентности МБТ и предотвращение её возникновения и распространения. Внутривенное введение обеспечивает проникновение препаратов в патологические очаги раньше, чем происходит их биотрансформация в печени, что обеспечивает больший клинический эффект. Создание высоких концентраций препарата в крови и тканях способно преодолеть резистентность МБТ и биодоступность лекарственного средства повышается. При любом пути введения, кроме внутривенного, лишь часть дозы лекарственного вещества достигает системного кровотока в результате неполного всасывания, разрушения в месте введения под воздействием специфических и неспецифических ферментов, неоптимального pH, а при применении внутрь ещё и в результате эффекта первого прохождения через печень. Биодоступность лекарственного средства напрямую определяет эффективность лечения, что при данной методики снижается.

Выводы. Таким образом, полученные результаты показывают наибольшую эффективность инфузионной противотуберкулёзной химиотерапии, чем пероральное введение, что уменьшает количество койко-дней и способствует благоприятному течению туберкулёзного менингита.

Зоидбоева Н.З., Холикова Н.Н.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

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

Цель исследования. Целью данного исследования является оценка современных методов диагностики артериальной гипертензии у молодых людей (средний возраст составил 24,6 лет), а также эффективность лечения с использованием новейших терапевтических подходов и технологий.

Материалы и методы исследования. Исследование включало 150 пациентов в возрасте от 18 до 35 лет с впервые выявленной артериальной гипертензией, которым проводилось комплексное обследование. Диагностика включала стандартные методы измерения артериального давления с использованием осциллометрического метода, суточное мониторирование артериального давления (СМАД), эхокардиографию, допплеровское исследование сосудов, анализ показателей липидного профиля и уровня креатинина, а также оценку маркеров поражения органов-мишеней (почек, сердца и мозга). Лечение назначалось в соответствии с современными рекомендациями Европейского общества кардиологов и включало как медикаментозную терапию (ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, блокаторы рецепторов ангиотензина II), так и немедикаментозные методы (изменение образа жизни, диета, физическая активность).

Результаты исследования. У 75% пациентов была выявлена эссенциальная артериальная гипертензия, у 25% - вторичная гипертензия, вызванная различными сопутствующими заболеваниями почек и эндокринные нарушения. Среднее суточное АД по данным СМАД превышало нормальные значения на 15-20%. Медикаментозное лечение привело к стабилизации АД у 85% пациентов. При этом немедикаментозные меры, такие как снижение веса, увеличение физической активности и изменение рациона, оказали значительное влияние на контроль АД у 60% пациентов.

Выводы. Современные методы диагностики артериальной гипертензии, такие как суточное мониторирование АД и эхокардиография, позволяют более точно оценивать степень гипертензии и поражение органов-мишеней у молодых людей. Лечение должно быть комплексным, включающим как медикаментозные, так и немедикаментозные методы. Интегративный подход с акцентом на изменение образа жизни существенно улучшает прогноз и помогает контролировать артериальное давление в этой возрастной группе.

Зоирова Н.П., Саидзода Б.И., Гадоев Б.Ш.

ЭФФЕКТИВНОСТИ МАЗЬ МИВАЛА И ТИМОЦИНА НА РОСТ ШЕРСТИ МОРСКИХ СВИНОК (экспериментальное исследование)

Кафедра дерматовенерологии им. профессора П.Т. Зоирова ТГМУ им. Абуали ибни Сино.ГУ «Научно-исследовательский институт фундаментальной медицины». Таджикистан.

Цель исследования. Изучение препарата миваля и тимоцина на рост шерсти у экспериментальных животных (морских свинок).

Материал и методы исследования. Изучали влияние мивалаи тимоцинана рост шерсти морских свинок.

Из субстанции 1-(хлорметил)силатрана была изготовлена мазь мивала 2% (мивал 2%, парафин – 10%, вазелин – 88). Мазь готовилась “extempore”. Втирания мази проводились 5 дней в неделю на протяжении 3 месяцев.

Животных подбирали одного возраста, упитанности, клинически здоровых и свободных от кожных заболеваний. Содержали всех морских свинок в стандартных условиях.

Облысение у животных моделировали втиранием в кожу 2% эпилиновой мази один раз в два дня в течение 2-х недель.

Опыты провели в 3 группах морских свинок (n = 10), всего 30 морских свинок. В 1-й группе экспериментальных животных применяли наружно 2%-ной мази мивала с тимоцином, который вводили внутримышечно в виде 0,0157%-ного водного раствора в дозе 157 мкг/кг 1 раз в сутки в течение 10 дней. Во второй группы животным применяли только наружно 2%-ную мазь мивала. Контрольные или в 3-ей группы животные препараты не получали.

Срок самостоятельного восстановления выстриженного волосяного покрова составил 2 – 2,5 мес. Этот показатель и определил общий срок наблюдения за всеми животными. Статистическую обработку данных проводили методом Стьюдента.

Результаты исследования. Результаты исследований показали следующие основные параметры шерстного покрова у контрольных животных:

- число волос на 1 см^2 = 362±27,6;
- средняя длина волос, мм = 29,0±4,6;
- толщина волос, мкм = 64,2±8,1.

Результаты, полученные в опытных группах животных, показали, что при этом происходят отчетливые изменения шерстного покрова.

Сравнительный анализ, полученных результатов показывает положительное влияние применяемых методов, но лучшие результаты получены от совместного использования мазь мивала и тимоцина (1 группа). Необходимо отметить, что рост шерсти в этой группе начинался раньше (в среднем на 1,5 сут). Шерсть вначале появлялась в виде нескольких расположенных на некотором расстоянии друг от друга пучков шерстинок. Однако через 5 – 7 дней «прогалины» между пучками зарастали, и к концу 5-ой недели весь участок кожи покрывался нормальным шерстным покровом. К началу 7-ой недели участок кожи, на котором изучалось действие мивала, было трудно отличить от остального шерстного покрова.

Старые и новые волосы не отличались по структуре. Однако выявлено, что применение мивала приводило к появлению в перифолликулярном пространстве вблизи с основным (старым) волосяным фолликулом одного или двух новых зачатков.

Результаты экспериментов показали, что применение мивала способствовало увеличению густоты шерстного покрова в 1,25 раза, длины волоса – в 1,2 раза, толщины волоса – в 1,05 раза. Совместное применение тимоцина и мивала способствовало увеличению этих показателей в 1,68, 1,42 и 1,22 раза соответственно. Совместное применение тимоцина и мивала оказалось эффективнее мивала по этим же показателям в 1,34, 1,18 и 1,16 раза.

Выводы. Таким образом, мивала и тимоцин оказали благоприятное действие на рост шерстного покрова у морских свинок. Наиболее оптимальным является совместное применение мивала и тимоцина, которые в указанных дозах не оказывают отрицательного влияния на организм животных.

Зубайдов Р.Н., Маҳмудзода Х.Р., Джаборов М.К.

ОБЪЁМНЫЕ И ГЕОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан

Цель исследования. Изучить возможные объёмно-геометрические изменения левого желудочка у больных РА в зависимости от степени активности воспалительного процесса.

Материалы и методы исследования. Обследовано 95 больных с достоверным диагнозом РА по критериям Американской коллегии ревматологии наблюдавшихся в ревматологическом отделении Государственного Учреждения "Городской Медицинский Центр №2" города Душанбе, в возрасте от 18 до 68 лет (средний возраст 46±3,4). Среди обследованных больных было 84 (88,4%) женщины и 19 (20,0%) мужчин, средняя продолжительность РА составила 8,2±1,6 года. Все обследованные больные были разделены на две группы (63 с I и II степенями активности воспалительного процесса и 32 со II и III степенями активности) ревматоидного артрита.

Результаты исследования и их обсуждение. Выявлена общая тенденция гемодинамических сдвигов в обеих группах больных с РА, увеличения ИММЛЖ, толщина стенок, КДР ЛЖ, ИСД, снижение ФВ ЛЖ и ИСИР. Установлено, что повышение средних значений ИММЛЖ, ТМЖП и толщины ЗС ЛЖ в группах РА значимо, чем таковых контрольной группы. Средние величины ИММЛЖ у больных 1-й и 2-й групп превышают показатель контрольной группы на 39,1% и 25%: ЗСЛЖ -29 и 18,3%; МЖП 30,9 и 17,7% КДР ЛЖ 13,6 и 28%. Различие величин ИММЛЖ, ТМЖП и толщины ЗС ЛЖ в первой (умеренной) и второй группах (высокой) степени активности заключается в достоверно низких значениях этих показателей у больных второй группы. При сравнении с контрольной группой наблюдается значимое увеличение КДР ЛЖ, ОТС, ФВ ЛЖ интегрального систолического индекса ремоделирования (ИСИР) больных первой группы; некоторые увеличения индекса сферичности (ИСД) в этой группе недостоверно. Напротив, ОТС у больных второй группы меньше, чем у практически здоровых лиц ($p>0.05$) и достоверно меньше при сравнении с первой группой больных ($p<0.05$). Значимое увеличение ИСД у больных с РА отмечено при сравнении с контрольной группой. Увеличение ИСД при 2 стадии активности РА значимо как при сравнение с группой практических здоровых лиц, так как и с 1 группой РА.

Выводы. 1. У больных 1 степени активного РА отличительными признаками структурно-геометрических изменений миокарда являются увеличение ИММЛЖ и ОТС при отсутствии патологических сдвигов ИСД и ФВ ЛЖ. **2**.Для II степени активного РА характерно повышение КДР ЛЖ и ИСД на фоне снижения ФВ ЛЖ и ИСИР. **3.** Неблагоприятное в прогностическом отношении сочетание низкой сократительной сферификации ЛЖ характерно для больных второй степени активности воспалительного процесса у больных с РА.

Ибрагимов А.Ф., Ганиева М.П., Тамара Саид Али

РОЛЬ АНТИУРЕМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК (ХБП) У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

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

Цель исследования. Изучить ролькомбинированной терапии в достижении контроля над хронической болезнью почек (ХБП) у больных с нефропатией при использования антиуремических препаратов. Определить наличие клинико-лабораторных предикторов, влияющих на прогноз диабетической нефропатии у пациентов на фоне ХБП.

Материал и методы исследования. Нами были обследованы 74 больных с диабетической нефропатией, имеющих низкие цифры скорости клубочковой фильтрации (СКФ) (от стадии 3А до 4) и высокие цифры показатели нефропатии. Комплексное обследование больных проводилось на базе нефрологического отделения ГУ НМЦ Республики Таджикистан (Душанбе) и отделения внутренних больных MnaziMmojaHospitalгорода Занзиба Республики Танзания. Все больные были распределены на две группы. Первую группу составили 39 (61,8 %)больных, которые лечились в городе Душанбе. Во вторую группу вошли– 43 (38,2%) больных, находящихся под наблюдением в Танзании (Африка). За период 2023-2024 год возраст больных составилот 29-65 лет. Из них мужчин 38 (51.3%), женщин 36(48.6 %). Стаж заболевания-от 4 до 15 лет.Медиана возраста составила 48 лет. Для подтверждения диагноза всем больным проводили обще клинические методы исследования, биохимический анализ крови,функциональное состояние почки. Все больные получали патогенетическую и симптоматическую терапию.

Результаты исследования. Все пациенты отмечали одышку, сердцебиение, недомогание, общую слабость, тошноту. При исследовании общего анализа мочи у пациентов, входящих в первую группу выявлены: протеинурия - от 1,66±0,8; лейкоцитурия-10-14 в поле зрения, цилиндры гиалиновые - у 35(100 %) до 2-3 в поле зрения. При исследовании мочи на пробу Нечипоренко отмечено снижение концентрационной способности почек у27 (69.2%) пациентов. При исследовании пробы Реберга отмечено снижение фильтрационной способности почек у 39 (100%) пациентов. Уровень креатинина у этих больных было 190 ±10.2 мкмоль/л, мочевина 9.2±1.2 ммоль/л.Пациенты получили антиуремическую терапию (антиазотемические препараты, адсорбенты и кишечный диализ).При исследовании группы пациентовс нефропатией,входящих во вторую группу,моча мутная из-за присутствия в ней большого количество белка. В общем анализе мочи выявлены протеинурия в пределах1.9 ± 0,9; лейкоцитурия -110 ±0,3, ураты -у 90.0% пациентов; цилиндры до 4-5 в поле зрения; В пробе по Нечипоренко отмечено снижение концентрационной способности почек у 77,0%пациентов. При выполнении пробы Реберга выявлено снижение фильтрационной способности почек у 87,2% пациентов.В осадке мочи у диабетиков пациентов зачастую выявляется большое количество глюкозы 12 ммоль/л± 1.5 (в норме отсутствует).Креатинин в крови у этих больных было в пределах 250 мкмоль/л± 21.5, мочевина 10.5ммоль/л±. У больных находящихся под наблюдением в Занзиба показатели функциональные состояние почек были на 28% выше чем пациенты первой группы, что связано с нарушением диеты и не получением антиуремической терапии.

Выводы. Таким образом, наличие клинико-лабораторных предикторов, влияющих на прогноз диабетической нефропатии у пациентов на фоне хронической болезни почек дают возможность своевременно оценить функции почек и назначать коррекционную терапию.

Ибрагимов А.Ф., Ганиева М.П., Тамара Саид Али

ОСОБЕННОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРОДАХ ДУШАНБЕ И ЗАНЗИБА

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

Цель исследования. Изучить особенности возникновения и течения артериальной гипертензии у пациентов двух стран.

Материал и методы исследования. Нами были обследованы 86 больных с гипертонической нефропатией, имеющих высокие цифры А/Д. Комплексное обследование 39 (45,3%) больных проводилось на базе нефрологического отделения ГУ НМЦ Республики Таджикистан, которые составили первую группу. Вторую группу составили 47 больных (54,6%) отделения внутренних болезней Mnazi Mmoja Hospital города Занзиба Республики Танзания. Больные имели сопутствующие заболевания, как сахарный диабет, ХПН, метаболический синдром. Из них 32 (55.6%) женщин (19 из Душанбе, 13 из Занзиба) и 54 (43.4%) мужчин (34 из Занбиба, 20 из Душанбе). Возраст больных составил от 48 до 69 лет. Медиана возраста составила 58,5 лет. У всех больных артериальное давление (А/Д) поднималось в пределах 200\110 мм.рт.ст. Для подтверждения диагноза всем больным проводили обще клинические методы исследования, изучение данных лабораторных анализов (Биохимический анализ крови), параметры свертываемости крови. Все больные получали патогенетическую и симптоматическую терапию.

Результаты исследования. Одной из наиболее сильно страдающих систем при гипертонической нефропатии является сердечно-сосудистая система. При исследовании ЭКГ больных обеих групп обращали внимание на признаки гипертрофии левого желудочка ($R_1>R_2>R_3$, глубокий зубец S в V_1-V_2, высокий и немного расширенный зубец R в V_5-V_6, индекс Соколова (S в V_1+R V_5 или V_6 >35мм). У больных Занзиба, кроме гипертрофии, была отмечена фибрилляция предсердий и признаки перегрузки левого желудочка по типу элевации S-T с двухфазным зубцом T. У 69 (68.1%) больных, входящих во вторую группу, клиника артериальной гипертензии сопровождалась высоким повышением показателей свертывающей система крови по методу Сухарева (начало 0 мин.^{54сек} и конец свертывания- 1мин.^{32сек}). В некоторых случаях кровь была настолько густой, что сильное повышение свертываемости крови было заметно даже без проведения лабораторных исследований. У пациентов, входящих во первую группу, свертываемость крови по Сухареву составила в пределах (начало 1.40 и конец свертывания 2.10 мин). По результатам ЭХО-кг у больных Душанбе было выявлены признаки гипертрофии левого желудочка, Фракция выброса была в пределах 50-60%. У пациентов второй группы кроме гипертрофии левого желудочка отмечено снижение фракции выброса (ФВ) сердца до 50-45%, признаки регургитации митрального клапана первой степени. Показатели биохимического анализа крови были повышены, особенно липидный спектр и холестерин (7.8 ммоль/л) считающийся критическим, приводящим к развитию атеросклероза. Это связанно с тем, что в Занзиба жители употребляют много мясных продуктов, по сравнению с пациентами первой группы, у которых перечисленные показатели были незначительно отклонены от нормы и своевременно проводили коррекцию.

Выводы. Таким образом, артериальная гипертензия у пациентов двух стран значительно ухудшает течение заболевания. У 80% больных города Занзиба имеют осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы, чаще мужчины. Данным пациентам необходимо длительное применение антикоагулянтов и статинов.

Икрамов Ш.Б., Гайбиев А.А.

ХАРАКТЕРИСТИКА ИШЕМИИ СПИННОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан

Цель проверки: Инфаркт спинного мозга, хотя и редок, не изучен полностью, за исключением сердечно-торакального и сосудистого. хирургическая литература. Его распространенность неизвестна, и эпидемиологических исследований проведено немного. С развитием современной сердечно-сосудистой хирургии и методов визуализации, появлением случаев инфаркта пуповины, компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) появилось больше документации. Есть надежда, что лучшая визуализация спинного мозга и улучшение точной локализации, диагностики и лечения сосудистых поражений могут в конечном итоге улучшить его лечение.

Материал и методы. Исследование, проведенное за последние 50 лет, выявило только пять случаев инфаркта спинного мозга. Удивительно, но здесь нет работы при атеросклерозе или гипертонической болезни сосудов.

Результаты исследования. Некоторые ученые обнаружили 8 микроинфарктов спинного мозга в 3% из 200 последовательных вскрытий, проведенных у бессимптомных пациентов. Сэндсон и Фридман описали восемь случаев инфаркта спинного мозга. Это около 1,2% от всех госпитализаций по поводу инсульта в их центре. Несмотря на множество хорошо документированных. До сих пор имеются сообщения об инфаркте спинного мозга и ошибочные представления о его патогенезе и клинических особенностях. Давным-давно исследования на животных показали, что сдавление аорты вызывает паралич. Клинически выявлен парапарез вследствие обструкции аорты. В конце 19 века Бастиан предложил это в 1882 году. Признал, что размягчение позвоночника может быть следствием закупорки сосудов. однако только в 1904 г. Преобрашенский описал синдром инфаркта передней спинальной артерии.

Выводы. Основная схема артериального кровоснабжения спинного мозга состоит из трех продольных сосудов, отходящих рострально и далее от шейной области conus mellaris, а также множества питающих артерий и корешковых сосудов. На поверхности спинного мозга появляются анастомозы между спусками и сегментарно ориентированными сосудами, что приводит к образованию богатого сосудистого сплетения, из которого медуллярные сосуды поступают как в белое, так и в серое вещество. Эти сосуды являются последними артериями и не анастомозируют с другими.

Исматуллоева С.С.

НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ КОЖИ У ДЕТЕЙ С ВИТИЛИГО

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т.
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить особенности типов кожи у детей с разными формами витилиго в зависимости от фототипа кожи.

Материал и методы. Обследовали 250 детей в возрасте 7– 15 лет с разными формами витилиго: (116 (46,4%) - сегментарная форма (СВ); 134 (53,6%) – несегментарная форма (НСВ). Фототипы кожи оценивали по классификации Фицпатрика. С целью изучения функциональных параметров кожи (ФПК) использовали многофукциональный анализатор кожи второго поколения Skinobservedsystem 2,0 (China), при помощи которого оценивали следующие показатели: пигментацию Pigmention (P), влажность кожи Moisture(M), жирность Oil (O), текстуру (T), коллаген Collagenfiber (CF), чувствительность Sensitivity (S). Контрольную группу составили 30 здоровых детей, рандомизированных по полу и возрасту.

Результаты исследования. Среди обследованных детей было выявлено три фототипа кожи: II – у 52 (20,8%) детей, III – у 86 (34,4%) и IV – у 112 (44,8%) детей. У детей с II фототипом кожи СВ форма витилиго наблюдалась в 2,7 раза чаще, чем НСВ (38/52; против 73,0% случаев). У детей с III фототипом кожи СВ выявлялось в 1,3 раза чаще, чем НСВ (49/86; 57,0% против 37/86; 43,0% случаев), а у детей с IV фототипом кожи напротив, в 2,8 раза чаще выявлялась НСВ (83/112; 74,1% против 29/112; 25,9% случаев). То есть, чем темнее фототип кожи у детей, страдающих витилиго, тем чаще у них встречаются распространенные формы витилиго. Нарушения ФПК были выявлены у 178/250; 71,2% детей с витилиго. Независимо от фототипа кожи у всех обследуемых были выявлены отклонения всех 6 ФПК по сравнению с контрольной группой. Так, у пациентов с II фототипом показатель P был ниже в 1,3 раза по сравнению с контрольной группой и составил 44,5±2,8% против 59,3±4,2%, а при IVфототипе – в 2 раза (44,5±2,8% против 92,7±1,2%). Показатель влажности кожи M был значительно снижен при всех фототипах кожи по сравнению с контрольной группой (77,3±1,2%), но показатель M у пациентов с IV фототипом кожи он составил 29,1±3,2%, то есть были ниже по сравнению с таковым у пациентов с II (53,4±1,4%) и III (49,7±1,2%) фототипами кожи. Показатель O – жирность кожи у детей с II и III фототипами кожи составил 19,8±5,2% и 21,0±1,4%, что в 1,8 и в 1,7 раза выше, чем в контрольной группе (35,7±0,2%), а у пациентов с IV кожи он был в 2 раза ниже, чем в контрольной группе (17,9±2,5 и 21,3±2,5%). Показатель «T» составил в среднем 21,4±0,2%, то есть незначительно отличался от контрольных значений (21,5±1,4%). При всех фототипах кожи у пациентов с витилиго наблюдалось снижение коллагена (CF), по сравнению с данным показателем в контрольной группе (73,3±0,1%). При IV фототипе он был в 1,7 раза меньше составил 43,3±3,2%, а при III фототипе кожи CF составил 44,7±1,2%, то есть был в 1,6 раза ниже, чем в контрольной группе. Параметр кожи (S) в очагах поражения, был выше контрольных значений (35,4±1,3%), но наиболее выраженное усиление чувствительности кожи наблюдалось у пациентов с IV фототипом кожи (44,6±1,2%), а при II и III фототипе составил, соответственно, 38,7±1,7 и 39,9±1,5%.

Выводы. Таким образом, у детей, страдающих витилиго в 71,0% случаев наблюдаются нарушения функциональных параметров кожи, характеризующиеся низкими значениями влажности, жирности и состояния коллагена кожи на фоне высоких значений чувствительности кожи. То есть у детей с повышенной сухостью кожи и сниженной выработкой коллагена наблюдается повышенная чувствительность к различным травмирующим факторам, на фоне которых происходит снижение выработки меланина, что проявляется низкими значениями пигментации. Следует отметить, что у детей с темными фототипами кожи наблюдается наиболее выраженное нарушение данных параметров.

Исматуллоева С.С.

НАРУШЕНИЯ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ ВИТИЛИГО

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т.
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить состояние антиоксидантной системы у детей с разными формами витилиго.

Материал и методы. Обследовали 250 детей в возрасте 7– 15 лет с разными формами витилиго: (116 (46,4%) - сегментарная форма (СВ); 134 (53,6%) – несегментарная форма(НСВ). Оценка состояния антиоксидантной системы (АОС) проводилась по следующим критериям: при сниженном уровне активности каталазы (Акат) и аскорбиновой кислоты (АК) при нормальных показателях малонового диальдегида (МДА) и диеновых коньюгатов (ДК) состояние оценивалось как компенсированное, а нарастание МДА и ДК на фоне низких показателей Акат и АК указывало на истощение антиоксидантной системы организма [Болотная Л.А., 2017]. Контрольную группу составили 30 здоровых детей, рандомизированных по полу и возрасту.

Результаты исследования. В результате проведенных исследований было выявлено, что показатели ДК и МДА отличались от контрольной группы здоровых детей, и были наиболее выражены у детей с НСВ. Было выявлено, что чем старше возраст, тем выше показатели ДК и МДА. Что касается показателей Акат и АК, то наиболее выраженное снижение этих показателей наблюдалось у детей с НСВ в возрасте 10-15 лет и составили соответственно 74,0 ± 0,01нкат/л и 21,5± 1,16мкмоль/л, то есть оказались в 1,6 раза и 2,2 раза ниже, чем в контрольной группе. Наиболее выраженное снижение показателя АК наблюдалось у детей с НСВ в возрасте 7-10 лет и составило 9,7±1,12 мкг/л, что по сравнению с таковым показателем среди детей с СВ (13,0±1,0 мкг/мл) оказалось ниже в 1,3 раза. Кроме того, было выявлено, что показатель АК имел тенденцию к снижению в старших возрастных группах.

Результаты изучения состояния АОС у детей, страдающих витилиго выявили нарушения у 152/250; 60,8% пациентов, из которых 65/ 152; 42,8% составили дети с СВ, а 87/152; 57,2% пациентов - с НСВ. Было выявлено, что у

детей с НСВ истощение АОС наблюдается в 60/134;44,8% случаях, а с СВ –в 22/116; 19,0% случаях. В то же время, компенсаторное состояние АОС, напротив, чаще наблюдалось у детей с СВ и составило 43/116; 37,1%, что в 1,8 раза чаще, чем данное состояние, выявленное у детей с НСВ, у которых оно составило 27/134;20,1% случаев.

Анализ показателей состояния АОС в зависимости от возраста показал, что из 152 детей с выявленными нарушениями АОС 89 (58,6%) случаев составили дети старшей возрастной группы (7-12 лет), а 63 (41,4%) – дети младшей возрастной группы. У детей, страдающих витилиго в 60,8% случаях наблюдаются нарушения антиоксидантной системы, которые в 54,0% случаях представлены истощением АОС, а в 46,0% случаях – компенсаторным состоянием. У детей с НСВ истощение АОС наблюдается в 60 (44,8%) случаях, а с СВ –в 22 (19,0%) случаях, то есть в 2,4 раза чаще. Нарушения АОС у детей, страдающих витилиго чаще в старших возрастных группах наблюдается в 1,4 раза, чем в младшем возрасте.

Выводы. Таким образом, состояние антиоксидантной системы отражается на клинических проявлениях витилиго. У детей с истощением АОС чаще наблюдаются распространенные формы витилиго, а у детей с компенсаторным состоянием АОС – локализованные формы. В связи с тем, что наиболее выраженные нарушения АОС наблюдаются в старших возрастных группах, необходимо своевременное назначение антиоксидантных препаратов, которые могут предупредить дальнейшее прогрессирование данного заболевания.

Исрофилов М.О., Ганиева М.Т., Курбанова М.Н.

ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ: РИСК РАЗВИТИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Исследование нацелено на изучение эпидемиологической характеристики факторов риска цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) у лиц молодого возраста, с целью выявления ключевых факторов, способствующих развитию острых нарушений мозгового кровообращения.

Материалы и методы исследования. Для анализа эпидемиологических особенностей цвз и их факторов риска применялся метод скрининга открытой популяции. Исследование проводилось среди мужчин и женщин в возрасте 30-45 лет, проживающих на определённом терапевтическом участке. В рамках унифицированной программы диагностики были учтены различные формы цереброваскулярных нарушений: начальные проявления недостаточности кровообращения мозга, преходящие ишемические атаки, геморрагические нарушения мозгового кровообращения, инсульт и прогрессирующая недостаточность мозгового кровообращения, проявляющаяся дисциркуляторной энцефалопатией.

Результаты исследования. В исследование было включено 380 человек, из которых 170 были мужчины и 210 — женщины. Одним из наиболее значимых факторов риска оказалось наличие артериальной гипертензии, которая была выявлена у 122 человек, что составило 28,2% от общего числа обследованных. Эти данные указывают на высокую распространённость гипертонической болезни в данной популяции. Одним из ключевых факторов риска развития ЦВЗ была выявлена наследственная отягощённость по гипертонической болезни и цереброваскулярным заболеваниям. Наследственная предрасположенность к гипертонии до 45 лет была отмечена у 34 человек, а после 45 лет — у 58 человек. Что касается цереброваскулярных заболеваний, то до 45 лет этот фактор отмечался у 22 пациентов, а после 45 лет — у 52 человек. Это свидетельствует о значительной роли генетических факторов в развитии ЦВЗ. Оценка частоты встречаемости факторов риска выявила тесную связь между ЦВЗ и такими факторами, как артериальная гипертензия, ожирение, гиподинамия (низкая физическая активность), а также сахарный диабет. Особо стоит отметить, что у многих пациентов наблюдалось сочетание нескольких факторов риска. Чаще всего встречались комбинации артериальной гипертензии с ожирением, артериальной гипертензии с гиподинамией и артериальной гипертензии с сахарным диабетом. Эти сочетания увеличивают риск развития острых нарушений мозгового кровообращения в молодом возрасте, что подчёркивает необходимость проведения профилактических мер.

Выводы. Результаты скрининга открытой популяции лиц в возрасте 30-45 лет выявили высокую распространённость цереброваскулярных заболеваний и их факторов риска в данной возрастной группе. Среди модифицируемых факторов риска наиболее часто встречались артериальная гипертензия, низкая физическая активность и избыточный вес. Эти данные подчеркивают важность раннего начала профилактических мероприятий, особенно среди лиц старше 38 лет, для снижения риска развития острых нарушений мозгового кровообращения. Особое внимание следует уделять контролю за артериальным давлением, уровнем физической активности и коррекцией массы тела, что может значительно уменьшить частоту ЦВЗ в популяции молодого возраста.

Исрофилов М.О., Ганиева М.Т., Зарипов Н. А.

ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ У МОЛОДЫХ: ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской генетики имени профессора М.Г. Гулямова

Цель исследования. Цель исследования заключалась в изучении причин ишемического инсульта у молодых пациентов в возрасте от 18 до 45 лет, а также в оценке роли современных методов нейровизуализации и других диагностических подходов в установлении этиологии инсульта.

Методы исследования. Для исследования были отобраны 203 пациента, у которых ишемический инсульт был верифицирован с помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ) или компьютерной томографии (КТ). Все пациенты проходили комплексное обследование, включавшее МРТ/КТ головного мозга, церебральную ангиографию,

дуплексное сканирование артерий, эхокардиографию, а также исследование генетических и иммунологических маркеров (коагулограмма, антитела к фосфолипидам, мутации генов факторов свертывания крови и др.).

Результаты исследования. В исследовании были изучены 203 пациента молодого возраста (18–45 лет), страдающие ишемическим инсультом (ИИ). Средний возраст пациентов составил 34,6 ± 8,2 года. Среди них было 116 мужчин и 87 женщин. Обследование проводилось в сроки от одной недели до 14 месяцев после развития инсульта. Исследование включало проведение МРТ или КТ для подтверждения диагноза, а также более сложные диагностические методы, такие как магнитно-резонансная ангиография (МРА), дуплексное сканирование сосудов, эхокардиография, а также лабораторные исследования крови и генетических маркеров. Основными выявленными причинами ИИ у молодых пациентов были: **Диссекция артерий –** 25% случаев. **Кардиоэмболия –** 12% случаев. **Антифосфолипидный синдром (АФС) –** 11% случаев. **Коагулопатия –** 7% случаев. **Артериальная гипертензия –** 8% случаев. **Атеросклероз крупных сосудов –** 3% случаев. **Редкие причины инсульта** – 5% случаев. В **29% случаев** причина инсульта не была установлена, что классифицируется как криптогенный инсульт. В большинстве этих случаев подозревалась диссекция артерий, однако отсутствие своевременной диагностики, особенно в остром периоде, затрудняло подтверждение диагноза. Пациенты проходили ангиографию только спустя несколько месяцев после развития инсульта, что препятствовало обнаружению острого процесса.

Выводы. Ишемический инсульт у молодых пациентов имеет отличные от пожилого возраста причины, основными из которых являются диссекция артерий, кардиоэмболия и антифосфолипидный синдром. Современные методы диагностики, такие как МРТ и ангиография, существенно улучшают возможность выявления причин инсульта, однако остаются случаи с неустановленной этиологией. Для повышения эффективности диагностики необходимо проводить своевременные исследования артерий и внедрять специализированные сосудистые отделения для лечения молодых пациентов с инсультом.

Исрофилов М.О., Ганиева М.Т., Исаева М.Б.

ОСНОВНЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И ОСОБЕННОСТИ ИНСУЛЬТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской генетики имени профессора М.Г. Гулямова

Цель исследования. Исследовать причины и факторы, способствующие развитию инсульта у молодых пациентов, а также проанализировать клинические случаи с целью выявления этиопатогенетических факторов.

Методы исследования. Анализ 88 историй болезни пациентов в возрасте от 18 до 40 лет с диагнозом "инсульт" проводился на базе неврологического отделения НМЦ РТ «Шифобахш», сотрудниками кафедры неврологии. Использовалась статистическая обработка данных для выявления частоты различных этиологических факторов.

Результаты исследования. В ходе исследования было проанализировано 88 историй болезни молодых пациентов с диагнозом "инсульт", среди которых значительная часть составляли таджикские пациенты. Анализ данных показал следующие результаты: частота инсульта среди молодых таджикских пациентов: С 2021 по 2022 годы наблюдалось значительное увеличение количества инсультов среди этой возрастной группы. Если в начале исследования фиксировалось около 23 случаев в год, то к 2021 году эта цифра возросла до 52 случаев. Этиологические факторы: для таджикских пациентов основными причинами инсульта стали: наследственные заболевания, такие как артериальная гипертензия и патологии сосудов. Длительное курение и злоупотребление алкоголем, что оказалось распространенным фактором среди мужчин, которые составляют 65% всех пациентов. Социально-экономические факторы, включая продолжительный стресс и недостаток медицинской помощи. Недостаточная физическая активность и ожирение, что также может способствовать развитию инсульта у этой группы пациентов. Половые различия: мужчины составили подавляющее большинство пациентов с инсультом — 65%. Этот показатель может быть связан с более частыми случаями вредных привычек, таких как курение и употребление алкоголя среди мужчин. Затруднения в диагностике: одна из проблем заключается в том, что у многих пациентов трудно определить четкую причину инсульта. У 15-40% таджикских пациентов этиопатогенетический фактор так и не был выявлен, что говорит о необходимости более точной диагностики и улучшения компетенций врачей.

Выводы. Рост случаев инсульта среди молодых таджикских пациентов требует принятия профилактических мер, улучшения диагностики и обучения медицинского персонала для раннего выявления рисков. Недостаточная диагностика и нехватка знаний врачей по инсультам у молодых пациентов затрудняют своевременное выявление заболевания. Необходимы дополнительные исследования для улучшения диагностики и профилактики инсульта у лиц в возрасте 18-40 лет.

Исрофилов М.О., Шарпов Ш.А., Мирзоев Ф.Т.

ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОГЛОБУЛИНА ОКТАГАМ ПРИ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ ГИЙЕНА-БАРРЕ: ОПЫТ ТАДЖИКСКИХ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность применения иммуноглобулина Октагам у таджикских пациентов с полинейропатией Гийена-Барре.

Методы исследования. В исследование были включены 50 таджикских пациентов с диагнозом полинейропатия Гийена-Барре. Применялась стандартная схема введения Октагама (0,4 г/кг в течение 5 дней), с последующим мониторингом клинических исходов и побочных эффектов. Оценка состояния пациентов проводилась до начала терапии и через 3 месяца после лечения с использованием клинической шкалы (например, Medical Research Council (MRC) Scale) для оценки двигательной функции и невропатической шкалы (NIS) для оценки неврологической дисфункции.

Результаты исследования. Применение Октагама привело к статистически значимому улучшению неврологического состояния пациентов. У 75% участников наблюдалось снижение тяжести симптомов, что подтвердилось улучшением баллов по MRC на 2-3 пункта ($p < 0.05$). В 60% случаев отмечено восстановление двигательной функции, что отражает улучшение нейромышечной проводимости. Общее состояние здоровья пациентов, оцениваемое по шкале NIS, улучшилось в среднем на 40%. Кроме того, у 70% участников наблюдалось уменьшение болевого синдрома, что подтверждается снижением показателей по шкале визуальной аналоговой шкалы (VAS) на 2-4 пункта ($p < 0.05$). Не зарегистрировано серьезных побочных эффектов, что подтверждает высокую безопасность препарата и его хорошую переносимость. Все пациенты отметили улучшение качества жизни, что было зафиксировано с помощью стандартизированной анкеты, где 85% участников сообщали о повышении уровня активности и снижении ограничений в повседневной жизни.

Выводы. Иммуноглобулин Октагам продемонстрировал высокую эффективность и безопасность в терапии полинейропатии Гийена-Барре у таджикских пациентов. Результаты исследования подчеркивают необходимость его применения в клинической практике для оптимизации лечения и улучшения исходов. Рекомендуется дальнейшее изучение долгосрочных эффектов и оптимизации схемы терапии с целью повышения качества жизни пациентов и предотвращения рецидивов заболевания.

Исрофилов М.О., Ганиева М. Т., Нуралиев Н.М.

ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ И РИСК ИНСУЛЬТА: РОЛЬ ШКАЛЫ CHA2OБ2-УАБС В СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА И ВЫБОРЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова

Цель исследования. Цель данного исследования заключается в оценке взаимосвязи между фибрилляцией предсердий и риском инсульта, а также в анализе эффективности шкалы CHA2OБ2-УАБс для стратификации риска и обоснования назначения пероральных антикоагулянтов у данной категории пациентов.

Методы исследования. Исследование проводилось на базе НМЦ РТ «Шифобахш» докторантом кафедрой неврологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. В исследование были включены 50 (25 мужчин и 25 женщин) пациентов госпитализированных во второе неврологическое отделение с диагнозом ОНМК в бассейнах мозговых артерий имеющий фактор риска сердечную аритмию (фибрилляцию предсердий). Всем пациентам проводили лабораторные и дополнительные методы исследования, включая специализированные шкалы.

Результаты исследования. В ходе нашего исследования была подтверждена тесная взаимосвязь между фибрилляцией предсердий (ФП) и риском инсульта. Анализ данных показал, что наличие ФП ассоциировано с увеличением риска инсульта и удвоением смертности. Кроме того, была изучена связь ФП с классической триадой Вирхова, объясняющей тромбоэмболические осложнения, возникающие в результате застоя крови в левом предсердии. В исследовании использовались основные предикторы инсульта для обоснования назначения пероральных антикоагулянтов, включая антагонисты витамина К и прямые оральные антикоагулянты (ПОАК). Среди ключевых результатов выделяется применение шкалы CHA2OБ2-УАБс для стратификации риска, которая учитывает такие факторы, как сердечная недостаточность, гипертензия, возраст старше 75 лет, сахарный диабет, анамнестические данные о инсульте или транзиторной ишемической атаке, тромбоэмболические осложнения, сосудистые заболевания, а также возраст 65-74 года и пол. Результаты анализа показали, что количество баллов по шкале CHA2OБ2-УАБс является важным прогностическим показателем риска тромбоэмболических осложнений у пациентов с ФП.

Выводы. Наше исследование подтвердило значимую взаимосвязь между фибрилляцией предсердий и риском инсульта, выявив, что наличие ФП связано с увеличением вероятности инсульта, удвоением смертности и высоким уровнем медицинских расходов. Важным аспектом является применение шкалы CHA2OБ2-УАБс для стратификации риска, которая позволяет эффективно идентифицировать пациентов, нуждающихся в назначении пероральных антикоагулянтов.

Исрофилов М.О., Ганиева М.Т., Точидинов Т.Б.

КАРДИОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНСУЛЬТА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Выяснение вклада кардиальной патологии в развитие инсульта, особенно его ишемических форм.

Материалы и методы. На базе неврологической клиники НМЦ РТ «Шифобахш» сотрудниками кафедры неврологии проведено исследование 96 пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Было проведено нейровизуализационные методы исследования (МРТ, КТ головного мозга), а также кардиологическое обследование пациентов.

Результаты исследования. В ходе исследования было установлено, что у 70% пациентов, перенёсших инсульт, диагностированы сердечно-сосудистые заболевания, что подтверждает их ключевую роль в патогенезе данного состояния. Эти данные подчёркивают важность внимания к кардиологическому статусу пациентов с инсультом. Одним из наиболее частых факторов риска в этой группе была выявлена фибрилляция предсердий, которая значительно увеличивает вероятность возникновения тромбоэмболий, способных привести к инсульту. Этот фактор риска был зарегистрирован у большинства пациентов с сердечными патологиями, что делает его важнейшей мишенью для профилактики. Кроме того, постинфарктный кардиосклероз, возникающий вследствие структурных изменений в миокарде

после инфаркта миокарда, также был важным предиктором инсульта. Это состояние связано с нарушением проводимости сердца и развитием сердечной недостаточности, что может косвенно способствовать инсульту за счёт усиления тромбообразования. У пациентов с такими изменениями значительно возрастает риск инсульта в отдалённой перспективе, что требует постоянного мониторинга и профилактики. Третьим по частоте фактором риска были митральные пороки сердца, которые также связаны с гемодинамическими нарушениями и способствуют развитию тромбоэмболических осложнений. Эти пороки могут приводить к застою крови в предсердиях и увеличению риска образования тромбов, что дополнительно повышает вероятность инсульта. Особое внимание заслуживает тот факт, что у 21% пациентов, перенёсших инфаркт миокарда, инсульт развился в течение трёх лет после сердечного приступа. Это указывает на необходимость тщательного ведения пациентов после инфаркта, особенно с учётом присутствующих модифицируемых факторов риска, таких как артериальная гипертензия, гиперлипидемия и фибрилляция предсердий. Коррекция этих факторов с помощью медикаментозного лечения и изменений образа жизни может существенно снизить вероятность повторного сосудистого события, включая инсульт.

Выводы. Таким образом, полученные результаты подчеркивают важность комплексного подхода к лечению и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний как ключевых факторов, способствующих развитию инсульта.

Кабиров К.М., Гуломова М.О., Салимова М.Д.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В СОЧЕТАНИИ С COVID-19 ЗА ПЕРИОД 2020-2022 гг. У ПАЦИЕНТОВ ГЦЗ№1 г. ДУШАНБЕ

Кафедра семейной медицины ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ».
ГУ ГЦЗ №1, г.Душанбе

Цель: Определить особенности течения бронхиальной астмы (БА) у пациентов, перенесших COVID-19, в ГЦЗ №1 города Душанбе на периоды 2020-2022г.

Материалы и методы. Для определения особенностей течения бронхиальной астмы у больных перенесших новую коронавирусную инфекцию было проведено наблюдение за 77 пациентов, состоящих на учете с БА в ГЦЗ №1 города Душанбе. Этим пациентам были проведены общеклинические анализы крови, тест на COVID-19, а также исследования ФВД, сатурации крови кислородом (пульсоксиметрия), рентгенологическое исследование легких.

Возрастная структура пациентов была такой: Взрослые - 65 человек (84,4%) и 12 детей (15,6 %). Из взрослых: женщины 42 человек- (64,6 %), а мужчины были -23 (35,4%), 12 -детей, из которых 7 девочек и 5 мальчиков (в возрасте от 8 до 18 лет).

Результаты исследования и их обсуждение. Среди обследованных на момент первичного обращения диагноз БА впервые установлен у 4 человек (5 %), а остальные 73 пациентов с БА находились на диспансерном учете уже несколько лет. Из числа 77 больных, 12 были дети до 18 лет и 65 взрослых пациентов с БА. Из числа взрослых 12 пациентов (18,4 %), из которых 8 женщин и 4 мужчин, имели подтвержденный положительный тест на COVID-19. Из них 10 пациентов (83%) имели средне-тяжелое течение, лечились и наблюдались на дому семейным врачом, а 2 пациента (17%) с тяжелым течением и развитием пневмонии были госпитализированы в стационар. Летальных исходов у данных пациентов отмечено не было. Из 65 взрослых пациентов с БА на постоянной базисной терапии гормональными препаратами находились 52 человек, а 12 пациентов получали свою терапию периодически в периоды обострений заболевания.

Выводы: Исследования показало, что новая коронавирусная инфекция ухудшала состояние пациентов с БА, и обострение у них протекали в средне-тяжелой и тяжелой форме. Пациенты которые получали постоянную базисную гормональную терапию перенесли коронавирусную инфекцию более легче и с меньшими осложнениями, чем пациенты, которые лечились периодически нарушая режим терапии.
Таким образом, доказано, что комплаентность к терапии может предотвратить осложнения БА.

Кадырова З.Д., Одинаев А.Г.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ ПОЛУЧАЮЩИМ МЕТАДОН В АМБУЛАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени проф. М.Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан

Цель исследования. Медицинской реабилитации пациентов с наркологическими расстройствами отказ от псих активных веществ, восстановление физического и психического здоровья, формирование адекватного личностного и социального статуса.

Основная задача медицинской реабилитации заключается в подготовке пациента, который отказался от употребления психоактивных веществ, к другой, новой для него трезвой жизни.

В программе амбулаторной медицинской реабилитации включается следующие пациенты:
- пациенты, прошедшие лечение в стационаре, изъявившие желание пройти реабилитационную программу в амбулаторных условиях
- лица получающиеся заместительную терапию и добровольно согласившиеся на участие в реабилитационной программе.

Материалы и методы. Амбулаторная реабилитация пациентов проводилось в ГУ РКЦН и ГЦЗ № 4, в течении 3-6 месяцев.
Частота посещений колеблется от 1-3 раза в месяц. Было включено 70 пациентов с наркологическими расстройствами и находящиеся на амбулаторном программе реабилитации, что составило 23,3% из общего числа пациентов (300) с

наркологическими расстройствами, возраст от 35 до 55 лет из них 65 мужчин (92,8%) и 5 женщин (7,2%).

Результаты исследования. Психологом оценивалось психоэмоциональное состояние пациента, проводится первичное индивидуальное консультирование с целью выявления дезадаптирующих факторов, психологических ресурсов для преодоления проблем.

Составлялся индивидуальный план психологической работы с пациентом с учетом специфики диагноза, особенностей личности и актуального психологического состояния, имеющихся семейных проблем.

Индивидуальное психологическое консультирование и психокоррекция проводились от2 до 18 раз за период прохождения реабилитации.

Далее психологическая помощь оказывалось в разных форматах – это психологическое консультирование индивидуальное и семейное, психокоррекция индивидуальное и групповая, групповые психологические занятие в виде лекций, обсуждений, тренинговые групповые занятия. Оценивалось динамика психоэмоционального состояния, изменения в семейных взаимоотношениях, в социальном отношении, удовлетворенность самого пациента реабилитационной программы.

Выводы. Таким образом роль и помощь психолога в программе амбулаторной реабилитации пациентов Республиканского Клинического Центра Наркологии важна, для каждого участника реабилитационного процесса и в настоящее время становится более востребованным.

Кадырова З.Д., Юлдошев С.А., Хакимов В.Б.

МОДЕЛИ ИҶТИМОИИ МУТОБИҚШАВӢ ВА БОЗ ҲАМ ШОМИЛ НАМУДАНИ ШАХСОНИ БЕХОНА («БОМЖ») ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Кафедраи неврология, психиатрия ва психологияи тиббии ба номи проф. М.Г.Гуломов
МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”, Точикистон.

Мақсади таҳқиқот. Ба хаёти мукарари баргардонидаи шахсони бе сарпанох . Зарур аст, ки моделҳои «мутобиқшавӣ ва боз ҳам шомилкунии шахсони бехона (БОМЖ) дар Ҷумҳурии Точикистон» (ҶТ) дар самти коҳиш ва пешгирии бемориҳои сироятӣ дар байни шахсони бехона омӯзонида шавад.

Мавод ва методҳ. Шахсони бехона — ин афроде ҳастанд, ки барои вақти дароз аз манзил ва шароити мусоиди зиндагӣ маҳрум буда, ҳангоми аз даст додани ҳуҷҷатҳои шаҳрвандӣ, ҳуқуқҳои худ эҳтиёҷ ба кумак доранд ва наметавонанд ба ҷамъият дубора шомил шаванд.

Лоиҳа дар доираи барномаи «Каритас Таджикистан» (ташкилоти хайриявӣ аз Олмон) амалӣ карда мешавад. Ин ташкилот дар Точикистон барномаҳои гуногуни иҷтимоии хайриявӣ мегузаронад, ки яке аз онҳо барои кумак ба шахсони бехона мебошад. «Каритас Таджикистан» барои беҳбуд бахшидани солимии равонӣ ва иҷтимоии шахсони бехона, инчунин барои бо кор таъмин намудани онҳо кӯмак мерасонад.

Дар марказ 145 нафар хизматрасонӣ мегиранд: 129 мард, 16 зан, аз инҳо:

1. Ҷавонон (18-44 сола) – 47 нафар;
2. Миёнасолон (45-59 сола) – 65 нафар;
3. Пиронсолон (60+ сола) – 25 нафар.

Натиҷаҳои таҳқиқот. 1. Аз гурӯҳи аввал, ҷавонон: 47 шахси бехона, аз онҳо собиқ маҳбусон 6 нафар, хатмкунандагони интернат 2 нафар мебошанд. 2. Аз гурӯҳи миёна: 55 нафар, собиқ маҳбусон 8 нафар, хатмкунандагони интернат 2 нафар. 3. Аз гурӯҳи пиронсолон: 24 нафар, хатмкунандагони интернат 1 нафар.

Хулоса. Бехонагӣ яке аз мушкилоти шадиди иҷтимоӣ мебошад, аммо то ҳол кам пажӯҳиш шудааст ва дар радифи вазифаҳои авлавиятноки иҷтимоӣ қарор надорад. Иловатан, мавзуи мазкур то ҳол таваҷҷуҳи кофии илмӣ нагирифтааст.

Дар оянда умед дорем, ки кори мо дастраси шахсони бехона ва кумакҳои ҳукуматиро ба онҳо зиёд хоҳад кард:

- Таъмини манзили муваққатӣ ва кӯмак дар ҳуҷҷатгузорӣ
- Кумак дар бо ҷойи кор таъмин шудан
- - Дастгирӣ дар қабул ба беморхонаҳои тиббӣ

Ҳамкории наздик бо ҷомеа, мақомоти давлатӣ, ва ташкилотҳои иҷтимои. Бовари дорем ки ин кумаку дастгирии онхо бо якчоягии бо муасисахои давлати, ташкилотҳои ҷамъиятӣ сабаби баргардондани шахсони бесарпанох ба хайети мукарари ва пешгирии беморихои гайри сирояти кумак мерасонад .

Камолова Г.Н., Шамсов А.Т.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СПЛЕНЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ

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

Цель исследования. Оценить эффективность спленэктомии и определить частоту развития тромбоцитоза у пациентов с первичной иммунной тромбоцитопенией после проведенной операции.

Материал и методы исследования. Исследование основано на ретроспективном анализе 44 случаев пациентов с первичной иммунной тромбоцитопенией (ТИА), которым была выполнена спленэктомия в период с 2014 по 2021 год. Пациенты были госпитализированы в гематологическое отделение Национального медицинского центра «Шифобахш» МЗ и СЗН РТ. Возраст пациентов варьировал от 15 до 62 лет (средний возраст 30 лет). Мужчины составляли 18 пациентов, женщины – 26. Все пациенты ранее получали глюкокортикоидную терапию (преднизолон) в дозировке 1-1,5 мг/кг массы тела, однако у 22 пациентов была достигнута полная ремиссия, у 17 наблюдалась частичная ремиссия,

а у 5 – отсутствовал эффект от лечения. Спленэктомия проводилась у всех пациентов, независимо от наличия геморрагического синдрома, для предотвращения рецидивов заболевания и осложнений, связанных с длительным приемом глюкокортикоидов.

Результаты исследования и их обсуждение. У 22 пациентов с полным ответом на глюкокортикоидную терапию после спленэктомии наблюдалось значительное увеличение числа тромбоцитов, достигавшее 1500-7500 × 10^9/л в первый день после операции и 3200-12 000 × 10^9/л к концу первой недели. Через три месяца уровень тромбоцитов стабилизировался в пределах 1500-5200 × 10^9/л. У 17 пациентов с частичной ремиссией количество тромбоцитов увеличилось до 3500 × 10^9/л после операции, а через неделю уровень достиг 450-650 × 10^9/л. Спустя три месяца у 9 пациентов уровень тромбоцитов нормализовался (1400-4200 × 10^9/л), у 4 пациентов он оставался выше критического уровня (650-1200 × 10^9/л), и еще у 4 пациентов количество тромбоцитов снизилось до 250-450 × 10^9/л. У 5 пациентов, не ответивших на глюкокортикоидную терапию, после спленэктомии улучшения не наблюдалось, и уровень тромбоцитов оставался ниже критического уровня.

Результаты исследования подтверждают высокую эффективность спленэктомии у пациентов с первичной иммунной тромбоцитопенией, которые имели положительный ответ на глюкокортикоидную терапию. У пациентов с отсутствием эффекта от глюкокортикоидов спленэктомия не показала значительного улучшения, и риск развития тромбогеморрагических осложнений оставался высоким.

Выводы. Спленэктомия должна рассматриваться как эффективный метод лечения у пациентов с положительным ответом на глюкокортикоиды, однако требует тщательной оценки у пациентов с неэффективностью гормональной терапии.

Камолова Г.Н., Шамсов А.Т.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПРИАПИЗМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МИЕЛОЛЕЙКОЗЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНГИБИТОРОВ ПРОТЕИНТИРОЗИНКИНАЗЫ

Кафедра внутренних болезней №3, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Цель исследования. Продемонстрировать случай приапизма, возникший у пациента с хроническим миелолейкозом, и показать успешность лечения с использованием ингибитора протеинтирозинкиназы.

Материал и методы исследования. Пациент, 2002 года рождения, поступил в гематологическое отделение Национального медицинского центра «Шифобахш» с жалобами на болезненную эрекцию, сохраняющуюся более четырех часов, а также общую слабость и повышение температуры. Первоначальная терапия у семейного врача и уролога не принесла улучшений. Пациенту был диагностирован хронический миелолейкоз в хронической фазе, осложненный ишемическим приапизмом. Терапия включала использование ингибитора протеинтирозинкиназы (гливек) и местную пункционную аспирацию крови из кавернозных тел.

Результаты исследования и их обсуждение. Уже через 24 часа после начала лечения боль и отек полового члена уменьшились, эрекция постепенно снижалась. Спустя три недели уровень лейкоцитов снизился на 50%, а через два месяца состояние пациента нормализовалось. Показатели гемограммы стали соответствовать норме, исчезли проявления приапизма, селезенка перестала пальпироваться. На момент последнего обследования пациент чувствовал себя удовлетворительно, продолжал принимать гливек в дозе 400 мг в сутки. Рецидивов приапизма зафиксировано не было.

Выводы. Исследование продемонстрировало высокую эффективность ингибитора протеинтирозинкиназы в лечении приапизма у пациентов с хроническим миелолейкозом. Данный метод позволяет избежать оперативного вмешательства и способствует нормализации состояния пациента.

Каримова Г.Н., Шукурова Р.А., Шокирзода Ш.А.

РИСК ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОРТРОЗОМ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан.

Цель исследования. Изучение частоты встречаемости побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта у пациентов с остеоартрозом (ОА), принимающих нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП).

Материалы и методы. В исследовании были включены 42 больных трудоспособного возраста с ОА, из них 30 (75%) женщин и 10 (25%) мужчин, которые находились на стационарном лечении в кардио-ревматологическом отделении Городское учреждение «Городской центр здоровья №2 имени академика К.Т. Таджиева». Средний возраст пациентов составил 57,6±3,5 лет. Длительность заболевания ОА 5,4±2,1 лет. У всех больных диагноз ОА был верифицирован на основании классификации Беневоленской Л.И. (1993) и рентгенологического исследования сустава (по J. Kellgren и J. Lawrence). Проводились следующие методы исследования: рентгенологическое исследование суставов, измерялось окружность сустава, эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС).

Результаты исследования. все пациенты в зависимости от приёма вида нестероидного противовоспалительного препарата (НПВП) были разделены на 2 группы: 1 группа (n- 27) – пациенты, получающие в качестве противовоспалительной терапии неселективный нестероидный противовоспалительный препарат (н-НПВП) – диклофенак натрия в дозе 100 мг х 2 раза в день; 2 группа (n-15) – селективный нестероидный противовоспалительный препарат (с-НПВП) – нимесулид в дозе 100 мг х 2 раза в день. Все пациенты в 2- х сравниваемых группах подходили по возрасту, полу и весу. У пациентов, принимавших НПВС, нами наблюдались следующие субъективные ощущения со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – диспепсия: тошнота 6 (22%) и 3 (20%), изжога 13 (48,1%) и 7 (46,6%),

диарея 1 (3,7%) и 2 (13,3%), боли в эпигастральной области 7 (25,9%) и 3 (20%), соответственно.

При эндоскопическом исследовании пациентов с ОА обеих групп, принимавших НПВП в связи выраженностью болевого синдрома, были выявлены, что в 1 группе у 3 – язвенная болезнь желудка, у 10 – эрозивный гастрит, 12 – гастроэзофагиальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) против 4 – эрозивный гастрит, 2 – ГЭРБ, выявленных во 2-ой группе, соответственно.

Выводы. Таким образом, повышение частоты побочных эффектов у пациентов с остеоартрозом, принимавших неселективные НПВП, требует выбора в пользу селективных НПВП.

Кароматова Т.И., Абдулаева Д.Ю., Курбонова К.О.

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУТГМУ им. Абуали ибн Сино Республики Таджикистан

Цель исследования.

Купирование острых симптомов: уменьшение выраженности кожных высыпаний, боли в суставах и других проявлений заболевания.

Предотвращение повреждения органов: защита почек, суставов и других органов от длительного воспаления.

Снижение риска рецидивов: уменьшение вероятности повторных обострений заболевания.

Основные направления лечения

Материалы и методы.

Постельный режим: в остром периоде заболевания рекомендуется соблюдение постельного режима для снижения нагрузки на сосуды.

Диета: соблюдение гипоаллергенной диеты для предотвращения обострений, вызванных аллергическими реакциями.

Физическая реабилитация: после купирования острых симптомов рекомендуется проведение лечебной физкультуры для восстановления функции суставов.

Медикаментозная терапия:

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП): применяются для уменьшения боли и воспаления.

Глюкокортикостероиды: назначаются при тяжелом течении заболевания для быстрого купирования воспалительного процесса.

Иммуносупрессоры: применяются при хроническом течении заболевания и неэффективности других методов лечения для подавления иммунной системы.

Антикоагулянты и антиагреганты: используются для предотвращения тромбообразования и улучшения микроциркуляции.

Плазмаферез: применяется при тяжелых формах заболевания для удаления из крови циркулирующих иммунных комплексов, вызывающих воспаление.

Современные подходы к лечению

Результаты.

Индивидуальный подход: выбор методов лечения осуществляется в зависимости от тяжести заболевания, наличия осложнений и индивидуальных особенностей пациента.

Выводы.

Комплексное лечение: сочетание различных методов лечения позволяет достичь более эффективных результатов.

Кароматова Т.И., Абдулаева Д.Ю., Курбонов А.А.

ТЕЧЕНИЕ ВОЛОСАТОКЛЕТОЧНОГО ЛЕЙКОЗА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУТГМУ им.Абуали ибн Сино Республики Таджикистан

Цель и задача исследования.

Проанализировать течение ВКЛ с целью проведения своевременной диагностики и адекватной терапии.

Методы и результаты исследования.

Обследован больной68-ми лет с впервые выставленным диагнозом ВКЛ. В первые заболевание началось сослабостью, головокружением, тяжестью в левом подреберье, осалгией. При обследовании у больного было выявлено спленомегалия выраженная бледность кожных покровов и видимых слизистых. Общий анализ крови: Hb - 70г/л, Эр. - 2,7 х 1012/л, Л. - 26 х 109/л: с/я - 7%, п/я - 1%, лимф. - 66%. Тр. - 50 х 109/л. Миелограмма: препараты костного мозга скудноклеточные. Миелоидный росток-редуцирован.Расщирен 66% из них 32% клетки с признаками ВКЛ. Эритроидный росток в норме, по нормобластическому типу кроветворения. Мегакариоцитарный росток-отшнуровка тромбоцитов скудная.

УЗИ: селезенка 240 х 80 мм. Схема лечения, которое больной получал статсионарно: назначен интерферон альфа-2а (пегасис) по 3 млн МЕ ч/д., в неделе два раза.

От данного лечения результатов не наблюдалось. Вышеперечисленные жалобы появились вновь 11.04. 2024 г., при обследовании Hb - 78 г/л., Эр. - 2,7х 102/л., Л. - 4,7 х 109/л.: с/я - 5%, лимф. - 95%. Тр. - 72 х 109/л., что говорит о неадекватном лечении данной патологии. Анализ клинических проявлений позволяют задуматься о наличии атипичного проявления ВКЛ. В лечении атипичного варианта ВКЛ необходимо использовать ритуксимаб совместно с кладрибином.

Выводы. 1. Отличия атипичного варианта ВКЛ в данном случае возраст (68 лет), пол (муж),отсутствие эффекта от пегасиса. 2. Применение ритуксимаба в сочетании с кладрибином, по данным литературы, положительно влияет на результаты лечения атипичного варианта ВКЛ.

[1]Киёмидинов Х.Х., [1]Шарвонова Г.Б., [2]Зиёзода З.К.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЁЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН ЗА ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ПЕРИОД, В 2014 И В 2023 ГОДАХ

[1]Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино,
[2]ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ». Таджикистан

Цель исследования. Провести сравнительное изучение показателя заболеваемости туберкулёзом в регионах Республики Таджикистан за 2014 и 2023 годы.

Материал и методы. Проведён анализ данных официальной статистики Министерства здравоохранения и социальной защиты населения по показателю заболеваемости туберкулёзом в целом по стране и по регионам Республике Таджикистан, а также в тюремном секторе за 10 лет, в 2014 и в 2023 годах.

Результаты исследования. Показатель заболеваемости туберкулёзом по Республике Таджикистан за 10 лет снизился с 60,8 в 2014 году до 40,2 на 100 тысяч населения в 2023 году или на 33,9%. Подобная тенденция наблюдается во всех регионах страны: Душанбе – с 57,9 до 33,4 (-42,3%), районы республиканского подчинения – с 57,6 до 40,0 (-30,6%), Согдийская область – с 39,1 до 27,5 (-29,7%), Хатлонская область – с 74,0 до 48,3 (-34,7%), Горно-Бадахшанская область – с 111,6 до 71,1 на 100 тысяч населения (-36,3%). В исправительных учреждениях (пенитенциарная система) показатель заболеваемости туберкулёзом за 10 лет снизился с 1110,0 в 2014 году до 700,0 на 100 тысяч населения в 2023 году или на 36,9%.

Выводы. Основной эпидемиологический показатель – показатель заболеваемости туберкулёзом в целом по стране, а также во всех регионах Республики Таджикистан и в исправительных учреждениях за десятилетний период с 2014 до 2023 годов снизился в среднем на 33,9±6,3%.

Киёмов И.Э.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОЛУПРОВОДНИКОВОЙ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Самаркандский государственный медицинский институт, Клиника “Эффект медикал”,
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Цель исследования: Целью нашего исследования является изучение влияния полупроводниковой лазерной терапии в комплексном лечении больных гипертонической болезнью.

Материалы и методы: В отделении интенсивной терапии Клиника “Эффэкт медикал” у 25 больных гипертонической болезнью в возрасте 45-65 лет был использован полупроводниковый импульсный лазерный аппарат «Восток».

Облучали шейно-воротниковую зону, паравертебральные и синокаротидные зоны по 2 мин., курс лазеротерапии – 5 дней.

Результаты: Гипотензивный эффект считался хорошим, если было достигнуто снижение артериального давления до 140/90 мм.рт.ст. и ниже; удовлетворительным, если диастолическое снижалось на 10 мм.рт.ст. и ниже по сравнению с исходным уровнем, но оставалось выше 95 мм.рт.ст.; отсутствие эффекта, если это не было достигнуто.
В контрольной группе больных (50) проводилась обычная медикаментозная терапия гипертонической болезни, где гипотензивный эффект был достигнут на 5 день пребывания больного в стационаре.
При сочетанном применении медикаментозной терапии и лазерного излучения – стойкое снижение артериального давления отмечалось на 2-3 сутки.

Выводы:

В нашем исследовании выявлено положительное влияние лазерного излучения на суточный профиль АД, а также отмечено выраженное гипотензивное действие лазера у больных мягкой и умеренной формой гипертонической болезни.

Куватзода Г.Х., Ураков К.З., Ходжиева Г.Б.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА

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

Цель исследования. Изучить особенности течения и клинические проявления у больных с хроническим лимфолейкозом.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 14 больных, находившихся на стационарном лечении в гематологическом отделении ГУ НМЦ РТ города Душанбе с диагнозом хронический лимфолейкоз. Возраст пациентов был от 63 до 71 года, медиана возраста составляла 67 лет. Мужчин оказалось – 9, женщин 5. В течение 6 месяцев (с января по июнь 2022 года) всем больным были проведены клинические и лабораторные методы исследования: развернутый общий анализ крови, иммунофенотипирование, биохимия крови, печеночные пробы, билирубин, холестерин, стернальная пункция с цитохимическим исследованием, проба Кумбса, общий анализ мочи, электрокардиография (ЭКГ), рентгенография органов грудной клетки, УЗИ и КТ исследование внутренних лимфоузлов.

Результаты исследования и их обсуждение. Клинические проявления хронического лимфолейкоза разнообразны и обусловлены лимфоцитозом и обусловлены инфильтрацией лимфатических узлов патологическими лимфоцитами, наличием внекостномозговых очагов поражения и признаками опухолевой интоксикации. Данные приведены в таблице.

Клинические проявления у больных с хроническим лимфолейкозом

Клинические проявления	Частота встречаемости
Лимфоаденопатия	84,0%
Потливость	33,0%
Одышка, кашель	45,0%
Небольшая гепатоспленомегалия	15,0%
Потеря веса	65,0%
Инфильтраты, шелушение, покраснение кожи	27,0%
Частые инфекции	78,0%
Появление лейкемических инфильтратов в тканях внутренних органов	54,0%

Из таблицы видно, что частыми клиническими проявлениями у больных с ХЛЛ являлись: лимфоаденопатия-84% вследствие инфильтрации лимфатических узлов, частые инфекции-78% в связи снижением иммунитета, также появление лейкемических инфильтратов в тканях внутренних органов- 54% из-за скопления лимфоцитов группами в виде лимфом, и почти у большинства больных наблюдается потеря веса- 65% по причине катаболических процессов в организме. Другие клинические проявления, такие как потливость- 33%, одышка и кашель- 45%, небольшая гепатоспленомегалия- 15%, инфильтраты, шелушение и покраснение кожи- 27%, встречаются в меньшей степени.

Выводы. Таким образом, при хроническом лимфолейкозе во время прогрессирования заболевания наблюдается снижение иммунитета, что представляет собой инфекционную угрозу и в 70,0% случаев встречаются инфекционные осложнения, а также наблюдается лимфоаденопатия, потливость, небольшая гепатоспленомегалия, потеря веса, инфильтраты, что необходимо иметь ввиду для своевременного проведения адекватной терапии с подбором препаратов и схем химиотерапевтического лечения.

Курбонова М.Н., Ганиева М.Т., Толибова Л.Н.

НЕЙРОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ТАДЖИКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Исследование клинико-неврологических и молекулярно-генетических характеристик нейрогенетических заболеваний (НГЗ) в таджикской популяции.

Материалы и методы. В рамках сотрудничества с Университетским колледжем Лондона кафедра неврологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино ведет сбор пациентов с различными формами НГЗ. Исследования охватывают как пациентов, обратившихся за консультацией, так и больных из различных регионов Таджикистана, в том числе путем экспедиционных поездок в Согдийскую область (г. Худжанд, Канибадам).

Результат исследования. Наше исследование выявило значительное разнообразие нейрогенетических заболеваний (НГЗ) в таджикской популяции, что отражает высокую степень генетического и фенотипического полиморфизма. В рамках проекта было обследовано 308 человек из 250 семей, проживающих в различных регионах Таджикистана. Пациенты обратились за медицинской консультацией или были включены в исследование во время экспедиционных поездок. Основные выявленные заболевания: Наследственные мозжечковые атаксии: Атаксия Фридрейха и другие спиноцеребеллярные атаксии составили значительную долю среди выявленных случаев. В частности, у двух пациентов из одной семьи была диагностирована витамин Е-дефицитная атаксия. Эти заболевания характеризуются прогрессирующей координационной дисфункцией, что приводит к нарушению походки и инвалидизации. Наследственные спастические параплегии: среди диагностированных форм была выделена спастическая параплегия Шарлевуа-Сагене, также диагностированная у двух пациентов из одной семьи. Это редкое заболевание, проявляющееся постепенно усиливающейся слабостью и спастичностью в нижних конечностях. Болезнь Вильсона-Коновалова: у двух пациентов из одной семьи было обнаружено это наследственное заболевание, характеризующееся нарушением обмена меди и токсическим поражением печени и центральной нервной системы. Адренолейкодистрофия: Выявлено у двух пациентов из одной семьи. Заболевание поражает миелиновые оболочки нервных волокон и приводит к тяжелым неврологическим нарушениям. Мы также описали ряд случаев атипичных форм нервно-мышечных заболеваний, которые проявлялись разнообразием симптомов, не всегда соответствующих классическим клиническим описаниям данных патологий. Это подчеркивает значительный фенотипический полиморфизм нейрогенетических заболеваний в таджикской популяции.

Выводы. Исследование показало, что нейрогенетические заболевания в таджикской популяции характеризуются значительной генетической гетерогенностью и фенотипическим разнообразием. Эти данные подчеркивают важность дальнейшего генетического анализа для диагностики и лечения НГЗ в регионе.

Курбонова М. Н., Ганиева М.Т., Асилова Н.Г.

ВЛИЯНИЕ COVID-19 НА ТЕЧЕНИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г.Гулямова
«ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Оценка влияния пандемии COVID-19 на клиническое течение рецидивирующего рассеянного склероза, а также на частоту и характер обострений данного заболевания.

Материал и методы. В рамках данного исследования использовались следующие материалы и методы. В выборку вошли 15 пациентов с рецидивирующим рассеянным склерозом, которые проходили лечение в неврологическом отделении ГУ НМЦ "Шифобахш" после окончания пандемии COVID-19. Для оценки клинического состояния пациентов применялись стандартизированные шкалы, направленные на измерение уровня инвалидности, качества жизни и частоты обострений заболевания.

Результаты исследования. В рамках проведенного исследования среди 15 пациентов с рецидивирующим рассеянным склерозом было установлено, что 2 пациента имели первично диагностированную форму заболевания, тогда как остальные 13 участников уже находились под наблюдением по причине ранее установленного диагноза. Анализ гендерной принадлежности показал, что среди 15 пациентов 10 (66,7%) составляли женщины, а 5 (33,3%) — мужчины. Обострения заболевания были зафиксированы у 6 из 13 пациентов с ранее установленным диагнозом, что составляет 46,2%. Из этих 6 пациентов только 4 (66,7%) сообщили о значительных ухудшениях состояния, выражающихся в увеличении неврологического дефицита. У пациентов с первично диагностированным рассеянным склерозом (2 человека) обострений не наблюдалось, но они показали более выраженные симптомы и прогрессирование. Кроме того, пациенты, перенесшие инфекцию COVID-19, испытывали более серьезные трудности с восстановлением неврологического дефицита по сравнению с теми, кто не сталкивался с инфекцией.

Выводы. В результате проведенного исследования не было обнаружено существенного влияния пандемии COVID-19 на изменение заболеваемости рассеянным склерозом. Однако в ходе анализа клинических особенностей данного заболевания в период пандемии выявлено, что перенесенная инфекция COVID-19 может негативно повлиять на течение рассеянного склероза, приводя к ухудшению восстановления неврологического дефицита после эпизодов обострений. Это, в свою очередь, может способствовать накапливанию уровня инвалидизации среди пациентов.

Курбонова М.Н., Ганиева М.Т., Гофилова М.З.

АКТУАЛЬНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова
«ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан

Цель исследования. Изучение и анализ эффективности лекарственных препаратов, одобренных для лечения бокового амиотрофического склероза (БАС), с фокусом на замедление прогрессии заболевания и продление жизни пациентов.

Материал и методы. Обзор существующих исследований и клинических испытаний препаратов, одобренных для лечения БАС, таких как рилузол и эдаравон, а также новых перспективных средств, таких как AMX0035, тоферсен и CNM-Au8. Основное внимание уделялось механизмам действия препаратов, их влиянию на продолжительность жизни, прогрессию болезни и качество жизни пациентов.

Результаты исследования. Лечение бокового амиотрофического склероза (БАС) остаётся сложной задачей, и, хотя рилузол является первым одобренным препаратом, его эффективность весьма ограничена, поскольку он продлевает жизнь пациентов всего на 2-3 месяца, главным образом за счёт ингибирования глутаматергической передачи. Вслед за рилузолом был разработан эдаравон, который направлен на снижение окислительного стресса, что играет ключевую роль в патогенезе БАС; однако, его действие ограничивается определённой подгруппой пациентов, что сдерживает его широкое использование. Тем временем, новейший препарат AMX0035 представляет собой значительный прорыв, поскольку он сочетает два активных вещества, воздействующих на митохондриальную дисфункцию и клеточный стресс, что позволяет замедлить прогрессию заболевания и увеличить выживаемость пациентов. Следует отметить, что ещё одним перспективным препаратом является тоферсен, представляющий собой антисмысловую терапию, которая эффективно снижает уровень мутантного белка SOD1, что замедляет прогрессию болезни у пациентов с мутацией в гене SOD1. Параллельно с этим, терапия CNM-Au8, основанная на использовании наночастиц золота для защиты нейронов, продемонстрировала многообещающие результаты в первых клинических испытаниях, что даёт основания ожидать её дальнейшей успешной разработки. Таким образом, хотя рилузол и эдаравон остаются основными средствами лечения БАС, их эффективность скромна, а новые препараты, такие как AMX0035 и тоферсен, демонстрируют значительный потенциал в улучшении терапии пациентов с этим заболеванием.

Выводы. Хотя рилузол и эдаравон остаются основными препаратами для лечения БАС, их эффективность ограничена. Новые препараты, такие как AMX0035 и тоферсен, представляют собой перспективные методы терапии, которые могут улучшить качество жизни и продлить её на несколько месяцев, но требуется больше исследований для подтверждения их эффективности.

Курбонова М.Н., Исрофилов М.О., Шарипов Ш.А.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ БОКОВОМ АМИОТРОФИЧЕСКОМ СКЛЕРОЗЕ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова
«ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Исследовать частоту и особенности когнитивных изменений, ассоциированных с боковым амиотрофическим склерозом (БАС).

Материал и методы. В рамках данного исследования были осмотрены пациенты, у которых был диагностирован боковой амиотрофический склероз (БАС) всех клинических форм, включая как спорадические, так и семейные типы заболевания. Участники исследования были госпитализированы в первое неврологическое отделение ГУ НМЦ «Шифобахш». Для оценки когнитивных изменений у пациентов была проведена комплексная медицинская и нейропсихологическая оценка. Включение пациентов в исследование происходило на основании следующих критериев: подтвержденный диагноз БАС, наличие согласия на участие в исследовании.

Результаты исследования. Среди 9 пациентов с различными формами бокового амиотрофического склероза (БАС) в исследовании три пациента имели семейную форму БАС, пять — классическую форму, а один — БАС с проявлениями паркинсонизма. Трое пациентов (30%) продемонстрировали признаки когнитивных нарушений, в том числе 2 (23%), соответствующих нейропсихологическим критериям деменции. Статистически значимых различий между группами БАС с деменцией и без деменции не было обнаружено в отношении демографических характеристик, семейного анамнеза, места начала заболевания, наличия бульбарной дисфункции или тяжести БАС. Только у одного пациента с деменцией была диагностирована форма с бульбарным началом. Была выявлена связь между увеличением тяжести БАС и снижением эффективности вербальной беглости. Пациенты с деменцией при БАС продемонстрировали преобладающие нарушения в свободном воспоминании, исполнительной функции и именовании, при этом относительная сохранность наблюдалась в отношении внимания, психомоторной скорости и визуально-пространственной функции. Не было установлено связи между когнитивными нарушениями и выживанием, с учетом тяжести БАС.

Выводы. У одной трети пациентов с боковым амиотрофическим склерозом были выявлены когнитивные нарушения, соответствующие модели лобно-височной деменции. Когнитивные показатели не показали статистически значимой связи с местом начала заболевания или выживанием пациентов. Результаты исследования подтверждают важность дальнейшего изучения когнитивной функции у пациентов с различными формами БАС, чтобы выявить дополнительные факторы, влияющие на когнитивное состояние и качество жизни пациентов.

Қаҳоров И.М., Абиийров Ф.А., Рачабов З.А.

ИСТИФОДАИ УСУЛИ КРИОДЕССТРУКТИВӢ БО МАҲЛУЛИ АЗОТИ МОЕЪ ДАР МУОЛИҶАИ БЕМОРОНИ ОЗАХҲОИ ВИРУСӢ ДАР НОҲИЯИ ДАНҒАРА

Кафедраи бемориҳои сироятӣ ва дерматовенерологияи МДТ ДДТХ.

Мақсади тадқиқот. Бартариятҳои табобати креодесструктивӣ бо маҳлули азоти моеъ дар муолиҷаи беморони озахҳои вирусии сатҳи пӯсти ҳамвор дар ноҳияи Данғара бо речаи кӯтоҳмуддат ва бе ҷарроҳӣ.

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Дар соли 2023 45-нафар беморони гирифтори озахҳои вирусии сатҳи пӯсти ҳамвор ба табобат ҷалб карда шудаанд, ки муроҷиаткунандагон шаҳрвандони ноҳияи Данғара, донишҷӯёни ДДТХ ва ДДД мебошанд. Аз шумораи умумии беморон 19-нафар зан(42,2%) ва 26- нафар мард(57,8%) буданд. Шумораи беморон вобаста ба сину сол чунин буд: то 20 сола – 22 бемор (48,9%), аз 20 то 40-сола - 15 бемор(33,4%), аз 40-60-сола - 8 бемор (17,7%). Тадқиқот дар беморони гирифтори озахҳои вирусӣ дар мавзеи пӯсти ангуштони дастҳо ва кафи пойҳо гузаронида шуд.

Натиҷаи тадқиқот. Аз 45–нафари таҳти назорат қарордошта бо усули криодесструктивӣ бо маҳлули азоти моеъ, 25- нафар бемор бо речаи инфиродӣ, мавриди муолиҷа қарор дода шудаанд, ва 20-бемори боқимонда бо усулҳои анъанавӣ бо истифодаи маводҳои зиддивирусӣ , ба мисли ҳабҳо ва малҳамҳои зиддивирусӣ муолиҷа карда шудаанд. Табобат аз 5 то 15 рӯз давом ёфта 25-нафар беморон ба пуррагӣ аз бусуротҳои пайдо шуда шифо ёфтаанд. Боқимонда 20-беморе, ки бо речаи муроҷиат аз 1-доруи зидди вирусӣ, малҳамҳо ва иммуностимулятор иборат буд, табобат гирифтанд, давраи табобат нисбати гурӯҳи якум давомнок ва на он қадар натиҷабахш буд.

Хусола. Истифодаи речаи кӯтоҳмуддати ғайриҷарроҳӣ ва криодесструктивӣ бо маҳлули азоти моеъ дар табобати беморони гирифтори озахҳои вирусии сатҳи пӯст самарбахш аст. Ин усули табобати креодесструктивӣ бо маҳлули азоти моеъ имконият медиҳад, ки беморони гирифтори бемории вирусии сатҳи пӯсти ҳамвори андомҳои боло ва поён дар муддати кӯтоҳ, яъне дар 1-2 ҳафта ба пуррагӣ шифо ёбанд.

Мавиа Н.С.Х., Боймуродов А.А., Рахманова З.Э.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА В СЕВЕРНОМ СУДАНЕ

Кафедра инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Изучить эффективность амбизома при лечении висцерального лейшманиоза в Северном Судане (Африка).

Материал и методы исследования. Клиническому и диагностическому обследованию нами были подвергнуты23 детей и 9 взрослых больных висцеральным лейшманиозом (кала-азар). Все больные находились на стационарном обследовании и лечении в госпиталях Таберкаллахцентркала-азар, Сафава и тропическом центре Омдурман Северного Судана (2007-2014гг.) Больные поступали в данные центры из штатов Ал-Гедараф, Таберкаллах, Доук, Сафава,

Ундурман, Сеннар, Голубой Нил.Из общего количества детей мальчиков было - 9(39,1%), девочек - 14 (61%). Возраст детей колебался от 1 месяцев до 15 лет. Средний возраст детей составил 8,6±0,7 лет. Взрослых было 9, из них - женщин 5(55,6%), мужчин - 4(44,4%). Диагноз был выставлен во всех случаях **экспресс-тестом(rK 39 антигенный иммунохроматографический тест).Данный тест был специально разработан для применения в полевых условиях и продемонстрировал высокую диагностическую ценность в большинстве эндемичных районов, при кала-азаре.**

Результаты и их обсуждения. В Северном Судане ежегодно регистрируемых случаев заболевания в среднем составляет от 4000 до 6883, или 112 случаев на 100000 населения, с постоянным ростом с 2007 года. Однако в стране есть районы, где заболеваемость висцеральным лейшманиозом достигает 100-200 случаев. Это районы Северного и Южного Дарфура.

При лечении лейшманиоза применялся липосамальный амфотерицин «В» (Амбизом) который назначался по 1 мг/кг в зависимости от веса больного, внутривенно, в 5% растворе декстрозы, через каждые день, в течение 10 дней, всего 10 инъекций. У всех больных отмечалась хорошая переносимость препарата, побочные эффекты не наблюдались. Клиническая эффективность лечения отмечалась уже на 8-9 день приема Амбизона, 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.

Вывод. В результате наших исследований было установлена, что эффективность препаратаамбизон при лечении больных висцеральным лейшманиозом (кала-азар) составила 100%. Амбизом являются высокоактивным препаратом в лечении больных висцеральным лейшманиозом (кала-азар) и может быть рекомендован практическим врачам в борьбе с данной инфекцией.

Мадалиев К.А., Зигангирова Д.И., Бозоров С.С.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино
ГУ «Таджикский нНаучно-исследовательский институт профилактической медицины»

Цель исследования. Изучить морфологические особенности «истинных» и «ложных» келоидных рубцов.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 68 пациентов с келоидными рубцами в возрасте от 15 до 25 лет. Давность рубцов составила 3,0±1,5лет. Клиническая оценка келоидных рубцов проводилась по универсальной оценочной шкале рубцов Ванкувера - Vancouver Scar Scale, модифицированной Фисталь Н.Н. (2006). Морфологические исследования проводились в кабинете патологической гистологии ГУ «Городская клиническая больница кожных болезней». После местной анестезии артикаином (с адреналином в соотношении 1:100 000) проводили шейв-биопсию келоидного рубца (при помощи лезвия производили тонкий срез кожи диаметром 5-6 мм, глубиной 1-2 мм). Микроскопические исследования проводились с помощью светового микроскопа «OLYMPUS» фирмы «OLYMPUS CORPORATION» (Китай) при увеличении в 100 раз. При гистологическом исследовании придерживались классификации Гуллера (2008 г), которая выделяет четыре вида рубцовой ткани: фиброзно-изменённая дерма (ФИД); типичная форма гипертрофического рубца, узловая форма гипертрофического рубца, узлы II типа.

Результаты исследования. Из 68 обследуемых больных 30 (44,1%) келоидные рубцы появились без причины, то есть были спонтанными, или «истинными» келоидами. У остальных 38 (55,9%) пациентов наблюдались «ложные» рубцы, то есть причиной их формирования являлись различные травматические факторы: 15/38;39,5% - ожоги, 14/38; 36,8% - оперативные вмешательства, 9/38; 23,7% - травмы острыми предметами. У пациентов с «ложными» келоидными рубцами, локализация келоидов соответствовала месту воздействия травмирующего фактора. Общий показатель шкалы Ванкувер у пациентов с «истинными» келоидами составил 26,2±1,3 балла, что в 1,3 раза выше этого показателя, чем у обследованных лиц с «ложными» келоидами, у которых данный показатель составил 19,8±1,2 балла. Из всего количества обследованных пациентов в 39/68; 57,4% морфологические признаки келоида были представлены в виде узлов II типа, то есть выявлялись рыхлые, сетчато-ячеистые сплетения коллагеновых волокон и резко сниженное содержание эластических волокон, фибробластов и сосудов. У 29/68; 42,6% были выявлены морфологические признаки узловой формой гипертрофического рубца, проявляющиеся наличием единичных узловых структур дермы. Было выявлено, что у пациентов с “истинными” келоидами узлы II типа встречались в 2,4 раза чаще, чем у пациентов с «ложными» келоидами. При этом, у последних в 2,4 раза чаще наблюдалась узловая форма гипертрофического рубца у больных. У пациентов с «истинными» келоидами рубцовая ткань была представлена многочисленными узлами, а пучки коллагеновых волокон плотно прилегали друг другу. У этих пациентов в исследуемой ткани выявлялось большое количество фибробластов при полном отсутствии эластических волокон. «Ложные» келоиды характеризовались наличием в де́рме зон с резко сниженным содержанием эластических волокон, фибробластов и сосудов, которые прорастали между узлами.

Выводы. Таким образом, выявленные морфологические признаки келоидных рубцов указывают, что при «истинных» келоидах наблюдаются более выраженные диспластические изменения, отличающиеся от «ложных» келоидов полным отсутствием эластических волокон. При этом, наличие ишемизированных участков в де́рме у больных с «ложными» келоидами указывает на возможность дальнейшего развития диспластических процессов и трансформации этих зон в келоидный рубец. Возможно, профилактику ишемических процессов, происходящих в де́рме, необходимо проводить на стадии заживления раневой поверхности до развития полноценного рубца.

Мамаджонов И.М., Махкамов Н.Дж.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ СПОНДИЛИТЕ ПОЗВОНОЧНИКА, ВЫЗВАННЫЕ ВЛИЯНИЕМ COVID-19

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

Цель исследования: COVID -19 позвоночника Уточнение данных клинико - инструментальных , морфологических и морфометрических признаков туберкулезного спондилита после

Материалы и методы исследования : Изучить топографию и морфологию дегенеративно-дистрофических изменений грудного и поясничного отделов позвоночника вследствие туберкулеза после covid-19, биопсию туберкулезного спондилита после обследования в Андижанском областном фтизиатрическом диспансере и аутопсологическом отделении Республики. Центр патологической анатомии СССР Республики Узбекистан от 30 до 65 лет. Использовали материал, полученный при хирургической операции по поводу туберкулезного спондилита.

Результаты исследования и их обсуждение: Некробиотические изменения развиваются вследствие сужения и тромбоза сосудов наружной оболочки и мягких тканей вокруг кости на ранних стадиях развития туберкулезного спондилита позвоночника. Сначала интерстициальное остеоидное вещество становится. появляются некробиоз в структуре кости позвоночника, пространства с разрушенными остеобластами, остеокластами и фибробластами, затем появляются некробиотические изменения в результате развития дистрофических и деструктивных изменений твердых костных опор в III периоде туберкулезного спондилита. процесса, в период появления истинных очагов некроза определяются секвестрации из твердых костных столбов, бесструктурные дендриты из промежуточных остеоидных структур.

Выводы: Результаты проведенных научных исследований показали, что при изучении уровня заболеваемости пациентов и постановке правильного диагноза необходимо определять патоморфологические изменения с учетом индивидуального подхода к возрасту, образу жизни и трудовой деятельности.

Мамажонов И.М., Махкамов Н.Ж.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГРУДО-ПОЯСНИЧНОГО СПОНДИЛИТА ПОЗВОНОЧНИКА ПОСЛЕ COVID -19

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

Цель исследование заключается в том, что структурно-функциональный тип дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника под влиянием COVID-19 в настоящее время занимает важное место среди заболеваний опорно-двигательного аппарата, что требует разработки новых современных методов. для лечения этого заболевания. В системе здравоохранения нашей республики важно изучение топографо-морфологической и гистологической структуры дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника. что приводит к ранней и точной диагностике пациентов.Клинико -анамнестические данные спинального спондилита после перенесенной COVID-19 и совершенствование диагностики морфолого- морфометрических слепых людей путем сравнительного анализа;

Материалы и методы: Изучить топографию и морфологию дегенеративно-дистрофических изменений в грудном и поясничном отделах позвоночника после covid-19 в стационарах Андижанского государственного медицинского института, постэкзаменационную биопсию туберкулезного спондилита и грыжи диска. и в аутопсийном отделении Республиканского центра патологической анатомии СССР 30. Мы использовали материалы, полученные при хирургической операции по поводу туберкулезного спондилита в возрасте до 65 лет.

Результаты исследования: Результаты морфологического исследования показывают, что в первом периоде процесса асептического некроза мягкие ткани вокруг костей позвоночника и надкостницы сильно отечны, клеточные и волокнистые структуры сморщены и неправильно расположены, вакуолизированы. в интерстиции появляются пробелы. В III периоде туберкулезного спондилита при появлении очагов некроза костей определяются секвестры из твердых костных столбов, бесструктурные дендриты из промежуточных остеоидных структур – задача, выполняемая для развития и развития.

Выводы: При анализе клинико-патоморфологических изменений структурно-функционального типа дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника, шеи, грудной клетки и спины под влиянием Covid-19 грыжа диска развивается по-разному во всех позвонках, что требует правильного лечения. оценка патологических процессов.

Мансуров Т.Т., Умедов Х.А., Шомуродов Х.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МНОГОЭТАПНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ

Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования – оценить клинический опыт применения многоэтапной хирургической активной тактики лечения пострадавших с тяжелыми повреждениями печени.

Материал и методы. В отделении хирургии Самаркандского филиала РНЦЭМП за 2012-2022 гг. оперировано 130 пострадавших с травмой печени.

Из них у 25 (19,2%) пострадавших с тяжелыми травмами печени IV и V степени повреждения по E.Moore. Эффективность многоэтапной тактики оценивалась по уровню летальности и числу гнойно-септических осложнений.

Результаты исследований. Были проанализированы результаты хирургического лечения 25 пациентов с массивными травмами печени, в возрасте от 18 до 50 лет, средний возраст 26 лет. Мужчин было 16, женщин – 9. Средняя оценка степени тяжести повреждения по шкале ISS составила 34 балла (17-76), по E.Moore IV и V степени поврежде-

ния. Средняя величина кровопотери составила 2850 мл (1750-3850 мл). Все пациенты перенесли многоэтапную лапаротомию с марлевой (пленкой) тампонадой, среднее число операций на 1 человека 3 (2-5), ушивание раны печени с тампонадой (14), обширная гепатотомия и перевязка сосудов (3), атипичная резекция (2), прошивание крупных магистральных сосудов с тампонадой (1). Средний койко/день в отделении реанимации – 13 (3-16), средний койко/дней в клинике 25 (3-28). Летальность составила 24,0% (6 из 25), в основном гнойно-септические осложнения и полиорганная недостаточность.

Результаты исследования. Повреждения печени, при которых применялась многоэтапная хирургическая тактика типа «damage control», мы квалифицировали следующим образом.

1-й вариант – тупая травма живота с изолированным массивным повреждением печени и кровопотерей более 2-х литров (у 16 больных).

2-й вариант – проникающие сквозные ранения печени с повреждением магистральных сосудов (у 4).

3-й вариант – сочетанные массивные повреждения полых и паренхиматозных органов брюшной полости (у 5).

Критерии к применению многоэтапного лечения тяжелой категории пострадавших явилось наличие 3-х из 5 признаков:

1 – интероперационная гемотрансфузия 2 более литров;

2 – нестабильность пострадавшего;

3 – гипотермия (t в пищеводе $\leq 34^0$C);

4 – развитие ДВС-синдрома;

5 – повреждения печени и других органов с массивным кровотечением.

Выводы. Многоэтапная хирургическая тактика «damage control» при изолированных и сочетанных тяжелых повреждениях печени является эффективным методом у нестабильных пострадавших с риском развития коагулопатии и полиорганной недостаточности. Необходимым компонентом на завершающем этапе хирургического вмешательства является интестинальная декомпрессия с целью проведения энтерального зондового питания для коррекции гиперматаболизма и профилактики вторичных системных осложнений, связанных с возникающей энтеральной недостаточности.

Маукаева С.Б., Узбекова С.Е., Кудайбергенова Н.К.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕТНЕЙ ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ СЕССИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ШКОЛЫ МЕДИЦИНЫ

Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и иммунологии, Медицинский университет Семей, Казахстан

Цель исследования. Провести сравнительный анализ результатов летней экзаменационной сессии обучающихся школы медицины в медицинском университете Семей (МУС).

Материал и методы исследования. Было проведено сравнение средних значений летних экзаменационных сессий 2021-2022 и 2022-2023 учебных годов с применением t-критерий Стьюдента для независимых выборок с нормальным распределением. В 2022-2023гг. в МУС использовался расчет итоговой оценки дисциплин (ИОД) по формуле (формативное оценивание (ФО) х 0,6 + суммативное оценивание (СО) х 0,4). В 2021-2022гг. расчет ИОД производился по другой формуле (ФО х 0,3 + СО х 0,7). Для оценки объективности расчета ИОД был проведен сравнительный анализ средних значений ИОД в 2021-2022гг. и 2022-2023гг. по t-критерию Стьюдента.

Результаты исследования. Сравнительный анализ средних значений экзаменационных сессий по 1 курсу показал, что в 2022-2023гг ИОД составил 80,7 по сравнению с 2021-2022гг (78,1). По 2 курсу ИОД был 78,9 и 76,4 соответственно. На 3 курсе значения были зарегистрированы значения ИОД 81,2 и 77,9 соответственно. По 4 курсу эти значения составили 87,2 и 80,05. На 1, 2, 3, 4 курсах отмечалось повышение средней оценки по сравнению с прошлым учебным годом, и оно являлось статистически значимым, (p=0,0001. По 5 курсу также наблюдалось повышение средней оценки по сравнению с прошлым годом, но оно было статистически не значимым (p=0,339), значения ИОД 85,7 и 81,1 соответственно.

Наряду с приведёнными данными в 2022-2023 учебном году наблюдался рост количества обучающихся по государственному гранту и гранту местных исполнительных органов (МИО), получающих стипендию по итогам летней экзаменационной сессии по сравнению с 2021-2022 учебным годом (84% против 71,1%).

Выводы. Сравнение результатов летних экзаменационных сессий показало в 2022-2023 учебном году статистически значимое повышение средней оценки по сравнению с 2021-2022 учебным годом на 1,2,3,4 курсах ОП «Общая медицина» и «Медицина». На 5 курсе наблюдалось статистически не значимое повышение средней оценки в 2022-2023 учебном году по сравнению с 2021-2022 учебным годом. Изменение формулы ИОД с акцентом на формативное оценивание существенно не повлияло на итоговые оценки сессии. Данное повышение в итоге привело к увеличению количества обучающихся по государственному гранту и гранту местных исполнительных органов (МИО), получающих стипендию по итогам летней экзаменационной сессии в 2022-2023 учебном году по сравнению с 2021-2022 учебным годом.

Махмадшоев Ф.А., Пирмахмадзода Б.П, Чумаев Ф.Х

ТРЕНДЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ГОРОДСКОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ БОЛЬНИЦЕ, 2023-2024

Городская детская клиническая *туберкулезная больница*
ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Определение трендов госпитализации в *Городской* детской клинической *туберкулезной больнице.*

Материалы и методы. Описательное исследование всех больных с диагнозом туберкулёз (ТБ), госпитализированных в *Городской* детской клинической *туберкулезной больнице за 9 месяцев 2023 по сравнению с тем же периодом 2024.* Сравнение количества госпитализированных больных проведено в разрезе город, село.

Результаты исследования. За 9 месяцев 2024 года в Городской детской клинической туберкулезной больнице наблюдается общее снижение числа госпитализированных детей по сравнению с аналогичным периодом 2023 года. В частности, количество госпитализаций среди сельского населения сократилось с 60 до 48 человек, что сыграло ключевую роль в общем снижении показателя с 78 до 66. Также отмечается значительное снижение числа случаев туберкулеза внутригрудных лимфоузлов и диссеминированного туберкулеза (с 3 до 0), а также туберкулеза почек (с 1 до 0). Число случаев инфильтративного туберкулеза немного сократилось (с 20 до 19). Примечательно, что количество больных с поствакцинальным рубцом от БЦЖ снизилось в 5,1 раза ($p<0,05$), что указывает на возможные изменения в стратегии вакцинации или диагностике. Среди сельского населения зафиксировано небольшое увеличение числа случаев первичного туберкулезного комплекса (с 21 до 22) и выявлен новый случай туберкулеза периферических лимфоузлов (с 0 до 1). Ситуация с туберкулезом органов брюшной полости и туберкулезным менингитом остаётся стабильной. Среди городских детей наблюдается снижение числа случаев первичного туберкулезного комплекса (с 4 до 2), диссеминированного туберкулеза (с 2 до 0) и плеврита ТБ этиологии (с 7 до 1), однако, был госпитализирован случай туберкулезного менингита.

Выводы и рекомендации. Рекомендуется оценить текущие практики вакцинации и возможного усиления программ иммунизации, особенно в сельской местности. Необходимо уделить внимание увеличению числа случаев первичного туберкулезного комплекса и выявлению новых случаев ТБ периферических лимфоузлов и ТБ менингита. появление новых случаев ТБ менингита требует повышенного внимания, что может говорить о необходимости усиления мер ранней диагностики и профилактики в городских условиях.

Махматмурадова Н.Н., Исокжонова Г.

ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

Кафедра внутренних болезней №4 Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования - изучение рентгенологических изменений при неспецифической интерстициальной пневмонии.

Материал и методы. В качестве материала нами был проведен ретроспективный анализ историй болезни 200 больных неспецифической интерстициальной пневмонией (НИП), находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении Самаркандского городского медицинского объединения. Всем больным проводились общеклинические стандарты обследования по МКБ-10, кроме того, всем больным проводилась рентгенография и высокоразрешающая компьютерная томография.

Результаты исследования. Полученные результаты свидетельствуют о том, что у 26 пациентов выявлено усиление корней легких с обеих сторон, тяжесть и снижение прозрачности локального характера. У 30 пациентов наряду с усилением корней выявлено снижение прозрачности обоих легких, аналогичное двусторонней пневмонии. У 27 пациентов выявлены признаки, характерные для хронического обструктивного бронхита. Всем пациентам для дифференциальной диагностики проведена высокоразрешающая КТ. При этом были выявлены типичные признаки НИП, в том числе снижение прозрачности легочной ткани по типу «матового стекла», тракционные бронхоэктазы и бронхиолоэктазы, утолщение междольковых перегородок, уменьшение объема нижних долей.

Доминирующим симптомом над другими является признак «матового стекла». В то же время W.D. Travis и соавторы провели исследования на большом материале и выявили этот феномен лишь у 44% больных НПВ, тогда как бронхоэктазы были выявлены у 82%, ретикулярный узор - у 96%, а сморщивание нижних долей - у 77% случаев. Сотовые участки легких вообще нетипичны для данной патологии. По данным разных исследователей, они встречаются у 5–30% больных, при этом их распространенность не превышает 10% от общей поверхности легких.

Рентгенологическая картина в целом отражает морфологическую картину НИП. Воспалительный (клеточный) подтип характеризуется преобладанием «матового стекла» и отсутствием «сотового легкого». Фиброзный и смешанный подтипы предполагают более разнообразную симптоматику, когда все четыре основных рентгенологических синдрома присутствуют одновременно в разной степени выраженности, а также (часто, но не всегда) «сотовое легкое». Следует отметить, что очаги консолидации являются возможными находками у пациентов с НИП. Этот симптом может отражать одновременное наличие организующейся пневмонии, с которой НИП пересекалась у 50% пациентов в одном исследовании.

По данным C.A. Souza и др., среди 206 пациентов с интерстициальной пневмонией лимфаденопатия ворот легких наблюдалась у 81% пациентов с НИП, у 71% пациентов с респираторным бронхиолитом, связанным с интерстициальным заболеванием легких, и в 66% случаев с легочным фиброзом. Весьма характерным для НИП, является наличие симметричных тонких субплевральных полосок сохраненной легочной ткани (subpleural sparing), за которыми следуют ретикулярные и воспалительные изменения.

Выводы. Таким образом, рентгенологические исследования с использованием лучевых технологий свидетельствуют о том, что для больных с неспецифической интерстициальной пневмонией клеточного подтипа характерно преобладание «матового стекла» и отсутствие «сотового легкого», а при фиброзном или смешанном подтипе одновременно выражены в разной степени все четыре основных рентгенологических синдрома, а также (часто, но не всегда) «сотовое легкое».

Махмудзода Х.Р., Боев С.Н., Махмадов М.И.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ АКТИВНОЙ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ, ОСНОВАННОЙ НА ПРИНЦИПАХ СТРАТЕГИИ «TREAT TO TARGET» - T2T - «ЛЕЧЕНИЕ ДО ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ» У ПАЦИЕНТОВ С АКТИВНЫМ РАЗВЕРНУТЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В СОЧЕТАНИЕ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. Комплексный анализ и оценка состояния кардиоваскулярной системы (КВС) у больных активным развернутым артритом (РА) в сочетание с артериальной гипертонией (АГ) спустя 12 мес от начало активной контролируемой противовоспалительной терапии в рамках стратегии T2T.

Материал и методы. Всего обследовано 59 больных с достоверным активным развернутым РА (по критериям ACR, 1987 г.) в сочетание с АГ, в возрасте 29-66 лет (средний возраст 53,8±4,3). С целью адекватной оценки состояния КВС всем обследованным пациентам с активным развернутым РА в сочетание с АГ проводились дуплексное сканирование сонных артерий, ЭКГ и ЭхоКГ. Все пациенты с РА, у которых были идентифицированы кардиоваскулярные осложнения коронарного генеза постоянно находились под наблюдением кардиолога и регулярно получали комплексную терапию в соответствии с современными стандартами оказания кардиологической помощи;

Результаты. Итоговые результаты, которые нами были получены в процессе комплексной оценки состояния КВС у пациентов с развернутым активным РА в сочетание с АГ спустя 12 мес от начало активной контролируемой противовоспалительной терапии в рамках стратегии T2T в целом демонстрируют следующее: а) практически были ликвидированы предсердные экстрасистолии эпизоды суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии и транзиторные атриовентрикулярные блокады-блокады I-II степени; б) серьезным образом сократилась (у 38,6 и 37,2 % больных соответственно) частота встречаемости желудочковой экстрасистолии и эпизодов безболевой ишемии миокарда; в) субклинический симптом атеросклероза сонных артерий - увеличение толщины комплекса интима-медиа и большинство субклинических симптомов, свидетельствующих о структурно-функционального ремоделирования левых отделов сердца приобрели положительную тенденцию, однако эти положительные сдвиги не показали статистическую значимость различия от исходных показателей ($p>0,05$); г) у больных, достигших состояния непрерывной глубокой или стойкой ремиссии с трехмесячного срока 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 сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с активным РА в сочетание с АГ.

Махмудзода Х.Р., Боев С.Н., Саидов Ё.У.

ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ «СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПО МНЕНИЮ ПАЦИЕНТА» У БОЛЬНЫХ РАЗВЕРНУТЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ АКТИВНОЙ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республики Таджикистан

Цель: комплексно изучить и оценить состояния параметров, отражающих функциональное состояние, качества жизни (КЖ), уровень тревожности и интенсивности хронического болевого синдрома у пациентов с развернутым ревматоидным артритом (РА) на фоне активной контролируемой терапии в рамках стратегии T2T.

Материал и методы: всего обследовано 77 больных с достоверным активным развернутым РА (по критериям ACR, 1987 г.), в возрасте 29-66 лет (средний возраст 53,8±4,3). 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.

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) Станфордской 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.

Результаты: на фоне активной противовоспалительной терапии в интенсивном режиме нами было установлена явная положительная тенденция к улучшению функциональной активности и КЖ пациентов, а также заметное снижение уровня тревожности, интенсивности болевого синдрома у пациентов I и II группы по опросникам HAQ и RAQoL, теста Тейлора. Однако было установлено, что положительные сдвиги изучаемых параметров на всех этапах исследования наиболее ярко были представлены у пациентов I группы (группа тщательного наблюдения). При этом у пациентов, которые к 12 мес терапии достигали конечной цели современной фармакотерапевтической стратегии РА (стратегии T2T) – состояния клинической ремиссии (n=23) зарегистрировано статистически высоко достоверное ($p<0,01$-$0,001$) улучшение всех параметров, отражающих функциональную активность, КЖ, уровень тревожности и общей тяжести заболевания по опросникам HAQ и RAQoL, теста Тейлора и интенсивности хронического болевого синдрома.

Заключение: полученные нами итоговые свидетельствуют, с одной стороны о том, что значительное ухудшении функциональной активности и КЖ больных и повышенная тревожность, а также постоянное присутствие хро-

нического болевого синдрома являются достаточно характерной и отличительной чертой пациентов с активным развернутым РА, а с другой - достижения конечной цели стратегии T2T – состояния клинической ремиссии у пациентов с активным развернутым РА радикальным образом положительно модифицирует параметров «состояние здоровья по мнению пациента» (patient-reported outcome) и практически ликвидирует наличие хронического болевого синдрома

Махмудзода Х.Р., Боев С.Н., Махмадов М.И.

СПЕКТРАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ТИПИЧНЫХ И АТИПИЧНЫХ КОРОНАРОГЕННЫХ СИМПТОМОВ У БОЛЬНЫХ РАЗВЕРНУТЫМ АКТИВНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В СОЧЕТАНИЕ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республики Таджикистан

Цель: поиск, спектральный анализ и оценка распространенности типичных и атипичных коронарогенных симптомов у больных развернутым активным ревматоидным артритом в сочетание с артериальной гипертонией.

Материал и методы: всего обследовано 59 больных с достоверным активным развернутым РА (по критериям ACR, 1987 г.) в сочетание с АГ, в возрасте 29-66 лет (средний возраст 53,8±4,3). С целью поиска и идентификации как типичных, так и атипичных клинических симптомов, свидетельствующих о наличие коронарогенных ССО у обследованных больных РА в сочетание с АГ (n=59) были тщательным образом изучены и оценены анамнестические данные, жалобы больных и по возможности данные, полученные из амбулаторных и стационарных карт пациентов.

Результаты. В целом полученные нами результаты демонстрируют следующее: а) наиболее характерными или типичными для коронарогенных ССО субъективными симптомами у обследованных больных РА в сочетание с АГ являлись: инспираторная или смешанная одышка, сердцебиение и ощущение перебоев в работе сердца, типичные приступы стенокардии, малопродуктивный кашель, ночные приступы тяжелой инспираторной одышки по типу «сердечной астмы», которые в совокупности встречались всего у 16 (27,2%) обследованных пациентов; б) среди «атипичных» симптомов, наличие которых лишь косвенно подтверждают присутствие коронарогенных ССО у обследованных пациентов наиболее характерными являлись: чувство тяжести и дискомфорта в области сердца, преимущественно при эмоциональной и физической перегрузке, диспепсические нарушения, прежде всего изжога и отрыжка, и болевые ощущения в эпигастрии, сердцебиение, преимущественно пароксизмального характера, преходящие боли в левой руки, часто в сочетание с болевыми ощущениями в левой части нижней челюсти; в) все идентифицированные «атипичные» симптомы исключительно появились на фоне перегрузки физического и/или психоэмоционального характера; г) сублингвальный прием нитроглицерина обеспечивал ликвидацию большинства вышеперечисленных «атипичных» симптомов у пациентов с активным развернутым РА в сочетание с АГ.

Выводы. У пациентов с высокоактивными формами РА в сочетание с АГ на фоне скудности встречаемости типичных коронарогенных симптомов с высокой частотой и в широком спектре встречаются атипичные симптомы, наличие которых лишь косвенно свидетельствуют о наличие коронарогенных ССО.

Мехмонов П.Х., Бобоходжаева З.Б.

ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС В ОТДАЛЁННОМ ПЕРИОДЕ

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

Цель исследования. Изучение состояния желудка и толстой кишки с помощью эндоскопического метода у ликвидаторов в отдалённом периоде.

Материалы и методы. В нашем Республиканском клиническом центре профессиональных заболеваний с 2021 по 2024 годы было обследовано 98 человек, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС в 1986 году. Эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией выполнена 76 ликвидаторам и фиброколоноскопия - 24.

У 11 ликвидаторов с эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны проводились гистологические, бактериоскопические, морфометрические и иммуногистохимические исследования биоптатов слизистой оболочки антрального отдела желудка и гемокульт.тест (FOBT).

Результаты исследования. Выявленная патология у ликвидаторов отличалась от папуляционной только большей частотой поверхностной деструкции слизистой оболочки желудка - эрозивный гастродуоденит встречался у 38,5% обследованных, в то время как в группе сравнения - у 28% (разница статистически достоверна). При изучении механизмов возникновения эрозивных гастритов и эрозивных дуоденитов установлена чаще высокая (III степень) обсеменённости пилорическими холекобактериями (у 60% по сравнению с 41,3%) и увеличение IqG и IqE - продуцирующих клеток. Особенностью патологии толстой кишки у ликвидаторов являются часто встречающие 42%, что сопоставимо с результатами общепопуляционной группы. Проведённые исследования гемокульт.теста из кишечного содержимого на скрытую кровь показали отрицательный результат. При изучении канцерогенного эффекта радиации в желудке и толстой кишке через 35-38 лет после воздействия нами не отмечено более частого возникновения злокачественных новообразований ЖКТ, чем в контрольной группе.

Выводы. Результаты исследования показали, что патология желудка у ликвидаторов отличалась от популяционной только большей частотой поверхностной деструкции слизистой оболочки желудка.

Мехмонов П.Х.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС, СПУСТЯ 37 ЛЕТ

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

Цель исследования. Изучение структуры заболеваемости лиц, принимавших участие в ликвидации аварии и её последствий на Чернобыльской АЭС, спустя 37 лет.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели исследования обследованы 1750 жителей республики, принимавших участие в ликвидации аварии на ЧАЭС и её последствий в ранние (1986-1987 гг.) и поздние сроки (в 1988-1990 гг.), находящихся на диспансерном наблюдении в Республиканском клиническом центре профессиональных заболеваний. Всем обследованным проведено общеклиническое клинико-лабораторное исследование с определением количества ретикулоцитов, тромбоцитов, семенной жидкости, электрокардиография, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, предстательной и щитовидной железы, эндогастродуоденоскопическое исследование при необходимости исследования миелограммы, состояние перекисного окисления липидов и иммунного статуса, консультации врачей-специалистов: уролога, невропатолога, гематолога, эндокринолога, психиатра и др. по необходимости.

Результаты исследования. Более подробный анализ результатов углубленного медицинского обследования позволил выявить следующую структуру заболеваемости лиц, принимавших участие в ликвидации последствий катастрофы на ЧАЭС. В структуре заболеваемости участников ликвидации аварии на ЧАЭС преобладали ИБС с гипертонической болезнью - у 1149 больных (65,5%), частые ОРЗ и простудные заболевания - у 1111 больных (63,4%), хронический пиелонефрит - у 998 человека (57%), хронический эрозивный гастродуоденит - у 784 больных (44,8%), хронический холесистопанкреатит - у 668 больных (38,2%).

Выводы. В структуре заболеваемости ведущее место занимают ИБС, гипертоническая болезнь, частые ОРЗ, простудные заболевания и многочисленные хронические воспалительные заболевания различных органов, среди которых наиболее часто встречается хронический пиелонефрит. Отмечено сочетание различных патологических состояний.

Мехмонов П.Х.

СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ, ПРИНИМАВШИХ УЧАСТИЕ В ЛИКВИДАЦИИ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Кафедра внутренних болезни №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучение особенностей клеточного иммунитета у больных с дисциркуляторной энцефалопатией в зависимости от дозы облучения.

Материалы и методы. Обследованы 120 человек, принимавших участие в ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС, с установленным диагнозом дисциркуляторной энцефалопатии разных степеней тяжести. Исследования проводились прямым иммунофлюоресцентным методом с использованием панели моноклональных антител к основным кластерам дифференциации иммунокомпетентных клеток. Субпопуляционный состав лимфоцитов периферической крови, а также экспрессию поверхностного фенотипа оценивали с помощью лазерного проточного цитофлюориметра FACScan.

Результаты исследования. Полученные результаты свидетельствуют об изменении клеточного звена иммунитета, в том числе общего количества $CD3^+$-лимфоцитов за счёт цитотоксических клеток и естественных киллеров. Иммунорегуляторные субпопуляции изменялись неодинаково. Количество $CD4^+$-лимфоцитов спустя 36 лет после облучения достоверно снижено у больных с пострадиационной энцефалопатией после перенесённой острой лучевой болезни. Уровень $CD8^+$- лимфоцитов у этих пациентов оставался нормальным. У пациентов с поглощёнными дозами облучения от 20,5 до 29 БЭР процентное содержание $CD4^+$ - клеток имело тенденцию к увеличению, а среднее значение $CD8^+$ - клеток было сниженным. Это обусловливает более высокие показатели иммунорегуляторного индекса в этой группе обследуемых. Количественные характеристики В-звена (процент общей популяции В-лимфоцитов и активированных клеток) не отличались от нормы.

Выводы. При сравнительном анализе иммунологических показателей у больных с дисциркуляторной энцефалопатией с различными дозовыми нагрузками установлен общий тип иммунологических нарушений. Отклонения иммунологических показателей при дисциркуляторной энцефалопатии после облучения в дозах 20,5 до 29 БЭР могут свидетельствовать о напряжении функционального состояния иммунной системы. На наш взгляд, это может отображать различия в иммунологических патогенетических механизмах развития энцефалопатии с учётом особенностей восстановления имунологенеза после облучения в разных дозовых интервалах.

[1]Мирзоалиев Ю.Ю., [2,3]Пулатова С.Дж., [2,3]Саидова С.Н.

ВНЕДРЕНИЕ НАЦИОНАЛЬНОГО ПЛАНА РЕАГИРОВАНИЯ НА ПАНДЕМИИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

[1]ГУ «ТНИИ профилактической медицины», [2]Кафедра общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины и [3]кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Ауали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить эффективность внедрения Национального плана реагирования на пандемию COVID-19 и других инфекционных заболеваний в Республике Таджикистан.

Материал и методы. Нами проведён анализ управленческих и административных мер, предпринятых для

подготовки к вероятным очередным пандемиям. Изучены распоряжения Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан касательно данного вопроса, изданные в постковидный период и другие нормативно-правовые документы.

Результаты исследования. В структуре Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (МЗиСЗН РТ) функционирует отдел чрезвычайных ситуаций и экстренной медицинской помощи, также создано Государственное учреждение «Центр по реагированию на чрезвычайные ситуации в сфере общественного здравоохранения», склады медицинских учреждений обеспечены всеми необходимыми средствами индивидуальной защиты для медицинских работников и медицинским оборудованием, разработан механизм доставки вакцин от гриппа и новых вакцин против COVID-19, включая необходимые препараты, используемые при эпидемии инфекционных заболеваний.

Структура оказания услуг здравоохранения в Республике Таджикистан организована в соответствии с административными уровнями страны и отличается в городских и сельских регионах. В сельских регионах страны, услуги здравоохранения оказываются через дома здоровья (1782 единиц), сельские центры здоровья (892), районные центры здоровья (51). В городской местности, городские центры здоровья (44) предлагают услуги здравоохранения. Функционируют также центры (22) и амбулатории (13) семейной медицины и фельдшерско-акушерские пункты (148). Работа этих медицинских учреждений зависит от 71 склада, включая Центральный склад вакцин ГУ «Республиканский центр иммунопрофилактики». Медицинская помощь вторичного уровня оказывается со стороны номерных и центральных районных или городских больниц, областные больницы оказывают специализированную помощь вторичного уровня, а более комплексные услуги здравоохранения предоставляются на базе госпитальных учреждений национального уровня. Расширение вакцинации от COVID-19 координируется на всех уровнях посредством постоянных комитетов, которые формируются со стороны Республиканского центра иммунопрофилактики (РЦИП), филиалов РЦИП и центров иммунопрофилактики (ЦИП) городов и районов. Количество необходимых человеческих ресурсов и бригад вакцинации рассчитывается с учётом рабочей нагрузки, равной 80 вакцинациям в день на каждого вакцинатора. Иммунизационные сессии будут запланированы в соответствии с рекомендациями ВОЗ в отношении реализации вакцинации в ходе пандемии COVID-19, и при обеспечении соблюдения стандартных мер профилактики и инфекционного контроля.

Готовность и реагирование на пандемии инфекционных заболеваний также предусматривает меры по выявлению, провизорному наблюдению контактных и госпитализацию больных с целью локализации очагов и предотвращению дальнейшего распространения болезни, а также снижение уровня летальных исходов. В связи с этим, анализ практики при пандемии COVID-19 показывает, что для этих целей соответствующим директивным документом были развёрнуты более 14 тыс. коек по всей стране.

Выводы. Опыт борьбы с пандемией COVID-19 показал, что в стране созданы все необходимые механизмы регулирования для обеспечения быстрого реагирования на различные вероятные эпидемии/пандемии.

Мирзоева М.М., Холов Ф.Р., Джурабеков А.Х., Иззатуллозода С.К., Карликова Х.Ф.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА В АКУШЕРСТВЕ И РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Центральная районная больница Яванского района

Цель исследования: выявить структуру врождённых пороков развития плода, несовместимых с жизнью, которые в свою очередь приводят к прерыванию беременности по медицинским показаниям.

Материалы и методы исследования. В кабинете ультразвукового исследования родильного отделения ЦРБ Явана на аппарате Siemens ACUSON p 300, в течение последних 7 лет были обследованы 16750 беременных женщин. Среди них 16503 были с физиологическим течением беременности, 247 с пороками развития плода.

Результаты исследования. Таким образом, в структуре выявленного ВПР плода на первом месте в основной группе были врождённые пороки центральной нервной системы (ЦНС) - 133 (53%) случаев, из них гидроцефалия- 79 случаев, анэнцефалия- 49 случаев. Гидроцефалия и анэнцефалия с сочетанием Spina bifida –32 случая. Синдром Денди Уокера -3, микроцефалия -2. На втором месте врождённые пороки желудочно –кишечного тракта (ЖКТ) таких, как омфалоцеле, гастрошизис, множественные кистозные образования кишечника, асцит, атрезия пищевода, образование в печени (38-15%). На третьем месте- с аномалиями развития сердечно –сосудистой системы (ССС) и дыхательных систем, таких как единственный желудочек, увеличение предсердий и желудочков, гипоплазия камер сердца, атрезия клапанов, множественные кисты легких, атрезия трахеи, которая сопровождается выраженным увеличением легких (18-7,2%). На четвертом – множественные пороки развития (17-6,8%). На пятом – врождённые пороки мочевыделительной системы с диагнозами поликистозные болезни почек, опухоли и кисты почек, мегацистис, мегауретер и гидронефроз почек (14-5,6%). В остальных наблюдениях выявлены шейная кистозная гигрома (11-4,4%), спинномозговая грыжа (7-2,8%), ВПР опорно - двигательного аппарата (7-2,8%), челюстно –лицевые деформации, в том числе волчья пасть, заячья губа (8-3,2%). Следует особо отметить, что врождённые пороки часто диагностируются не только в одной системе, а одновременно в нескольких жизненно важных системах, то есть сочетанные или множественные пороки. Также следует отметить особого внимания заслуживает измерение толщины воротникового пространство плода и длины носовой перегородки, являющихся одним из наиболее частых и значительных маркеров в ранние сроки беременности.

Вывод. В заключении можно сказать, что для Яванского района проблема ВПР плода является чрезвычайно актуальной, так как врождённые пороки продолжают оставаться одним из грозных осложнений беременности и выходит на первое место среди причин перинатальной, неонатальной и младенческой заболеваемости, смертности и инвалидности.

Мирзокалонова М.Дж.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ С САХАРНОМ ДИАБЕТОМ В РАБОТЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра семейной медицины ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Анализ качества диспансерного наблюдения больных сахарном диабетом по ГУ ГЦЗ №15, за 1 квартал 2023г.

Материал и методы исследования. Нами проведён анализ отчёта первого триместра 2023 года, ГУ ГЦЗ №15, с больных сахарном диабетом. Всего 304 случая больных сахарном диабетом состоят на диспансерном учёте, из них сахарный диабет II типа составляет 282 случая 92.8%, и сахарный диабет I типа составляет 22 случая 7.2%. Новых выявленных всего 24 (2,4%) больных. С диспансерного учёта были выписаны 35 (4.2%) пациентов.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведённый анализ работы семейного врача по диспансеризации и выявлению новых больных с сахарном диабетом показал, 24 (8,2%) новых случаев за первый триместр 2023 года, что свидетельствует о снижение заболеваемости по сравнению с данным периодом 2022 года на 1.2%.

Проведённое исследование показало, что сахарным диабетом I типа болеют по 3 девушки и мальчика до 14 лет ещё 3 мужчины и 1 женщина в возрасте 18-19 лет, а 3 мужчины и 9 женщин старше 20 лет. Сахарным диабетом II типа болеют 105 (37.2) мужчин и 177 (62.8%) женщин в возрасте старше 20 лет.

В группе новых выявленных всего 24 больных сахарным диабетом, из них I типа больных 5 человек, что составило 20%, из них одна девушка и один мальчик в возрасте 15-17 лет, а также девушка и мальчик в возрасте 18-19 лет и один мужчина старше 20 лет.

Сахарным диабетом II типа всего 19 случаев, это составляет 80% больных, из них 5 мужчин и 14 женщин старше 21 года.

С диспансерного учёта были выписаны 35(4.2%) пациентов, из них сахарный диабет-I типа- 2 случая, мальчик и девушка до 14 лет. Сахарный диабет-II типа 33 (94.2%) случая, из них 13(37,1%) мужчин и 20(57,9%) женщин старше 20 лет.

Тактика ведения больных - выявить новые случаи и своевременно взять на диспансерное наблюдение и поддерживать на компенсационном этапе.

Выводы. Таким образом, на диспансерном учёте больные сахарным диабетом II типа составляют 92.8% случаев и сахарным диабетом I типа составляют 7.2% случаев. Сахарным диабетом II типа больше болеют женщины, что составило 62.8% в возрасте старше 20 лет. Из новых выявленных сахарным диабетом II типа в возрасте старше 21 года составили 80% больных, из них женщин 73.7%. Анализ работы показал, что у семейных врачей улучшились меры профилактики и диспансеризации.

Мирзокалонова М.Ҷ.

СОХТОРИ БЕМОРИҲОИ ШАДИДИ РОҲҲОИ НАФАС ДАР СИННИ КӮДАКОНИ СИННИ ТО 17 ДАР МД МСШ №15 СОЛҲОИ 2023 ВА 2024

Кафедраи тибби оилавии МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”. Тоҷикистон

Мақсади таҳқиқот: Таҳлили муқоисавии бемориҳои шадиди роҳҳои нафас дар кӯдакони синусоли то 17, дар маркази саломатии шаҳрии №15.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот: Мувофиқи ҳисоботи МСШ№15 дар соли 2023 ҳамагӣ кӯдакони синусоли то 17 - 18917 нафарро, дар соли 2024 бошад -18322 нафарро ташкил намуд. Таҳлили муқоисавии бемориҳои шадиди роҳҳои нафас дар байни кӯдакони синни то 17 сола, ҳаминро нишон дод,ки нисбат ба соли гузашта бемориҳои шадиди роҳҳои нафас кам ба қайд гирифта шуд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва баррасиҳо: Таҳлили муқоисавии бемориҳои шадиди роҳҳои нафас дар кӯдакони синни то 17 сола, дар фаъолияти кории табибони оилавӣ аз рӯйи ҳисоботҳои оморӣ дар 9 моҳаи солҳои 2023-2024 натиҷаҳои зеринро нишон дод. Кӯдакони гирифтори БШРН дар соли 2023 – 1195 (6,3%) нафарро ташкил намуд, ки аз онҳо 0 то 1сола 133 (11,%), аз 1 то 4 сола 264(22,9%), аз 5 то 9 сола 366(30,6%) ва аз 10 то 17 сола 432(36,2%) нафарро ташкил намуданд. Аз рӯи ҳисоботи 9 моҳаи соли ҷорӣ бошад бо бемориҳои шадиди роҳҳои нафас ҳамагӣ кӯдакони то 17 сола 939 (5.1%). Нисбат ба соли гузашта дар соли ҷорӣ шумораи кӯдакони бо БШРН 256 нафар кам ба қайд гирифта шудааст.

Дар соли ҷорӣ аз рӯи сохтори синнусоли бошад, аз 0 то 1сола 136 (14,5%), 1 то 4 сола 227(24,2%), 5 то 9 сола 265(28,5%) ва 10 то 17 сола 308 (32,8) нафар кӯдакон бо БШРН ба қайд гирифта шуда, табобати амбулаторӣ гирифтаанд.

Дар соли 2023 дучоршавии кӯдакон бо БШРН аз рӯи осебёбии қисмҳои болои ва поёнии роҳи нафас ҷудо карда шуд: беморихои шадиди роҳҳои болоии нафаскаши 880 (73,6%), илтиҳоби шадиди роҳҳои поёни нафаскашӣ 289 (24,2%) ва илтиҳоби шуш 26 (22,2%) ташкил дод. Дар соли 2024 ум бошад беморихои шадиди роҳҳои болоии нафас 638 (67,9%), илтиҳоби шадиди роҳҳои поёнии нафаскашӣ 257(27,4%) ва илтиҳоби шуш 44 (4,7%)-ро ташкил дод.

Хулоса:Аз натиҷаи таҳқиқот шумораи кӯдакон чунин мебинем, ки дар фаъолияти табибони оилавӣ МД МСШ №15 кор бо кӯдакон хуб ва беҳтар ба роҳ монда шуда, нисбат ба кӯдакон алалхусус ба кӯдакони синни то 5 сола аҳамияти ҷиддӣ дода шудааст, ки соли ҷори ҳам аз рӯи таҳлили ҳисоботҳои оморӣ муроҷиат бо кӯдакон 5,1% ташкил кард, ки назар ба соли 2023- 1,2% кам мебошад ва инчунин аз рӯи сохтори синни соли кӯдакони аз 10 то 17 сола 36,2% аз ҳама зиёд мебошад, дар ҷойи дуюм синни аз 5 сола то 9 сола 30,6% -ро ташкил намуд.. Соли ҷорӣ бошад кӯдакони синни аз 10 то 17 сола 32,8% нафарро, аз 5 то 9 сола 28,5%, аз 1 то 4 сола 24,2% низ кам мебошад.

МирзокаримоваН.С., Мустафакулова Н.И., Камолова Г.Н.

СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ЛИМФОИДНОЙ ЛЕЙКЕМИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ТОКСАКОРОЗОМ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. АбуалиибниСино

Цель исследования. Изучить состояние клеточного и гуморального иммунитета у пациентов с хронической лимфоидной лейкемией (ХЛЛ).

Материал и методы исследования. Обследованы 37 пациентов с ХЛЛ, ассоциированной с токсакорозом, в возрасте от 43 до 67 лет, среди них мужчин оказалось 25, женщин – 12. Контрольную группу составили 25 здоровых лиц. Проведены развёрнутый анализ крови, общий анализ мочи, кал на яйца глист, стернальная пункция с морфологическим и цитохимическим исследованием костного мозга, рентгенологические методы исследования, исследование показателей клеточного и гуморального иммунитета с иммуноферментным анализом, все пациенты осмотрены паразитологом.

Результаты исследования. Пациенты были поделены на две группы: в I группу вошли 17 пациентов с ХЛЛ, ассоциированной с токсакорозом, и во IIгруппу вошли 20 пациентов с токсакорозом без такового сочетания. Было установлено, что до проведения полихимиотерапии у пациентов I группы уровень CD3 лимфоцитов составил 35,0±1,25 %, у пациентов II группы – 47,5±1,33% (против здоровых лиц - 73,5±5,5); уровень CD4 лимфоцитов у пациентов 1 группы составил 29,3±1,03%, тогда как во II группе 33,5±1,33% (против здоровых лиц - 43,3± 3,5); уровень CD8 лимфоцитов у пациентов I группы составил 0,49±0,03%, а во II группе – 0,46±0,07% (против здоровых лиц – 0,35±0,03); уровень CD20 лимфоцитов у пациентов 1 группы составил 4,3±1,03%, тогда как во II группе 7,5±1,33% (против здоровых лиц – 10,3 ±1,7); IgA в I группе составил 1,05±0,17, во IIгруппе – 2,30±0,3(против здоровых лиц – 2,43 ±1,7);IgM в I группе составил - 1,15±0,03, а во II группе – 2,1±0,5(против здоровых лиц – 2,3 ±0,7);IgG в I группе составил - 0,15±0,03, а во II группе – 1,0±0,05 (против здоровых лиц – 1,15 ±0,3).

Выводы.Упациентов с ХЛЛ, ассоциированной с токсакорозом, показатели клеточного и гуморального иммунитета были более подавлены по сравнению с пациентами с токсакорозом без такового сочетания.

[1]Мирзочонов О.Н., [2]Шарипов Х.Ю.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

[1]ГУ Медицинский комплекс Истиклол (директор-к.м.н. Рустамзода Х.К.). Таджикистан
[2]ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценить результаты перитонеального диализа у больных с хронической почечной недостаточности (ХПН).

Материал и методы. Нами были изучены первые результаты перитонеального диализа у 5 больных с хронической почечной недостаточности в терминальной стадии. Больные находились в отделения гемодиализа «Медицинского комплекса Истиклол». Возраст больных составил от 8 до 15 лет. Мальчиков были 2, девочек -3. Всем больным проведены биохимические методы исследования, включая определение функции клубочковой фильтрации почек. Диализирующий раствор вводился и выводился из полости брюшины через небольшую трубочку, которая называется перитонеальным катетером и установлен при помощи однократной лапароскопической операции. Он представляет собой мягкую, гибкую трубочку, толщиной в соломинку. Обмены раствора производился в основном в дневное время, как правило, проводили 4 обмена: утром, после пробуждения, в обеденное время, ранним вечером (после ужина) и перед сном.

Перитонеальный диализ проводился в 3 этапа: 1. Заливка диализирующего раствора занимает 10-15минут. 2. Экспозиция диализирующего раствора от 3 до 12 часов. 3. Слив раствора из брюшной полости 10-15минут.

Результаты исследования. После первого перитонеального диализи (ПД) все больные чувствовали себя удовлетворительно. Во- и после проведения перитонеального диализа осложнений не наблюдали. Показатели мочевины до диализа в крови были от 19 до 41 ммоль/л; креатини 787 до 1578 мкмоль/л. У всех больных через 24 — 48 часов была зафиксировано регрессия показателей мочевины и креатинина в крови. После первого диализа содержание креатинина снизился от 531 до 320мкмоль/л. Уровень мочевины до10,2 ммоль/л. У трех больных до ПД отмечали гиперкалиемию (концентрация К выше 6,2 ммоль/л). Перитонеальный диализ проводили 3-4 раза в сутки в зависимости от уремических показателей крови. Больные очень хорошо перенесли эту процедуру. Значительное повышение качества жизни больных отмечали при проведении ПД, в отличие от гемодиализа. Кроме того, в материальном плане ПД перевосходит гемодиализа, а также можно судить об эффективности ПД в лечении острой почечной недостаточности у пациентов детского возраста. В отличие от гемодиализа для проведения ПД можно научить и родственников больного, которые самостоятельно проводят диализ в амбулаторных условиях. Пациенты с промежуточными значениями транспорта могут хорошо переносить лечение любым режимом перитонеального диализа. После первых двух сеансов ПД наблюдалось значительное снижение показателей мочевины и креатинина в крови.

Выводы. Таким образом перитонеальный диализ показан больным с острой и хронической почечной недостаточности. Перитонеальный диализ можно проводить и в амбулаторных условиях. После проведения ПД значительно снизились показателей уремии крови.

Миркосимова М., Ганиева М.Т., Зарипов Н.Р.

НАРУШЕНИЕ СНА ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан

Цель исследования. Уточнить клинические особенности нарушений сна у больных с болезнью Паркинсона и их влияние на показатели качества жизни; оценка связи между проявлениями бессонницы и показателями тяжести заболевания, оценка влияния терапии прамипексолом на клинические симптомы, связанные с ночным сном.

Методы исследования. Под наблюдением находились 59 пациентов с БП без деменции (средний возраст 61,2±9,3 года, средняя продолжительность БП 5,9±4,2 года). Сорок пациентов получали прамипексол в суточной дозе 2,64±0,6 мг в дополнение к другим дофаминергическим препаратам. Использовали унифицированную шкалу сна при БП (PDSS), опросник депрессии Бека, шкалу усталости при БП (PFS-16), а также шкалу качества жизни при БП (PDQ-39).

Результаты исследования. Фрагментация сна и ранние утренние пробуждения являются наиболее распространенными нарушениями сна при БП. Терапия прамипексолом привела к значительному улучшению качества сна, уменьшению частоты засыпаний и ночных пробуждений. Улучшению характеристик сна способствовало уменьшение на фоне терапии выраженности двигательных (гипокинезы, ригидность, тремор, ночная и утренняя дистония) и немоторных (синдром беспокойных ног/акатизия, сенсорные расстройства, никтурия) проявлений БП.

Выводы. Установлено, что проблемы со сном могут усугублять двигательную симптоматику и когнитивные нарушения, что создает замкнутый круг, ухудшающий общее состояние пациента. Существуют различные подходы к лечению бессонницы и других нарушений сна у пациентов с болезнью Паркинсона, включая медикаментозные и не медикаментозные методы. Важно, чтобы медицинские специалисты учитывали индивидуальные особенности каждого пациента и применяли комплексный подход, направленный на улучшение как двигательных, так и не двигательных симптомов.

В связи с этим, необходимо уделить больше внимания ранней диагностике и коррекции нарушений сна в рамках комплексного лечения болезни Паркинсона, что может существенно улучшить качество жизни пациентов и их эмоциональное состояние.

Миркосимова М., Ганиева М.Т., Исрофилов М.О.

КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ АКИНЕТИКО-РИГИДНОЙ И ТРЕМОР-ДОМИНАНТНОЙ ФОРМАМИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА В ТАДЖИКИСТАНЕ

Кафеда неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан

Цель исследования. Изучить когнитивные нарушения у больных болезнью Паркинсона (БП) с акинетико-ригидной и тремор-доминантной формами.

Методы исследования. С октября 2023 г. по январь 2024 г. обследовано и обследовано 27 пациентов с акинетико-ригидной (n=14; 51,9%) и тремор-доминантной (n=13; 48,1%) формами БП. Критериями включения пациентов в это исследование были: установленный диагноз «болезнь Паркинсона»; возраст от 40 до 85 лет; способность больного передвигаться самостоятельно или при поддержке других; добровольное согласие пациента на участие в исследовании. Оценку когнитивных функций у пациентов проводили до начала терапии и через четыре месяца после лечения. Тесты на нормальность проводились с использованием тестов Колмогорова-Смирнова и Шапиро-Уилка. Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты исследования. при поступлении когнитивные нарушения были более выражены у пациентов с акинетико-ригидной формой болезни Паркинсона - 20,7±1,9, по сравнению с тремор-доминантной формой - 21,7±1,4 ($p<0,05$). Через четыре месяца после начала терапии улучшение показателей когнитивной дисфункции у пациентов с акинетико-ригидной формой болезни Паркинсона было более значимым (23,6±1,6), чем при тремор-доминантной форме (23,0±1,2). Это совпадает с данными других авторов, которые указывают акинетико-ригидную форму как наиболее распространенную. Следует подчеркнуть, что помимо противопаркинсонической терапии нами применялись также ноотропные средства, которые подбирались индивидуально и применялись не во всех случаях.

Выводы. Использование шкалы MMSE позволяет своевременно выявить и определить выраженность когнитивных изменений и риск дальнейшего развития деменции у пациентов с БП, что позволяет своевременно начать коррекционные мероприятия. Своевременное выявление и правильный подход к лечению основного заболевания и коррекции когнитивных нарушений существенно улучшают качество жизни самих пациентов, способствуют снижению экономических затрат.

Анварова Ш.С., Музафарова М.Э.

ДИНАМИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ПО ОЦЕНКЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА (ПРИМЕНЕНИЕ ДЕНОСУМАБА У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА)

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценить терапевтический эффект деносумаба в динамике у женщин постменопаузального периода с наличием сахарного диабета 2 типа и при его отсутствии.

Материалы и методы. Было обследовано 22 женщины менопаузального периода с сахарным диабетом 2 типа и 12 женщин аналогичного периода, но с отсутствием сахарного диабета. Медиана возраста исследуемых составила 61,0 лет.

В группе обследованных женщин нормальные показатели ИМТ были отмечены в 16 случаях, избыточный вес был установлен в 18 случаях. Наследственность была отягощена у 30% обследованных – в отношении остеопороза.

Среди обследованных женщин 9 находились в перименопаузальном периоде и 25 в постменопаузальном. Средняя длительность менопаузы у наблюдаемых пациенток составляла 10 лет, варьируясь в пределах 2-21 года.

Исследовались показатели липидного обмена, определялось содержание общего кальция и ионизированного кальция, фосфора, щелочной фосфатазы и витамина Д стандартными наборами биохимических показателей крови человека. Полученные предварительные данные о более выраженном дефиците витамина Д в группе обследованных больных СД 2 типа и признаками остеопороза были подтверждены набором реактивов IDS-Hydroxy Vitamin DEIA (25OHVitD).

Маркер формирования костной ткани – остеокальцин (ОК) и маркер резорбции костной ткани – С-терминальный телопептид (СТх) определяли в сыворотке крови иммунохемилюминисцентным методом.

Была проведена двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (остеоденситометрия с помощью аппарата Hologic Discovery (USA), до начала лечения и после каждые 12 месяцев в течении 4 лет. Оценивалась минеральная плотность костной ткани (МПКТ) в трех стандартных зонах (поясничный отдел позвоночника, проксимальный отдел бедра и дистальный отдел предплечья).

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью прикладных программ Microsoft Office Excel и Statistica 10,0.

Результаты и их обсуждение.

Среди пациенток, принимавших Деносумаб в течении 4 лет, группа средней продолжительности лечения, нами отмечены стабильный ежегодный прирост МПК и снижение риска новых переломов позвонков, включая вне позвоночные переломы на фоне хорошей переносимости терапии. Таким образом, наблюдение за пациентками в течении 4 лет непрерывного приёма Деносумаба как в группе больных СД, так и при его отсутствии продемонстрировала хорошую переносимость терапии и благоприятный профиль безопасности. Достижение Т-критерия -2 SD и выше по общему показателю проксимального отдела бедренной кости эффективно предупреждает возникновения новых переломов. Обратная зависимость частоты переломов и значения Т- критерия сохранялось независимо от возраста или наличия переломов в анамнезе.

Необходимо отметить, что Деносумаб характеризуется обратимостью действия, т.е. проявляет свои свойства только в период его использования, в связи с чем при его отмене необходимо назначать бисфосфонаты, т.к. последние обладают периодом последействия и позволят избежать развития переломов.

Выводы. Таким образом, в приведённом сообщении представлены основные положения необходимости пролонгирования антирезорбтивной терапии до достижения таргетной цели-перехода от состояния остеопороза в состояние остеопении или нормальной МПК.

Мукарамова Д.А., Ёдгорова М.Ҷ., Мансурова Н.М.

НУҚСОНИ МОДАРЗОДИИ ДИЛ ВА ОМИЛҲОИ ХАТАРИ ОН ДАР ТАҶРИБАИ ТАБИБИ ОИЛАВӢ

Кафедраи тибби оилавии МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”. Тоҷикистон

Мақсади тадқиқот. Омӯхтани омилҳои хатари тавлидшавии кӯдакон бо нуқсони модарзодии дил дар сатҳи аввалияи кӯмаки тиббию санитарӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Таҳлили ретроспективии таърихи инкишофи 22 кӯдаки маъюб бо ташхиси нуқсони модарзодии дил, дар МД МСШ №15 , дар соли ҳисоботии 2024 гузаронида шуд.

Натичаҳои тадқиқот ва баррасии онҳо. Таҳлили таърихи инкишофи 22 нафар кӯдакони маъюби нуқсони модарзодии дилдошта дар Маркази саломатии дар боло зикр шуда нишон дод, ки 14 нафарро (63.6%) духтарон ва 8 (36.3%) нафарро писарони аз синну соли 2сола (2022) то 17 сола (2007) ташкил медиҳанд.

Аз рӯйи нозология бошад бештар дар кӯдакон нуқсони модарзодии дил намуди нуқсони байни девораи байнимеъдачавӣ 14 ҳодиса ба қайд гирифта шуд, ки 63.6%-ро ташкил дод. Тетрада Фалло 4 ҳодиса, ки ба 18.2% рост омада, Нуқсони девораи байни даҳлезҳои дил ва стенози дарғоти шушӣ ду ҳодисагӣ, ки 9.1%-иро ташкил доданд мушоҳида гардид. Инчунин як ҳодисаи коарктатсияи шоҳраги поёнраванда ба қайд гирифта шуд, ки 4.5%-ро ташкил дод. Дар 86.5% -и беморон нуқсонҳои модарзодии дил бо дигар бемориҳои ҳамрадиф ва ё сабаби нуқсон шаванда дар якҷоягӣ мушоҳида гардиданд, ба монанди: микросефалия, сустақлӣ, бемории Дауна, фишорфабаландии симптоматкӣ, маҷрои кушодаи шараёнӣ, даричаи кушодаи овалӣ, сутстшунавоӣ, қафомонии инкишофи ҷисмонӣ, рӯҳиву равонӣ ва ғайра.

Омӯзиши сабабҳо ва омилҳои хатари пайдоиши нуқсони модарзодии дил дар кӯдакон нишон дод, ки дар 100% ҳолатҳо модарон гирифтори анемия аз норасогии оҳан дараҷаи 1-2, зиёда аз 85% модарони ин кӯдакон бемориҳои ситомегаловирус ва вируси табхол доранд. Дар 72.8% - ҷоғари дараҷаи 1-2, 58% остеопороз, 45% ҳодисаи пиелонефрити музмин, 41%-преэклампсия ва эклампсия мушоҳида гашта ҳамаи модарон дар давраи ҳомиладорӣ вобаста бемории асосӣ ва хурӯҷи бемориҳои ҳамрадиф табобати доругӣ гирифтанд, ки ин ҳам дар давраи инкишофи дохилибатнӣ ва рушди системаи дилу рагҳои хунгард таъсири худро расонидааст.

Хулоса: Ҳамин тариқ, таҳлилҳо нишон доданд, ки нуқсонҳои модарзодӣ дар сатҳи кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ сол аз сол зиёд шуда истодаанд. Сабабҳои асосии пайдошавии нуқсонҳои модарзодӣ дар кӯдакон, аз саломатии модар ба хусус дар давраи ҳомиладорӣ, никоҳи хешутаборӣ, бемориҳои сироятӣ, беморшавӣ дар давраи ҳомиладорӣ, қабули маводи дорувор дар давраҳоии махсуси ҳомиладорӣ, бемориҳои асосӣ ва ҳамрадифи модар вобастагӣ дорад.

Инчунин дар зиёда аз 50%- и кӯдакони нуқсони модарзодӣ, дошта, аз зоиши хонагӣ мебошанд, ки ин ҳам метавонад ба осеббардории кӯдак боис гардида бошад.

Муродов Н.М.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ПНЕВМОНИЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедры семейной медицины, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Целью исследования является изучение особенностей течения хронической пневмоний у больных сахарным диабетом, амбулаторных условиях в практике семенного врача .

Материал и методы исследования. Настоящей работы проведенной в Государственном учреждении «Городской центр здоровья №10» Республики Таджикистан за период 2021-2024гг. лежит анализ результатов комплексного обследования и изучение особенностей клинического течения хронической пневмоний, возникающие на фоне сахарного диабета, основе анализа амбулаторное карта больного и выписка из истории болезни больных, которые были разделены на две группы : 1- я группа (основная) 20 больных с хронической пневмонии в сочетании с сахарным диабетом, 2-я группа(контрольная) -20 больных с хронической пневмонией без сочетания с сахарным диабетом. В основной группе мужчин было -13 (65%) , женщин -7больных (35%) , в контрольной группе мужчин -11(55%) ,женщин -9 больных (45%) , в возрасте от 20-70лет.

Всем больным, на ряду с общеклиническими методами исследования проведении: Общее анализ кровы, анализ мокроты, исследовании уровня сахара в крови, биохимический анализ крови, пикфлюрометрии, рентгенография лёгких, компьютерное томографияи магнитно-резонансное-томография, консультации эндокринолога и пульмонолога.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведённых исследований установлено, что в первой группе; сахарного диабетом страдает в течение 10-12лет. Течение СД было тяжёлым в 4 случаях, средней тяжести в 10 случаях и лёгких6 случаях. Изучение анамнеза в первой группе позволило установить, что клиника декомпенсации СД предшествовала появлению симптомов пневмонии у 9 (47,1%) больных, а у 11 (52,9%) пневмония стала причиной декомпенсации углеводного обмена. Среди жалоб у больных СД преобладали характерное для декомпенсации полидипсия 90,0 % , сухость во рту 94,0% , а также астенические появления 100,0% , респираторные в виде кашля 89,0 % , одышки 61,0%. По температурной реакции на воспаление группы несколько отличались: гипертермия (субфебрильная так и фебрильная) отмечено у больных первой группы в 2 раза чаще чем в контрольной группе.

Основным методом диагностики был рентгенологический исследование . В обоих группах прослеживалась тенденция преимущественной локализации воспалительного процесса в нижних долях лёгких . Нормализация рентгенологической картины у больных СД наблюдалась в среднем на 15-18-й от начала заболевания , что на неделю позже , чем в группе сравненияна 10-12-й день . Со стороны анализа кровы в обеих группах наблюдался лейкоцитоз со сдвигом влево , ускорение СОЭ .Больным первой группе (основная) была назначена адекватная антибактериальная терапия, антибиотиками широкого спектра действия, общеукрепляющие, жаропонижающие препараты и препарате повышающие уровне иммунитета: но учитывая декомпенсацию углеводного обмена в первой группе по назначению эндокринолога назначен: сахар снижающие препараты под контролем уровня сахара крови. 2-ягруппа (контрольная) была назначена традиционной методы лечение.

Вывод. Течение хронической пневмония у больных страдающих СД характеризуется большей тяжестью, тенденцией к затяжному течению, стойкостью воспалительных изменений, а также сопровождается выраженной и длительной декомпенсацией углеводного обмена, с этой целью в практике семейного врача, этим пациентам должны брат на диспансеризация, провести противно-рецидивное лечение, длительное наблюдение у семейного врача.

Муродов Н.М., Шомирзоева М.А.

ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ С АНЕМИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Кафедры семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуалиибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования: изучение особенностей течения РА у больных с анемии в практике семенного врача в службе ПМСП.

Материалы и методы исследования: В основе настоящей работы проведенной в Государственном учреждении « Городской центр здоровья№10» Республики Таджикистан за период 2022-2024гг. лежит анализ результатов комплексного обследованияи изучение особенностей клинического течения РА, возникающие на фоне анемии на основе амбулаторных карт и выписки из истории болезней у 40 больных в возрасте от 25 до 65 лет.Всем больным на ряду с общеклиническими методами были проведены исследования: общее анализ крови, уровень гемоглобина, биохимический анализ крови, иммунологии,бактериология исследование синовиальной жидкости, рентгенологическое исследование, компьютерное томография, магнитно-резонансное терапии,консультации гематолога и ревматолога. Женщин было29 (72,5%), мужчин 11 (27,5), возраст больных составил от 25лет до 65 лет. У 33 (82,5%) из них (1-я группа) диагностирована анемия, остальные (2-я группа) имели нормальный уровень гемоглобина. Концентрация гемоглобина в 1-й группе составила в среднем 100г/л, во 2-й группе 122 г/л. Все пациенты 1-й группы принимали метотрексат, 10 мг в неделю, в течение от1,5 до 2 лет, 2-я группа принимала по 5 мг, в течение 1-года. Стероидные гормоны получали 33 (82,5%) больных 1-й группы. Нестероидные противовоспалительные препараты принимались по требованию с одинаковой частотой пациентами обеих групп.

Результаты и их обсуждение. Результаты нашего исследования показали, что у пациентов 1-й группы, отмечены достоверно большее количество болезненных суставов, более интенсивная боль в них, большая продолжительность утренней скованности и выраженность нарушения функциональной способности, по сравнению со 2-й группой. Рентгенологическая стадия РА, а кроме того сужение суставной щели и количество эрозий, активность воспаления, также оказались выше у пациентов 1-й группы по сравнению со 2-й. При этом, длительность РА была достоверно

больше, а качество жизни, согласно данным, хуже у больных со сниженным уровнем гемоглобина по сравнению с пациентами без анемии. Результаты корреляционного анализа показали наличие отрицательной взаимосвязи между концентрацией гемоглобина и интенсивностью болей в суставах. Эти данные свидетельствуют о том, что при длительности заболевание РА в большой степени больные нуждаются в комбинированной терапии. Наше исследование показали, что снижение уровня гемоглобина у пациентов с РА ассоциируется с большим количеством болезненных суставов, более интенсивной болью в них, большей продолжительностью утренней скованности и выраженностью нарушения функциональной способности. Кроме того, у этой категории пациентов отмечены ухудшение рентгенологической картины, проявляющееся большим сужениемсуставной щели и количеством эрозий, тенденция к более частому развитию аметропий, продолжительное течение и высокая активность заболевания, что в итоге приводит к снижению качества их жизни. Следует отметить, что пациенты со сниженным уровнем гемоглобина чаще принимали стероидные гормоны, полученные нами результаты согласуются с данными литературы, согласно которым анемический синдром у пациентов с РА, прежде всего является маркером высокой активности и тяжести заболевания.

Выводы: Течение РА у пациентов санемиям являются его более тяжёлое и длительное течение, высокая степень активности и низкое качество по сравнению с больными без анемии.Уровень гемоглобина достоверно коррелирует с интенсивностью болей в суставах, рентгенологической стадией, степенью активности и длительностью заболевания.

Мурти Хеманат

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЁЗОМ В МИРЕ в 2018-2022 гг

ФГБОУ ВО Оренбургский государственный медицинский университет. Оренбург. Россия

Туберкулёз (ТБ) — это инфекционное заболевание, которое чаще всего поражает лёгкие и вызывается бактериями. Оно распространяется воздушно-капельным путём, когда инфицированные люди кашляют, чихают или сплевывают. Туберкулез можно предотвратить и излечить. По оценкам, около четверти населения земного шара инфицировано бактериями туберкулеза. Примерно у 5-10% людей, инфицированных туберкулезом, в конечном итоге проявляются симптомы и развивается туберкулезное заболевание. Вакцина предотвращает развитие туберкулёза вне лёгких, но не в лёгких.

Цель исследования — определить распространённость туберкулёза в разных частях света. Мы также обсудим меры поддержки пациентов и профилактические меры.

Материалы и методы - анализ данных Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), основанный на данных, ежегодно собираемых в 216 странах и территориях, включая все 194 государства - члена ВОЗ.

Результат. В 2018 году во всем мире было зарегистрировано около 10 (9,0–11,1) миллионов новых (случаев) туберкулеза, из которых 5,7 миллиона были у мужчин, 3,2 миллиона — у женщин и 1,1 миллиона — у детей. На восемь стран пришлось 66% новых случаев: Индия, Китай, Индонезия, Филиппины, Пакистан, Нигерия, Бангладеш и Южная Африка. В 2018 году от туберкулёза умерло 1,5 (1,4–1,6) миллиона человек, в том числе 251 000 (223 000–281 000) человек с ВИЧ. В 2019 году туберкулёз стал одной из 10 основных причин заболеваемости и смертности в мире, зарегистрировав около 10 миллионов новых случаев и 1,4 миллиона смертей. В 2019 году у 201 997 человек был выявлен туберкулёз с лекарственной устойчивостью. На 8 стран, наиболее пострадавших от пандемии, в 2019 году пришлось две трети новых случаев заболевания туберкулезом, при этом Индия лидировала по этому показателю. В 2020 году географически большинство случаев туберкулёза было зарегистрировано в регионах ВОЗ Юго-Восточной Азии (43%), Африки (25%) и Западной части Тихого океана (18%), а также в Восточном Средиземноморье (8,3%), Северной и Южной Америке (3,0%) и Европе (2,3%). На 30 стран с высоким уровнем заболеваемости туберкулёзом пришлось 86% всех предполагаемых случаев заболевания в мире, а на восемь из этих стран — две трети от общего числа случаев в мире: Индия (26%), Китай (8,5%), Индонезия (8,4%), Филиппины (6,0%), Пакистан (5,8%), Нигерия (4,6%), Бангладеш (3,6%) и Южная Африка (3,3%). 2021 году на восемь стран пришлось более двух третей случаев заболевания туберкулёзом в мире: Индия (28%), Индонезия (9,2%), Китай (7,4%), Филиппины (7,0%), Пакистан (5,8%), Нигерия (4,4%), Бангладеш (3,6%) и Демократическая Республика Конго (2,9%). В 2021 году число смертей, официально классифицированных как вызванные туберкулёзом, составило 1,4 миллиона, что более чем в два раза превышает число смертей, вызванных ВИЧ/СПИДом (0,65 миллиона). В 2022 году на восемь стран пришлось более двух третей случаев заболевания туберкулёзом в мире: Индия (27%), Индонезия (10%), Китай (7,1%), Филиппины (7,0%), Пакистан (5,7%), Нигерия (4,5%), Бангладеш (3,6%) и Демократическая Республика Конго (3,0%).

Выводы. В период с 2019 по 2020 год число смертей от туберкулеза в мире увеличилось: с 1,2 миллиона (интервал неопределенности 95% [UI], 1,1–1,3 миллиона) до 1,3 миллиона (UI, 1,2–1,4 миллиона) среди ВИЧ-негативных людей и с 209 000 (UI, 178 000-243 000) до 214 000 (UI, 187 000-242 000) среди ВИЧ-инфицированных. Это увеличение числа людей, умирающих от туберкулёза, было вызвано перебоями в предоставлении основных услуг по диагностике и лечению туберкулёза во время пандемии COVID-19, что привело к сокращению на 18% числа людей, у которых в 2020 году был диагностирован туберкулёз.

Мустафакулова Н.И., Абдулаева Д.Ю., Кароматова Т.И.

ФАКТОРЫ РИСКА заражения микотическИМИ и вирусныМИ инфекциЯМИ,меры их профилактики (Случай из клиники)

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

Цель исследования. Установить факторы риска распространения и заражения микотическими, вирусными инфекциями среди населения и разработать меры их профилактики.

Случай инфицирования аспергиллёзом в подвальном помещении.
Пациент, 33 года, житель района Сино, пациент без защитной одежды посетил старый, плохо проветриваемый, с повышенной влажностью, с видимыми следами плесени на стенах подвал своего дома с целью проведения ремонтных работ. В процессе уборки он почувствовал запах плесени, но не обратил на это внимание. Через неделю его начали беспокоить приступообразный кашель, повышение температуру тела, затруднённое дыхание, боль в грудной клетке и недомогание. Самовольно начал принимать антибиотики, отхаркивающие, что ещё больше ухудшилось общее состояние, без желаемого эффекта. Обратился к семейному врачу и пульмонологу. Были проведены КТ органов грудной клетки, исследование микробного пейзажа мокроты, бронхоскопия. В мокроте были обнаружены грибы рода Aspergillus. Серологическое исследование на антитела к Aspergillus было положительным. На КТ визуализировались «объёмные инфильтраты, симптомы «матового стекла» и воздушного «полумесяца», сужение просвета сосудов, утолщение стенок трахеи. Пациенту было назначено антимикотическое лечение и рекомендовано избегать посещений закрытых помещений, использовать средства защиты при работе в помещениях с высоким риском заражения, регулярно проводить дезинфекцию.

Выводы.

- При посещении закрытых помещений (подвалов, пещер) важно принимать меры предосторожности для снижения риска заражения грибками и вирусами, носить закрытую и защитную одежду.
- Избегать соприкосновения со стенами и с поверхностями в закрытых помещениях, где могут обитать грибки и вирусы. Это может привести к серьёзным последствиям для здоровья, распространению инфекции от человека к человеку, возможности развития пандемий.
- После выхода из пещер и закрытых помещений с повышенной влажностью обязательно дезинфицировать обувь и одежду.
- Не допустимо пренебрегать мерами предосторожности при открытых могилах усопших, с целью перемещения их, где могут тысячелетиями сохраняться споры грибков, туберкулёзных палочек, вирусов. Соблюдение санитарных норм и использование средств защиты является обязательным.
- Все длительно закрытые подвальные помещения и пещеры должны находится под строгим надзором санитарно-эпидемиологической службы для предотвращения различного рода пандемий.

Мустафакулова Н.И.,Кароматова Т.И., Мустафакулов С.С.

ВЛИЯНИЕ МОЧЕПОЛОВЫХ МИКОЗОВ И ГЕЛЬМИНТОЗОВ НА ТЕЧЕНИЕ ЛЕЙКЕМИИ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Кафедра урологии ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

Цель исследования. Установить частоту и видовые различия патологических микозов и инвазированных гельминтов в МПС у пациентов с ОЛЛ.

Материал и методы исследования. Обследованы70 пациентовс ОЛЛ в возрасте от 37 до 63 лет. Среди них мужчин оказалось – 49, женщин – 21. Пациенты были разделены на 2 группы: в I группу вошли 35 пациентов, получавших программную химиотерапию и противопаразитарное лечение, во II группу вошло аналогичное количество пациентов до получения терапии.Проведены общеклинические анализы крови, исследование кала на яйца глист, определение антител к аскаридам; биохимические исследования, морфологическое и цитохимическое исследование костного мозга; ПЦР-диагностика грибка кандиды, ИФА для выявления гельминтов,ректоскопия по показаниям. Мазок из уретры на микрофлору, функциональные пробы почек, УЗИ мочевыводящих путей.

Результаты и их обсуждение. У пациентов I группы, после проведённой базисной терапии частота встречаемости патогенных микозов была в 7 раза больше по отношению к пациентам II группы до получения лечения. У пациентов I группы в 73% случаев обнаружена Candidaalbicansи в 9,0% случаев Aspergillusfumigatus. У пациентов I группы, по сравнению со II группой, в 5 раз больше Ascarislumbricoides и остриц.На ультразвуковом исследовании мочевого пузыря визуализировались гиперэхогенные нитеподобные образования (1,3-1,7 см) в 63,0% случаев.

У пациентов I группы зуд кожных покровов (73,0% и 9,0%), боли внизу живота (87,0% и 17,0%), частое болезненное мочеиспускание малыми порциями (83,0% и 15,0%), гиперемия (81,0% и 15,0%), трещина в области головки penis (73,0% и 13,0%), мутно-белые выделения из уретры с примесью крови (73,0,0% и 18,0%); лимфоденопатия (70,0% и 13,0%), анемический синдром (67,0% и 14,0%), гипертермия (63,0% и 15,0%), диарея (63,0% и 13,0%), тошнота (59,0% и 10,0%) превалировали по отношению к пациентам II группы.

Выводы:

- Характерными особенностями современной внутренней медицины является объединение научных знаний, реализация междисциплинарных исследований и принципов системного подхода.

- При длительном применении ГКС и цитостатикову пациентов с лейкемией происходит резкое подавление иммунного статусаи возрастаниечастоты встречаемости мочеполовых микозов и кишечных гельминтов.

- Выраженность интоксикационного, лимфопролиферативного, анемического синдромов преобладали у этой категории лиц.

Профилактические меры микозов и гельминтозов общеизвестны, но, к сожалению, не всегда на это обращают внимание.

- Клинические проявления паразитарного поражения МПС плохо выражены, и долгое время могут маскироваться под другими урологическими заболеваниями, что требует проведения лабораторных исследований.

Мустафакулова Н.И., МухторзодаА.Н., Хакими Мохаммад Ага

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕМОФИЛИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

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

Цель исследования. Изучить особенности течения гемофилической нефропатии.

Материал исследования. Обследованы 773 пациентов с гемофилией. Все пациенты распределены на 2 группы: в I группу вошли пациенты с ГФ А (n=556; 79,5%), во II группу с ГФ В (n=217; 20%). В тоже время пациентыс ГФ «А» и «В» по течению заболевания разделены: с лёгким течением (7 чел., 12% и 30 чел., 19,0%), среднетяжёлым течением (357 чел.; 64,2% и 132 чел.; 61,0) и тяжёлым течением (192 чел.; 34,5% и 55 чел., 25,3%).

Методы исследования. Исследовали развернутый анализ крови, уровень факторовсвёртывания (VIII и IX), показатели гемостаза, мочевину и креатинин, скорость клубочковой фильтрации (СКФ), пробу Нечипоренко, Зимницкого, Реберга;проводили УЗИпочек, рентгенологические методы исследования.

Результаты исследования. Гемофилическая нефропатия (ГН) развивалась в основном при тяжелом течение ГФ «А» (66,0%) и «В» (15,0%) и при прогрессировании заболевания, отличалась нарушением показателей гемостаза. У пациентов с ГФ «А» и «В» были обнаруженыпочечная недостаточность (55,0% и 23,0%), мочекаменная болезнь (53,0% и 19,0%) и гидронефроз (30,0% и 15,0%). Пациентов беспокоили боли в поясничной области (99,0% и 56,0%) и в голове (99,0 и 46,0%), частое мочеиспускание (98,0 и 43,0%), снижение массы тела (97,0 и 48,0%), олигоанурия (91,0% и 47,0%), никтурия (89,0% и 43,0%), повышение артериального давления (83,0% и 37,0%), дизурия (96,0% и 53,0%), кровотечения из носа (88,0% и 47,0%), геморрагические высыпания (83,0% и 57,0%), тошнота (77,0% и 53,0%), рвота (75,0% и 49,0%), диарея (73,0%и 33,0%), сонливость (53,0% и 19,0%).У пациентов с ГФ А и В обнаружена нефромегалия (70,0% и 17,0%), устойчивая протеинурия, цилиндрурия, макрогематурия и увеличение уровня креатинина (33,5±3,9 мкмоль/л против 21,3±3,7 мкмоль). СКФ была снижена почти в 2 раза (53,0±3,3 против 79,0±23,0).На эхографиипочек обнаружены деформация чашечно-лоханочной системы и увеличение толщины почечной паренхимы (95,0% и 23,0%).

Выводы.Гемофилическая нефропатия развивается при снижении уровня факторов свёртывания, прогрессировании почечной недостаточности и повышении степени поражения показателей гемостаза.

Мустафакулова Н.И., Мухторзода А.Н., Хакими Мохаммад Ага

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕМОФИЛИИ У ЖЕНЩИН В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН (СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИКИ)

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

Цель исследования. *Изучить особенности течения гемофилии у лиц женского пола.*

Материл исследования. *В период 2014 до 2024 года под нашим наблюдением находились 15 пациенток с гемофилией. Из 15 у 11 оказалась гемофилия А и у 4 пациенток зарегистрирована гемофилия В. Из 11 пациентов с гемофилией А - 4 оказались из Согдийской области в возрасте от 12 до 36 лет, 5 пациенток из Хатлонской области в возрасте от 35 до 50 лет, и 2 из города Душанбе, в возрасте от 35 до 37 лет, тогда как с гемофилией В оказались - 4 пациентки из Районов Республиканского подчинения в возрасте от 39 и 69 лет.*

Методы исследования*. Определяли факторы свёртывания, показатели гемостаза, УЗИ матки, осмотр гинеколога.*

Результаты исследования*. Из 15 пациенток с ГФ в более половине случаев (9 чел. 60,0%) ГФ протекала с тяжёлой формой заболевания, в 40,0% случаев заболевание протекало с лёгкой формой (6 чел.).Лёгкая форма ГФ отличалась незначительными кровотечениями из носа (67,0%), не большими кровоподтёками (65,0%), тогда как при тяжёлой форме заболевания наблюдались большие гематомы (43,0%), длительные и обильные кровотечения из матки в период менструального цикла (33,0%), послеродовые кровотечения (23,0%)и гемартрозы (21,0%).*

Мы решили демонстрировать случай из клиники*. Пациентка, 29 лет, жительница Согдийской области, обратилась к семейному врачу и гинекологу с жалобами на обильные и длительные менструации, повторные маточные кровотечения, частые кровотечения из носа и дёсен,* частые кровотечения после родов, *появление геморрагий даже при небольших травмах. Обследовалась в гематологическом центре города Москвы. В гемограмме былаобнаружена хроническая постгеморрагическая анемия тяжёлой степени. Из анамнеза заболевания выяснилось, что с детского возраста страдала от умеренныхкровотечений после незначительных травм, беспокоили также дёсенные и носовые кровотечения. По мере* ***увеличения возраста*** *клинические проявления гемофилиистали более выраженными. Со слов, случаи кровотечения из матки, из носа и кишечника встречались в семье у лиц женского пола среди близких родственников женского пола (бабушки и тёти), что даёт возможность заподозрить наличие наследственного генеза болезни.*

Лабораторные анализы: в коагулограммеобнаружено удлинение временисвёртывания крови, снижение уровня фактора свёртывания - VIII (28%).

Предварительный диагноз*: гемофилия А лёгкой степени.*

Пациенткаполучила заместительную терапию с применением концентрата фактора свёртывания VIII и транексамовую кислоту. Общее состояние пациентки улучшилось, кровотечения уменьшились. В динамике пациентке были рекомендованы контрольза кровотечениями, наблюдение гинеколога и гематолога.

Выводы. *Клинические случаи гемофилии у женщин крайне редки. При наличии гемофилии у отца и носительства у матери, и при мутации обеих Х хромосом и*с уровнем фактора менее 40% как и у мужчин,*у женщин могут встречаться случаи гемофилии.У женщины с одной поражённой Х-хромосомой ГФ протекает с лёгкой формой заболевания, а с 2-мя поражёнными Х-хромосомами – заболевание протекает с тяжёлой формой заболевания.*

Мустафакулова Н.И., Абдуллаева Д.Ю., Мирзокаримова Н.С.

СОСТОЯНИЕ КОМОРБИДНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С МЕГАЛОБЛАСТНОЙ АНЕМИЕЙ

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

Цель исследования. Изучить состояние коморбидного статуса у пациентов с мегалобластной анемией (МБА).

Материалы и методы исследования. Обследованы 115 пациентов с МБА в возрасте от 35до 73 лет. Среди них мужчин было 77 пациентов, женщин – 38. Пациенты были распределены по уровню коморбидности: с низким уровнем коморбидности (I группа, n=25), со средним уровнем коморбидности (II группа, n=32) и в третью группу вошли пациенты с высоким уровнем коморбидности (n=57). Для постановки диагноза былипроведены стернальная пункция с морфологическим и цитохимическим исследованием костного мозга. Окончательный диагноз ставился на основании наличия в костном мозге мегалобластов и снижения уровня витамина B_{12}, определяли индекс коморбидности CIRS (GumulativeIllnssRatingScale).

Результаты исследования и их обсуждение.Сопутствующими патологиями пациентов I группы явились: ИБС – у 10 чел. (40,0%), хронический панкреатит – у 10(40,0%), гастродуоденит – у 5(20,0%);воII группу вошли: ИБС – у 9 (28,1%), ХСН – у 8(25,0%), миокардит – у 7(22,0%),хронический пиелонефрит – у 6 человек (18,7%), сахарный диабет у 2(6,25%), в III группу вошли следующие сопутствующие патологии: ИБС была у 19(33,3%), сердечная недостаточность – у 10(17,5%); артериальная гипертония – у 9(15,7%); МКБ – у 7 (12,2%); хронический пиелонефрит – у 5 (8,7%), хронический панкреатит – у 4(7,0%), хронический холецистит – у 3 чел. (5,2%).

Выводы.Пациенты III группы относятся к высокому уровню коморбидности, что усугубляет течение МБА, уменьшает выживаемость и увеличивает риск развития летальности.

Мустафакулова Н.И., Мирзокаримова Н.С., Абдуллаева С.Н.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МИЕЛОМНОЙ НЕФРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ

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

Цель исследования. Изучить особенности течения миеломной нефропатии (МН) у пациентов с множественной миеломой (ММ).

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 93 больных с МН в возрасте от 37 до 73 лет. Из них 53 больных оказались мужчины, 40 пациентов – женщины. Пациенты были разделены на 2 группы: в 1 группу вошли 45 пациентов с МН во II стадии заболевания, во 2 группу вошли48 пациентов в III стадии заболевания. Контрольную группу составили 50 здоровых лиц. Были проведены общеклинические, биохимические (общий белок, белковые фракции, мочевина и креатинин, уровень кальция и мочевой кислоты), УЗИ почек, рентгенологические методы исследования, стернальная пункция, функциональные пробы почек (проба Зимницкого и Реберга), определяли белок Джонса и Бенса, компьютерная томография почек по показаниям.

Результаты исследования и их обсуждение. У пациентов 2 группы поражение почек проявлялось более значительно по отношению к I группе в виде наличия болей в поясничной области и в костях, гипертонического синдрома и без отёчного синдрома, гипертермии, выраженной протеинурии, наличия гиалиновых и зернистых цилиндров, олигурии, гиперпротеинемии, положительного *белка Бенс-Джонса в моче*.У пациентов 2 группы достоверно был выше уровень креатинина(**167,0±9,7**и**130,0±10,0 мкмоль/л)** и мочевины (25,6±1,9и 13,6±1,7**мкмоль/л**), а также наличие гиперурикемии(799,0±55,3 и 437±27,0 мкмоль/л.), чем у пациентов I группы. Мочекаменная болезнь и острая почечная недостаточность в 5раза чаще отмечалась во II группе по сравнению сI группой. На рентгенографии черепа, грудной клетки и позвоночника «симптом пробойника», очаги деструкции и остеолизисав рёбрах были обнаружены более значительно во 2 группе.В миелограмме во 2 группе плазматические клетки превышали в 3 раза по отношению к I группе (45,3±0,5% и 15,0±1,0%).

Выводы. МНявляется самым ранним и грозным осложнением ММ. МН развивается вследствие нейротоксического влияния моноклониальных иммуноглобулинови метаболических нарушений в виде гиперкальциемии и гиперурикемии, сопровождающихся обструкцией сосудов почек, отложением фосфата кальция и уратов в мембранах почек.

Мустафакулова Н.И., Мирзокаримова Н.С., Кароматова Т.И., Мустафакулов С.С.

ВЛИЯНИЕ МОЧЕПОЛОВЫХ ГЕЛЬМИНТОЗОВ И МИКОЗОВ НА ТЕЧЕНИЕ ЛЕЙКЕМИИ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Кафедра урологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Цель исследования. Установить частоту и видовые различия патологических инвазированных гельминтов и микозов в МПС у пациентов с ОЛЛ.

Материал и методы исследования. Обследованы70 пациентов сОЛЛ в возрасте от 37 до 63 лет. Среди них мужчин оказалось – 49, женщин – 21. Пациенты были разделены на 2 группы: в I группу вошли 35 пациентов, получавших программную химиотерапию и противопаразитарное лечение, во II группу вошло аналогичное количество пациентов до получения терапии.Проведены общеклинические анализы крови, исследование кала на яйца глист; биохимические исследования, морфологическое и цитохимическое исследование костного мозга; ПЦР-диагностика для выявления микозов, ИФА для выявления антителк гельминтам,ректоскопия по показаниям. Мазок из уретры на микрофлору, функциональные пробы почек, УЗИ мочевыводящих путей.

Результаты и их обсуждение. У пациентов I группы, после проведённой базисной терапии частота встречаемости патогенных микозов была в 7 раза больше по отношению к пациентамII группы до получения лечения. У пациентов I группы в 73% случаев обнаружена Candidaalbicansи в 9,0% случаев Aspergillusfumigatus. У пациентов I группы, по сравнению со II группой, в5 раз больше Ascarislumbricoides и острич.На ультразвуковом исследование мочевого пузыря визуализировалось утолщение стенки мочевого пузыря и гиперэхогенные нитеподобные образования (1,3-1,7 см) в 63,0% случаев. У пациентов I группы зуд кожных покровов (73,0% и 9,0%), боли внизу живота (87,0% и 17,0%), тошнота (86,0% и 16,0%) и рвота(85,0% и 15,0%), частое болезненное мочеиспускание (83,0% и 15,0%), гиперемия (81,0% и 15,0%), трещина в области головки penis (73,0% и 13,0%), мутно-белые выделения из уретры (70,0,0% и 17,0%); лимфоденопатия (70,0% и 13,0%), проявления анемии (67,0% и 14,0%), гипертермия (63,0% и 15,0%), диарея (63,0% и 13,0%) превалировали по отношению к пациентам II группы.В 11,0% случаев были обнаруженыживые Ascarislumbricoides в мочевом пузыре и в моче, гипербилирубинемия (89,0%).

Выводы.

- При длительном применении ГКС и цитостатиков у пациентов с лейкемией происходит резкое подавление иммунного статуса и возрастание частоты встречаемости мочеполовых микозов и кишечных гельминтов.
- Выраженность интоксикационного, лимфопролиферативного, анемического синдромов преобладали у этих категорий лиц.
- Профилактические меры микозов и гельминтозов общеизвестны, но, к сожалению, не всегда на это обращают внимание.
- Клинические проявления паразитарного поражения МПС плохо выражены, и долгое время могут маскироваться под другими урологическими заболеваниями, что требует проведения лабораторных исследований.Только комплексным исследованием имультидисциплинарным подходом можно поставить окончательный диагноз.

Мустафакулова Н.И., Мирзокаримова Н.С., Камолова Г.Н.,

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕЙРОЛЕЙКЕМИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ГЕЛЬМИНТНОЙ ИНВАЗИЕЙ,В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТНОГО АСПЕКТА

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

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения нейролейкемии, ассоциированной гельминтной инвазией, в зависимости от возрастного аспекта.

Материал и методы. Обследованы 73 пациентов с различными формами лейкемии (РФЛ), в возрасте от 33 до 6**3** лет. Из 73 пациентов с лейкемией у 43 (59,0%) пациентов оказалась острая лимфоидная лейкемия (ОЛЛ) и у 30(41,0%) – хроническая лимфоидная лейкемия (ХЛЛ). В свою очередь пациенты с ОЛЛ были распределены на 2 подгруппы: ассоциированная с глистной инвазией (АГИ) (n=23; 53,4%) и без ассоциации глистной инвазией (БАГИ) (n=20; 46,5), и ХЛЛ (n=30) были распределены на 2 подгруппы: ассоциированная с глистной инвазией (АГИ) с ХЛЛ (n=15; 50,0%) и ХЛЛ без ассоциации с глистной инвазией (БАГИ) (n=15; 50,0%).

Проведены общеклинические, биохимические и иммунологические анализы крови, исследование миелограммы, люмбальная пункция, рентгенологические методы исследования, исследование структуры гельминтов в сыворотке крови и в ликворе иммуноферментным анализом. Окончательный **диагноз «нейролейкемия» ставился на основании цитоза – выше 10 в 1 мкл и на фоне наличия бластных клеток в цереброспинальной жидкости.** Определяли индекс коморбидности CIRS. Возрастной профиль был установлен по классификации ВОЗ: от 18 до 44 лет – молодой возраст, от 45 до 59 лет – средний возраст; 60-74 года – пожилой возраст, 75-90 лет – старческий возраст; старше 90 лет – долгожители**.**Все больные былиосмотрены невропатологом и паразитологом.

Результаты. Из 23 пациентов с ОЛЛ АГИ у 10 (43,4%) в сыворотке крови обнаружен Ascarislumbricoides, у 5 (21,7%) в спинномозговой жидкости, у 3 (13,0%) особи Ascarislumbricoides в копрограмме; у 7-х (30,4%) больных Toxocaracanis в сыворотке крови, в тоже время у пациентов с ХЛЛ в сыворотке крови обнаружен Ascarislumbricoides у 9 (60,0%), спинномозговом жидкости у 3 (20,0%), в копрограмме – у 1(6,6%) пациента, у 2 (13,3%) Toxocaracanis в сыворотке крови. **У пациентов с ОЛЛ АГИ наиболее чаще развивалась менингоэнцефалитическая форма нейролейкемии (45,0%). Пациенты при этом жаловались на** интенсивную головную боль**(99,0%), повышение температуры тела (97,0%), на** рвоту, заторможенность (95,0%), на ригидность затылочных мышц (98,0), светобоязнь (93,0%), наличие **судорог (83,0%), беспокойный сон (75,0%). Объективно были обнаружены** положительный симптом Кернига(73,0%), нистагм (71,0%), поражение черепных нервов (46,0%), диплопия (45,0%) и девиацию языка (70,0%); в ликворе обнаружен гиперцитоз (65,0%) и повышение уровня бластов (73% и 36,0%),**в ликворе было обнаружено повышение количества белка (0,97±0,23%) и повышение уровня глюкозы(8,9±0,5%).На фоне тромбоцитопении тяжелой степени в более половине случаев у этой категории лиц развился геморрагический инсульт (55,0%).** По мере увеличения возраста у этой категории лиц возрастали кардиоваскулярные, бронхолегочные и гастроинтестинальные патологии.

У пациентов с АГИ интоксикационный, анемический, геморрагический, иммунодефицитный, лимфопролеферативный синдромы были более выражены по отношению к пациентамс БАГИ.

Выводы. Нейролейкемия АГИ сопровождается тяжёлым течением и выраженными интоксикационным, анемическим, геморрагическим, гиперпластическим синдромами, тромбоцитопенией. По мере увеличения возраста встречаемость нейролейкемиив ассоциации гельминтной инвазии возрастала в связи с отягощённым коморбидным статусом.

Муҳаммадюсуфи Ё.

ПАҲНШАВИИ БЕМОРИИ СИЛ ДАР ҶУМҲУРИИ ИСЛОМИИ АФҒОНИСТОН

Кафедраи фтизиопулмонологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”. Тоҷикистон

Мақсади тадқиқот: омӯзиши паҳншавии бемории сил дар Ҷумҳурии Исломии Афғонистон.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Маълумот аз омори расмии Барномаи миллии мубориза бо сили Афғонистон дар бораи паҳншавии бемории сил дар Ҷумҳурии Исломии Афғонистон дар солҳои 2017-2022, таҳлил карда шудааст.

Натиҷаҳои тадқиқот. Дар Ҷумҳурии Исломии Афғонистон вазъи гирифторшавии аҳолӣ ба бемории сил мавриди назар боқӣ мемонад. Дар 6 соли охир фарқияти нишондоди дарёфти ҳодисаҳои нави бемории сил байни нишондоди арзёбии ТУТ ва омори расмӣ аз 26,7% то 36,9% мебошад. Яъне наздики сеяки ҳодисаҳои нави эҳтимолии бемории сил дарёфт карда намешаванд. Ҳамзамон, бояд қайд кард, ки дар солҳои 2017-2019 дарёфти бемории сил каме беҳтар гардида, дар солҳои 2019-2020, ки пандемияи COVID-19 вуқуъ гардида буд, дарёфти ҳодисаҳои нави бемории сил паст гардида, солҳои 2020-2022 боз ҳам зиёд гардидааст.

Дар 6 соли охир занон нисбати мардон бештар ба бемории сил гирифтор мешаванд. Фарқияти беморшавӣ ба 4490 ҳодиса дар соли 2017, 7936 – дар соли 2018, 10990 – дар соли 2019, 4230 – дар соли 2020, 12453 – дар соли 2021 ва 5690 ҳодиса дар соли 2022 баробар буда, назаррас мебошад ($p<0,001$).

Дар соли 2022 чун солҳои дигар бештар (40%) ҷавонони синну соли 15-34 гирифтори бемории сил шудаанд. Хулосаи мазкур бо раванди бемории сил дар Тоҷикистон низ, монанди дорад.

Дар баробари ин, наздики 11% ҳодисаҳои нав (5562 аз 51654 ҳодиса) дар синну соли 0-4 сола ба қайд гирифта шудааст, ки мавриди диққати махсус бояд қарор дода шавад.

Чи хеле аз ҷадвали мазкур бар меояд, аз ҳама вазъи вазнин нисбати гирифторшавӣ ба бемории сил дар вилоятҳои Хост, Нангархар ва Нимроз мебошад, ки мутаносибан ба 350, 324 ва 315 ба 100 ҳазор аҳолӣ баробар мебошад. Аз ҳама вазъи беҳтар нисбати гирифторшавӣ ба бемории сил дар вилоятҳои Панҷшер, Майдан Вардак ва Бамиан мебошад, ки мутаносибан ба 47, 72 ва 83 ба 100 ҳазор аҳолӣ баробар мебошад.

Хулосаҳо. Дар солҳои охир наздики сеяки ҳодисаҳои нави эҳтимолии бемории сил дарёфт карда намешаванд. Дар солҳои 2019-2020, ки пандемияи COVID-19 вуқуъ гардида буд, дарёфти ҳодисаҳои нави бемории сил паст гардида, солҳои 2020-2022 каме зиёд гардидааст. Занон нисбати мардон ба бемории сил бештар гирифтор мешаванд. 40% ҳодисаҳои нави бемории сил дар байни ҷавонони синну соли 15-34 ва наздики 11% ҳодисаҳои нав дар синну соли 0-4 сола ба қайд гирифта шудааст. Дар байни 34 вилояти Афғонистон аз ҳама вазъи вазнин дар вилоятҳои Хост, Нангархар ва Нимроз ва аз ҳама вазъи беҳтар нисбати гирифторшавӣ ба бемории сил дар вилоятҳои Панҷшер, Майдан Вардак ва Бамиан мебошад.

Набиев П.З., Бобиева Н.Х.

КОРРЕКЦИЯ ПОБОЧНОГО ЭФФЕКТА МЕТФОРМИНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кафедра внутренних болезней ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить частоту проявления побочного действия метформина у больных сахарным диабетом, в виде нарушения обмена витамина B_{12}.

Материал и методы исследования. Исследовательская работа была произведена на базе нефрологического отделения ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Под нашим наблюдением находились 56 больных с диабетической нефропатией. Из них 39 (69,6%) женщин и 17 (30,4%) мужчин в возрасте от 45 до 65 лет. Наблюдаемые пациенты с сахарным диабетом 2-го типа принимали препарат метформин в дозе от 500 до 2000 мг/сут., длительностью от 5 до 20 лет. Больные были распределены на две группы: основную группу составило 27 (48,2%), а контрольную 29 (51,8%) пациентов. В первую группу внесены больные с регулярной поддерживающей и профилактической терапией сахарного диабета и его осложнений, а вторую группу составили пациенты, нарушающие режимы лечения в целом. Всем больным проводились общеклинические методы исследования нефрологических больных, и делался акцент на определение уровня гомоцистеина в плазме крови. Больные обеих групп консультированы невропатологами центра.

Полученные результаты обрабатывались методом вариационной статистики. Для обработки данных были использованы программы Microsoft Office Excel, MS Excel пакета MS Office 2020.

Результаты и их обсуждения. Нежелательным побочным действием применения бигуанидов, в частности метформина, как наиболее распространённого антигипергликемизирующего препарата, является нарушения обмена витамина B_{12}. Вследствие гиповитаминоза B_{12} при длительном применении метформина возникают периферическая полинейропатия, астения и депрессия, а в случаях достаточного длительного применения и мегалобластная анемия, также повышается риск цереброваскулярных и нейродегенеративных заболеваний. Результаты исследования в основной группе показывают: проявления нейропатии в 16 (59,3%), а во второй 23 (79,3%) случаях; астения в 9 (33,3%) и в 16 (55,2%) случаях соответсвенно; депрессивные эпизоды у 3 (11,1%) и 6 (21%) пациентов соответственно; картина мегалобластной анемии наблюдалась у 3 (11,1%) пациентов в основной группе, а в контрольной в 10 (34,4%) случаях.

Выводы. Длительный приём метформина провоцирует нарушение гомеостаза витамина B_{12}. Регулярные дотации цианкобаламина компенсируют нарушения обмена витамина B_{12} и способствуют улучшению качества жизни больных.

Определение уровня витамина B_{12} в крови должно стать постоянным и широкодоступным у данной категории больных и в старшей возрастной группе.

Нажмидинова М.Н., Урунова Ш.Д., Исрофилов М.О.

ЛИЧНОСТНАЯ И РЕАКТИВНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ БОЛЬНЫХ С НЕВРОЗОМ ПРИ ЭМОЦИАЛЬНОМ СТРЕССЕ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им.
М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучение особенности тревожности больных с неврозом при эмоциональном стрессе.

Материалы и методы. Обследовано 298 больных с неврозом в возрасте 40-70 лет обоих полов. Исследование являлось ретроспективным, диагноз был установлен на основании клинико-лабораторных и объективных исследований лечащими врачами.

Результаты исследования. Постоянное умственное и психоэмоциональное напряжение, а также нарушение режима питания часто приводят к дизадаптации и дисфункции нервной системы. Анализ состояния проблемы здоровья больных свидетельствует о том, что в настоящее время отсутствуют реальные социальные и экономические возможности влияния на причины неблагоприятных сдвигов здоровья отдельного человека и нации в целом. Состояние здоровья человека во многом определяется его адаптационными резервами, характером и направленностью взаимодействия в системе «организм - среда - поведение». Оптимизация здоровья тесно связана с процессом адаптации, которая носит фазовый характер.

Результаты личностной и реактивной тревожности по уровням, из которых видно, что у 198 больных выявлен высокий уровень личностной тревожности, у 95 - умеренный уровень и только у 5 больных - низкий. Таким образом, 66% имеют высокую степень личностной тревожности, что свидетельствует о склонности к невротическим срывам и снижении мотивационной самооценки ситуации. У 31% - умеренная личностная тревожность, что свидетельствует об адекватной реакции на эмоциональный стресс. Результаты исследования реактивной тревожности показывают, что у 57% отмечается умеренная реактивная тревожность, что говорит о стабильности и уверенности в себе и своих возможностях для достижения мотивационной деятельности. Эти больные могут адекватно реагировать на любую стрессовую ситуацию. У 28% отмечается высокий уровень реактивной тревожности, что свидетельствует о низкой мотивационной деятельности. У 13% - низкая реактивная тревожность, что указывает на отсутствие реакции на данную стрессовую ситуацию.

Выводы. Результаты наших исследований по соотношению показателей реактивной и личностной тревожности во взаимосвязи с мотивом деятельности показывают, что у большей части больных (53%) отмечается высокий уровень срыва нервной деятельности и их отсутствие реальной оценки ситуации, о чём свидетельствует значительное превалирование показателей уровня личностной тревожности над реактивной тревожностью.

Нажмидинова М.Н., Урунова Ш.Д., Мирзокулов М.У.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕЛАТОНИНА ПРИ НАРУШЕНИИ СНА У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Целью нашего исследование явилось изучение эффективности синтетического аналога мелатонина в коррекции цикла сон-бодроствование у пожилых людей.

Материалы и методы. Под наблюдением в неврологических отделениях 22 пожилых больных в возрасте 60-65 лет, из них- 14 женщин, 8 мужчин страдающих бессоницы. Всем больным назначен препарат мелатонин в дозе 3мг ежедневно вечером за 20 минут до сна в течениии 12 дней.

Результаты. Все больные отметили улучшения качество сна сократился период засыпания ,прекратились ранние пребуждение , больные перестали просипаться ночью и видит тревожный синовидение.

Выводы. Очевидно ,что введение экзогенного мелатонина в вечернее время является оптимальным путем коррекции инсомнических нарушений у пожилых людей ,так как бесонница в этом возрасте является следствием функциональной недастаточности эпифиза.

Нажмидинова М.Н., Урунова Ш.Д., Джалилзода М.С.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМИНЕНИЯ ЭТОСЕРТА У БОЛЬНЫХ С БОЛЬЮ В СПИНЕ

Кафедра неврологии психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Оценка эффективности применения этосерта у больных с болью в спине различной этиологии.

Материалы и методы. В исследование были включены 35 больных, страдающих от боли в спине различной интенсивности и этиологии. Средний возраст больных 57+-3,2 лет. Длительность болей составила 6,7±3,4 дней. Все больные находились на стационарном лечении в медицинском центре «Шифобахш» по поводу усиления болевого синдрома. Крем для наружного применения назначали местно наносят непосредственно на больные участки и втирают круговыми движениями 2-3раза в день. Через 14 дней после завершения лечения проводили клиническое обследование больных с учетом выраженности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ).

Результаты исследования. У 18(51,4%) больных интенсивность боли снизилась после первой же применения крема. Спустя 12-18 часов больные отмечали улучшение самочувствия, которое сохранялось в течение 1-й недели наблюдения. У 9 (25,7%) больных через неделю после применения этосерта интенсивность болей вернулась к исходному уровню. Снижение показателей, по ВАШ, составило с 53,96 +-13,25 до 29,37+-13,86мм.

Выводы. Таким образом, применение этосерта позволяет достигнуть высокой эффективности в борьбе с болью в спине различной этиологии.

Нажмидинова М.Н., Урунова Ш.Д., Мирзокулов М.У.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕЛАТОНИНА ПРИ НАРУШЕНИИ СНА У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им.
М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности синтетического аналога мелатонина в коррекции цикла сон-бодроствование у пожилых людей.

Материалы и методы. Под наблюдением в неврологических отделениях 22 пожилых больных в возрасте 60-65 лет, из них - 14 женщин и 8 - мужчин, страдающих бессоницей. Всем больным назначен препарат мелатонин в дозе 3мг ежедневно вечером за 20 минут до сна в течениии 12 дней.

Результаты. Все больные отметили улучшение качества сна, сократился период засыпания, прекратились ранние пребуждения, больные перестали просыпаться ночью и видеть тревожные сновидения.

Выводы. Очевидно, что введение экзогенного мелатонина в вечернее время является оптимальным путём коррекции инсомнических нарушений у пожилых людей, так как бессонница в этом возрасте является следствием функциональной недастаточности эпифиза.

Нажмидинова М.Н., Урунова Ш.Д., Джалилзода М.С.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМИНЕНИЯ ЭТОСЕРТА У БОЛЬНЫХ С БОЛЬЮ В СПИНЕ

Кафедра неврологии психиатрии и медицинской психологии им.
М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Оценка эффективности применения этосерта у больных с болью в спине различной этиологии.

Материалы и методы. В исследование были включены 35 больных, страдающих от боли в спине различной интенсивности и этиологии. Средний возраст больных 57+-3,2 лет. Длительность болей составила 6,7+-3,4 дней. Все больные находились на стационарном лечении в медицинском центре «Шифобахш» по поводу усиления болевого синдрома. Назначили крем для наружного применения, наносить непосредственно на больные участки и втирать круговыми движениями 2-3 раза в день. Через 14 дней после завершения лечения провели клиническое обследование больных, с учётом выраженности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ).

Результаты исследования. У 18 (51,4%) больных интенсивность боли снизилась после первого же применения крема. Спустя 12-18 часов больные отмечали улучшение самочувствия, которое сохранялось в течение 1-й недели наблюдения. У 9 (25,7%) больных через неделю после применения этосерта интенсивность болей вернулась к исходному уровню. Снижение показателей по ВАШ составило с 53,96 +-13,25 до 29,37+-13,86мм.

Выводы. Таким образом, применение этосерта позволяет достигнуть высокой эффективности в борьбе с болью в спине различной этиологии.

Нажмидинова М.Н., Урунова Ш.Д., Исрофилов М.О.

ЛИЧНОСТНАЯ И РЕАКТИВНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ БОЛЬНЫХ С НЕВРОЗОМ ПРИ ЭМОЦИАЛЬНОМ СТРЕССЕ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цел исследования. Изучение особенности тревожности больных с неврозом при эмоциональном стрессе.

Материал и методы. Обследовано 298 больных с неврозом в возрасте 40-70 лет обеих полов. Исследование являлось ретроспективным диагноз был установлен на основании клинико-лабораторных и объективных исследований лечащими врачами.

Результаты исследования. Постоянное умственное и психоэмоциональное напряжение, а также нарушение режима питания часто приводят к дизадаптации и дисфункции нервной системы. Анализ состояния проблемы здоровья больных свидетельствует о том, что, в настоящее время отсутствуют реальные социальные и экономические возможности влияния на причины неблагоприятных сдвигов здоровья отдельного человека и нации в целом. Состояние здоровья человека во многом определяется его адаптационными резервами, характером и направленностью взаимодействия в системе «организм- среда – поведение». Оптимизация здоровья тесно связана с процессом адаптации, которая носит фазовый характер. Результаты личностная и реактивная тревожность по уровням из которой видно, что 198 больных выявлен высокий уровень личностной тревожности, у 95 – умеренный уровень и только у 5 больных – низкий. Таким образом, 66 % имеют высокую степень личностной тревожности, что свидетельствует о склонности к невротическим срывам и снижении мотивационной самооценки ситуации. У 31% - умеренная личностная тревожность, что свидетельствует об адекватной реакции на эмоциональный стресс. Результаты исследования реактивная тревожность показывает, что у 57% отмечается умеренная реактивная тревожность, что говорит о стабильности и уверенности в себе и своих возможностях для достижения мотивационной деятельности. Эти больные могут адекватно реагировать на любую стрессовую ситуацию. У 28% отмечается высокий уровень реактивная тревожность, что свидетельствует о низкой мотивационной деятельности. У 13% - низкая реактивная тревожность, что указывает на отсутствии реакции на данную стрессовую ситуацию.

Выводы. Результаты наших исследований по соотношению показателей реактивной и личностной тревожности во взаимосвязи с мотивом деятельности, показывают, что у большей части больных (53%) отмечается высокий уровень срыва нервной деятельности, и их отсутствие реальной оценки ситуации, о чем свидетельствует значительное превалирование показателей уровня личностной тревожности над реактивной тревожности.

Назаров Б.Дж.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНЕГО ОТРЕЗКА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибини Сино», Таджикистан

Цель исследования. Изучить эндоскопическую картину слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки у больных с начальной стадией хронической почечной недостаточности (ХПН).

Материал и методы исследования. Для выполнения целей нашего исследования обследовано 20 больных с начальной стадией ХПН. Верификация диагноза произведена на основание стандартных методов исследования по нефрологическому плану с определением скорости клубочковой фильтрации (СКФ<50 мл.мин.), уровня мочевины (14,2±1,4ммоль/л), креатинина (230±12,0ммоль/л), гемоглобина (111,4±12,4г/л). При отсутствии противопо-казанный эзофагогастродуоденоскопию (ЭФГДС) проводили по методике Г.Б. Гиршмана, аппаратом фирмы Olympus, которое позволяет в течение одной процедуры последовательно осмотреть слизистую оболочку пищевода, желудка и 12-перстную кишку. Состояние слизистой оболочки оценивалось согласно критериям эндоскопического раздела «Сиднейской классификации».

Результаты исследования. При клиническом обследование больные со стороны желудочно-кишечного тракта жаловались главным образом на тяжесть в эпигастральной области, отрыжку, неприятный вкус во рту, на умеренные болевые ощущение подложечной области. Жалобы на резкие и ритмичные болевые ощущения в области живота как правило отсутствовали. При ЭФГДС исследование у большинства больных наблюдали картину визуального воспалительного процесса, характерной очаговой и диффузной гиперемией слизистой по типу хронического гастродуоденита. Чаще определялась эндоскопическая картина поражения антрального отдела, реже тела желудка. Картина атрофического гастрита определялась у 6 (30,0%) больных, гипертрофического у 4 (20,0%) больных. На фоне воспалительных изменений слизистой оболочки по типу хронического гастродуоденита у 7 (35,0%) больных выявлялись эрозивные изменение, у 2 больных картина язвы 12 перстной кишки (10,0%).

Выводы:1) В начальной стадии ХПН со стороны слизистой оболочки верхнего отрезка пищеварительного тракта чаще выявляется хронический гастродуоденит с наличием эрозий (35,0%) реже язвенные изменение 12-перстной кишки (10%).

2) Выявленные изменение необходимо учитывать в плане построения комплексного лечения начальной стадии ХПН.

Назаров Б.Дж.

ВЛИЯНИЕ МЕЛАТОНИНА НА ДИСФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибини Сино», Таджикистан

Цель исследования. Изучить влияние гормона шишковидной железы (эпифиза) - мелатонина на дисфункцию эндотелия у пожилых больных артериальной гипертонией.

Методы исследования. В исследование включено 32 больных артериальной гипертонией в возрасте от 60 до 76 лет. Из них женщин было 21, мужчин 11. У 8 пациентов имело место мягкая и у 24 - умеренная степень артериальной гипертонии (классификация ВОЗ/ МОАГ 1999г.). Критериями исключения из исследования были: вторичные формы артериальной гипертензии, пациенты с сердечной недостаточностью II-IV ФК (NYHA).Все больные, включенные в исследование, получали идентичную гипотензивную терапию (ингибиторы АПФ, антагонисты кальция). Мелатонин назначался на фоне получаемых антигипертензивных препаратов в дозе 3 мг в тёмное время суток (за 1 часа до сна). Сосудодвигательную функцию эндотелия оценивали с помощью ультразвукового аппарата SONOS-4500(фирма «Hewlett Packard», USA) линейным датчиком 5,5-7,5 МГц по методике Celermajer D.S и соавтор. Стимулом, вызывающим зависимую от эндотелия дилатацию периферических артерий, явилась реактивная гиперемия, создаваемая манжеткой, наложенной на плечевую артерию (ПА) созданием давления на 20 мм. рт. ст. выше систолического. Эндотелийнезависимую 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. Дисфункцией эндотелия верифицировалась при расширении сосуда на реактивную гиперемию, меньше чем приём нитратов.

Результаты исследования. До назначения мелатонина 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 эндотелийзависимый стимул был снижен и составил 7,86%. В ответ на приём нитроглицерина, диаметр ПА достоверно был больше на 12,1% (p=0.0240), чем при реактивной гиперемии.

Выводы. Добавление мелатонина в комплексное лечение пожилых больных артериальной гипертонией благоприятно влияет на функциональное состояние эндотелия сосудов.

Назаров Т.Ш.

РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ У МОЛОДЫХ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Целью данного исследования является анализ клинических проявлений и диагностика рассеянного склероза у молодых на основе представленного клинического случая.

Материалы и методы исследования. Исследования было проведено на кафедре неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора Гулямова М.Г ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Пациент 23 года, поступил в неврологическое отделение НМЦ «Шифобахш» следующими жалобами: нарушение ходьбы и равновесия, слабость в конечностях, повышенный тонус мышц, быстрой утомляемостью и мозжечковой дизартрией. Всё началось около полугода назад. Причину своей болезни ни с чем не связывает. После сбора анамнеза и неврологического осмотра было принято решение положить больного в неврологическое отделение НМЦ «Шифобахш».

Результаты исследования. Результат МРТ показал картину очага миелопатии шейного отдела спинного мозга на уровне С2-С6 позвонков Минимальные проявления дистрофических изменений шейного отдела позвоночника. Кистозное образование задней стенки верхнего отдела трахеи.

Выводы. Представленный клинический случай демонстрирует признаки рассеянного склероза, которые включали в себя следующие симптомы: нарушение ходьбы и равновесия, слабость в конечностях, повышенный тонус мышц, быстрой утомляемостью и мозжечковой дизартрией. Диагноз был подтверждён на основе клинической картины, результатов неврологического осмотра и данных МРТ.

Назаров Т.Ш., Ганиева М.Т., Исрофилов М.О.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ КЛАССИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора
М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Целью данного исследования является анализ клинических проявлений и диагностика невралгии тройничного нерва на основе представленного клинического случая.

Материалы и методы. Исследования было проведено на кафедре неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора Гулямова М.Г ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Пациент 55 лет, имел данные жалобы на приступ интенсивной простреливающей боли на лице с левой стороны. Со слов пациента во время приступа больной замирает, боясь шелохнуться и усилить боль, приступ возникал спонтанно при разговоре, при жевании, умывании, а также во время бритья, боль распространялась на глаз, ухо и нижнюю челюсть, также отмечалось снижение чувствительности на лице слева. Всё началось около года назад после переохлаждения, пациент перенёс гайморит. После неврологического осмотра было принято решение отправить пациента на МРТ.

Результаты исследования. Появление магниторезонансной томографии высокого разрешения с применением 3D TSE дало возможность четко визуализировать черепно-мозговые нервы и располагающиеся рядом сосуды, а значит быстро, точно и достоверно выявлять причину пароксизмальной активности черепно-мозговых нервов. Результат МРТ головного мозга показал, что у больного имеется нейроваскулярный конфликт тройничного нерва

Выводы. Представленный клинический случай демонстрирует классические признаки невралгии тройничного нерва, которые включали в себя следующие симптомы: приступы боли в области лица, чаще всего на одной его стороне, отдавая в зубы и в дёсна, в висок в верхнюю и нижнюю челюсти, Диагноз был подтверждён на основе клинической картины, результатов неврологического осмотра и данных МРТ.

Назарова М.К.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

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

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости и структуру патологии кишечника у больных ХОБЛ.

Материал и методы. В пульмонологическом отделении ГУ НМЦРТ «Шифобахш» нами обследованы 174 больных ХОБЛ, в фазе обострения. Диагноз ХОБЛ по критериям GOLD (2016). Группа риска А была у 59, группа В – у 91, группа С – у 22, группа D – у 2 б-х. Дыхательная недостаточность – у 14,4% б-х. Преобладали мужчины – 70,1%. Средний возраст–51,8±5,2 лет. Проводились копрологическое и бактериологическое исследования кала, оценивались частота и форма стула, выраженность болевого абдоминального синдрома и метеоризма по визуально-аналоговой шкале.

Результаты исследования. Функциональные расстройства диагностировали в соответствии с критериями Римского консенсуса IV у 60 (34,5%) больных, из них с преобладанием запора – 13,3%, с диареей – 21,7%, смешанный – у 65,0% больных. Воспалительно-дистрофические изменения слизистой оболочки толстой кишки с нарушениями ее функции выявлены у 38 (21,8%) больных. Из них у 7 больных диагностирован «язвенный колит» и у 1 больного – «болезнь Крона». Диагноз верифицирован данными клинических, лабораторных, инструментальных и гистологических методов исследования. По локализации поражения ЯК: левосторонний – у 28,6%, тотальный – у 14,3%, дистальный – у 57,1%. По степени тяжести легкая – у 42,8%, средняя – у 42,8%, тяжелая – у 14,2% больных. Изменения слизистой чаще всего были представлены гиперемией – у 60,5%, эрозиями – у 42,1%, геморрагиями – у 34,2%, контактной кровоточивостью – у 50,0%. Псевдо-полипы – у 15,8%, микроабсцессы – у 7,9%, гранулемы – у 2,6%.

Выводы. Сопутствующая патология кишечника выявляется у каждого третьего больного ХОБЛ, с преобладанием функциональных расстройств. Отмечается взаимоотягощение симптомов заболевания, особенно при наличии осложнений.

Назарова М.К.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

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

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости и структуру патологии кишечника у больных ХОБЛ.

Материал и методы. В пульмонологическом отделении ГУ НМЦРТ «Шифобахш» нами обследованы 174 пациента с ХОБЛ, в фазе обострения. Диагноз ХОБЛ по критериям GOLD (2016). Группа риска А была у 59, группа В – у 91, группа С – у 22, группа D – у 2. Дыхательная недостаточность – у 14,4% больных. Преобладали мужчины – 70,1%. Средний возраст – 51,8±5,2 лет. Проводились копрологическое и бактериологическое исследования кала, оценивались частота и форма стула, выраженность болевого абдоминального синдрома и метеоризма по визуально-аналоговой шкале.

Результаты исследования. Функциональные расстройства диагностировали в соответствии с критериями Римского консенсуса IV у 60 (34,5%) больных, из них с преобладанием запора – 13,3%, с диареей – 21,7%, смешанный – у 65,0% больных. Воспалительно-дистрофические изменения слизистой оболочки толстой кишки с нарушениями ее функции выявлены у 38 (21,8%) больных. Из них у 7 больных диагностирован «язвенный колит» и у 1 больного – «болезнь Крона». Диагноз верифицирован данными клинических, лабораторных, инструментальных и гистологических методов исследования. По локализации поражения ЯК: левосторонний – у 28,6%, тотальный – у 14,3%, дистальный – у 57,1%. По степени тяжести легкая – у 42,8%, средняя – у 42,8%, тяжелая – у 14,2% больных. Изменения слизистой чаще всего были представлены гиперемией – у 60,5%, эрозиями – у 42,1%, геморрагиями – у 34,2%, контактной кровоточивостью – у 50,0%. Псевдо-полипы – у 15,8%, микроабсцессы – у 7,9%, гранулемы – у 2,6%.

Выводы. Сопутствующая патология кишечника выявляется у каждого третьего больного ХОБЛ, с преобладанием функциональных расстройств. Отмечается взаимоотягощение симптомов заболевания, особенно при наличии осложнений.

Назарова М.К., Расулов У.Р.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ С ПРИЗНАКАМИ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

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

Цель исследования. Определение эффективности коротких курсов различных сердечных гликозидов при недостаточности правого желудочка (ПЖН).

Материал и методы. В пульмонологическом отделении ГУ НМЦРТ «Шифобахш» нами обследованы 139 больных ХОБЛ. 139 больных ХОБЛ с клиническими признаками ПЖН. 121 больному проведен 10-дневный курс гликозидотерапии (ГТ) (строфантин К, коргликон, дигоксин или изоланид) в дозе, составляющей 75% от применяемой при ЛЖН; 18 человек – контрольная группа (КГ) без гликозидов. Оценивалась клиническая и ЭКГ-динамика.

Результаты исследования. По завершению курса ГТ у 38 человек (31,4%) клинико-функциональные признаки ПЖН остались без перемен, у 67 (55,4%) отмечена положительная, а у 16 (13,2%) – отрицательная динамика. В КГ: 9 (50%), 6 (33,3%) и 3 (16,7%) соответственно. То есть, при ГТ уменьшение признаков ПЖН наблюдается в 1,7 раза чаще, чем в КГ ($p<0,05$). При ГТ больных с ПЖН II ФК улучшение наступило у 27(49,1%) человек, с ПЖН III ФК – у 40(60,6%) ($p>0,05$), т. е. имела место умеренная тенденция к увеличению эффективности ГТ с увеличением выраженности ПЖН. Частота эффективного применения строфантина К составила 17 из 22 человек (77,3%), коргликона – 19 из 41 (46,3%), дигоксина –22 из 35 (61,1%), изоланида – 9 из 22 (40,9%) против 6 из 18 (33,3%) в КГ ($p<0,05$, $p>0,05$, $p<0,05$, $p>0,05$ соответственно).

Выводы. Наиболее часто положительный терапевтический эффект наблюдается при применении строфантина К и дигоксина. Реже положительная динамика, не превышающая частоту в КГ, отмечается при использовании коргликона и изоланида.

Нисанбаева З.Х., Мисоков С. Дж., Тагоев А.А.

ВЛИЯНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени проф. М.Г.Гулямова
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан

Цель исследования. Личность определяется понятиями индивидуальности, интеллекта и характера. Самое главное и определяющее личность – её отношение к людям, к окружающей действительности. Личность формируется в процессе жизни, на её формирование влияет наследственность, воспитание социальные условия жизни. Формирование личности происходит, в основном к 16-18 годам, поэтому подростковый возраст является критическим периодом в её формировании . Психологические особенности подросткового возраста составляют свойственные этому возрасту определённые поведенческие модели. Подросткам свойственно инстинктивное группирование со сверстниками. Хроническая интоксикация алкоголем, а так же другими психоактивными веществами, задерживает гармоничное развитие личности. Психоактивные вещества (ПАВ) способны при однократном употреблении вызывать приятные эмоциональ-

ные переживания, а при систематическом употреблении вызывают физическую и психическую зависимость. Психоактивные вещества (ПАВ) включают в себя алкоголь, наркотические вещества и психоактивные вещества , которые не входят в список наркотических.

Материалы и методы. Исследование было проведено на базе кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. проф. М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» и на базе психосоматического отделения Республиканского клинического центра наркологии им. проф. М.Г. Гулямова.

Результаты. На стадии начальных проявлений употребления психоактивных веществ происходит заострение (усиление) личностных черт характера, свойственных в преморбиде, то с развитием стадии развернутых проявлений заболевания появляются несвойственные личности ранее астенические, эксплозивные, истерические и дистимические черты характера. Примерно у 30 % больных появляются астенические черты характера . Это неспособность к волевым усилиям, выдержке, быстрая утомляемость, истощаемость, колебания настроения, вызываемые ничтожными поводами, отвлекаемость, низкая работоспособность. Обычные физические и тем более умственные нагрузки для юношей и подростков становятся чрезмерными , непосильными. Они пытаются переложить свою вину на других. Прием психоактивных веществ для них являются средством для стимуляции. У 22-23% больных отмечался эксплозивный тип изменения личности. Им свойственны легкость возникновения эмоций неприязни, обиды, придирок и недовольства окружающими, что в дальнейшем сменяется злобой, гневом, агрессивностью, направленных в первую очередь против лиц ближайшего окружения. Около 15% больных проявляют истерические черты характера в виде демонстративности, повышенной самооценки, эгоистичности, внушаемости, поверхности и нестойкости увлечений. У 16% больных обнаруживается дистимический тип изменений личности, что проявляется в неустойчивости эмоций, с быстрой сменой эмоций на противоположные при незначительном внешнем воздействии. Легко возникающая подавленность, безысходность сменяется необоснованным оптимизмом и веселостью. У остальных больных изменения личности , обусловленные хронической интоксикацией вследствие приёма психоактивных веществ, характеризуются мозаичностью, включая в себя особенности астенического, эксплозивного, истерического и дистимического типа изменений личности.

Выводы. Употребление психоактивных веществ влияет на формирование личности подростков в целом и приводит к задержке развития личности на преморбидном уровне. Выраженность перечисленных особенностей тем сильнее, чем моложе пациент. Личностные изменения возникают на ранних стадиях болезни и усугубляются на развернутых стадиях заболевания. Это отсутствие критического отношения к болезни , негативное отношение к лечению, стремление общаться в кругу себе подобных , отсутствие реальных планов на жизнь, отсутствие желания прекратить употребление психоактивного вещества. Следует учитывать, что в формировании зависимости к психоактивному веществу участвуют генетические, нейрофизиологические, социальные, психопатологические, культурные, этнические и многие другие факторы.

Нисанбаева З.Х.[1], Шарипов Р.М. [2], Гончарова М.С. [1]

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ – ОТ ТРАДИЦИЙ К НОВАЦИЯМ

[1] Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени проф. М.Г.Гулямова
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан
[2] Республиканский клинический центр наркологии им. проф. М.Г. Гулямова

Цель исследования. Предполагается, что в развитии тревожных расстройств играет роль сочетание нескольких факторов (генетические причины, дисбаланс нейромедиаторов, негативный жизненный опыт, злоупотребление алкоголем, употребление наркотических веществ и их отмена). Пребывание в таком состоянии длительное время создаёт человеку дискомфортные условия жизни, которые становятся причиной для того, что он замыкается в себе и ограничивает круг общения. Целью исследования стало провести сравнительный анализ лечения тревожных расстройств.

Материалы и методы. Исследование было проведено на базе психосоматического отделения Республиканского клинического центра наркологии им.проф. М.Г.Гулямова и на базе кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии им.проф. М.Г.Гулямова «ТГМУ им.Абуали ибни Сино». Были применены клинико –психопатологический, клинико-анамнестический методы, а так же использовалась шкала тревоги Гамильтона (HARS). Критерием отбора стала оценка выше 18 баллов по шкале Гамильтона, что соответствует наличию тревожных расстройств. Соответственно, 17 баллов и менее- отсутствие тревоги, 18-24 балла тревожные расстройства средней выраженности, а 25 баллов и выше –тяжелая тревога. В исследовании приняли участие 52 пациент. Средний возраст+\- 32.4.

Результаты исследования. Традиционно тревожные расстройства лечатся с помощью психотерапии, медикаментов или комбинации этих методов. Зачастую при первичном обращении существует стигматизация психотропных препаратов со стороны пациентов и их родственников. Следует отметить, что Целесообразно к ним добавить и альтернативные методы лечения. Данный метод лечения может быть рассмотрен как вспомогательный. Применение микронутриентов (цинк, селен, препараты магния, витамин Д3в жидкой форме), фитотерапии в комплексном лечении тревожных расстройств требует дальнейшего исследования. В нашей стране имеются природные бассейны минеральной воды различного состава (натрий, калий, магний, хлориды, сульфаты, железо, аллюминий, фтор, родон и др.). Больные принимают лечение в виде ванн не только при соматических заболеваниях, но и при болезнях нервной системы. В исследовании приняли участие пациенты получавшие психофармакологическое лечение (первая группа) и пациенты получающие комплексное лечение (вторая группа). Каждая группа состояла из 26 человек. В результате исследования было определено, что что вторая группа показала более продуктивный результат, чем первая.

Выводы. Лечение тревожных расстройств более эффективно при применении комплексного метода, основанного на изменении образа жизни пациента, психотерапии и приёме медикаментов, альтернативные методы лечения. Важен положительный настрой пациента на лечение и эффект, который он принесёт. Позитивным результатом любого лече-

ния следует считать стабильное изменение поведенческих реакций на стрессовые ситуации, травматичные воспоминания и на планирование своей жизни в будущем.

Нодирова З.С., Холикова Н.Н.

РОЛЬ ИНГИБИТОРОВ SGLT2 В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

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

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность применения ингибитора натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (SGLT2) дапаглифлозина (Форсига) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН II-IIIф.к.), с низкой фракцией выброса, вне зависимости от наличия сахарного диабета 2 типа.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 154 пациента с ХСН II-III функционального класса по NYHA и фракцией выброса левого желудочка менее 40 %. Пациенты были рандомизированы на 2 группы: основная группа (n=77) получала стандартную терапию ХСН, которая включала в себя следующие препараты: ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, антагонисты альдостерона в комбинации с дапаглифлозином (10 мг/сут). Контрольная группа (n=77) получала только стандартную терапию. Оценивались клинические исходы, динамика симптомов ХСН, показатели качества жизни (по шкале KCCQ), частота госпитализаций, а также лабораторные данные (уровень натрийуретического пептида и креатинина). Продолжительность исследования составила 12 месяцев.

Результаты исследования. Через 12 месяцев терапии у пациентов основной группы наблюдалось значительное улучшение клинического состояния по сравнению с контрольной группой. Средний балл по шкале KCCQ увеличился на 15 пунктов ($p<0.001$), что свидетельствует о значительном улучшении качества жизни. Частота госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН снизилась на 28% ($p=0,002$). В основной группе также наблюдалось снижение уровня натрийуретического пептида на 25% ($p <0,01$) и улучшение почечных показателей. Серьёзных побочных эффектов, связанных с применением дапаглифлозина, не выявлено.

Выводы. Добавление дапаглифлозина к стандартной терапии ХСН с низкой фракцией выброса значительно улучшает клинические исходы, снижает частоту госпитализаций и повышает качество жизни пациентов. Ингибиторы SGLT2, такие как Форсига, демонстрируют высокий профиль безопасности и могут быть рекомендованы для широкого применения у пациентов с ХСН, независимо от наличия сахарного диабета.

Нодирова З.С., Холикова Н.Н.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С АТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

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

Цель исследования. Оценить частоту встречаемости железодефицитной анемии у пациентов с атрофическим гастритом и выявить взаимосвязь между степенью выраженности атрофии слизистой оболочки желудка и тяжестью анемии.

Материалы и методы исследований. Нами был проведён ретроспективный анализ амбулаторных и стационарных карт отделения гастроэнтерологии ГМЦ №2 имени академика К.Т. Таджиева. По данным архива в период с 2020 по 2024 годы с подтверждённым атрофическим гастритом пребывали пациенты с железодефицитной анемией. Всем пациентам проведён общий анализ крови, измерение сывороточного железа, ферритина и общей железосвязывающей способности крови. Пациенты были разделены на три группы в зависимости от степени атрофии слизистой оболочки желудка: лёгкая, тяжёлая, умеренная. Частота встречаемости железодефицитной анемии определялась по критериям ВОЗ (уровень гемоглобина <120 г/л - для женщин и <130 г/л - для мужчин).

Результаты исследований. Железодефицитная анемия выявлена у 65% пациентов с атрофическим гастритом. Частота железодефицитной анемии коррелировала со степенью атрофии слизистой оболочки: в группе с лёгкой атрофией анемия встречалась в 42,5% случаев, с умеренной - в 64,5% и с тяжёлой атрофией - в 85% случаях. У пациентов с тяжёлой атрофией также наблюдались более низкие уровни сывороточного железа и ферритина, что свидетельствует о выраженном дефиците железа.

Выводы. Железодефицитная анемия является частым осложнением у пациентов с атрофическим гастритом, особенно при тяжёлых формах заболевания. Эти данные подчёркивают необходимость регулярного мониторинга уровня железа и гемоглобина у пациентов с атрофическим гастритом для своевременной диагностики и коррекции железодефицитного состояния.

Номозова Г.К.

ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛИЗАЦИИ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ ФИБРОМИОМЫ МАТКИ

Самаркандский государственный медицинский университет, лечебного факультета№2, Узбекистан.

Цель исследования: определить патоморфологическую характеристику матки, удаленной путем кесарева сечения.

Материалы 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 прохождения через спиртовую батарею. Из блоков брали гистологические срезы толщиной 0,5-0,7 см.. Гистологические образцы окрашивали гемотоксилин-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 субмукозной 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 интрамуральная фибромиома. 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 экстрапации матки. Особенно интрамуральные и субмукозные фибромиомы препятствуют прикреплению плаценты к матке и отрицательно влияют на развитие плода.

Нормаматова С.С.

ОСОБЕННОСТИ МЕНИНГИОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Самаркандский государственный медицинский университет, лечебного факультета№2, Узбекистан.

Цел исследования: Определение патоморфологической характеристики менингиом головного мозга, удаленных нейрохирургическим путем

Материалы и методы: Фиксация в 10% формалине кусочков ткани менингиомы головного мозга размером 0,5х0,5 см, удаленных нейрохирургическим путем в отделении нейрохирургии Многопрофильной клиники, прошедших через спиртовую батарею подготовку парафиновых блоков. Из блоков берут гистологические срезы толщиной 0,5-0,7 см. Окрашивание вырезок ионизацией гемотоксина по методу Фон-Гизона. Проведение фотоморфологических исследований микроорганизмов.

Результаты исследования: Менингиома головного мозга удалена у 24 пациентов нейрохирургическим путем. Из них 18 (75%) – женщины, 6 (25%) – мужчины.

При микроскопическом исследовании гистологических препаратов у 8 больных (6 женщин, 2 мужчин) выявлена фибробластическая менингиома. В частности, в поле зрения микроскопа отмечалось наличие пролиферирующих бластных клеток в интерстициях волокон.

При патоморфологическом исследовании препаратов, приготовленных из тканей, взятых у 6 больных, выявлена псаммоматозная менингиома. В частности, идентифицируются менингеальные клетки и видно скопление солей кальция в их пространствах.

При патоморфологическом исследовании препаратов, приготовленных из тканей, взятых у 6 больных, выявлена ангиоматозная менингиома. В частности, установлено, что между клетками менингиомы имеются мелкие кровеносные сосуды.

При патоморфологическом исследовании образцов тканей от 4 больных выявлена фиброзная менингиома. В частности, идентифицируются волокна с клетками, разбросанными в разных полюсах, направленных рядом друг с другом.

Выводы. Таким образом, менингиомы, исходящие из мозговых оболочек и сосудов, чаще встречаются у женщин, чем у мужчин. Менингиомы различаются по своему структурному строению. Частота их встречи имеет схожие показатели. Фибробластические менингиомы обладают пролиферативными свойствами, хотя и не считаются злокачественными.

Носирова М.П., Иномзода Д.И., Рахимова Г.Х.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ФИБРОЗА ЛЁГКИХ НА ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ

Кафедра семейной медицины ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность комплексной терапии больных фиброзом лёгких с применением тиосульфата натрия и осуществить диспансерное наблюдение в период реабилитации и противорецидивного лечения в течение года указанным препаратом.

Материал и методы. На базе городского центра здоровья проведено комплексное лечение с использованием тиосульфата натрия. Всего 58 пациентов, страдающих фиброзом лёгких, как последствие перенесённой коронавирусной пневмонии, среди них женщин 36 (62,1%), средний возраст 51,3±7,4 и мужчин - 22 (37,9%), средний возраст 52,6±6,3. Все пациенты, взятые на диспансерный учёт подвергались комплексному обследованию: осмотр пациента семейным врачом, консультации узких специалистов. Также проведены лабораторные (общий и биохимический анализы крови) и инструментальные (пульсоксиметрия, пикфлоуметрия, КТ,ЭКГ, УЗИ лёгких) исследования. Эффективность терапии оценивалась также по качеству жизни (КЖ) пациентов: с помощью опросника EQ-5D дважды: до начала терапии и после её завершения. При оценке качества жизни пациентов оценены такие параметры, как подвижность,

уход за собой, повседневная деятельность, боль/дискомфорт, тревога/депрессия. Интерпретация результатов осуществлялась семейным врачом.

Результаты исследования. Некоторые жалобы взятых на диспансерный учёт пациентов: быстрая утомляемость, одышка при физической нагрузке, периодически мышечные боли, нередко возникающий кашель, как следствие частых респираторных заболеваний. С учётом отсутствия противопоказаний всем пациентам дважды в год (1 раз в шесть месяцев) внутривенно вводился тиосульфат натрия, 10,0 мл (300мг/мл) в течение 10 дней, на фоне комплексной терапии. Анализ состояния пациентов в конце диспансерного года показал улучшение пиковой скорости выдоха за 1 секунду, хотя и не столь значительно, на 4-5% от индивидуальных значений.

Самым высоким показателем качества жизни пациентов после проведённой комплексной терапии, оказался пункт «уход за собой» - 87,3% наблюдаемых не испытывают трудностей при уходе за собой, в то время как перед началом лечения только в 59,1% случаев. В пункте «боль/дискомфорт» обращалось внимание на наличие быстрой утомляемости, периодически мышечные боли, кашель, полученные результаты свидетельствуют о некотором улучшении состояния наблюдаемых 76,3% против 59,3%. Пункт «подвижность», оценён удовлетворительно, не испытывают трудности при ходьбе 72, 5%, против первоначальной цифры - 51,6%. В привычной повседневной деятельности не испытывают проблем 71,1% больных (перед началом лечения – 50,9%). Тревога/депрессия присутствовали у каждого второго пациента (50,3%) перед началом лечения. Пятый пункт опросника также свидетельствовал об улучшении состояния пациентов (нет тревоги/депрессии в 68,8%, случаев в конце диспансерного года).

Выводы. 1. Тиосульфат натрия обладает широким спектром действия - противовоспалительным, дезинтоксикационным, антиаллергическим, антиоксидантным - и оказывает благотворное влияние на нарушенные метаболические процессы. Все это указывает на целесообразность применения тиосульфата натрия при восстановительной терапии у пациентов с фиброзом лёгких.

2. Диспансерное наблюдение в период реабилитации и противорецидивного лечения в течение года указанным препаратом оценено с помощью опросника EQ-5D и свидетельствует об оказании комплексной качественной медицинской помощи, следствием чего явилось улучшение соматического и психического здоровья.

Носирова М.П., Ёдгорова М.Дж., Одилов У.М.

ИНТЕГРИРОВАННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра семейной медицины ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить ведение пациентов с гастроэнтероколитами по программе интегрированного ведения болезней детского возраста в практике семейного врача.

Материалы и методы. На базе городского центра здоровья изучена первичная медицинская документация пациентов в возрасте от 0 до 9 лет, обратившихся за медицинской помощью по поводу гастроэнтероколитов в кабинет интегрированного ведения болезней детского возраста. Проведён сравнительный анализ заболеваемости энтероколитами за пять лет (2019 – 2023 года). Программа Интегрированного ведения болезней детского возраста (ИВБДВ), принятой в республике ещё в 2004 году, предусматривает наблюдение за физическим и соматическим здоровьем ребёнка, оказание качественной медицинской помощи, предоставление лекарств на бесплатной основе, санитарное просвещение родителей или людей, ухаживающих за больным ребёнком.

Результаты исследования. Начиная с 2019 года до 2023 года включительно, зарегистрировано выявленных на дому или обратившихся за медицинской помощью по поводу гастроэнтероколитов – 517, из них детей от 0 лет до 1 года – 293 (56,7%), в возрасте 1 – 4 года – 171 (33,1%), детей в возрасте 5 – 9 лет – 53 (10,2%). Из приведённых данных видно, что у детей первого года жизни наиболее несформированная иммунная защита. Хотя после перенесённого заболевания специфический иммунитет не вырабатывается и, раз переболев, ребёнок может заразиться повторно.

Учитывая клинические особенности проявления заболевания, степень обезвоживания (рвота, диарея, выраженность интоксикационного синдрома), детям с лёгкой степенью заболевания назначался план лечения А на дому, со средней степенью тяжести – план лечения Б, в центре здоровья под строгим наблюдением врача кабинета ИВБДВ. Амбулаторного обращения детей в тяжёлом состоянии за анализируемый период не зарегистрировано. За 2019 год более половины обратившихся детей получили лечение по плану А (119 - 73,9%), немногим меньше по плану Б – 161 ребёнок (26,1%). Аналогичная ситуация, то есть большая часть детей, имеющих лёгкую степень заболевания, наблюдается в последующие анализируемые 4 года: 2020 год, план лечения А получили – 72,1% обратившихся, план лечения Б – 27,9% детей; 2021 год, план лечения А – 68,1%, план лечения – 31,9%; 2022 год, план лечения А – 73,8%, план лечения Б – 26,2%; 2023 год, план лечения А – 76,2%, план лечения Б – 23,8%. Выкопировка данных амбулаторных карт показывает, что все дети, получившие лечение в кабинете ИВБДВ, в дальнейшем находились в удовлетворительном состоянии, госпитализации в связи с ухудшением состояния не было ни одного случая. Вычисление заболеваемости производилось на среднегодовое количество детей до 9-ти лет, так как в кабинете ИВБДВ по поводу гастроэнтероколитов получали лечение дети вышеуказанного возрастного коридора. Заболеваемость год от года имела тенденцию к снижению к 2023 году (6,4‰), по сравнению с 2019 годом (16,3‰), в два с половиной раза.

Выводы. 1. Наиболее часто гастроэнтероколиты встречались у детей первого года жизни, более половины выявленных случаев (56,7%).

2. Массовая иммунизация против ротавирусной инфекции, повышая устойчивость организма к вирусным кишечным инфекциям, способствовала снижению количества лиц, обратившихся по поводу гастроэнтероколитов, соответственно, заболеваемость год от года имела тенденцию к снижению в два с половиной раза, с 16,3‰ до 6,4‰.

3. Отсутствие тяжёлых форм заболевания у больных. Среди обратившихся и выявленных на дому детей, чаще отмечались лёгкие формы проявления заболевания, немногим меньше проявления средней степени тяжести. Пациенты

детского возраста в обоих случаях получали необходимую терапию, выздоровление протекало без осложнений.

Нуралиев Н.М., Саидов П.А., Мирзоев Ф.Т.

ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ, ЛЕЧЕНИИ И ДОСТУПЕ К МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова

Цель исследования. Изучить влияние пола на течение и лечение болезни Паркинсона (БП), а также доступ к медицинской помощи, с акцентом на различия в симптомах, реакции на лечение и качестве жизни мужчин и женщин.

Материал исследования. Анализ медицинских данных пациентов с БП в Таджикистане, включая демографические данные, медицинские карты, доступ к лечению и качество жизни. Особое внимание уделено ретроспективным исследованиям и наблюдениям.

Результаты исследования. В Таджикистане мужчины страдают БП в два раза чаще, чем женщины, что связано с биологическими факторами и воздействием окружающей среды. Женщины, особенно в сельских районах, имеют ограниченный доступ к специализированной помощи, что приводит к более быстрому прогрессированию заболевания из-за несвоевременной диагностики. Социальные роли женщин, связанные с уходом за семьей, также ограничивают их возможность получать необходимую медицинскую помощь. Женщины чаще сталкиваются с недостатком неформальной поддержки и вынуждены прибегать к платному уходу, что осложняет лечение в условиях ограниченных ресурсов. В Таджикистане, особенно в сельских районах, доступ к узким специалистам, включая неврологов, ограничен. Это усложняет своевременную диагностику и лечение БП, особенно для женщин. Традиционные культурные установки могут влиять на восприятие симптомов болезни. Многие женщины могут откладывать обращение за медицинской помощью, предпочитая уделять время семье и дому, что приводит к ухудшению состояния. Важно проводить кампании по информированию населения о первых симптомах БП и необходимости ранней диагностики, особенно среди женщин.

Выводы. Для Республики Таджикистан важно учитывать гендерные и социальные особенности при диагностике и лечении болезни Паркинсона. Необходимо развивать доступ к неврологической помощи, особенно для женщин, и повышать осведомленность населения о важности своевременного лечения. Специальные программы поддержки женщин и семей, где есть пациенты с БП, могут существенно улучшить качество жизни больных и замедлить прогрессирование заболевания.

Нуралиев Н.М., Саидов П.А., Шарипов Ш.А.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОГЛОБУЛИНА ОКТАГАМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩЕЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ (ХВДП) У ПАЦИЕНТОВ ИЗ ТАДЖИКИСТАНА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова

Цель исследования. Целью данного исследования является оценка эффективности и безопасности применения иммуноглобулина Октагам у таджикских пациентов с ХВДП.

Методы исследования. В исследование были включены 50 пациентов с установленным диагнозом хронической воспалительной демиелинизирующей полинейропатии. Иммуноглобулин Октагам вводился по стандартной схеме: 0,4 г/кг в течение 5 дней. Оценка состояния пациентов проводилась с использованием шкалы Medical Research Council (MRC) для оценки двигательных функций и невропатической шкалы (NIS) для анализа неврологических нарушений. Также исследовались возможные побочные эффекты и изменения в качестве жизни участников.

Результаты исследования. Результаты показали, что применение иммуноглобулина Октагам привело к значительному улучшению состояния пациентов. У 75% участников наблюдалось выраженное снижение клинических симптомов, что подтвердилось увеличением показателей по шкале MRC на 2-3 пункта ($p < 0.05$). В 60% случаев отмечено восстановление двигательной активности, а общий уровень неврологической функции по шкале NIS улучшился в среднем на 40%. У 70% участников зарегистрировано снижение болевых ощущений, а 85% респондентов отметили значительное улучшение качества жизни. Полученные данные подтверждают высокую эффективность и безопасность иммуноглобулина Октагам в лечении ХВДП. Учитывая разнообразие клинических проявлений заболевания и индивидуальные особенности пациентов, результаты исследования подчеркивают необходимость интеграции данного препарата в стандартизированные протоколы лечения ХВДП.

Выводы. Иммуноглобулин Октагам продемонстрировал значительные терапевтические преимущества при лечении хронической воспалительной демиелинизирующей полинейропатии у пациентов из Таджикистана. Рекомендуется дальнейшее изучение долгосрочных результатов терапии и оптимизация схемы лечения с целью повышения ее эффективности.

Обидова Ш.В.

РОЛЬ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА В ПРОФИЛАКТИКЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ КАК ОСНОВНОГО ФАКТОРА РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Кафедры семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» Таджикистан.

Цель исследования. Установить роль врача первичного звена здравоохранения в профилактике табакокурения как основного фактора риска развития ХОБЛ.

Материалы и методы исследования. Нами было проанкетировано 216 респондентов (121 курящий 108 мужчина и 13 курящих женщин). Результаты исследования анализировались с применением различных методов параметрической и непараметрической статистики. Исследование было проведено в базе ГЦЗ№3 г.Душанбе.

Результаты исследования. В результате исследования установлено, что информированность курящих о связи курения с формированием ХОБЛ достаточно высока и составляет 73,5 % среди мужчин (89 чел.) и 53,8 % среди женщин (7 чел.). Согласны с этим 72 % мужчин (87 чел.) и 13,2 % женщин (7 чел.), но только каждый четвертый мужчина и вторая часть курящих женщин обеспокоены вредным влиянием курения на здоровье. Статус курения был выяснен врачом у 84,8 % респондентов-мужчин и 45,5 % респондентов-женщин, рекомендации по отказу от курения даны 82,5 % курящих мужчин и 81,4 % курящих женщин. При этом при обращении этих же пациентов за медицинской помощью в предшествующие анкетированию 12 месяцев только 10,3 % мужчин и 6,5 % женщин получили соответствующие рекомендации от семейного врача, еще 12 и 10,7 % соответственно от других медицинских работников. Большинство курящих (55,5 % мужчин и 53,1 % женщин) не верит в эффективность отказа от курения в целях профилактики возникновения или прогрессирования неспецифических заболеваний легких. Большинство (65 %) опрошенных нами мужчин и женщин хотят бросить курить; 57,5 % мужчин и 39,7 % женщин предпринимали более трех попыток отказа от курения.

Выводы. Знания населения о последствиях табакокурения достаточные, но зачастую носят абстрактный характер, а ухудшение состояния своего здоровья курящие не связывают с потреблением табака. Информированность врача о здоровье пациента и/или членов его семьи позволяет конкретизировать эти знания, понять, почему и в какой степени курение грозит здоровью самого пациента или его близких.

Обидова Ш.В., Ходжиматова З.Ф., Хакимова С.Б.

ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИЧИН И ПОСЛЕДСТВИЕ ОЖИРЕНИЕ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»
ГУ Городцкой центр здоровья №3

Цель исследования. Изучить причин и последствие ожирение у взрослых в практике семейного врача

Материал и методы исследования. Исследование было проведено в Государственном учреждении городского центра здоровья №3 города Душанбе. В исследовании приняли участие 51 человек в возрасте от 21 до 65л, из них 32 женщины и 19 мужчин. У всех исследуемых определяли индекс массы тела (ИМТ) и выявлено у 16 ожирение 1 и 2 степени, у 35 избыточное масса тела. Для выявления причин ожирения у исследуемых собрана анамнез.

Результаты исследования и их обсуждение. Выяснилось, что у 6 исследуемых отмечается наследственное предрасположение к ожирению и нератсиональное питание, у 32 неправильное питание (часто фаст фуды) и малоподвижный образ жизни, 14 частые стрессы и эмоциональное переедание и малоподвижный образ жизни. В том числе у 12 исследуемых имеется Гипертонически болезнь, у 3-х ИБС, у 6-ти исследуемых диагностирована Сахарный диабет 2 типа, у 9-ти имеется заболевание опорно двигательной системы и у 11 исследуемых выявлено низкая самооценка, у 10 остальных периодически отмечается боли в суставах, одышка особенно при нагрузках.

Выводы. Таким образом, можно отметить, что выявление причин ожирение у взрослых в условиях амбулатории и их устранение позволяет не только предотвротит ожирению но и снизить риск развитие хронических неинфексионных заболевании и улучшит качество жизни.

Одинаев А.Г., Кадырова З.Д.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. проф. М.Г.Гулямова
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан.

Цель исследования. Психотерапия лицам с ПТСР- является необходимостью помочь пациентам поверить в эффективность лечения и способность своего организма, сопротивляться заболеванию, а также развития жизнеутверждающих аспектов отношений и бытия. Стабилизацию физического состояния можно обеспечить медицинскими методами, в том числе релаксационными методиками и правильным образом жизни, с другой сбалансированностью отношений в психологической и социальной сферах.

Материалы и методы. Было осмотрено 80 семей, из них 52 семьи мигрантов из Афганистана, имеющих статус беженцев и 28 таджикских семей находившихся в миграции в РФ. Среди них выявленных по опросником Бека 30 человек в состоянии астенический синдром и субдепрессии 20 человек с неврозом навязчивых расстройств (страхи, тревога, суицидальные мысли), 10 с разными фобиями соматического характера, 10 ПТСР, 10 соматизированная депрессия.

Психологом и психиатром среди обследуемых и перенаправленных выявлено такие психологические явления как перенесенные стрессы: ПТСР, страхи перед социумом, астенический синдром и состоянии субдепрессии. Было выделено 2 группы по 12 человек в 2-х районах среди мигрантов Афганцев и таджиков (Рудаки и Вахдат). Проведено групповая миорелаксация среди взрослой группы и 2 группы Арт терапии среди молодой поколении по 10 групп в 2-х районах 24 взрослых и 20 детей.

Результаты исследования. Результат показало, что пациентов можно и нужно научить более оптимально справляться со стрессовым ситуациями, страхами и агрессией, обвинением мира и самих себя. Особенно важно, чтобы они изменили понимании себя и проблем, с которыми столкнулись. Пациенты поверили в собственные силы, узнали и

поверили, что они могут разрешить все свои проблемы, более эффективно, в том числе с помощью близких, принимая и оказывая помощь. Появившаяся у пациента вера и новое отношения к проблемам формируют жизненную позицию, в которой есть место надежде и вере в будущее, в результате механизмы, которые способствовали превращению негативных переживаний в болезнь могут быть использованны для восстановления и развития здоровья.

Вывод. Стрессовую ситуацию можно преодолеть и уменьшить ее негативное последствие, осмыслив травматические влияющие на пациента, актуальные аспекты. Далеко не все психологические реакции лиц с ПТСР являются негативными: многие больные, особенно в ремиссии, находят особый смысл в своем заболевании, например, новое понимание жизни, повышение самопринятия и чувство превосходства. Происходит смыслостроительство, обнаружение новых жизненных смыслов - наиболее эффективное копинг-поведение, которое существенным образом способствует улучшению адаптации к болезни и качеству жизни пациента, происходит переориентация с жизнеотрицание на жизнеутверждение.

.

Одинаев Ш.Ф., Файзиева Д.Ш., Навджуанов И.М.

ЭНДОКРИНОПАТИЯ ПРИ КАРДИАЛЬНО Х-СИНДРОМЕ

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

Цель исследования. Оценить состояние гормонов щитовидной железы у пациентов с кардиальным Х-синдромом.

Материалы и методы исследований. Все пациенты находились на стационарном лечении в Республиканском клиническом центре кардиологии г. Душанбе с жалобами на боли в области сердца в 2021-22 гг. Среди обследованных было 12 мужчин и 18 женщин, прошедших коронарную ангиографию. У всех обследованных пациентов регистрировались боли стенокардического типа при нормальных показателях липидного обмена и интактных коронарных артериях, что послужило причиной обследования пациентов с целью установления этиологического фактора болевых приступов в области сердца. Средний возраст обследованных составил 48,2+0,3 мес. Выбор определения типа гормонов в сыворотке крови составлялся врачом-эндокринологом. Полученные показатели сравнивались с контрольными показателями практически здоровых лиц аналогичного возраста. Для количественного определения уровня T_4 (тироксин) и T_3 (3-йодтиронин) использовался конкурентный иммуноферментный анализ (ИФА) (тест система РФ, «Вектор»).

Результаты исследований. Всем обследованным пациентам проводили неоднократное стационарное лечение по поводу болей в области сердца с применением метаболитной терапии. Анализ показателей концентрации гормонов щитовидной железы показал, что тиреотропный гормон (ТТГ) у обследованных пациентов составил в среднем 11,1±1,3мме/мл, тогда как у лиц контрольной группы уровень данного гормона был в среднем 6,2±1,0мме/л. Показатель уровня T_4 гормона оказался снижен по сравнению с показателями нормы и данными, полученными у лиц контрольной группы и составил в среднем 32,2±1,0нг/мл. Так, уровень T_4 гормона в контрольной группе находился в пределах нормальных показателей и составил 44,5±1,3нг/мл. В отношении T_3 гормона можно указать на тенденцию его увеличения у обследованных пациентов, который составляет 2,6±0,4нг/мл, тогда как этот показатель в контрольной группе находится в пределах нормы и составляет 1,6±0,5нг/мл. Это обстоятельство может свидетельствовать, что имеется йододефицитное состояние у обследованных пациентов.

Такое состояние в первую очередь приводит к снижению синтеза и секреции основного гормона щитовидной железы T_4, и по принципу обратной связи стимулируется синтез и секреция ТТГ гипофиза. При этих процессах и под влиянием ТТГ усиливается поглощение йодида щитовидной железой из крови и стимулируется синтез тиреоидных гормонов. Причём синтезируется в основном T_3, для которого требуется меньше йода, чем для T_4. С клинической точки зрения на протяжении многих лет такое состояние может протекать без симптомов и без признаков недостаточности функций щитовидной железы, но с симптомами болей в области сердца, тогда как уровень ТТГ может оставаться в норме и быть несколько повышенным. В этом отношении более чувствительной является сердечнососудистая система, компенсаторные возможности которой ограничены на фоне йододефицитного состояния, развиваются различные изменения со стороны сердечнососудистой системы, которые требуют этиопатогенетической коррекции в процессе комплексного лечения.

Выводы. Гормоны щитовидной железы во многом предопределяют функциональное состояние сердечнососудистой системы, и незначительные колебания в системе гормон-сердце неоднозначно отражаются на работе сердца. Возникновение дисбаланса в адаптационных механизмах сердца вследствие истощения выработки гормонов щитовидной железы может в дальнейшем обуславливать формирование патологии сердечнососудистой системы по типу болевого синдрома за счёт микрососудистого снижения перфузии миокарда.

Ортикова М.М., Давлятова Д.Дж.

ВЛИЯНИЕ КОЛИЧЕСТВЕННОГО СОСТАВА ЧЛЕНОВ СЕМЬИ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ЛЕЧЕНИЕ ГЕЛЬМИНТОЗОВ

Кафедра семейной медицины ГОУ ИПО в СЗ РТ

Цель исследования. Изучить возрастную структуру, количество членов семьи в городе Душанбе, районе ХамадониХатлонской области, Аштском районе, городе Истаравшан Согдийской области, как фактор риска распространенности гельминтозов.

Материал и методы исследования. Для изучения факторов риска распространенности глистной инвазии в семьях разработана анкета, исследованы 7050 человек с учётом климата и источников водоснабжения в городе Ду-

шанбе, районе Хамадони Хатлонской области, Аштском районе, городе Истаравшан Согдийской области. Было опрошено 4005 жителей района Хамадони, 1000 жителей Аштского района, 1000 жителей города Истаравшан, - 1045 жителей города Душанбе. Опрос проводился по следующей анкете: «Распространённость часто встречаемых глистных инвазий в Республике Таджикистан и пути совершенствования профилактической деятельности на уровне ПМСП».

Результаты и их обсуждение. Проведённое исследование позволил установить, что по городу Душанбе наибольшее количество анкетированных соответствует возрасту 30 - 39 лет, что составило 248 человек (23,7%); по району Хамадони наибольшее число анкетированных соответствует возрасту 40 - 49 лет - 809 человек (20,2%), по Аштскому району 30 - 39 лет - 210 (21%), по городу Истаравшан 20 - 29 лет - 321 (32,1%). Самый низкий процент отмечен среди детей 0 - 3 лет (1,9%), с 4 до 6 лет (3,3%)(вместо респондентов-детей на вопросы анкеты отвечали их родители). Из общего числа анкетированных по полу опрошенных по городу Душанбе мужчин 438 (41,9%), женщин 607 человек (58,1%); по району Хамадони-мужчин 2710 (67,7%), женщин 1295 (32,3%); по Аштскому району - мужчин 518 (51,8%), женщин 482 (48,2%), по городу Истаравшан-мужчин 397 (39,8%), женщин 601 (60,2%).

Из общего числа опрошенных женщины составили 42,4%, мужчины 57,6%. Во время исследования установлено, что по городу Душанбе семей, состоящих из 2 – 3человек, было106 (10,1%), 4 - 5 человек - 328 семей (31,4%), 6 - 10 человек - 428 семей (41,0%). По городу Истаравшан семей, состоящих из 2 - 3 человекнет, семей из 4 - 5 человек - 14 (1,4%), 6 - 10 человек -707 (70,7%), свыше 10 человек - 141 (14,1%). Показатели по району Хамадони: семья из 2 - 3 человек - 221 (5,5%), 4 - 5 человек – 460 (11,5%); большая семья, состоящая из6- 10 человек, 2139 семей, что составило 53,4%; свыше 10 человек - 656 (16,4%). Показатели по Аштскому человек нет, 4-5 человек – 172 (17,2%); большая семья, состоящая из6 - 10, составила 42,3%; свыше 10 человек - 39 (3,9%).

Выводы: Исследование показало, что 87,9% из общего числа опрошенных лиц обращались с проблемами гельминтозов за медицинской помощью к семейным врачам, более 68.5% которых из семей с большим количеством численности. Таким образом, количество членов семьи влияет на эффективность дегельминтизации, в силу невозможности полного охвата всех членов профилактическими мероприятиями, а больных и контактных противогельминтным лечением.

Остякова Е.Д., Утумисов Н.Н., Арямкина О.Л.

АНЕВРИЗМЫ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ МУЛЬТИСИСТЕМНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кафедра внутренних болезней медицинского института БУ Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет»,
БУ БУ Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутская окружная клиническая больница», Россия

Цель исследования. Изучить структуру и клинику аневризм, как проявления мультисистемного атеросклероза, сформированного на фоне метаболического синдрома.

Материал и методы. За период 2017-2023 годы обследованы 300 из 552 (54,4%) больных с периферическим атеросклерозом. Больные планово (90,8%) и экстренно (9,2%) госпитализированы в профильное хирургическое отделения, где диагноз установлен по клиническим, лучевым критериям. Исследование выполнено в соответствии с планом НИР кафедры внутренних болезней и утвержденной темой «Предикторы генеза развития, течения и исходов хронических и коморбидно протекающих заболеваний» (№ АААА-А19-119062490051-6 и № 123060100028 – 5). Больные были в возрасте 63,4±0,57 (95% ДИ 62,3 – 64,5) лет при преобладании лиц зрелого и пожилого возрастов (n=199б 66,3%) с соотношением мужчины/женщины 89,3%: 10,7%, или 8,38: 1 ($\chi 2$ 2x2 = 109,4; p=0,0000). У всех них диагноз Метаболического синдрома (МС) основывали на его критериях по наличию - абдоминального ожирения, окружность талии > 80 см у женщин и > 94 см у мужчин, сочетающимися с 2-мя и более дополнительными признаками – артериальной гипертензией (АГ), дислипидемией по уровням триглицеридов ≥ 1,7 ммоль/л, ЛПНП > 3,0 ммоль/л, ЛПВП <1,0 ммоль/л у мужчин и <1,2 ммоль/л у женщин), гипергликемией натощак ≥ 6,1 ммоль/л и/или нарушением толерантности к глюкозе (глюкоза в плазме крови через два часа после глюкозотолерантного теста в пределах ≥ 7,8 и ≤11,1 ммоль/л). Все диагнозы установлены в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями на экспертном оборудовании. Обработка фактического материала программами Statistica 10.0 и Exel.

Результаты исследования. Имели место ожирение (59,7%) и избыточная масса тела, СД 2 типа с инсулинорезистентностью (100%), АГ (100%), ИБС (64,7%), подтвержденная коронаргографией, ХСН (25,7%), ХБП (28,7%). Мультисистемный атеросклероз (МСА) представлен атеросклерозом сосудов нижних (95,3%) и верхних (3,7%) конечностей, почечных (3%), брюшного (53,7%) и грудного (35,7%) отделов аорты на фоне ЦВБ и ИБС с атеросклерозом брахеоцефальных (36%) и коронарных (64,7%) сосудов соответственно в трехкомпонентных (n=194, 64,7%) и во многокомпонентных (n=106, 35,3%) 4-х, 5-ти и 6-ти. Из 300 случаев МСА у 19 (6,3%) диагностировали аневризмы – из них 15 аневризм в аорте – в грудном (3 из 19) и в брюшном (12 из 19) ее отделах с клиникой острого артериального синдрома, а также в 4-х случаях - аневризмы сосудов верхней конечности (1 из 19) и почечных артерий (3 из 19). Клиника аневризм брюшного отдела аорты представлена постпрандиальным абдоминальным болевым синдромом на уровне параумбиликальной зоны, неясной для больного пульсацией вокруг пупка, дисфункцией кишечника и с ситофобией, дисхезией в виде запоров, что требовало проведения сложной диагностики. В 9 (3%) случаях диагностировали атеросклероз почечных артерий, в том числе у 3-х из них с аневризмами. Во всех 9-ти случаях имела место стойкая высокая АГ кризового течения без тромбозов почечных артерий, а аневризма правой ПА по УЗИ и КТГ органов брюшной полости обнаружена как находка.

В 11 (3,7%) случаях диагностировали атеросклероз артерий верхних конечностей, в том числе у 1-го с «холодом в конечности», приступами болей в руке с иррадиацией в плечо, в кисть, аортальгиями, снижение силы в кисти, судороги в руке.

Выводы.

1. При МС МСА и аневризмы различных отделов перестают быть редкой патологией.

Пирмахмадзода Б.П., Киёмидинов Х.Х., Нурова Г.М.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА У ДЕТЕЙ С ПОМОЩЬЮ ИССЛЕДОВАНИЯ ИНДУЦИРОВАННОЙ МОКРОТЫ И КАЛА НА XPERT MTB/RIF ULTRA В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Изучить эффективность использования анализа Xpert MTB/RIF Ultra на свежих образцах индуцированной мокроты и кала у детей в качестве диагностического материала для выявления туберкулёза у детей.

Материалы и методы. Данное исследование было проведено в лаборатории Детской туберкулёзной больницы г. Душанбе, Таджикистан, в период с апреля 2021 года по октябрь 2023 года. Образцы индуцированной мокроты и кала, собранные в стерильный контейнер в соответствии со стандартными операционными процедурами (СОП), которые хранились при температуре для свежих образцов от 2 до 8 °C, тестировались с помощью анализа Xpert MTB/RIF (Cepheid, Саннивейл, Калифорния, США) в данной лаборатории на месте двумя обученными лаборантами. Обработка проводилась в течение 24 часов, где это было возможно, и не позднее, чем через 72 часа после сбора. Образцы не требовали дополнительных мер хранения для целей исследования, и они были утилизированы в соответствии с СОП. Все образцы, обнаруженные Xpert MTB, были направлены в Национальную референтную лабораторию для культивирования и фенотипического тестирования лекарственной чувствительности.

Результаты исследования. Получение образцов мокроты у маленьких детей затруднено из-за отсутствия достаточной силы кашля для получения адекватных образцов только путём отхаркивания. Обычно они проглатывают мокроту при кашле. По этой причине адекватный образец в большинстве случаев можно получить только с помощью назогастральной аспирации или индукции мокроты. За 31 месяц с апреля 2021 года по октябрь 2023 года мы зарегистрировали 822 ребёнка. Немногим более половины (416) имели анамнез контакта с больным туберкулёзом, большинство из которых (292) были бытовыми контактами, и 86,2% сообщили об одном или нескольких признаках/симптомах органов дыхания. Из 93 пациентов без признаков/симптомов 61 имел анамнез контакта с туберкулёзом, а ещё у 11 была аномальная рентгенограмма грудной клетки, с отклонениями, включая лимфаденопатию – у 31 ребёнка, диссеминированное заболевание - у 4, фиброз – у 2, фиброзно-кавернозное заболевание – у 4, инфильтративные изменения - у 15 и «другое» - у 18 детей. На ВИЧ было девять положительных тестов (1,3%). У них был положительный результат Xpert MTB/RIF Ultra мокроты, а также положительный результат Xpert MTB/RIF Ultra стула. Было 18 образцов мокроты Xpert MTB/RIF Ultra с положительным результатом, которые были классифицированы как подтверждённое заболевание ТБ (2,8%) и 670 отрицательных образцов. С момента выпуска и внедрения анализа Xpert MTB/RIF, а затем анализа Xpert MTB/RIF Ultra эта быстрая и чувствительная технология оказала существенное влияние на выявление случаев заболевания с использованием мокроты и, в конечном итоге, на результаты лечения. Ключевым результатом нашего исследования стала чувствительность 68,8% (95% ДИ, 46,0–91,5) для анализа Xpert MTB/RIF Ultra на свежих образцах кала детей с подтверждённым заболеванием туберкулёзом и соответствующая специфичность 98,7% (95% ДИ, 97,8–99,5). Соответствие между калом и индуцированной мокротой по результатам Xpert MTB/RIF Ultra было умеренным. Было восемь детей, единственным положительным тестом которых был тест кала на Xpert MTB/RIF Ultra.

Выводы. Результаты нашего исследования подтверждают использование анализа Xpert MTB/RIF Ultra на свежих образцах индуцированной мокроты, а в случаях его отсутствия кала у детей в качестве диагностического материала для выявления туберкулёза у детей.

Пирмахмадзода Б.П., Абдурахимов А.А., Махмудов М.О.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА СЕКВЕНИРОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН С ЦЕЛЬЮ ИДЕНТИФИКАЦИИ ШТАММОВ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЁЗА

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Обобщить данные по секвенированию ДНК микобактерий туберкулёза в Республике Таджикистан.

Материал и методы. Впервые в Республике Таджикистан проведено исследование образцов культур мокроты больных туберкулёзом, законсервированных в 2021, 2022 и в 2023 годах на базе противотуберкулёзной Национальной референс-лаборатории методом таргетного секвенирования ДНК на аппарате MinION – нанопоровом секвенаторе производства компании Oxford Nanopore Technologies. Всего было исследовано 391 образец культуры мокроты от больных туберкулёзом. Среди исследуемых больных мужчин было 219, женщин – 153. Возраст больных колебался от 15 до 65 лет.

Результаты исследования. Среди 391 образцов культуры мокроты 238 были исследованы с целью верификации диагноза туберкулёза лёгких или нетуберкулезного микобактериоза лёгких, а также идентификации вида геномной мутации и спектра лекарственной устойчивости микобактерий туберкулёза к противотуберкулёзным препаратам. 98 образцов культуры мокроты были исследованы с целью дифференциальной диагностики рецидива туберкулёза лёгких от реинфекции. 55 образцов культуры мокроты были исследованы с целью определения штамма микобактерий туберкулёза у трудовых мигрантов. Из общего числа исследованных образцов у 343 были выявлены микобактерии туберкулёза, в том числе были выявлены следующие штаммы: Ural – 24, Beijing – 193, T1-T3-T5 – 17, CAS1-Delhi – 7, LAM-RUS – 5 и другие штаммы в единичных случаях. В 16 случаях были выявлены нетуберкулезные микобактерии, в том числе: M. fluoranthenivorans – 4, M. fortuitum – 8, M. lentiflavum – 1, M. enqbaekii – 1, M. setense – 1,

Mycolicibacterium -1. Во всех исследованных образцах культуры мокроты был идентифицирован вид геномной мутации и спектр лекарственной устойчивости микобактерий туберкулёза к противотуберкулёзным препаратам.

Выводы. Первый опыт применения таргетного секвенирования ДНК микобактерий туберкулёза в образцах культуры мокроты свидетельствует об огромных клинико-лабораторных возможностях данного метода исследования в верификации штаммов микобактерий. Программное применение данного метода позволит дифференцировать туберкулёз лёгких от микобактериоза лёгких, дифференцировать рецидивы заболевания от реинфицирования микобактериями туберкулёза, отличить путём сравнения штаммы микобактерии туберкулеза у трудовых мигрантов, а также дать точную характеристику виду геномной мутации и спектру лекарственной устойчивости микобактерий туберкулёза к противотуберкулёзным препаратам.

Половиков И.П., Каратеев Д.Е., Буеверов А.О.

ДЕБЮТ IGA-НЕФРОПАТИИ ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ COVID-19. АНАЛИЗ СЕРИИ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский Университет). Россия

Цель исследования. Определить частоту встречаемости дебюта IgA-нефропатии после вакцинации в сравнении со всеми описанными случаями IgA-нефропатии, связанными с вакцинацией от COVID-19.

Материалы и методы. Для написания данного исследования был выполнен поиск публикаций с использованием баз данных PubMed, Directory of Open Access Journals (DOAJ) и Google Scholar со следующим запросом: («nephropathy» OR «IgA») AND («vaccination» AND «COVID*»). Всего было отобрано 48 статей, однако 6 статей были исключены из-за несоответствия установленным критериям (наличие бесплатного полного текста, соответствие темы и английский язык в публикации). Поиск был проведен 05 мая 2024 года. Дальнейшая оценка соответствия статей проходила с 06 мая 2024 года по 27 мая 2024 года

Результаты исследования. Всего в исследование было включено 54 случая IgAН после вакцинации против COVID-19. В 61,1% (34) случаев выявлена впервые диагностированная IgAН, что указывает на непосредственную роль вакцинации в развитии IgAН. Большинство пациентов в когорте больных с дебютом IgAН были мужчинами (24 случая – 70,6%) со средним возрастом 30 лет (12-79 лет). Дебют IgAН обычно отмечался в течение первых недель после проведения вакцинации.

Выводы. IgAН является крайне редким и серьезным последствием вакцинации против COVID-19. Несмотря на то, что вакцинация является эффективным методом иммунологической защиты, стоит отметить, что случаи IgAН после вакцинации должны быть дополнительно изучены.

Раджабзода С.Р., Джонова Б.Ю., Дустов Дж.Х.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА НА НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПИЛОТНЫХ СЕЛЬСКИХ ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ

ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины»
ГОУ “Вахдатский медицинский колледж”, Таджикистан

Неинфекционные заболевания являются основной причиной смерти во всем мире и серьезным бременем для Республики Таджикистан.

Цель. Выявить заболеваемость гипертонической болезнью, сахарным диабетом и ожирением среди лиц старше 40 лет путём проведения активного скрининга.

Материалы и методы исследования. Проводен скрининг на наличие гипертонической болезни и сахарного диабета путём измерения АД, ИМТ, определения сахара, гликолизированного гемоглобина и холестерина крови экспресс методом в 8-ми пилотных сельских центрах здоровья четырёх районов (Кушониён и Левокант Хатлонской области, Рудаки и Турсунзаде из РРП). Целевой группой явилось прикрепленное население старше 40 лет.

Результаты исследования показали, что на данный момент скринингом охвачено 3562 человека, что составляет 19,4% от общего количества лиц старше 40 лет в 8-ми пилотных СЦЗ (на данный момент скрининг продолжается). Анализ показал, что среди общего числа обследованных выявлено 660 случаев гипертонической болезни, что составляет 18,5% и 340 случаев сахарного диабета (9,5%). Кроме того, в процессе скрининга выявлено 786 случаев ожирения различной степени (22%).

Выводы и рекомендации. Проведенный скрининг выявил наличие гипертонической болезни (18,5%) и ожирения (22%) почти у каждго пятого обследованного среди лиц старше 40 лет, а у каждого десятого обследованного - сахарный диабет (9,5%), что позволяет вновь выявленным пациентам своевременно начать лечение, основанное на клинических протоколах. Эффективность и своевременность данного скрининга позволяет расширить его использование на уровне всей страны, так как наряду с профилактикой неинфекционных заболеваний, их ранее выявление способствуют снижению смертности, инвалидности и повышению качества жизни пациентов данной группы.

Расулов У.Р., Назарова М.К., Хадарова Х.Х.

ЗНАЧЕНИЕ СВОЕВРЕМЕННОЙ ОЦЕНКИ РИСКА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ЛОР-ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ

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

Цель исследования. Определение клинически значимых симптомов и предикторов риска наличия сопутствующего острого гнойного синусита при внебольничных пневмониях у пациентов молодого возраста в организованных коллективах для расширения объема необходимого обследования и своевременной коррекции терапии.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ данных историй болезни 47 пациентов с верифицированной внебольничной пневмонией (ВП) нетяжелого течения с сопутствующей патологией ЛОР-органов (острый синусит), средний возраст 19,2 ± 1,3 лет, и 51 пациента той же возрастной группы с диагнозом внебольничная пневмония без сопутствующей острой ЛОР-патологии, получавших лечение в условиях терапевтического и пульмонологического стационара.

Результаты исследования. У 32 пациентов (68%), госпитализированных по поводу внебольничных пневмоний с сопутствующей патологией ЛОР органов, стартовая антибактериальная терапия, не была эффективной, длительное время сохранялась фебрильная лихорадка, выраженная общая слабость как проявления синдрома взаимного отягощения. У всех пациентов после проведения рентгенографии околоносовых пазух был диагностирован острый гнойный гайморит. После проведения активного лечения острого синусита в течение 2–3 дней регрессировали симптомы интоксикации, кашель, слабость, наблюдался регресс острофазовых показателей крови.

Проведен статистический анализ ряда клинических симптомов и лабораторных показателей в двух исследуемых группах с целью определения предикторов сопутствующего острого синусита, с расчетом относительного риска (ОР) наличия данного осложнения и доверительного интервала (ДИ). Наиболее значимыми клиническими, лабораторными симптомами коморбидности синусита с ВП оказались:
1) выраженная головная боль: ОР – 5,37 (ДИ 1,78–16,2); 2) лабораторный индекс: (лейкоцитоз + СОЭ) > 30 при палочкоядерном сдвиге >6%: ОР – 5,18 (ДИ 2,23–12,0); 3) катаральные явления (выраженная гиперемия зева + увеличение и гиперемия миндалин): ОР – 4,7 (ДИ 1,8–12,2); 4) фебрильная лихорадка более 3 суток на фоне стартовой антибактериальной терапии: ОР – 4,4 (ДИ 1,7–11,4).

Выводы. Своевременная оценка риска сопутствующих острых синуситов при внебольничной пневмонии у пациентов молодого возраста является актуальной в плане улучшения результатов лечения внебольничных пневмоний, сокращения сроков госпитализации у данной категории пациентов.

Рахимзода О.Ш., Исоева М.Б., Муминов Ш.Р.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПИТЬЕВОЙ ВОДОЙ НАСЕЛЕНИЯ В РАЙОНЕ АБДУРАХМАНА ДЖАМИ ЗА 2019-2024 ГОДЫ

Кафедра нервологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гуломова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Оценка состояния обеспечения питьевой водой населения в районе Абдурахмана Джами за 2019-2024 годы

Материалы и методы исследования. Были использованы статистические данные о состояние питьевого водоснабжение РТ из отчетов республиканских учреждений «Министерства Здравоохранения РТ» и Службы государственного санитарно-эпидемиологического надзора. Обработка данных проводилась при помощи пакета программ для статистической обработки «EPI INFO» и Microsoft office Excel.

Результат исследования. По состоянию на 01.01.2019 года, в районе А. Джами проживало 166 311 человек. Из этого числа только 33 927 человек (20,4% от общего населения) имели доступ к централизованному водопроводу. Остальная часть населения использовала нецентрализованные источники для получения питьевой воды. Анализ показал, что среди тех, кто использовал нецентрализованные источники, 1,1% получали воду из родников, 51,4% — из каналов и канав, 9,4% использовали насосную воду, 5,6% полагались на воду из ручных леек, а 12% использовали дождевую воду. На территории района находилась одна мусорная свалка, соответствующая санитарным требованиям в то время, как только 30% водоочистных сооружений функционировали на должном уровне.

К 01.01.2024 года наблюдается значительное увеличение населения района, составившее 183 717 человек. Доля лиц, обеспеченных централизованным водопроводом, возросла до 72 290 человек (39,3% от общего населения). Однако, значительная часть населения продолжала полагаться на нецентрализованные источники воды. В 2024 году 14,1% населения использовали родниковую воду, 15,6% пользовались ручными водяными насосами, 7,9% — вертикальными колодцами, 4,7% получали транспортируемую воду, а 18,4% обращались к воде из каналов и канав. Несмотря на улучшения в доступности централизованного водоснабжения, доля работающих водоочистных сооружений осталась неизменной — 30%.

Выводы. Таким образом, между 2019 и 2024 годами в районе А. Джами отмечает положительная тенденция в обеспеченности централизованным водопроводом, что может свидетельствовать о прогрессе в инфраструктурных инициативах. Тем не менее, наличие значительного числа граждан, использующих нецентрализованные источники питьевой воды, подчеркивает необходимость дальнейших усилий по улучшению инфраструктуры водоснабжения и систем очистки воды. Данные выводы требуют активных стратегий по повышению качества водоснабжения, что является критически важным для здоровья населения и его благосостояния.

Рахимзода О.Ш., Урунова Ш.Д., Саидов П.А.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АСТЕНО-ИПОХОНДРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ОСТАТОЧНЫМИ ЯВЛЕНИЯМИ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Оценить клинические особенности постинсультной астено-ипохондрического синдрома у больных с ишемическим инсультом и определить оптимальные подходы к лечению.

Материалы и методы исследования. Нами обследованов остром периоде инсульта на наличие депрессии 105 пациентов с впервые развившимся ишемическим инсультом. Давность инсульта не более одного месяца. Возраст больных от 40 до 75 лет. Клиническая диагностика астено-ипохондрического синдрома проводилась в соответствии с критериями Международной классификации 10 пересмотра (МКБ-10). Клиническое обследование сопровождалось тестированием при помощи шкалы депрессии Гамильтона и госпитальной шкалы тревоги и депрессии.

Результаты исследования. Астено-ипохондрическоо синдрома - в остром периоде инсульта была выявлена у 34 из 117 пациентов (29,05%) г– группа 16 мужчин (47.06%), 18 женщин (52,94%).Согласно критериям МКБ -10 были выставлены следующие диагнозы: астено ипохондрический синдром легкой степени 16 пациентов, астено ипохондрический синдром средней степени (*32.1%)- 13* пациентов ,астено ипохондрический синдром тяжелой степени без психотических симптомов (32.2%)- 5 пациентов.

Выводы. Астено-ипохондрический синдром, выявленная в остром периоде инсульта характеризуется преобладанием соматических «масок». утренних колебаний настроения, поздней бессонницы. Для астено-ипохонрического синдрома раннем восстановительном периоде инсульта характерны высокая коморбидность с тревогой (p>0.0001), преобладанием идей виновности (p >0,001),теденциях к ранней бессоницы.

Рахимов Дж.Дж., Султонов Х.С., Якубов Д.С.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЕЛОЭРГОМЕТРИИ НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ФОНЕ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Установить возможность и безопасность пятидневных сеансов моделирования феномена ишемического прекондиционирования (ИП) миокарда комбинированного со стандартной терапией (КТ) пациентов со стабильной стенокардией (СС) на фоне контролируемой резистентной артериальной гипертонии (РАГ).

Материалы и методы. В группе пациентов обоего пола, в возрасте до 59 лет, у которых диагноз СС на фоне контролируемой РАГ (достижение целевых уровней АД при приёме 4 антигипертензивных препаратов - АГП), установлен по клинико-инструментальным данным, проведено моделирование (5-дневное) ИП миокарда (n=30; средний возраст 53,0±4,1 лет), на фоне стандартной терапии (противоишемическими, антиагрегантами и АГП).

В исследование не включены больные: не приверженные к лечению; с рефрактерной АГ (для достижения целевого уровня АД требуется 5 и более АГП); СС III-IV функциональный класс (ФК), перенесенными инфарктом миокарда и инсультом; вторичными АГ, сахарным диабет; ХСН III-IV ФК, почечной и печёночной недостаточностью, хронической обструктивной болезнью лёгких, тяжёлыми аритмиями, с имплантированным электрокардиостимулятором и окклюзирующим атеросклерозом сосудов конечностей.

Моделирование ИП миокарда проводилось путем проведения 3-х 5-минутных циклов наложения манжетки на предплечье с повышением систолического АД + 50 мм рт.ст. и 3-х 5-минутных циклов отдыха (реперфузии) между ними; утром и вечером, в течение 5 дней. До начала и после проведения цикла КТ проведена велоэргометрия (ВЭМ). При анализе результатов исследования использовались следующие показатели: общий объём выполненной работы (ООВР); время нагрузки (ВН); время до появления ишемии миокарда (В до ПИМ); суммарная величина смещения сегмента (СВСС ST); время восстановления ЭКГ до исходной (ВВ ЭКГ до И). Статистический анализ материала проведен с использованием стандартного пакета программ прикладного статистического анализа (Statistica10.0); рассчитываись также сдвиги изучаемых показателей по Δ(%) после КТ.

Результаты исследования. Отмечена удовлетворительная переносимость процедур пациентами сеансов ИП и отсутствие побочных эффектов, требующих прекращения моделирования ИП миокарда как на фоне РАГ. Характерными признаками положительного влияния моделирования эпизодов ИП миокарда можно считать: снижение частоты болевых эпизодов ишемии миокарда или их длительности, исчезновение приступов ишемии миокарда в установленных пациентами ситуациях при повторном ИП миокарда после отдыха.

При сравнительном анализе показателей ВЭМ исходно и после комбинированной терапии установлено, что удлинение времени до появления ишемии миокарда на 12,5% было значимым (p=0,0007). Отмечено статистически значимое уменьшение суммарной средней величины смещения сегмента ST на 11,7% (от 1,63±0,614 до 1,267±0,449 мм; p=0,0229) и сокращение времени восстановления ЭКГ до исходной на 23,1% (от 237,4±38,6 до 178,5±44,3 сек; p= 0,0001).

В целом, динамика показателей ВЭМ свидетельствует об эффективности применения КТ у пациентов молодого и среднего возрастов со СС на фоне РАГ.

Выводы. Таким образом, установленные позитивные сдвиги как клинико-гемодинамических, так и ВЭМ показателей свидетельствуют об эффективности КТ (СТ + моделирование циклового ИП миокарда) стабильной стенокардии, протекающей у пациентов молодого и среднего возрастов на фоне РАГ.

Рахимова М.С., Ниязова Н.Ф.

ВЛИЯНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

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

Цель исследования. Изучить влияние нарушений углеводного обмена у больных сахарным диабетом 2 типа на клиническое течение острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК).

Материал и методы. Проведено углубленное обследование 30 пациентов с сахарным диабетом 2 типа, осложненным ОНМК, госпитализированных в неврологическое отделение ГМЦ №1 имени К. Ахмедова. Оценивались жалобы больных, данные анамнеза, длительность течения диабета и гипертонической болезни. Всем пациентам были выполнены биохимические анализы крови и мочи. Определялись уровни гликемии и гликозилированного гемоглобина (HbA1C), антропометрические показатели (вес, рост, индекс массы тела), липидный профиль и тромбоцитарные показатели. Среди инструментальных методов использовались ЭКГ, эхокардиография (ЭхоКГ) и магнитно-резонансная томография (МРТ).

Результаты исследования. В исследуемой группе 55,6% пациентов составили мужчины и 44,4% — женщины. Средний индекс массы тела был равен 30,59±0,38 кг/м², длительность течения диабета варьировала от 5 до 15 лет. Важную роль в развитии и прогрессировании васкулярных нарушений у больных сахарным диабетом играла хроническая гипергликемия, средний уровень гликемии составил 10,91±0,52 ммоль/л. Адекватность контроля гликемии напрямую коррелировала с вероятностью развития ОНМК. Так, снижение уровня HbA1C на 1% согласно данным исследования UKPDS снижало риск развития инсульта на 12%. Транзиторная гипергликемия при ОНМК могла быть вызвана стрессовой реакцией, в то время как стойкая гипергликемия указывала на наличие сахарного диабета 2 типа. У большинства пациентов уровень HbA1C был ≥9,37±0,27%, что свидетельствовало о предшествующей гипергликемии как одном из факторов риска развития ОНМК. Гипергликемия, определяемая по уровню HbA1C, ассоциировалась с более значительным повышением уровня глюкозы в остром периоде инсульта и отрицательно влияла на восстановление нарушенных неврологических функций. Была выявлена прямая зависимость между выраженностью неврологического дефицита и уровнем HbA1C. Также отмечены высокие показатели общего холестерина (5,14±0,06 ммоль/л), что указывало на наличие дислипидемии, коррелирующей с длительностью течения диабета и способствующей прогрессированию атеросклероза церебральных сосудов. Взаимодействие глюкозы с липидами и белками, включая структурные компоненты биологических жидкостей, приводило к образованию конечных продуктов гликирования (КПГ), которые стимулировали синтез цитокинов и факторов роста, активировали пролиферативные процессы, повышали агрегацию тромбоцитов и тромбообразование, вызывая эпигенетические изменения. Основные патогенетические механизмы ОНМК — эндотелиальная дисфункция и атеросклероз — инициируются гипергликемией и инсулинорезистентностью.

Выводы. У больных сахарным диабетом 2 типа острые нарушения мозгового кровообращения протекают на фоне прогрессирующего атеросклеротического поражения церебральных сосудов, хронической гипергликемии и повышения уровня HbA1C. Показана роль HbA1C как предиктора инсульта у больных с сахарным диабетом 2 типа, что позволяет рекомендовать его включение в обязательный диагностический алгоритм при обследовании пациентов с ОНМК.

Рахматуллоева З.Р., Ходжаева З.Г., Каримова М.Дж.,

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЖЕЛЕЗОДДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра семейной медицины ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Изучить железодефицитную анемию у детей в практике семейного врача.

Материалы и методы. Нами проведено ретроспективный анализ амбулаторных карт ф. №24 у 23 детей в возрасте от 6 месяцев до 3лет, которые наблюдались семейными врачами по поводу железодефицитной анемии (ЖДА) в Государственном учреждении, Городском центре здоровья №2 (ГУ ГЦЗ №2), за период с 2021г по 2023г. Всем детям проводилось клиника – лабораторные 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 фиксировалось железодефицитная анемия беременных, у многих матерей были хронические инфекции у 8 %. У 15% женщин был короткий перерыв между беременностями (1-1,5года), 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 Hb – 100 ± 1,5г/л, Er– 37,2 ± 0,1×10^{12}/л, СОЭ – 7 мм/ч, ретикулоциты – 2,1 ± 0,1%, СЖ -10 ± 1,1 мкмоль/л, Т – 2,7 ± 0,05мкмоль/л, ОЖСС – 59,9 ± 0,7 мкмоль/л, Ф – 72,4 ± 1,8нг/мл. IIстепенью у 6(26,1%) пациента, Hb 85,4±2,0 г/л, Er – 3,4±0,4×10^{12}/л, СОЭ – 12 мм/ч, ретикулоциты – 2,8±0,3%, СЖ – 6,5±2,2 мкмоль/л, Ф- 39,6±1,6 нг/мл, ОЖСС – 64,1± 01 мкмоль/л, Т – 3,8±0,01 мкмоль/л.

И у 1(4,3%) ребенка с IIIстепенью ЖДА, Hb- 66,0г/л, Ht - 19%, эритроциты - 3,2 г/л, лейкоциты 7,0, СОЭ – 32 мм/ч, этого пациента 1год 9месячного возраста госпитализировали в гематологическое отделение в центр «Шифобахш» г. Душанбе.

Все наблюдаемые дети проконсультированы врачом гематологом и взяты на диспансерный учет семейным врачом и врачём гематологом, заведено диспансерная карта ф. №30.

Выводы. Анамнезы матерей и детей показало, что у всех детей присутствовали факторы риска развития анемии. Уменьшить процент детей с ЖДА позволяют своевременно проводимые профилактические мероприятия, антенатальном, и в постнатальном периодах. Грудное вскармливание, своевременным введением прикормов и коррекция питания.

Рахматуллоева З.Р.[1]., Хайдарова С.Ф.[1], Ходжаева З.Г.[2]

АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» Таджикистан[1]
Институт ботаники, физиологии и генетики растений АН РТ

Цель исследования. Изучить лечебно–профилактическую помощь при ЦМВ инфекции (цитомегаловирусной инфекции) у детей в практике семейного врача

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 29 детей с диагнозом ЦМВИ в возрасте от 1 до 3 лет и 62 женщины детородного возраста. За период 2022 – 2023 годов за медицинской помощью обратились в Государственное учреждение Городской центр здоровья №12 (ГЦЗ №12), 1403 пациента, страдающих частыми простудными заболеваниями. Сбор материалов осуществлялся путем опроса пациентов, выкопировки данных из амбулаторных карт ф. №24. Основную группу пациентов составили лица с предварительным направляющим диагнозом ЦМВИ или подозрение на нее. Для уточнения диагноза ЦМВИ проводили комплексное клинико-лабораторное обследование (общий анализ крови, анализ мочи, биохимический анализ крови), по показаниям R–грамма грудной клетки, УЗИ внутренних органов. Всем наблюдаемым детям проводилось серологический анализ – использовали метод иммуноферментного анализа (ИФА), исследовали кровь, у всех обследуемых детей выявлены специфические антитела: у 6 детей Ig M и у 23 детей Ig G.
При необходимости привлекались врачи гинекологи и инфекционисты.

Результаты исследования и их обсуждение. У всех обследуемых 29 детей отмечались частые простудные заболевания при опросе родителей, отягощенный акушерский анамнез отмечался у матерей этих детей. У 12 (41,3%) больных была выявлена моноинфекция ЦМВИ, у 17 (58,6%) больных - смешанная инфекция – сочетание ЦМВИ с герпес вирусной инфекцией, хламидиозом и другими урогенитальными инфекциями. В процессе обследования особое внимание уделялось группе детей «высокого риска», женщинам с отягощенным акушерским анамнезом (бесплодие, выкидыши, мертворожденные), беременным, часто болеющим детям, а также пациентам из так называемых семейных очагов. Была выявлена и определена группа пациентов, требующая постоянного диспансерного наблюдения. В эту группу вошли 183 беременных женщины, и 109 детей.
После установления диагноза ЦМВИ и выявления активной формы заболевания проводили соответствующую противовирусную, специфическую терапию, использовали противоцитомегаловирусный иммуноглобулин (цитотек детям по 2мл/кг каждые 2 дня до исчезновения клинических симптомов) и интерферон (виферон, циклоферон).
В результате лечения, как правило, активный процесс “переводился” в латентную форму у 89,5% пациентов. Результатом преемственности между работой амбулатории и репродуктивного центра здоровья, детского инфекционного отделения г. Душанбе в 99,8% случаев удалось достигнуть улучшения исходов беременности у женщин с ЦМВИ.

Выводы. Таким образом, необходимо отметить, что метод оказания помощи больным ЦМВИ в условиях амбулатории оправдан, так как этот подход позволяет более оперативно и эффективно осуществлять лечебно–профилактические мероприятия при данной патологии. Необходимо проводить диспансерное наблюдение: обязательное обследование женщин на ЦМВ – при планировании беременности и в период беременности, осмотр детей детским инфекционистом и семейным врачом в возрасте 1, 3, 6 и 12 месяцев, ограничение контактов с больными и вирусоносителями ЦМВИ.

Рахматуллоева З.Р., Ходжаева З.Г., Каримова М.Дж.

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить причины развития железодефицитной анемии у детей раннего возраста на догоспитальном этапе.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 36 амбулаторных карт ф.№24 у детей раннего возраста (от 1месяця до 3лет), которые наблюдались семейными врачами и врача гематолога по поводу железодефицитной анемии (ЖДА) в Государственном учреждении Городском центре здоровья №12, в период с января по сентябрь 2024 год. В основную группу вошли 36 детей, из них 22 девочек и 14 мальчиков, что составляет (56,5%) и (43,4%). По разработанным нами анкетам, проводился опрос родителей для выявления факторов риска развития заболевания. В медицинской документации изучались отягощающие факторы социального и биологического анамнеза, анализировались данные о течении антенатального, интранатального и постнатального периодов. Полученные цифровые данные обследования вносили в специально разработанные карты и подвергали компьютерной и статистической обработке методами математического анализа, согласно законам медицинской статистики.

Результаты исследования и их обсуждение. На основании анализа факторов риска у 36 детей раннего возраста, страдающих ЖДА, выявлено, что в основном матери детей страдали ЖДА. Причинами развитии ЖДА были: Плохие социально экономические условия у 28 (77,7%) детей, низкий культурно - образовательный уровень у 12 (33,3%) матерей. Также следует отметить, что определённую роль в развитии ЖДА у детей играют гинекологический и акушерский анамнезы, экстрогенетальные заболевания матерей.
Статистически значимыми были акушерский анамнез - 100±0, экстрогенитальные заболевания матери социально - экономические условия - 77,7±6,9.

При изучении амбулаторных карт (форма №24) и анкетных данных детей раннего возраста, рождённые от

больных матерей, имеющих множество факторов риска ЖДА, с повышенной потребностью в железе у детей с ускоренными темпами роста. Низкая масса тела при рождении (менее 3000 кг) имели 44,4% детей, рождённые недоношенными (менее 2500 кг) 19,4% детей, в последующем у этих детей наблюдалась избыточная прибавка в массе, приводящая к повышенной потребности в железе. Крупный вес при рождении (более 4000 г) у 36,1% детей. Вследствие несбалансированного питания получены следующие результаты. Ранний перевод на искусственное вскармливание (использование неадаптированных молочных смесей, вскармливание коровьим или козьим молоком) выявлен у 28,3% детей. Позднее начало введения прикорма отмечено у 1/3 детей, отсутствие в рационе питания мясных продуктов у 31,1%. Также выявлено, минимальная мозговая дисфункция, задержка речевого развития и парасомнии у 21,6% детей с 1 года до 3-х лет, что поддерживает негативное влияние дефицита железа на нервную систему. Функциональными нарушениями пищеварения (диарея, энтероколит) страдали 14,4% детей, упадок питания у 6,1% ребёнка. Из семей с низким социально-экономическим уровнем была 34,1% детей. Дети из неполных семей составили 12,2%.

У 100% детей в генезе ЖДА наблюдалось сочетанием нескольких из указанных выше факторов.

Выводы. Развитие ЖДА у детей раннего возраста обусловлено: комплексом причин включающих как неблагоприятное течение беременности и родов, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез и социально- экономический анамнез, так и алиментарный фактор и повышенные потребности ребенка в железе в периоды интенсивного роста. С целью устранения основных причин развития ЖДА у детей раннего возраста, семейным врачам и врачам гематологам необходимо провести эффективные профилактические мероприятия.

Рахматуллоева З.Р., Хайдарова С.Ф., Каримова М.Дж.

ПОСТНАТАЛЬНОЙ ПРИОБРЕТЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Кафедра семейной медецины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить особенности течения постнатальной приобретенной цитомегаловирусной инфекции у детей раннего возраста на догоспитальном этапе.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 44 больных детей в возрасте от 1 месяцев до 3 лет, с подтверждённым диагнозам ЦМВИ (цитомегаловирусная инфекция). Больные дети наблюдались в Государственном учреждение Городском центре здоровья №12 (ГУ ГЦЗ№12), с 2022 по 2023г. Всем детям проводилось: Клиника – лабораторное обследование (общий анализ крови, мочи, кала), а также проведено всем детям серологический анализ для определения специфических антител IgM и IgG в крови методом ИФА (иммуноферменный анализ). По показаниям проведено (биохимический анализ крови и рентгенограмма грудной клетки).

Результаты исследования. Нами наблюдались дети раннего возраста всего 44(100%) больных детей, которым была диагностирована постнатальная приобретенная ЦМВИ. Больные дети жаловались со слов матери на понижение аппетита, вялость, слабость, недомогание, повышенную утомляемость, головные боли, анорексию, боли в животе, диарея, и частые простудные заболевания.

Клинически выявлено: ОРВИ у 22(50%) детей, у 12(27%) больных детей заболевание лёгких (бронхит, пневмония), у 6(14%) детей диарея, с гепато-биллиарной системой у 4(9%) пациентов. С острым течением заболевание протекало у 26(59,1%) больных детей, затяжным течением у 10(22,7%) детей, хроническим течением у 8(18,2%) детей. Отмечалось лейкоцитоз14,3±2,7х10^2/л,скорость оседание эритроцитов (СОЭ) умеренно повышена от 20мм/ч до 24мм/ч.

В сыворотки крови обнаружили антитела класса IgG ЦМВ методом ИФА – от 1:200 до 1: 600.

Выводы. Основными клиническими проявлениями постнатальной приобретенной цитомегаловирусной инфекцции были у часто болеющих детей острая респираторная вирусная инфекция и бронхолегочная патология.

Учитывая тенденцию к значительному росту заболеваемости ЦМВИ у детей раннего возраста, необходимо расширить показания к проведению ИФА диагностики на ЦМВ инфекцию детям из группы риска.

Больные дети с ЦМВИ требуют динамического наблюдения не только семейных врачей, но и врача инфекциониста.

Рахмонов Дж.Т., Джамолова Р.Дж., Расулов У.Р.

ХАРАКТЕР СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЁЛЫМИ ФОРМАМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

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

Цель исследования. Охарактеризовать состояние сосудистого эндотелия у пациентов с тяжёлыми, распространёнными и осложнёнными формами язвенного колита (ЯК) и болезни Крона (БК).

Материалы и методы. В исследование ГУ «Института гастроэнтерологии Республики Таджикистан» включены 40 пациентов с ЯК (n = 25) и БК (n = 15). Первую группу составили 25 пациентов с ЯК, из них 17 (60%) - мужчин и 8 (40%) - женщин, средний возраст 36,76 ± 10,84 лет. Во вторую группу было включено 15 пациентов с БК, среди которых было 8 (60%) мужчин и 7 (40%) - женщин, их средний возраст составил 35,63 ± 11,25 лет. В исследование включались пациенты с впервые выявленными формами заболевания, а также с ранее установленными диагнозами ЯК и БК в фазе обострения.

В качестве маркеров эндотелиальной дисфункции исследовали уровень васкуло-эндотелиального фактора роста (ВЭФР) в сыворотке крови и количество десквамированных эндотелиоцитов плазмы (ДЭЦ). Всем пациентам проводили исследование маркеров системного воспаления: определение скорости оседания эритроцитов (СОЭ), уровня СРБ, ФНО альфа, фибриногена, белковых фракций крови (альфа-1 и альфа-2 глобулинов).

Результаты исследования. Показатели дисфункции сосудистого эндотелия были значимо выше у лиц с тяжёлыми, распространёнными формами ВЗК. Установлена достоверная взаимосвязь между показателями ЭД и степенью тяжести, локализацией патологического процесса, внекишечными проявлениями и осложнениями заболевания. Следует отметить, что группа БК характеризовалась высокой частотой осложнённых форм заболевания (66,7%), а также системными проявлениями (33,5%), что обусловлено особенностью патологического процесса при данном заболевании, когда в процесс вовлекаются все слои.

Также определена зависимость показателей дисфункции эндотелия от эндоскопической активности ЯК. Выявлена положительная корреляция уровня ВЭФР и ДЭЦ с маркерами системного воспаления (СОЭ, СРБ и фибриногеном). Несмотря на то, что в целом изменения показателей повреждения сосудистого эндотелия в обеих группах пациентов были сходными, степень выраженности эндотелиальной дисфункции при тяжёлых формах ЯК была значительно ниже, чем при тяжёлых формах БК.

Выводы. У пациентов с ВЗК выявлена дисфункция эндотелия, которая выражается в повышении уровня ВЭФР и количества ДЭЦ. Показатели эндотелиальной дисфункции находятся в прямой зависимости от сывороточных маркеров системного воспаления. Величины ВЭФР и ДЭЦ могут выступать в качестве критерия степени активности ВЗК, а также в качестве предикторов тяжёлого осложнённого течения заболевания.

Рахмонов Дж.Т., Абдуллаева Д.Ю., Расулов Б.Э.

РАЗВИТИЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА (ЯК) ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЁННОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

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

Цель исследования. Провести сравнительный анализ психометрических показателей пациентов с ранее установленным диагнозом язвенного колита (ЯК) и пациентов с симптомами ЯК, появившимися спустя 6 и более месяцев после перенесённой инфекции COVID-19.

Материалы и методы. В исследование включены больные, перенесшие инфекцию COVID-19 более 6 месяцев назад. Исследуемая группа включала 100 больных с гастроинтестинальными симптомами. Критериям ЯК соответствовало 14 больных (группа 1), из них мужчин - 5, женщин - 9. В качестве группы сравнения выбрано 40 больных с верифицированным диагнозом ЯК до пандемии COVID-19 (группа 2), в которой мужчин - 12, женщин - 28. Группа контроля включала 50 здоровых респондентов (группа 3), из них 23 мужчины и 27 женщин. Оценивали показатели депрессии по шкале БЭка, тревоги по опроснику Спилберга - Ханина.

Результаты исследования. При статистическом анализе в группе 1 показатели среднего значения личностной и реактивной тревоги составили 43,80 ± 1,93 и 46,70 ± 2,05 соответственно; среднее значение показателя депрессии - 11,00 ± 2,27. Полученные результаты среднего значения в группе 2: личностная тревога - 47,30 ± 1,46, реактивная тревога - 50,70 ± 1,96, депрессия - 12,85 ± 1,13. При анализе психогений в группе 1 у 9 (65%) из 14 больных отмечались положительные ответы хотя бы на один из вопросов, в то время как в группе 2 положительные ответы были у 33 больных (82,5%). При сравнении двух исследуемых групп не выявлено различий по показателям личностной, реактивной тревоги и депрессии, а также по наличию детских психогений в анамнезе.

Выводы. Новая короновирусная инфекция приводит к развитию постинфекционного ЯК, спустя 6 месяцев после перенесённой инфекции COVID-19.

Рахмонов Дж.Т., Джамолова Р.Дж., Эшбоева Д.А.

ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

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

Целью исследования. Исследование структуры возбудителей внебольничной (ВП) пневмонии у госпитализированных взрослых пациентов с ранее диагностированной хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. В наше клинико-микробиологическое исследование последовательно были включены пациенты старше 65 лет (средний возраст – 72,20 ± 9,48 года) с ХСН II–IV функционального класса (ФК), госпитализированные в пульмонологическое отделение ГУ НМЦРТ «Шифобахш» с диагнозом ВП в период 2018–2023 гг. Диагноз ХСН подтверждался на основании данных медицинской документации (с длительностью анамнеза заболевания ≥ 3 мес.). Диагностика ВП основывалась на анамнезе, клинических данных, лабораторных исследованиях, результатах рентгенографии в 1–2 проекциях, перед началом системной антимикробной терапии у пациентов производился забор отделяемой для бактериологического анализа.

Результаты исследования. В обследуемых группах преобладали пациенты с умеренно выраженными проявлениями ХСН (II ФК). Развитие кардиальной дисфункции преимущественно было связано с ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертензией (94%), редкими причинами являлись дилатационная кардиомиопатия (2%) и приобретенный порок сердца (2%). У 47 (94%) из 50 пациентов отмечено нетяжелое течение пневмонии. При оценке рентгенологической картины ВП монолобарное поражение паренхимы легких регистрировалось практически с той же частотой, что би- и мультилобарное – в 24 (48%) и 26 (52%) случаях соответственно. При локализации воспалительного процесса в 1 доле правосторонняя инфильтрация выявлялась в 15 (30%) случаев, левосторонняя – в 11 (22%). Скопление жидкости в плевральной полости определялось у ⅓ больных. При этом односторонний экссудативный плеврит / гидроторакс выявлялся чаще, чем двусторонний – 11 (22%) и 6 (12%) случаях соответственно. Следует подчеркнуть, что при интерпретации этиологической структуры ВП учитывались только результаты ПЦР-диагностики на наличие атипичных бактериальных возбудителей (M. pneumoniae, C. pneumoniae) и респираторных вирусов в мокроте.

Прогноз у пациентов с ВП ухудшается при наличии сопутствующей ХСН. Антибактериальные препараты (АБП) макролиды, респираторные хинолоны, часто используемые при лечении ВП обладают потенциальной кардиотоксичностью, риск которой увеличивается у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Эффективность микробиологической диагностики ВП у лиц с сопутствующей ХСН в представленной работе составила 44%.

Выводы. Таким образом, среди наиболее часто распространенных возбудителей ВП у госпитализированных взрослых пациентов с сопутствующей ХСН можно выделить S. pneumoniae и респираторные вирусы. При невозможности проведения культурального исследования мокроты и отсутствии экспресс-теста для скрининга, в будущем можно рассмотреть выявление *S. pneumoniae* в мокроте с помощью количественной ПЦР в реальном времени.

Рахмонов Ф.М., Исматуллоева С.С., Мухамадиева К.М.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОЛОГИЧНОЙ ПЛАЗМЫ КРОВИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВИТИЛИГО

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т.
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Оценить клиническое течение витилиго у пациентов после применения аутологичной плазмы крови.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 65 пациентов с диагнозом витилиго в возрасте от 25 до 44 лет. Соотношение мужчин - 30, женщин - 35. Среди обследованных пациентов у 25 (38,5%) были диагностированы локализованные формы витилиго, у 40 (615%) - генерализованные формы витилиго. В первой группе (35 пациентов) инъекции аутологичной плазмы вводили с помощью аппарата Дермапен (ручка-манипула), при помощи которого проводится 2000 проколов в минуту на глубину от 0,25 до 2,5 мм. Во второй группе (30 больных) - инъекции аутологичной плазмы крови вводились на глубину 4 мм на расстоянии 1,5-2 см. Клиническое течение витилиго оценивали с помощью подсчёта индекса VIMAN, до лечения и через 3 месяца после применения аутологичной плазмы в обеих группах.

Результаты исследования. Локализованные формы витилиго были представлены сегментарной формой, которая у 14/25; 56,0% пациентов была представлена в виде плюрисегментарного витилиго (ПСВ - очаги поражения локализованы в зоне иннервации нескольких сегментов дерматома), а у 11/25; 44,0% - бисегментраной формой (БСВ - очаги поражения локализованы в зоне иннервации двух сегментов дерматома). Генерализованная форма (ГВ) витилиго у 19/40; 47,5% пациентов была представлена акрофациальной формой витилиго (АФВ - с поражением дистальных отделов конечностей и лица), у остальных 21/40; 52,5% депигментные очаги были разбросаны по всей поверхности туловища. При подсчёте индекса VIMAN были выявлены степени тяжести течения витилиго. Максимальная величина данного индекса наблюдалась у больных с ГВ и ПСВ и составила, соответственно, 985,5±1,8 и 915,3±2,8 баллов, что указывало на тяжёлую степень витилиго. У больных с АФВ и БСВ индекс VIMAN составил 442,1±12,3 балла, указывающий на среднюю степень тяжести заболевания.

Через три месяца после проведённого лечения индекс VIMAN у больных с БСВ в первой группе снизился в 1,6 раза (625,9 ±1,8 против 985,5±1,8 баллов), а во второй группе в 1,2 раза (821,1±1,8 против 985,5±1,8 баллов). У больных с ГВ в первой группе индекс VIMAN снизился в 1,2 раза (762,7 ±2,8 против 915,3±32,8 баллов), а у больных второй группы наблюдалось его незначительное снижение до 901,3 ±2,8 баллов. У больных с АФВ индекс VIMAN снизился в первой группе в 1,9 раза (232,7 ±12,3 против 442,1±12,3 баллов), а во второй группе - в 1,3 раза (340,1 ±12,3 против 442,1±12,3 баллов). Сравнительная оценка индекса терапевтической эффективности (ИЭТ) проведённой терапии в обеих группах показала, что при лечении БСВ ИЭТ составил, соответственно, 82,9 % и 77,3%, при АФВ - 76,5% и 64,8%, при ГВ - 42,0% и 29,7%. У пациентов первой группы ИЭТ составил 67,1%, а во второй - 57,3% случаев.

Выводы. Применение богатой тромбоцитами плазмы крови улучшает клинические проявления витилиго, но при её введении в очаги поражения на глубину от 0,25 до 2,5 мм эффективность лечения увеличивается в 1,2 раза по сравнению с её введением на глубину 4 мм (67,1% против 57,3% случаев).

Рахмонов Ф.М., Исматуллоева С.С., Мухамадиева К.М.

ВЛИЯНИЕ БОГАТОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ КРОВИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ КОЖИ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т.
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Оценить изменения функциональных параметров кожи под влиянием плазматерапии у больных с разными формами витилиго.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 65 пациентов с диагнозом витилиго в возрасте от 25 до 44 лет. Соотношение мужчин - 30, женщин - 35. Среди обследованных пациентов у 25 (38,5%) были диагностированы локализованные формы витилиго, у 40 (615%) - генерализованные формы витилиго. Функциональные параметры кожи (ФПК): пигментация (P), влажность кожи (M), состояние коллагена (CF) и чувствительность Sensitivity (S) исследовали при помощи многофункционального анализатора кожи (аппарат Derma Lab Combo Skin Lab, Германия). ФПК сравнивали с нормальными показателями: «P» - 16-68%; «M» - 75-100%; «CF» - 78-100%; «S» - 16-68%. В первой группе 35 пациентам инъекции аутологичной плазмы вводили с помощью аппарата Дермапен (ручка-манипула), при помощи которого проводится 2000 проколов в минуту на глубину от 0,25 до 2,5 мм. Во второй группе 30 больных - инъекции аутологичной плазмы крови вводились на глубину 4 мм на расстоянии 1,5-2 см. ФПК оценивали до и после применения аутологичной плазмы.

Результаты исследования. До начала лечения исследование ФПК показало, что у пациентов обеих групп показатель пигментации (P) в очагах поражения, указывающий на концентрацию меланина в дермальном слое кожи,

до лечения составил 3,3±1,2. Показатель влажности кожи (M) составил 29,1±3,2%, что указывало на сухость кожи в очагах поражения. Кроме того, в участках депигментации наблюдалось снижение коллагена (CF) и его показатель составил 43,2±0,1%, т.е. было выявлено, что у больных с витилиго, наиболее выраженное снижение пигментации наблюдается на фоне сухости кожи и недостаточности коллагена. До лечения нарушения ФПК были у 57/65; 87,7% случаев, т.е. выявлены у 31/35; 88,5% пациентов первой и у 26/30; 86,7% пациентов второй группы. После проведённого лечения показатель пигментации в первой группе увеличился по сравнению с исходным значением (3,3±1,2%) в 2,5 раза и составил (8,3±1,2%), а во второй группе - в 1,2 раза и составил 3,9±1,2%. Показатель влажности в первой группе после проведённого лечения увеличился от 29,1±3,2% до 42,21±3,2%, т.е. в 1,5 раза, а во второй - до 35,3±3,2%, т.е. в 1,2 раза. Выраженные изменения наблюдались в отношении показателя CF, который в первой группе составил 77,2±0,1%, что в 1,8 раза выше по сравнению с исходным значением (43,2±0,1%), а в группе сравнения он составил 58,7±0,1%, т.е. увеличился в 1,3 раза. После проведённого лечения было выявлено, что из 57 пациентов с нарушениями ФПК, их восстановление наблюдалось в 42/57; 73,7% случаях, т.е. после лечения число пациентов с нормальными показателями ФПК увеличилось в 2,8 раза (42/57; 73,7% против случаев 15/57; 26,3%). В первой группе восстановление ФПК было выявлено в 26/31; 83,9% случаях, а во второй группе - в 16/26; 61,5% случаях, т.е. при введении аутологичной плазмы на глубину от 0,25 до 2,5 мм в 1,4 раза чаще приводит к восстановлению ФПК, чем при её введении на глубину 4 мм. Необходимо отметить, что из 42 пациентов с восстановленными показателями ФПК у 24/42; 57,1% наблюдались локализованные формы витилиго, а у 18/42; 42,9% - генерализованные формы витилиго.

Выводы. Введение аутологичной плазмы в очаги поражения витилиго улучшает показатели пигментации, влажности и состояния коллагена, что является благоприятным фоном для дальнейшего развития репигментации. Наиболее выраженное улучшение ФПК у пациентов основной группы связано с минимальным травмирующим эффектом аппарата Дермапен в связи с минимальной глубиной инъекций, по сравнению с обычным методом введения аутологичной плазмы.

Рузиев Х.Б.[1,2], Бобоходжаева М.О.[1]

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ СОМАТОФОРМНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У МОЛОДЁЖИ

[1]ГУ «Таджикский НИИ профилактической медицины», Таджикистан
[2]ООО «Лукмони Хаким», Таджикистан

Цель исследования: изучить основные предикторы развития соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы у молодежи.

Материал и методы исследования. Материалом данного научного исследования стали результаты анкетирования 248 лиц молодого возраста (18-35 лет) вступивших в брачно-семейные отношения, которые обратились в клиники ООО «Лукмони Хаким» за 2020-2023 гг., с наличием соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы.

Результаты исследования. 29,7% проживают в одном доме до 5 человек, почти каждый второй (46,0%) проживает в семье от 5 до 7 человек, каждый пятый (20,3%) из опрошенных проживает в семье, состоящей от 8 до 10 человек и 4,1% проживают в доме, где численность проживающих - свыше 10 человек; возраст начала половой жизни и вступления в брак являются одним из основных факторов, влияющих на уровень рождаемости и здоровья молодежи; брачный возраст у наших респондентов был следующий: в возрасте 17-18 лет - 42,3%; до 20 лет- 31,5%; 21 год и старше -26,1%; 76,6% респондентов отметили существенное влияние на семейно–брачные отношения обычаев и традиционных установок в семье.

Выводы. По данным обращаемости, после вступления молодых людей в брачно-семейные отношения соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы значительно чаще возникает у молодых женщин (74,3%), чем у мужчин. Основными причинами развития неврологических расстройств у молодёжи являются несложившиеся брачно-семейные отношения, связанные с условиями проживания; ранним брачным возрастом; вступлением в брак не по любви; национальными обычаями и традиционными установками в семье.

Садыков Р.Р., Турсунова Ж.А., Пулатова Б.Ж.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИК ЛАЗЕРОВ РАЗЛИЧНОГО СПЕКТОРАЛЬНОГО ДИАПАЗОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ ЛИЦА

Кафедра клинических предметов негосударственная организация высшего образования ALFRAGANUS UNIVERSITY, Ташкент

Цель работы: заключалась в анализе и сравнении результатов лечения гипертрофических рубцов с помощью CO2 и ND YAG+CO2 лазера поверхности рубцов в области лица.

Материалы и методы: В частной клинике «RS Laser Clinic» проведено клиническое исследование, в котором участвовали 22 пациента в возрасте от 14 до 34 лет с гипертрофическими рубцами на лице. Пациентов разделили на две группы в зависимости от метода лечения. В первой группе 11 пациентам проводили лазерную дермабразию с использованием CO2-лазера, а во второй группе 11 пациентов проходили лечение с применением комбинированного CO2 и ND YAG лазеров. В исследование включали пациентов с одиночными гипертрофическими рубцами, площадь которых не превышала 5 см², что позволило ограничиться одним сеансом лечения.

Результаты и обсуждение:

Для оценки результатов лечения были использованы клинический метод и показатели Ванкуверской шкалы. Эффективность лечения оценивалась на основе следующих клинических критериев. Спустя 5 месяцев после лечения

в первой группе у одного пациента был зафиксирован отличный результат, у трех – хороший. У трех пациентов наблюдалось незначительное уменьшение параметров рубца, а в четырех случаях произошел рецидив гипертрофического рубца. Во второй группе в основном были достигнуты отличные и хорошие результаты. Для оценки результатов лечения также использовалась Ванкуверская шкала. Изменения средних показателей каждого параметра рубца до и после лечения приведены. Сравнение групп проводилось с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни. Суммарные показатели до и после лечения в обеих группах демонстрируют тенденцию к различию ($p < 0,05$).

Во второй группе у всех пациентов отмечено улучшение показателей по Ванкуверской шкале в среднем на 42,94 %, с максимальным улучшением по параметру высоты рубца над кожей – в среднем на 66,84 %. В первой группе, из-за большого количества рецидивов гипертрофических рубцов, суммарный результат улучшения не превысил 28,8 %.

Заключение:

При проведении сравнительного анализа двух методов лечения гипертрофических рубцов, нами было выявлено значительное улучшение у всех пациентов, которые проходили терапию с использованием комбинированного метода. Важно отметить, что динамика показателей по Ванкуверской шкале в этой группе показывает тесную корреляцию с высокой клинической эффективностью лечения. Мы полагаем, что такие впечатляющие результаты можно объяснить целым рядом факторов. Во-первых, данный метод характеризуется малой инвазивностью, что означает минимальное повреждение окружающих тканей и меньшую вероятность возникновения осложнений. Во-вторых, благодаря этому методу наблюдаются быстрые сроки заживления, что позволяет пациентам быстрее вернуться к нормальной жизни и значительно улучшает качество их жизни. Таким образом, использование ND YAG лазера представляет собой эффективный и перспективный метод терапии, который может стать предпочтительным выбором для лечения гипертрофических рубцов в клинической практике.

Садыкова Ш.Н., Эльмурадова Д.Б.

СОМАТОТИПИРОВАНИЯ ЖЕНЩИН С ОСТЕОАРТРИТОМ РАЗНОЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Кафедра внутренних болезней №3
Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан.

Цель исследования: было проведение антропометрического и соматометрического обследования и установление типов телосложения у женщин с остеоартритом в разных возрастных группах.

Материалы и методы исследования: Обследовано 140 женщин с ОА крупных и мелких суставов. Больные были разделены на две группы. Женщины зрелого возраста (40-60 лет) 35% и женщины пожилого возраста (от 61 до 74 лет) 65%. Контрольную группу составили 35 женщин в возрасте 40-75 лет без ОА.

Результаты исследования: Все антропометрические показатели обработаны методом вариационной статистики с использованием интерактивного пакета программ SOMA и пакета прикладных программ Statistic 7.0. Анализ соматометрических данных показал, что женщины с ОА статистически достоверно чаще имели большую жировую и костную массу на фоне более низких значений мышечной массы по сравнению с женщинами той же возрастной популяции. У женщин с ОА снижение доли мышечной массы в соме достигало почти 14%. Кроме того, при абдоминальном типе ожирения наблюдалось поражение большего количества суставов, более выраженные рентгенологические изменения и функциональные нарушения. Среди обследованных женщин в 70% случаев выявлена мегалосомная конституция, в 15% случаев зарегистрирована мезосомная конституция и в 15% случаев — лептосомная конституция. Мегалосомная конституция характеризуется высоким ростом, повышенной массой тела, сильным развитием мускулатуры и костной ткани, а также выраженным развитием жировой ткани. Эти женщины имеют избыточную массу тела и ожирение, что является дополнительным фактором риска развития и прогрессирования ОА.

Выводы: Соматотипирование позволило установить, что большинство обследованных женщин с ОА имели мегалосомную конституцию и среди них практически не было женщин с лептосомной конституцией. В возрастном аспекте отмечено, что у женщин старшего возраста статистически значимо более высокие показатели роста, массы тела и ИМТ по сравнению с женщинами зрелого возраста.

Саидзода Б.И., Гадоев М.А., Ḱулмадов А.Ш.

КЛИНИКА ХРОНИЧЕСКИХ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, У МУЖЧИН

ГУ «Научно-исследовательский институт фундаментальной медицины».
Кафедра дерматовенерологии имени профессора П.Т. Зоирова ТГМУ им. Абуали ибни Сино. ГУ Республиканский клинический центр кожных и венерических болезни. Таджикистан.

Цель исследования. Изучить клиническое течение хронических форм урогенитального хламидиоза, уреаплазмоза и микоплазмоза у мужчин.

Материал и методы исследования.Обследовано 200 мужчин с хроническими бактериальными инфекциями, передающимися половым путем (ХБИППП), в возрасте от 18 до 50 лет.

В контрольную группу вошли 30 здоровых мужчин в возрасте от 18 до 50 лет.Методы исследования: микроскопический, бактериологический, ИФА, ПИФ, ПЦР.

Для статистического анализа результатов исследования использовалась вариационная статистика с применением прикладных программ «STATISTICA 10» (StatSoft Inc., США).

Результаты исследования.За медицинской помощью самостоятельно обратились 54,4% больных, выявлены как половые контакты - 45,6%. Ранее болели ИППП 80,6% пациентов. Хронический урогенитальный хламидиоз был

диагностирован у 94 (47%) больных, а хронический урогенитальный уреамикоплазмоз - у 106 (53%). У 67 (33,5%) больных выявлен хронический уретрит из них хронический хламидийный уретрит диагностировано - у 32 (16%) пациентов, хронический уреамикоплазмозный уретрит - у 35 (17,5%). 133 (66,5%) мужчин страдали хроническим простатитом, из них у 62 (31%) больных было выявлено - хронический хламидийный простатит, а у 71 - хронический уреамикоплазмозный простатит.

Микстинфекциявыявлена у 128 (64%)больных: у 36 (53,7%) из 67 больных с хроническимуретритом и 92 (69,9%) из 133 - с хроническим простатитом– в 1,3 раза больше (p <0,05). Микстинфекция среди пациентов группы повышенного риска (n = 102, 51%) отмечена у 75 (73,6%) больных, в группе сравнения (98 больных) - в 1,4 раза меньше - у 53 (54,1%, p <0,05). Хронический простатит, как осложнение хронических бактериальных инфекций, передающийся половым путем, диагностирован у 78,4% (n = 80) больных первой группы, во второй- в 1,4 раза меньше (p <0,05) - у 54,1% (n = 53).

Субъективные ощущения беспокоили 152 (76%) больных обеих групп. Среди пациентов с хроническим простатитомразличные жалобыпредъявляли в 1,4 раза больше мужчин, чем среди больных с хроническим уретритом: соответственно 111 (82,7%) и 41 (61,2%) человек.48 (24%) мужчин, 20 (17,3%) – с хроническим простатитом и 26 (38.8%) – с хроническим уретритом - никаких жалоб не предъявляли.

Копулятивные (половые) дисфункции (ослабление эрекции, болезненная эякуляция) и нарушение репродуктивной функции (бесплодие) среди пациентов группы риска выявлены чаще, чем в группе сравнения (p <0,05).

Заключение. Таким образом, у мужчин, больных хронический урогенитальный уреамикоплазмоз, чаще наблюдается поражение верхних отделов мочеполовой системы (хронический простатит).

Микстинфекция среди больных хроническим уреамикоплазмозным простатитом встречается в 1,4 раза чаще, чем у больных хроническим уреамикоплазмозным уретритом. Осложнения хронических инфекции, передающимися половым путем (хронический простатит, бесплодие, копулятивные расстройства)наблюдаются чаще среди пациентов из группы повышенного риска.

Саидмуродова Ф.Л., Джумахонова С.Т.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

ГУ «Медицинский центр Исполнительного аппарата Президента Республики Таджикистан».

Цель исследования. Изучить эффективность комбинированной гипотензивной терапии у больных пожилого возраст.

Материал и методы. На базе поликлинической службы медицинского центра были обследованы 80 больных пожилого возраста с диагнозом гипертоническая болезнь (I-III степени по классификации ВОЗ/МОК 1999 г. по уровню артериального давления). Основную категорию составили пациенты в возрасте от 60 до 84 лет. Все пациенты были распределены на 2 группы: основную (n-40) и контрольную(n-40). Пациенты основной группы получали комбинированную гипотензивную терапию (Телмисартан 40мг+гидрохлортиазид 12,5мг). Пациенты контрольной группы получали моно - терапию (лизиноприл 10мг). Изучаемые параметры исследования определялись на амбулаторном этапе, на протяжении всего курса лечения. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) проводилось с помощью монитора Terminal Hewlett Packard (США) с последующей компьютерной обработкой данных. Определялись стандартный набор показателей циркадного ритма артериального давления (АД), рассчитывали средние значения систолического АД ($САД_{с}$), дневное ($САД_{д}$) и ночное ($САД_{Н}$), соответственно и для диастолического АД. Суточный индекс (СИ) рассчитывали по формуле: СИ= АД – АД / АД х 100%. В зависимости от величины снижения СИ пациенты были поделены на 3 группы по профилю АД- дипперы(dippers): нон-дипперы (non-dippers), гипердипперы(over-dippers), найт-пикеры (night-peakers).

Результаты исследования. Полученные нами данные показали положительную динамику со стороны суточного индекса у больных, которые получают комбинированную терапию. Количество пациентов с нормальным суточным ритмом АД (дипперы) увеличилось с 45,5% до 82,5%. У 10% больных отмечалось повышение АД в ночное время суток (night-peakers).

Выводы. Таким образом, назначение комбинированной гипотензивной терапии благоприятно влияет на суточный профиль АД, тем самым снижается риск сердечно- сосудистых осложнений у больных пожилого возраста.

Саидмуродова Ф.Л., Джумахонова С.Т., Воронецкая К.Р.

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

ГУ«Медицинский центр Исполнительного аппарата Президента Республики Таджикистан»

Цель исследования. Изучить психологический статус и состояние вегетативной нервной системы у пожилых больных со стабильной стенокардией напряжения.

Материалы и методы. Обследовано 186 пациентов с ИБС, со стенокардией напряжения II-III функционального класса (ФК), которые находятся под динамическим наблюдением на базе поликлинической службы медицинского центра, в возрасте от 60 до 84 лет. Из общего числа больных у большинства (65%) диагностирована стенокардия напряжения II ФК, у остальных (35%) – III ФК. Всем больным были проведены обще-клинические рутинные методы исследования, включая эхокардиографию сердца. Психологический статус изучался методом анкетирования. Для оценки степени тревоги и депрессии использовали госпитальную шкалу HADS. Сумма баллов позволяет дифференцировать три категории состояния: 0-7 «норма»; 8-10 «субклинически выраженная тревога/депрессия»; 11 и выше

«клинически выраженная тревога/ депрессия».

Результаты исследования. По данным исследования тревожные состояния со стороны ВНС отмечались у 71,5% обследованных больных. Также у 33,3% пациентов отмечалась «субклиническая выраженная» и у 38,2% «клинически выраженная» форма тревожности. У 36,8% лиц она была «субклинически выраженная» и у 39,1% «клинически выраженная». Депрессивную симптоматику отмечали у 76,9% пожилых больных. Среди больных данной возрастной группы были изучены гендерные особенности аффективных расстройств. Согласно полученным данным, частота развития ИБС у мужчин оказалась выше, чем у женщин. Однако женщины большей степени подвержены тревожно-депрессивным расстройствам с нарушением когнитивных функций.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют, что у больных пожилого возраста со стенокардией напряжения часто выявляются тревожно-депрессивные расстройства с выраженными когнитивными нарушениями со стороны вегетативной нервной системы. Своевременная оценка степени тяжести нарушений является вторичной профилактикой сердечно-сосудистых заболеваний у лиц пожилого возраста.

Саидов П.А., Ганиева М.Т., Исрофилов М.О.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНЫМ ТРЕМОРОМ В ВЫБОРКЕ ИЗ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М. Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан

Цель исследования. Определить характеристики пациентов с эссенциальным тремором (ЭТ).

Методы исследования. Анализ выборки из 37 пациентов, проходящих регулярное наблюдение в амбулаторной клинике по поводу двигательных расстройств в республиканской клинической больнице. Все пациенты соответствовали диагностическим критериям целевой группы Международного общества паркинсонизма и двигательных расстройств (IPMDS).

Результаты исследования. Средний возраст выборки составил 67,49 лет (20–91 год), 65,79% составляли женщины. Двадцать пациентов имели положительную семейную историю ЭТ. Средняя продолжительность заболевания составила 14,84 года (5-40). Что касается клинических особенностей, распределение тела было следующим: руки (18), руки + голос (5), руки + голова (7), голова (4), руки + голова + голос (1), голова + голос (1), руки + голова + голос + туловище (1). Всем пациентам выполнялись рутинные лабораторные исследования и томография головного мозга (КТ – 24, МРТ – 18, КТ и МРТ – 5). Большинство пациентов (72,97%) лечились одним (14) или двумя (13) препаратами. Трое пациентов не получали лечения. Терапевтические варианты включали: фенобарбитал (14), пропранолол (11), клоназепам (13), алпразолам (8), топирамат (7), примидон (4), лоразепам (3), габапентин (3) и пребагалин (2). Двадцать семь пациентов были удовлетворены терапевтическими вариантами.

Выводы: Результаты нашей выборки в целом аналогичны описанным в литературе, за исключением более широкого использования фенобарбитала, что может быть связано с доступностью этой категории препаратов.

Саидов П.А., Ганиева М.Т., Исрофилов М.О.

ХАРАКТЕРИСТИКИ УСТАЛОСТИ ПРИ БОЛЕЗНИ ПРАКИНСОНА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан

Цель исследования. Мы стремимся оценить частоту и тяжесть утомления, изучить клинические особенности и связанные с ней факторы утомления, а также понять влияние на двигательные и немоторные симптомы у пациентов с болезнью Паркинсона (БП).

Методы исследования. В настоящее исследование было включено и проанализировано в общей сложности 128 пациентов с БП. Для оценки симптомов утомления использовалась шкала тяжести утомления (FSS), а субъекты, набравшие более 4 баллов, классифицировались как утомляемость. У всех пациентов оценивались двигательные и немоторные симптомы по множественным шкалам. Результаты представляли собой сравнение между группой с усталостью и группой без усталости.

Результаты исследования. У шестидесяти (46,9%) пациентов отмечалась утомляемость. Усталость была связана с оценкой UPDRS (UPDRS-II: $p < 0{,}001$; UPDRS-III: $p = 0{,}008$, UPDRS-IV: $p = 0{,}003$) и стадиями Хёна-Яра ($p = 0{,}002$). С другой стороны, усталость коррелировала с UPDRS-I ($p < 0{,}001$), качеством жизни ($p < 0{,}001$), депрессией ($p < 0{,}001$), тревогой ($p < 0{,}001$), апатией ($p < 0{,}001$), нарушениями сна. ($p < 0{,}001$) и вегетативная дисфункция ($p = 0{,}027$). Бинарно-логистический регрессионный анализ показал, что показатели UPDRS, тревоги и нарушений сна были независимыми факторами риска утомляемости у пациентов с БП (UPDRS-II: ОШ = 1,086, 95% ДИ = 1,035–1,140; HAMA: ОШ = 1,101,95). %ДИ = 1,046–1,159; ПДСС: ОШ = 0,953, 95%ДИ = 0,932–0,974).

Выводы. у пациентов с БП, страдающих утомляемостью, наблюдаются более выраженные двигательные симптомы и двигательные осложнения, а также более тяжелые немоторные симптомы. Тревога и нарушения сна в значительной степени коррелируют с утомляемостью и, следовательно, влияют на качество жизни.

Асилова Н.Г., Ганиева М.Т., Саидов П.А.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ИНСУЛЬТ И ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ (ДЦП)

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Проведение всесторонней дифференциальной диагностики у детей с гемипаретической формой детского церебрального паралича (ДЦП) является важным этапом для точного определения характера повреждений головного мозга и выбора оптимальных методов лечения.

Материалы и методы. Все пациенты с диагнозом ДЦП, включенные в исследование, проходили комплексное нейровизуализационное обследование, включающее магнитно-резонансную томографию (МРТ) и компьютерную томографию (КТ). Эти методы позволили подробно оценить степень и локализацию поражений головного мозга. На основе полученных данных, пациенты были распределены на несколько групп в зависимости от характера и объёма выявленных повреждений. Такой подход дал возможность провести углублённую оценку различий в клинических проявлениях у детей с разными типами мозговых нарушений.

Результаты исследования. В результате исследования было выявлено, что среди наиболее распространённых последствий инсультов у детей с гемипаретической формой ДЦП доминировали двигательные расстройства, которые проявлялись в виде нарушений координации движений, мышечной слабости и спастичности в поражённой стороне тела. Эти двигательные нарушения существенно ограничивали подвижность детей и оказывали влияние на их повседневную активность. Кроме того, у значительной части детей наблюдались когнитивные нарушения, включая задержку развития речи, сложности с обучением и нарушенное внимание. Эти расстройства нередко сочетались с эпилептическими приступами, которые также являлись одним из частых последствий мозговых инсультов. Эпилепсия наблюдалась у значительного числа пациентов и, в некоторых случаях, требовала назначения специальной медикаментозной терапии для контроля приступов.

Выводы. Таким образом, комплексное обследование позволило выявить широкий спектр неврологических и когнитивных нарушений, которые возникают в результате инсультов у детей с гемипаретической формой ДЦП. Выявление характера поражений и их корреляция с клиническими проявлениями открывает новые возможности для разработки более персонализированных подходов к лечению и реабилитации таких пациентов.

Саитов А.Р., Биек А.Ю., Арямкина О.Л.

ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ ВИТАМИНА D У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Кафедра внутренних болезней медицинского института БУ Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет»,
БУ БУ Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутская окружная клиническая больница», Россия

Цель исследования. Изучить значение содержания витамина D для диагностики метаболически ассоциированной неалкогольной жировой болезни печени.

Материал и методы. Исследование проведено по утвержденной теме НИР кафедры «Предикторы генеза развития, течения и исходов хронических и коморбидно протекающих заболеваний» (№ АААА-А19-119062490051-6 и № 123060100028 – 5) с соблюдением требований биомедицинской этики. Обследованы 110 больных с Метаболическим синдромом и гепатомегалией и 25 здоровых доноров. Для диагностики сердечно-сосудистой патологии, ожирения, СД 2 типа и неалкогольной жировой болезни печени дополнительно оценены фиброз печени по калькуляторам APRI, Nald fibrosis score. FIB4 тест, BARD, BAAT, CDS и иммунохимическим методом на аппарате «Cobase 411» (Германия) с реагентами PT1, PT2, M, R1, R2 с использованием электрохемилюминисценции определено содержание в крови витамина D, а также фотометрическим методом содержание аммиака в капиллярной крови. Рассчитывали диагностический коэффициент (ДК) и его информативность (J), Me [Q1; Q3], проводили частотный, кластерный виды анализа с применением программ Statistica 10.0 и Exel.

Результаты исследования. Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) формируется преимущественно при метаболическом синдроме (МС) и рассматривается в рамках системных проявлений, как ответственная патология за прогрессирование в первую очередь сердечно-сосудистой патологии. Гипераммониемия позволяет стратифицировать стадии НАЖБП, а дефицит вит D играет важную роль в патогенезе системности. У когорты из 110 больных МС с гепатомегалией диагностировали в 80 (71%) НАЖП на ранних стадиях стеатоза печени и у 30 (27%) – впервые выявленного неалкогольного стеатогепатита при верификации фиброза печени у 94 (85,5%) человек. На основе полученных данных разработана ЭВМ программа «Определение риска развития неалкогольной жировой болезни печени» (№2024664598 от 21.06.2024 г.), состоящая из вариантов 5 показателей - индекса массы тела по Кетле, АГ, данных гликемии, аммиака, витамина Д) [https://www.surgu.ru/nafldrisk/]. Наибольшее значение в оценке фиброза печени получено при значениях APRI (ДК 14,2; J 120,6), FIB4 (ДК 14,2; J 85) NFS (ДК 2,07; J 7,17) и дефицит витамина D выявлен в 99,1% случаев – при его недостаточности (10,1%), дефиците (62,4%) и выраженном дефиците (27,5%). Эти параметры изучены на когорте из 110 больных с преимущественно высокой атерогенностью согласующейся с ее фенотипами IIb (46,3%) и IIa (25,5%). Недостаточность витамина D 25,4±1,99 (95% ДИ 194-29,1) нг/мг, его дефицит - 13,3±0,47 (95% ДИ 12,4-14,4 нг/мг, а выраженный дефицит - 6,9±0,5 (95% ДИ 5,8-7,9) нг/мг. Применение неинвазивных калькуляторов согласуются с данными эластометрии, а дефицит витамина D имеет место при метаболических расстройствах.

Выводы.

1. Применение неинвазивных калькуляторов, особенно APRI (ДК 14,2; J 120,6), FIB4 (ДК 14,2; J 85) NFS NFS (ДК 2,07;

J 7,17) улучшают диагностику МАНАЖБП, а выявленный в подавляющем большинстве случаев дефицит витамина D объясняет системность поражений при МС.
2. ЭВМ программа доступна и легко исполнима для диагностики НАЖБП при МС.

[1]Салихов О.Х., [2]Укуматшоева Л.Ш., [2]Рахматшоева П.Ш.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НЕКОТОРЫМИ ДЕСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЁГКИХ И ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

1ГУ «Таджикский НИИ профилактической медицины»,
2Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучение и сравнение эффективности существующих и новых подходов к дифференциальной диагностике деструктивных заболеваний лёгких с акцентом на верификацию фиброзного и фиброзно-кавернозного туберкулёза.

Материал и методы исследования. В клинику ГУ «Национальный центр туберкулёза, пульмонологии и торакальной хирургии» (НЦТПиТХ) в течение 2018-2022 гг. поступило всего 216 больных с предварительным диагнозом исключить ДТБЛ. При поступлении больные жаловались на кашель с эпизодическим кровохарканьем, нарастающую одышку и боли в грудной клетке. В клинике больным для верификации диагноза были проведены клинико-лабораторные, включая молекулярно-генетические, бактериологические и серологические методы, рентгенологические (обзорная и боковая рентгенография ОГК), КТ ОГК, УЗИ и другие функциональные методы исследований.

Результаты исследования. В две головные клиники: НЦТПиТХ и МЦ «Истиклол» в течение 2018-2022 гг. поступило всего 370 больных с предварительным диагнозом тех или иных деструктивных заболеваний лёгких для исключения или подтверждения ДТБЛ. Проведённый комплекс диагностических методов исследования позволил из 370 больных выделить 2 группы больных, которые поступили на обследование и лечение в НЦТПиТХ из регионов страны: с нетуберкулезными деструктивными заболеваниями легких (НТБДЗЛ) – 122 и деструктивным туберкулёзом лёгких (ДТБЛ) – 94 больных.

В структуре больных с НТДЗЛ были верифицированы больных с осложнёнными эхинококкозами лёгких (31,1%); кистозными бронхоэктазами (26,2%); поликистозом лёгких (21,3%); абсцессом лёгкого (11,5%); полостным раком лёгкого (9,8%). В структуре больных с ДТБЛ были больные с кавернозным и фиброзно-кавернозным туберкулёзом лёгких. Из общего числа больных (n=94) у 61 больных (64,9%) был выявлен фиброзно-кавернозный ТБЛ и у 33 больных (35,1%) был установлен кавернозный ТБЛ.

Из 94 больных с ДТБЛ у 54 больных (57,4%) диагноз был установлен с помощью исследования мокроты на аппарате GeneXpert. У остальных (42,6%) – на основании анамнестических и клинико-рентгенологических данных. При этом, у 46 больных или в 48,9% случаев периодически отмечалось кровохарканье. Пациенты с прорывом полости в бронх (n=23) жаловались на кашель с выделением мокроты с солёным вкусом (24,5%). Боль в груди имела место у 64,9% больных, повышение температуры тела и признаки интоксикации у 53,2% больных, кровохарканье – у 11,7% пациентов. Особенно яркой клиническая картина была при прорыве полости в плевральную полость (n=16) – резкая боль, гипотония, высокая температура тела. Эмпиема плевры развилась в 9 наблюдениях и пиопневмоторакс – в 6 наблюдениях. Частичное опорожнение каверны наблюдалось у 59 (62,8%) больных, в 11 (11,7%) наблюдениях имело место полное опорожнение каверны с образованием сухой остаточной полости. В 72,3% случаев (68 больных) процесс был односторонний и в 27,7% случаев (26 больных) – двухсторонний. Размеры каверн колебались в широких пределах, но чаще встречались средние (от 2 до 4 см) – у 58 из 94 больных или в 61,7% случаев, реже – большие (от 4 до 6 см) – у 28 больных или в 29,8% случаев и гигантские (более 6 см) – лишь у 8 больных или в 8,5% случаев.

Выводы. Среди больных, поступивших в специализированную клинику НЦТПиТХ с предварительным диагнозом клинических форм ДТБЛ в связи со схожестью клинико-рентгенологических признаков деструктивных заболеваний лёгких, окончательный диагноз клинических форм ДТБЛ был верифицирован в 25,4% случаев, в остальных 74,6% случаев были установлены НТДЗЛ.

Салихова А.Х., Гончарова М.С.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ДОЛГОТЕКУЩЕМ РЕВМАТИЗМЕ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени проф. М.Г.Гулямова
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан

Цель исследования. Определить распространенность и структуру психических расстройств у пациентов с ревматизмом, выявить наиболее значимые факторы риска развития психических нарушений и оценить влияние психических расстройств на качество жизни пациентов.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. проф. М.Г.Гулямова. Было проведено поперечное когортное исследование. В исследование были включены 50 пациентов с ревматоидным артритом (РА) от 18 до 75 лет, получающих лечение в ревматологических отделениях городских больниц. Критериями исключения являлись наличие острых психических расстройств, деменции, злоупотребление психоактивными веществами и отказ от участия в исследовании.

Результаты исследования. У пациентов с РА выявлена высокая распространенность депрессивных и тревожных расстройств. Депрессия была диагностирована у 62% пациентов с РА, тревожные расстройства – у 38%, соответственно. Выявлена значимая положительная корреляция между выраженностью болевого синдрома, функциональ-

ными ограничениями и тяжестью депрессии и тревожности. К наиболее значимым факторам риска отнесены длительность заболевания, высокая активность воспалительного процесса, ограничение социальной активности и низкий уровень социальной поддержки.

Выводы Полученные результаты подтверждают высокую распространенность психических расстройств у пациентов с долготекущим ревматизмом. Хроническая боль, ограничение активности и социальная изоляция являются важнейшими факторами риска развития депрессии и тревожных расстройств.

Необходимы дальнейшие исследования в этой сфере и можно предложить следующие решения проблем диагностики данных расстройств при РА: 1. Необходимость ранней диагностики и лечения психических расстройств у пациентов с ревматизмом. 2. Включение психотерапевтических методов в комплексную реабилитацию пациентов с ревматизмом. 3.Разработка программ психообразования для пациентов и их семей. 4. Дальнейшие исследования для изучения механизмов взаимосвязи между соматическими и психическими нарушениями.

Салихова А.Х., Гончарова М.С.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТАДОНОВОЙ ТЕРАПИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени проф. М.Г.Гулямова
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан

Цель исследования. Целью данного исследования является анализ использования метадона как средства заместительной терапии для лечения зависимости от опиоидов в Республике Таджикистан. Рассматриваются эффекты метадоновой программы на здоровье населения, а также социальные и экономические аспекты этого подхода.

Материалы и методы. Исследование было проведено на базе кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. проф. М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» и на базе психосоматического отделения Республиканского клинического центра наркологии им. проф. М.Г. Гулямова.
Использовались следующие методы: **Анализ данных**: Изучение медицинских записей 200 пациентов, прошедших метадоновую терапию. **Опрос**: Анкетирование врачей и пациентов о результатах и проблемах применения метадона. **Статистическая обработка**: Применение описательной статистики для выявления закономерностей и трендов.

Результаты исследования. 1. Эффективность метадона: Среди опрошенных пациентов 75% отметили снижение уровня употребления наркотиков после начала терапии метадоном. Более 60% участников сообщили о значительном улучшении качества жизни. **2. Проблемы применения**: Основные проблемы, с которыми столкнулись врачи, включают стигматизацию пациентов (82%) и недостаток финансирования программ (70%). Более 50% врачей указали на необходимость повышения осведомленности общества о метадоновой терапии. **3. Социальные и экономические аспекты**: Участие в программе значительно снизило случаи преступлений, связанных с наркотиками, и уменьшило расходы на здравоохранение для лечения осложнений, вызванных употреблением опиоидов.

Выводы. Использование метадона в качестве заместительной терапии в Таджикистане показывает высокую эффективность в снижении уровня наркотической зависимости и улучшении качества жизни пациентов. Однако программа сталкивается с проблемами, связанными со стигматизацией и недостаточным финансированием. Необходимы усилия по повышению осведомленности населения и профессионалов о преимуществах метадоновой терапии для улучшения результатов лечения. В дальнейшем важно развивать интегрированные подходы, включающие поддержку пациентов и работу с обществом, чтобы преодолеть существующие барьеры и повысить доступность терапии.

Сангова Ф.Р.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИММУНОДЕФИЦИТОМ

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

Цель исследования. Определить клинические варианты и течение атипичной пневмонии у пациентов с иммунодефицитом. Изучение клинических проявлений атипичной пневмонии у пациентов с иммунодефицитом в целях ранней диагностики больных и их лечения.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе пульмонологического отделения в ГКБ №5 с 2021 по 2024 годы. Было отобрано 50 кейсов за последние 4 года с подтверждённым диагнозом атипичной пневмонии с такими возбудителями как хламидия, микоплазма и пневмоциста, среди которых 35 имели иммунодефицит. Исследования проводили на основе сбора анамнеза, клинического осмотра пациентов, лабораторные анализы и серологические тесты на вышеперечисленные возбудители, рентгенографию и компьютерную томографию органов грудной клетки и мазок для ПЦР теста.

Результаты исследования и их обсуждение. У пациентов с иммунодефицитом наблюдалось более тяжёлое клиническое течение атипичной пневмонии по сравнению с остальными больными без иммунодефицита. Основные симптомы включали продолжающую лихорадку, интенсивный кашель с выделением мокроты и одышку. У 30% пациентов с иммунодефицитом наблюдались осложнения в форме плеврита и абсцесса лёгкого. Лабораторные анализы показали выраженные воспалительные изменения, такие как повышение уровня С-реактивного белка и лейкоцитарных клеток. Визуализация лёгких показала обширные инфильтративные изменения. Результаты исследования подтверждают, что тяжёлое течение атипичной пневмонии у больных с иммунодефицитом связано с нарушением клеточного и гуморального иммунитета. Это способствует увеличению риска осложнений и затрудняет диагностику из-за разнообразия симптомов на фоне иммунодефицита.

Выводы. Атипичная пневмония у пациентов с иммунодефицитом требует особого внимания и агрессивного подхода к диагностике и лечению. Необходима ранняя диагностика возбудителей болезни и своевременное лечение

для предотвращения осложнений. Улучшение понимания клинических проявлений в этой группе пациентов может способствовать повышению эффективности медицинской помощи и снижению смертности.

Сангова Ф.Р.

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ СРЕДИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

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

Цель исследования. Определить клинические варианты микоплазменной пневмонии среди лиц молодого возраста в форме моно-инфекции и в сочетании с другими возбудителями.

Материалы и методы исследования. Нами был проведён ретроспективный анализ 45 историй болезни пациентов в возрасте от 25 до 37 с диагнозом микоплазменная атипичная пневмония за 2020-2024 годы. Проводили диагностику на основе сбора анамнеза, клинико-лабораторных данных, показателей общих анализов крови, биохимического анализа крови и рентгенограммы лёгкого. Критериями выбора были взрослые пациенты с продуктивным кашлем и с рентгенологически подтверждённой пневмонией. В особенности для выявления возбудителя микоплазмы был изъят мазок из ротоглотки для проведения полимеразной цепной реакции (ПЦР) с целью выявления ДНК M. Pneumoniae и метода иммуноферментного анализа.

Результаты исследования и их обсуждение. При исследовании мазка было выявлено 38 пациентов с моноинфекцией. У остальных 7 пациентов наблюдались смешанные возбудители пневмонии (стрептококк, герпес 1-го и 2-го типа, хламидия). Исследование показало, что заболевание может иметь как острое, так и подострое течение. У 17 пациентов из 25 заболевание началось в форме катарального назофарингита и ларингита, который сопровождался сухим кашлем, с приступообразным и мучительным характером. Также у пациентов наблюдались общие симптомы, такие как лихорадка, головные боли, общая слабость, недомогание и миалгия, что затрудняло течение болезни. Общий анализ крови у 36 пациентов не выявил значительных изменений лейкоцитарных клеток, что свойственно данной группе атипичных пневмоний. По рентгенологическим данным, у 23 пациентов наблюдалась правосторонняя пневмония, у 18 пациентов - левосторонняя пневмония, у остальных 4 пациентов, у которых наблюдалось присоединение вторичной инфекции в форме хламидийной и стрептококковой инфекций, была обнаружена выраженная двухсторонняя пневмония с тяжёлым течением.

Выводы. Полученные нами данные показывают наличие моноинфекций, в особенности у лиц молодого возраста с лёгким и среднетяжёлым течением микоплазменной пневмонии и с благоприятным прогнозом. Значительные осложнения можно наблюдать, когда микоплазма коррелирует с другими штаммами и становится устойчивой к макролидам при несвоевременной диагностике. Сочетание других инфекций делает течение болезни тяжёлым и ухудшает диагностику болезни.

Саттарова С.З., Шарипова О.А., Азизова Р.Б.

ОЦЕНКА ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ГИЙЕНА-БАРРЕ

Кафедра фундаментальных-медицинских дисциплин Самаркандского филиала Ташкентского международного университета Кимё

Цель исследования. Изучить элетрофизиологические особенности у пациентов с синдромом Гийена-Барре с острой воспалительной демиелинизирующей полиневропатий (ОВДП).

Материалы и методы: В исследование проведено в период 2020-2023гг. были включены 50 пациентов в возрасте с 18 до 60 лет. Средний возраст пациентов составило 49,1 ± 6,72 год. Диагноз выставили с использованием модифицированной шкалы Рэнкина (mRS) и шкалы HUGHES. Также были исследованы 15 здоровых пациентов, без неврологических нарушений, они были включены в группы сравнения. В зависимости от вариантов синдрома Гийена-Барре пациенты разделены следующем образом: острай воспалительный демиелинизирующий полиневропатия (ОВДП) были у 28 (56%), у 15 (30%) острая моторно-аксональная нейропатия (ОМАН) и у 5(10%) острая моторно-сенсорная аксональная невропатия (ОМСАН), а чистый сенсорный и атипичный СГБ составляли по 2(4%) пациентов. ЭНМГ проводили согласно стандартным процедурам. Для nn. tibialis, peroneus, medianus, ulnaris регистрировали СПИ моторную, амплитуду М-ответов; для nn. medianus, suralis, peroneus superficialis, ulnaris — СПИ сенсорную и амплитуду ПД сенсорного ответа. Оценивали латентность и порог возникновения М-ответа и Н-рефлекса. Исследования осуществляли на электронейромиографе «Нейро-МВП».

Результаты исследования: Результаты электронейромиографических исследования больных с синдромом ГБ, показали, что изменения Н-рефлекса в группах носили следующий характер. Н-рефлекс зарегистрирован лишь у 5 пациентов (17,8%) острой воспалительной демиелинизирующей полиневропатий, его латентность составляла 43 мс. Порог Н-рефлекса составлял 25 мА. ЭНМГ исследование проводили в самые ранние сроки, на 3-и 5-и сутки. ЭНМГ-результаты, полученные в остром периоде заболевания с ОВДП, имели первично демиелинизирующий характер поражения периферических нервов по полиневропатическому типу. В ходе анализа динамики невральной проводимости в условиях локальной ишемии было показано, что у пациентов с ОВДП в остром периоде заболевания имеет место резистентность к ишемии двигательных аксонов периферических нервов по сравнению с нормой. В группе здоровых пациентов Н-рефлекс регистрировался в 100 % случаев. Среднее соотношение Н/М составляло 43,5 ± 15,6 %, порог возникновения М-ответа — 26,0 ± 8,0 мА, средний порог возникновения Н-рефлекса — 18,0 ± 12,5 мА, средняя латентность Н-рефлекса — 26,3 ± 3,4 мс.

Вывод. Таким образом, у больных с синдромом ГБ ЭНМГ исследования дают возможность количественно

оценить тяжесть поражения чувствительных и двигательных нервных волокон. В частности, выявлено повышение порога возбудимости чувствительных и двигательных нервных волокон, увеличение латентного периода Н-рефлекса, снижение не только его продолжительности и амплитуды, но и М-ответа.

Сафаров Ш.А., Мухамадиева К.М., Баротов А.З.

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У ДЕТЕЙ С ПСОРИАЗОМ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Городская клиническая больница кожных болезней.

Цель исследования. Оценить показатели липидного спектра у детей с различными формами псориаза в зависимости от индекса массы тела.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 136 пациентов с псориазом в возрасте от 8 до 18 лет. Лица женского пола составили 83 (61,0%) случая, а мужского пола - 53 (39,0%) больных. Были выявлены четыре формы псориаза: *вульгарный псориаз (ВП),* который наблюдался у 39/136; 28,7% детей, *каплевидный псориаз* (*КП*) - у 32/136; 23,5%, *экссудативный псориаз (ЭП)* - у 35/136; 25,7%, *бляшечный псориаз (БП)* - у 30/136; 22,1% больных. Расчёт индекса массы тела производили по формуле ИМТ - масса/рост ($м^2$). Исследования липидного спектра в сыворотке крови в лаборатории ГКБКБ г. Душанбе и включали определение 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. Исследование индекса массы тела показало, что у 67/136; 49,3% детей наблюдался нормальный ИМТ (24,7±1,3 кг/$м^2$), у 49/136; 36,0% - избыточная масса тела (27,7±1,2 кг/$м^2$), а у 20/136; 14,7% - наблюдалась недостаточная масса тела детей (17,2±1,2 кг/$м^2$). При этом избыточная масса тела у детей с бляшечной формой псориаза наблюдалась в 1,3 раза чаще, чем у детей с ЭП (19/30; 63,3% против 16/34; 47,1% случаев), в 3,3 раза чаще, чем при КП (19/30; 63,3% против 6/32; 18,8% случаев) и в 3,9 раз чаще, чем при ВП (19/30; 63,3% против 8/49; 16,3% случаев). У детей с БП и ЭП ОХС составил 4,15±0,12 ммоль/л, т.е. соответствовал таковым значениям в контрольной группе. Однако, в этой группе больных было выявлено повышение показателя ЛПВП, который в отличие от контрольной группы (1,37±0,07 ммоль/л) составил 1,42±0,02ммоль/л. В связи с этим коэффициент атерогенности у этих больных оказался ниже нормальных значений. У больных ВП ОХС также не отличался от такового в контрольной группе (4,15±0,12 ммоль/л). Несмотря на незначительное повышение показателя ЛПВП у детей с ВП (1,38±0,07 ммоль/л), который оказался ниже данного значения в контрольной группе (1,37±0,07 ммоль/л), индекс атерогенности у этих больных составил 2,0, т.е. соответствовал нормальным значениям. У детей с КП показатели липидного спектра не отличались от контрольной группы. В результате проведённых исследований повышение коэффициента атерогенности было выявленоу 46/136; 33,8% детей, страдающих псориазом, которое наблюдалось у как у детей с нормальной массой тела, так и при избыточной массе тела и её недостаточности. У детей с избыточной массой тела коэффициент атерогенностив 2 раза чаще выявлялся у детей с избыточной массой тела, чем у детей с недостаточной массой тела (25/49; 51,0% против 5/20; 25,0% случаев) и в 1,6 раза чаще, чем у детей с нормальной массой тела (19/49; 38,8% против 16/67; 23,9% случаев). Высокий коэффициент атерогенности в 1,3 раза чаще выявляется при тяжёлых формах псориаза (экссудативной (10) и бляшечной (16), чем при вульгарном (6) и каплевидном псориазе (4), т.е. в 26/46; 56,5% против 20/46; 43,5% случаев.

Выводы. У 36,0% детей, больных псориазом наблюдается избыточная масса тела, которая в 71,4% случаях выявляется при тяжёлых формах псориаза. Высокий коэффициент атерогенности выявляется у 34,8% детей, страдающих псориазом, что в 1,6 раза меньше, чем при избыточной массе тела и в 3 раза меньше, чем у детей с недостаточной массой тела. При лечении детей, страдающих псориазом, необходимо учитывать, что независимо от индекса массы тела у них наблюдаются нарушения липидного спектра.

Сафаров Ш.А., Мухамадиева К.М., Абдуллаева М.А.

КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ С ПСОРИАЗОМ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т.
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», ООО «Медико».

Цель исследования. Выявить коморбидные заболевания у детей с разными формами псориаза.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 136 пациентов с псориазом в возрасте от 8 до 18 лет. Лица женского пола составили 83 (61,0%) случая, а мужского пола - 53 (39,0%) больных. Среди обследованных детей были выявлены четыре формы псориаза: *вульгарный псориаз (ВП),* который наблюдался у 39/136; 28,7% детей, *каплевидный псориаз* (*КП*) - у 32/136; 23,5%, *экссудативный псориаз (ЭП)* - у 35/136; 25,7%, *бляшечный псориаз (БП)* - у 30/136; 22,1% больных. Выявление коморбидных состояний проводилось совместно с врачами-педиатрами, эндокринологами и невропатологами. Были проведены клинико-лабораторные исследования (общий анализ крови, мочи, биохимические исследования крови, сахара в крови натощак и после нагрузки, исследование гормонов щитовидной железы, исследование кала на наличие гельминтов), ультразвуковое исследование внутренних органов, определение индекса массы тела.

Результаты исследования. У 103/136; 75,7% детей с псориазом были выявлены сопутствующие заболевания, из которых заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) выявлены у 33/103; 32,0% пациентов, кишечная инфекция - у 24/103; 23,3%, синдром вегетативной дистонии - у 22/103; 21,4% - заболевания эндокринной системы. Исследование индекса массы тела показало, что у 41/103; 39,8% детей наблюдался нормальный ИМТ, у 38/103; 36,9% -

избыточная масса тела, а у 24/103; 23,3% - наблюдалась недостаточная масса тела детей. При этом было выявлено, что чаще всего сопутствующие заболевания были выявлены при тяжёлых формах псориаза: при бляшечном псориазе - в 26/30; 86,6% случаях и экссудативном псориазе - в 29/35; 82,8% случаях. У детей с вульгарным и каплевидным псориазом сопутствующие заболевания были выявлены соответственно, у 27/39; 69,2% и 21/32; 65,6% больных. Кроме того, у детей с избыточной массой тела чаще наблюдались заболевания эндокринной системы и синдром вегето-сосудистой дистонии (соответственно, у 10/22; 45,4% и 11/24; 45,8% детей), т.е. в 1,4 и 1,5 раза чаще, чем заболевания ЖКТ (10/33; 30,3%) и кишечная инфекция (7/24; 29,2%).

Выводы. У детей, страдающих псориазом в 75,7% случаях, имеются сопутствующие заболевания ЖКТ, эндокринной системы, а также в виде вегето-сосудистых нарушений и кишечных инфекций, которые в 38/103; 36,9% случаях наблюдаются на фоне избыточной массы тела и проявляются наиболее тяжёлыми клиническими проявлениями в виде экссудативного и бляшечного псориаза.

Сафонова Ю.А. [1,2], Гарова Я.Р.[2]

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ СКЕЛЕТНЫХ МЫЩЦ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЗДНИМ ДЕБЮТОМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

[1]-ФГБОУ ВО "Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова" Минздрава России, Россия, г. Санкт-Петербург
2-СПб ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница № 25», Россия, г. Санкт-Петербург

Цель исследования: оценить функцию скелетных мышц у пациентов с поздним дебютом ревматоидного артрита (РА), установленного после 60 лет.

Материалы и методы. Обследовано 22 пациента с РА соответствующие критериям ACR/EULAR 2010 г, их них 14 женщин и 8 мужчин, средний возраст 73,2±6,3 года, длительность заболевания 3,4±3,0 лет. Активность РА определяли по индексу DAS28 в соответствии с классификацией Ассоциации ревматологов России (АРР) 2007 г. Высокая активность соответствовала DAS28 >5,1 балла. Функцию скелетных мышц оценивали по критериям Европейской рабочей группы 2-го созыва (European Working Group on Sarcopenia in Older People – EWGSOP2): мышечную силу определяли с помощью кистевого динамометра Мегеон 34090, физическую работоспособность оценивали по результатам SPPB- тестов (short physical performance battery).

Результаты исследования. У пациентов с поздним дебютом РА средние значения мышечной силы составляли 15±2,1 кг (варьировали от 4 до 35 кг). У лиц с низкой активностью РА по индексу DAS28 средние значения мышечной силы достоверно выше, чем у пациентов с высокой активностью РА (22,4±2,4 и 11,5±2,6 кг соответственно, $p<0,01$). При этом у женщин, мышечная сила была существенно ниже референсных значений, чем у мужчин (8,7±2,3 и 26,0±2,1 кг соответственно $p<0,01$). Физическая работоспособность по общему результату SPPB тестов у пациентов с поздним дебютом РА в среднем составляла 7,6±1,4 балла (варьировала от 3 до 12 баллов). При этом, у лиц с низкой активностью РА физическая работоспособность статистически значимо лучше, чем у пациентов с высокой активностью (8,3±1,2 балла и 7,3±1,2 балла соответственно, $p<0,01$). У женщин средний общий балл SPPB тестов был достоверно ниже, чем у мужчин (6,9±1,4 балла и 8,9±1,6 балла соответственно, $p< 0,05$).

Выводы:

1. У пациентов с поздним дебютом РА выявлена слабая мышечная сила и низкая физическая работоспособность, характеризующие функцию скелетных мышц.
2. У лиц с высокой активностью РА по индексу DAS28 функция скелетных мышц ниже, чем у лиц с низкой активностью заболевания.
3. Выявлены гендерные различия мышечной силы и физической работоспособности у пациентов с поздним дебютом РА.

Сироджидинова У.Ю., Розиков У.И., Курбоналиева Т.М.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СТУДЕНТОВ, ВЫЯВЛЕННЫХ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ НА КАФЕДРЕ ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Совершенствование выявления и лечения туберкулёза у студентов медицинского вуза во время прохождения цикла на кафедре фтизиопульмонологии. Выяснения причин поздней диагностики, особенностей течения и факторов риска развития туберкулёзного процесса.

Материалы и методы. Нами анализированы результаты туберкулин-диагностики и флюорографическое исследование 480 студентов медицинского факультета ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино при прохождении цикла на кафедре фтизиопульмонологии. В многочисленных публикациях имеются сведения о повышенном уровне заболеваемости ТБ среди студентов-медиков.

Результаты исследования. На кафедре фтизиопульмонологии все студенты проходят флюорографическое исследование во время прохождения цикла в течение учебного года. Нами выявлены из 480 обследованных студентов 2 студента больных малой формы туберкулёза они обеспечены контролируемой терапией в амбулаторных условиях без отрыва из учёбы. Исход лечения. Полное рассасывание процесса в лёгких без остаточных изменений. И так, студенты медицинских вузов относятся к группе риска заболевания туберкулёзом, так как большинство из них приезжие из сельских местностей у них меняется бытовые, финансовые, климатогеографические условия большинство проживают на съёмной квартире, в общежитии, у родственников (100%) низкий материальный достаток, нерегулярное питание, нерациональный режим учёбы и отдыха, сопутствующие заболевании что является факторами риска развития

туберкулёза у студентов. Результаты данного исследования (туберкулин-диагностики) позволяют своевременно обратить внимание врача на необходимость обследования студента на туберкулёз. Таким образом, актуальной проблемой в республике, требующей решения, является изучение инфицированности лиц молодого возраста и выявление локального туберкулёза у инфицированных лиц в том числе у студентов.

Выводы. Туберкулин-диагностика и флюорографическое исследование при массовом проведении помогает выявить случаи туберкулёза. В нашем исследовании, из 480 обследованных студентов 2 студента больных малой формы туберкулёза они обеспечены контролируемой терапией в амбулаторных условиях без отрыва из учёбы.

Сохибов Р.Г., Шарипова Х.Ё., Нурализода А.Н.

ТРЕВОЖНО ДЕПРЕССИВНЫЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Кафедра внутренних болезней №2, кафедра пропедевтика внутренних болезни ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», ГМЦ №1 им.К.Ахмедов. г.Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Изучить частоту и выраженность тревожно депрессивный синдром (ТДС) у пациентов с острым коронарным синдромом

Материал и методы исследования изучено синдром тревоги и депрессии в группах пациентов 1 -группа с клиническим отсутствием синдромов тревоги и депрессии - п=20; 2 группа изолированной тревогой или депрессией - без их сочетания; п=44 и 3 группа сочетанием этих синдромов п=184. по сумме набранных пациентами баллов (по опросникам тревоги и депрессии Гамильтона).

Результаты исследования. Выраженность тревоги (M±SD; баллы) 1гр.-4,0±1,95, 2 гр.11,7±5,48(p_1<0,001). 3 гр.- 15,3±3,62(p_1<0,0001). Выраженность депрессии (M± SD; баллы)1 гр.-- 4,65±1,42.-.2 ер- 7,1±2,82..3 гр.- 15,2±3,92 (p_1<0,0001.p_2<0,0001 самые низкие значения тревоги и депрессии установлены у пациентов 1гр ,выраженность тревоги или депрессии в отдельности у пациентов 2 гр. в 2 раза выше чем в 1гр. Самые высокие значения тревоги и депрессии отмечены у пациентов 3 группы, у которых наблюдалось сочетание этих синдромов (15,3±3,6262 и 15,2±3,92 баллов, - соответственно тревоги и депрессии; p<0,0001), что свидетельствует о значимости сочетанного течения синдромов тревоги и депрессии.

Вывод. Таким образом, установлено, что при сочетанном течении тревоги и депрессии у пациентов с ОКС выраженность каждого синдрома значимо выше, чем при отдельном, изолированном (без сочетания) их течении.

Сохибов Р.Г., Шарипова Х.Е., Нурализода А.Н.

ЧАСТОТА И ВЫРАЖЕННОСТЬ КОГНИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Кафедра внутренних болезней №2, кафедра пропедевтика внутренних болезни
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», ГМЦ №1 им.К.Ахмедов. г.Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Изучить частоту и выраженность когнитивной недостаточности у пациентов с ОКС

Материал и методы исследования. Проведено оценка частота и выраженность когнитивной функции у 248 пациентов госпитализированных в гмц№1-2 г.Душанбе с диагнозом ОКС по методике краткая шкала оценки психического статуса (Mini- MentalStateExamination –MMSE); шкала общего ухудшения (GlobalDeteriorationRating) проба Шульте, шкала Хачинского; диагностические критерии легких когнитивных нарушений (Яхно Н.Н.исоавт. 2005.)контрольную группу составили 40 здоровых

Результаты исследования. Среди основная группа 248п регистрировано лёгкая КН у68 п,/ 27,4%; умеренная КН 12 /4,8%; лёгкая деменция 2/0,81%; что составило общая КН 82п/33.1%. Выраженность КН (баллы), M±SD составило 25,8±2,23..Тогда как в контрольной группе Общая частота КН (абс/%)-6/15%(лёгкая 5/12% и .умеренная КН ½.5%) Выраженность КН (баллы), M±SD-27,3±1,8. /p_{1-2}<0,05/ (по критерию χ2 ; * - отмечено различие показателей по критерию Манна Уитни).

Вывод. Полученные результаты указываютчто наблюдаемое различие проявлений когнитивной недостаточности свидетельствует о значительной когнитивной недостаточности у пациентов с ОКС.

Сохибов Р.Г., Шарипова Х.Ё., Шарифбоев А.Х.

ЧАСТОТА АССОЦИИРОВАННЫХ С ОКС ЗАБОЛЕВАНИЙ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ У ПАЦИЕНТОВ ОБЩЕЙ ГРУППЫ 2 ПЕРИОД, ГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП

Кафедра внутренних болезней №2, кафедра пропедевтика внутренних болезни ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Изучить частоту ассоциированных с ОКС заболеваний у пациентов общей группы 2 период, госпитальный этап.

Материал и методы исследования. При проведении клинико-лабораторного и инструментального исследований у пациентов с ОКС на госпитальном этапе(**(п=221)** второго периода исследования (2019 – 2022 гг.) изучена частота ассоциированных с ОКС заболеваний и синдромов **в** возрастном аспекте

Результаты исследования. Установлено, что у пациентов с ОКС артериальная гипертония была наиболее частой коморбидной патологией (76%). По анамнезу у 32,1% больных ОКС имело место указание на ранее перенесенное нестабильная стенокардия или инфаркт миокарда. ХСН разной выраженности, главным образом 1-2 ФК, выявлены у 74,7%.ОНМК и сахарный диабет у 1/5 больных. .ожирение у 24.4% больных с ОКС. При сравнительной оценке возрастных особенностей установлена сопоставимость частоты ряда заболеваний и синдромов (АГ, ОНМК., ИБС в

анамнезе, ожирение и сахарный диабет) в группах пациентов молодого и среднего возраста.

Вывод. Таким образом частота мягкой АГ имеет тенденцию к учащению у молодых (p=0,094). Общая частота ХСН (p=0,001), главным образом, за счёт 1-2 ФК (p<0,001) и частота перенесенных ОНМК (p<0,01) – значимо выше у пациентов среднего возраста.

Сохибов Р.Г.Шарипова Х.Ё., Мусоева З.Б.

ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА И ПУТЕЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ НАБЛЮДЕНИЯ

Кафедра внутренних болезней №2, кафедра пропедевтика внутренних болезни ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», ГМЦ №1 им.К.Ахмедов. г.Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Изучить особенности острого коронарного синдрома (ОКС) и путей госпитализации пациентов в разные периоды (2009 – 2013-1 период и 2019 – 2023 годы- 2 период) наблюдения.

Материал и методы исследования. Для сравнительного анализа результатов включены 855 пациентов до 60 лет из1- пер. (ОКС был исключён у 471 (20,7%) обратившихся больных до 59 лет) и 598 пациентов 2-го пер. (ОКС был исключён у 106 /15,1% обратившихся больных до 59 лет) исследования.

Полученные результаты. Доставлено бригадой медицинской неотложной помощи (БСМП) -1 пер 523 (61,2). 2 пер. 420 (70,2 Переведено с других лечебных учреждений -1пер.. 269 (31,5) 2пер. 158 (26,4). Самообращение 1пер.- 63 (7,4). 2пер- 20 (3,3). Острый коронарный синдром-как дебют ишемической болезни сердца (ИБС) -1пер. 150 (17,5). 2пер.- 141 (23,6). Находились на диспансерном учёте по ИБС 1пер.- 312 (36,5). 2пер. 256 (39,5).(статистическая значимость различия показателей по критерию $\chi 2P$ <0,001. <0,05). Отмечено с ОКС, доставленных БСМП (61,2% и 70,2% - в 1 и 2 пер. (p<0,001);С ОКС, переведенных с других лечебных учреждений 31,5% и 26,4% в 1 и 2 пер; p<0,05). отмечено, что ОКС проявлялся как дебют ИБС у 150 (17,5%) и у 141 (23,6%) соот,1и 2пер, увеличение доля пациентов на диспансерном учёте с ИБС 312 (36,5%) и 256 (39,5%) соотношение 1и2пер. (p<0,05).

Вывод. Таким образом проведённый анализ(через 10 лет) показывает что часто ОКС как проявления дебюта ИБС, госпитализация БСМП больных с ОКС связано с улучшением диагностики ОКС. На всех уровнях, уменьшение самообращения с ОКС свидетельствует о повышении уровни самообразования населения и работой СМП.

Сохибов Р.Г., Шарифова Н.Дж., Точиева З.А.

ВЛИЯНИЕ КАРВИДИЛА НА ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР БОЛЬНЫХ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Кафедра внутренних болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить влияние карвидила (карведилол) на уровень липидов крови у больных изолированной систолической артериальной гипертонией старших возрастов.

Материал и методы исследования. Обследованы 19 больных изолированной систолической артериальной гипертонией в возрасте от 65 до 73 лет, средний возраст 66,9 ± 1,5 лет. Длительность заболевания 8,13 ± 1,3 года. Среди них женщин - 10, мужчин – 9. 11 больных имели I тип, 8 - II тип изолированной систолической артериальной гипертонии. По клиническому течению у 13 пациентов наблюдалась лабильная и у 6 – стабильная форма (классификация А.З.Цфасман и др.). Карвидил назначался в начальной дозе 6,25 мг, для достижения целевых цифр артериального давления некоторым больным доза увеличивалась до 12,5 мг.

До начала и после 8 недельного курса лечения больным проводились общеклинические и биохимические обследования. Критерием исключения являлись инфаркт миокарда, инсульт, почечная недостаточность, сахарный диабет, тяжелые формы стенокардии и сердечной недостаточности. Состояние уровня липидов крови изучалось биохимическим анализатором Cardio Chek производства компании Polymer Technology System (США). Определяли следующие показатели: общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой и холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды.

Результаты исследования. К начале второй недели лечения отмечалось отчетливое улучшение субъективного состояния больных, которое сопровождалось достоверным понижением систолического артериального давления в среднем на 18%. К концу курса лечения у больных, получавших карвидил (от 6,25 до 9,37 мг/сут.), результаты исследования показали отсутствие изменений уровня общего холестерина, холестерина липопротеидов высокой и холестерина липопротеидов низкой плотности. При использовании карвидила в дозе 12,5 мг отмечено тенденция к снижению триглициридов, общего холестерина, липопротеидов низкой плотности и увеличению холестерина липопротеидов высокой плотности. Нейтральное влияние карвидила на уровень липидов крови у данной категории больных, вероятно, связано с тем, что, наряду с блокадой β_1 – адренорецепторов, препарат оказывает α_1 – адреноблокирующий эффект. Данное обстоятельство имеет большое практическое значение особенно у лиц старших возрастов, учитывая исходно атерогенную направленность липидов крови у этих лиц.

Вывод. Применение карвидила у больных изолированной систолической артериальной гипертонией у лиц старших возрастов в оптимальных дозах не ухудшает показатели липидов крови.

Сохибов Р.Г., Шарипова Х.Ё. Хакимов Ё.В.

КОМОРБИДНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Кафедра внутренних болезней №2, кафедра пропедевтика внутренних болезни ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Изучить частоту коморбидность заболеваний у пациентов молодого и среднего возраста сострым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы исследования. При анализе данного вопроса у пациентов, включённых на второй период наблюдения (п=598), изучена частота сопутствующих заболеваний,имеющие причинно-следственную взаимосвязь с ОКС,

Результаты исследования. Установлено что у пациентов молодого и среднего возраста ведущим, ассоциированным с ОКС заболеванием, является артериальная гипертония, наблюдаемая у547 (91,5%), хроническая сердечная недостаточность (ХСН) (всего), abs/% - 351 (58,7%) чаше отмечено ХСН, IIФК -347(58%), ишемическая болезнь сердца в анамнезе,236 (39,5/**%),** острое нарушение мозгового кровообращения (инсульты), abs/%-150 (25,1%), Сахарный диабет II типа, abs/% -115 (19,2%), Общая когнитивные нарушение 197(33,1%),-Индекс коморбидности, степень (M±SD)- 2,0±0,887, (p - достоверность по критерию χ2); * - по Манна Уитни.

Выводы. Таким образом, наблюдаемое у пациентов молодого и среднего возраста с ОКС, сопровождается большой частотой взаимосвязанных кардиоваскулярных заболеваний и повышением индекса коморбидности.

Субханова З.И.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ В ДОСТИЖЕНИИ КОНТРОЛЯ НАД БРОНХИАЛЬНОЙ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кафедра внутреннихболезней №3 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Душанбе.Таджикистан

Цель исследования. Комбинированная терапия в достижении контроля над бронхиальной астмой средней степени тяжести и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 68 больных бронхиальной астмой средней степени тяжести течения, находившихся на стационарном лечении в ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в возрасте от 18-65 лет за период 2019-2024 год. Из них мужчин 29 (42,64%), женщин39(57,36%). Стаж заболевания от 5 до 25 лет. При исследовании использованы общеклинические методы исследования, анализ мокроты, R-графия легких, ФВД, УЗИ внутренних органов, эндоскопия.

Результаты и их обсуждения. Все больные были распределены на две группы. Первую группу составили 42(61,8 %) больных, у которых имелись гастроэтерологические жалобы (проявления ГЭРБ различной степени тяжести). Во вторую группу вошли– 26(38,2%) больных, не имеющих гастроэнтерологические жалобы.

В ходе исследования доказана высокая частота вовлечения в патологический процесс пищеварительной системы у больных БА, даже во второй группе. При детальном опросе и исследовании у больных второй группы также выявлена патология со стороны ЖКТ. Все больные получали базисную терапию БАв соответствие с тяжестью заболевания: ингаляционные кортикостероиды, бета 2-агонисты пролонгированного действия, бронхолитики короткого действия, антилейкотриены, мукорегуляторы. Пациентам с патологическим гастроэзофагеальным рефлексом проводилась медикаментозная коррекция, включающая препараты нольпаза(рабепрозол), омепрозол 20-40 mg в сутки и домперидон 30 mg в сутки. Во избежание полипрагмазии и побочных действий лекарственных препаратов лечение больным подбиралось индивидуально. Кроме того, всем больным, особенно первой группы, были даны рекомендации по изменению образа жизни: отказ от курения и алкоголя, воздержание от неконтролируемого употребления лекарственных средств без надобности, особенно НПВП, контроль массы тела, соблюдение диеты, дробное питание, исключение газированных напитков, острого, не носить одежду с тесным поясом.На фоне комбинированной терапии отмечалось уменьшение выраженности проявлений респираторной симптоматики и диспепсических проявлений. Частота приступов, продолжительность и выраженность их значительно уменьшились. Отмечался прирост показателей ФВД: ЖЕЛ на 11,7% в первой группе и на 9,7% во второй. Кроме того, при медикаментозной коррекции ГЭРБ происходило снижение потребности в лекарственных средствах, особенно в бронходилататорах короткого действия в 2 раза, улучшению клинической картины и повышению качества жизни.

Выводы. Включение в программы базисной терапии БА в сочетании ГЭРБ современных ингибиторов протоновой помпы и прокинетиков, изменения образа жизни приводит к более быстрому купированию клинической симптоматики, улучшению показателей ФВД, уменьшению потребности в лекарственных препаратах, особенно бронхолитиках кроткого действия.

Субханова З.И.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И БЕРЕМЕННОСТЬ

Кафедра внутреннихболезней №3 ТГМУ им. АбуалиибниСино. Душанбе.Таджикистан

Цель исследования.Изучить влияние беременности на течение бронхиальной астмы (БА) средней степени тяжести.

Материал и методы исследования. Исследование проведено на базе пульмонологического отделения ГУ НМЦ РТ «Шахракишифобахш». Под нашим наблюдением находились 16 больных БА средней степени тяжести в

возрасте от 19 до 34 лет.Всем больным с учетом состояния проводились клинические, биохимические и инструментальные исследования (УЗИ), наблюдение гинеколога.

Результаты исследования и их обсуждение. Результат исследования показал, что БА и беременность необходимо рассматривать как потенциально взаимно отягощающие состояния, что требует внесения существенных корректив как в режим ведения беременности, так и в образ жизни беременной. В зависимости от течения БА у беременных все больные были распределены на 3 группы. Первую группу составили 6 (39,5%) беременных, у которых наблюдалось улучшение течения БА. Вторую группу вошли4 (25%), у которых не изменилось течение БА с наступлением беременности. В третью группу вошли 6 (37,5%), где БА при беременности протекала тяжело с ежедневными приступами удушья, нестойким эффектом лечения особенно в первом триместре беременности. У 13(81,25%) БА началась до беременности, у 3(18,75%) во время беременности.При опросе больных первой и второй группы выяснилось, что почти все они находились под терапевтическим контролем БА.Отсутствие терапевтического контроля астмы в третьей группе создало серьезную угрозу как для женщины так и для ее плода. Постоянная и частая гипоксия в 2 случаях стала причиной задержки развития плода.У 4 (66,6%) женщин третьей группы наблюдали обострения ГЭРБ. Во второй и, особенно, в третьей группах наблюдали более тяжелый ранний токсикоз по сравнению с первой. Основу базисной терапии БА составили ингаляционные кортикостероиды. В первой группе больных, если приступы не беспокоили, обходились применением бронхорасширяющих препаратов в виде ингаляторов (сальбутамол) по требованию. Если течение БА на фоне беременности улучшалось, то наблюдали постепенную и стойкую ремиссию в течение всего срока. При ведении этих больных крайне важно исключить любые факторы провоцирующие обострение БА. Любое назначение, включая «безобидные» витамины должны быть обоснованы врачом. Только в этом случае безопасность приема ингаляционных кортикостероидов и других препаратов будет контролируемой и минимальной. При обострении БА на любом сроке показана госпитализация. Не сама астма, а отсутствие контроля астмы при беременности создает серьезную угрозу как для женщины и ее плода.

Выводы. Таким образом, существует серьезная проблема БА у женщин в период гестации. Необходимаадекватная терапевтическая поддержка - не отмена лечения, а продолжение по стандартному протоколу, постоянно отслеживать состояние функции внешнего дыхания и уровня оксигенации крови матери, а также динамику развития плода.

Сулаймонова Ш.А., Бобоев Ф.Д., Шарифбоев А.Х.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕЛАТОНИНА В КОМБИНАЦИИ С ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИЕЙ У ПОЖИЛЫХ ЛИЦ ДЛЯ СИНХРОНИЗАЦИИ ЦИРКАДНЫХ РИТМОВ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

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

Цель исследования. Оценить динамику частоты рассогласования циркадных ритмов систолического (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) по данным суточного мониторирования АД (СМАД) у пожилых лиц с артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы исследования. Обследованы 65 лиц с АГ II–III степени. Средний возраст составил 69,6±5,4 лет. Из них 44 (67,7%) – страдали II и 21 (32,3%) – III степенью АГ. Всем обследуемым дважды выполняли СМАД, по данным которого выявляли пациентов, имеющих рассогласование циркадных ритмов САД и ДАД. При этом исходно СМАД проводили без медикаментозного фона и повторно – через 12±4 недели: пациентам, имеющим синхронные циркадные ритмы САД и ДАД – на фоне гипотензивной терапии (ГТ); пациентам, имеющим рассогласование циркадных ритмов САД и ДАД, – на фоне перорального приёма мелатонина в дозе 3 мг в сутки в течение двух недель в комбинации с гипотензивными препаратами. ГТ проводилась в режиме комбинированной терапии (бисопролол – 5 мг, амлодипин – 5мг, лозартан 50–100 мг и индапамид 1,5 мг в сутки) в индивидуально подобранных дозах. Оценивали динамику частоты рассогласования суточных ритмов САД и ДАД на фоне комбинации мелатонина и ГТ через 12±4 недели.

Результаты исследования. Исходно частота рассогласования циркадных ритмов САД и ДАД выявлена у 26 из 65 (40%), через 12±4 недели – у 8 из 65 (12,3%) пожилых лиц с АГ II-III стадии. В динамике частота данного феномена снизилась на 27,7% по сравнению с данными исходного СМАД. При этом на фоне перорального приёма мелатонина в течение 2 недель в комбинации с ГТ синхронизация суточных ритмов САД и ДАД достигнута у 18 из 26 (69,2%) пациентов с АГ II-III степени, имеющих рассогласование циркадных ритмов САД и ДАД по данным исходного СМАД.

Выводы. Рассогласование суточных ритмов САД и ДАД у лиц пожилого возраста с артериальной гипертензией II-III степени является проявлением внутреннего десинхроноза, обусловленного артериальной гипертензией. Таким образом, применение хронобиотика мелатонина в комбинации с гипотензивной терапии у пожилых лиц с АГ целесообразно в целях синхронизации суточных ритмов САД и ДАД.

Сулаймонова Ш.А., Бобоев Ф.Д., Хурсанов Б.Ш.

ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

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

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность использования фиксированной комбинации гипотензивной терапии (ГТ) у пожилых пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в сравнении с лечением свободными комбинациями.

Материал и методы исследования. В исследование вошли 58 пациентов с диагнозом АГ II-III степени, в возрасте 62-70 лет. Обследуемым было проведено исследование уровня креатинина, калия, мочевой кислоты, липидов

крови и глюкозы натощак, а также ЭКГ, суточное мониторирование АД (СМАД). На момент включения в исследование среднее систолическое АД (САД) составило 163,4±14,6, а среднее диастолическое АД (ДАД) – 91,6±9,8ммHg. У всех пациентов отмечено неконтролируемая АГ на фоне ранее назначенной ГТ свободными комбинациями. Наряду с рядом препаратов (дезагреганты, статины, бета-блокаторы), традиционно включаемых в лечение пациентов с АГ, к терапии была добавлена трехкомпонентная фиксированная комбинация (ТФК), содержащая амлодипин, индапамид, периндоприл в разных дозировках от 5+1,25+4 мг до 10+2,5+8 мг 1 раз в сутки.

Результаты исследования. Положительная динамика при использовании ТФК (амлодипина, индапамида, периндоприла) отмечена у всех пациентов через 3 месяца лечения. Среди подавляющего количества пациентов (84%) с ранее предшествующей неэффективной ГТ на фоне приема произвольных свободных комбинаций гипотензивных препаратов (ГП), удалось добиться целевых уровней АД =130/80 ммHg, при этом отмечено статистически значимое понижение среднесуточных показателей САД 126,4±8,5 и ДАД 80,2±3,9 ммHg, в основном в ночное время. В сочетании амлодипина, индапамида, периндоприла в дозах 5+2,5+8 мг в сутки был получен наилучший гипотензивный эффект. Значимых побочных эффектов, требующих отмены препарата, нами не было зарегистрировано.

Выводы. Результаты проведенного исследования позволяют сделать вывод, что использование трехкомпонентная фиксированная комбинация гипотензивной терапии является предпочтительной альтернативой терапии свободными комбинациями. Индивидуально и правильно сделанный выбор гипотензивной терапии увеличивает эффективность и безопасность лечения пожилых больных с артериальной гипертензией. Использование данной комбинации в разных дозировках в одной таблетке, позволяет усилить приверженность больного к лечению в отличие от ранее неэффективной моно-и двухкомпонентной гипотензивной терапией.

Сундукова Е.А., Аскерова А.А., Аббасова С.Г.

РОЛЬ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ТЕЧЕНИИ И ИСХОДАХ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Кафедра внутренних болезней медицинского института БУ ВО Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет», Россия

Цель исследования: оценить структуру, влияние и значимость коморбидной патологии на исходы острой новой коронавирусной инфекции.

Материалы и методы: Исследование проведено в соответствии с планом НИР кафедры медицинского института СурГУ и темы «Предикторы генеза развития, течения и исходов хронических и коморбидно протекающих заболеваний» (№ АААА-А19-119062490051-6 и № 123060100028 – 5). Соблюдены требования законодательства и биомедицинской этики. За период 2020-2024 годы проведено обследование 300 стационарных больных с острой COVID-19-инфекцией, пролеченных на базе протиковидного госпиталя ГАУЗ КО «Калужский областной специализированный центр инфекционных заболеваний и СПИД» г. Калуга с марта 2020 г. по апрель 2024 г. Диагнозы новой коронавирусной инфекции и всей патологии внутренних органов устанавливали по стандартам диагностики на основании актуальных клинических рекомендаций. Изучены гендерно-возрастные параметры, число хронических неифекционных заболеваний у пациентов, имеющих место до Sars-Cov-2-инфицирования, индекс коморбидности М. Чарлсон (ИКЧ). Статистическая обработка проведена на компьютере программой Statistica 10.0. Рассчитаны 95% доверительный интервал (95% ДИ).

Результаты исследования: Возраст больных варьировал от 18 до 95 лет, составив в среднем 66,8±0,81 (95% ДИ 63,7 – 69,8) лет. Лица пенсионного возраста составили 237 (79%) человек. Соотношения больных мужчины/женщины равнялось 234 (78%) к 66 (22%). По степени тяжести течения острого COVID-19 больные были разделены на группы: пациенты, перенесшие легкую форму заболевания (n=30; 10%), среднетяжелую (n=30; 10%), тяжелую (n=150; 50%) и крайне тяжелую (n=90; 30%). Преобладали коморбидные больные с хронической соматической патологией - в 271 (93%) против 29 (7%) случаев (p=0,0001). Пациенты молодого возраста не имели сопутствующей патологии.

Число хронических заболеваний составило 6,08±0,09 (95% ДИ 4,75 – 6,27). Индекс коморбидности Чарльсона - 5,76±0,16 (95% ДИ 4,8 – 5,9) баллов.

Структура коморбидной патологии представлена следующим образом: АГ (84%), ИБС (79%), ожирение различной степени выраженности (суммарно – 56%), СД 2 типа (44,3%). Мультисистемный атеросклеротический процесс с поражением периферических артерий (мозговых, нижних конечностей) кроме коронарного был диагностирован еще у 42,3% больных с острой фазой COVID-19-инфекции. У 50,3% больных была выявлена хроническая сердечная недостаточность, 13% пролеченных имели в анамнезе перенесенные острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и инфаркт миокарда (ИМ), что привело к синдромам церебро-васкулярной недостаточности (ЦВБ) и хронической сердечной недостаточности (ХСН). У 226 больных (75,3%) COVID-19-инфекция протекала с мультисистемным воспалительным синдромом. Летальность составила более половины случаев – скончались 153 человека (57%).

Выводы:

1. Коморбидные больные с COVID-19-инфекцией отличаются высоким риском развития тяжелого варианта ее течения и неблагоприятным исходом.
2. Среди коморбидной патологии преобладала метаболически ассоциированная коморбидность, в том числе на терминальных стадиях метаболического синдрома.
3. Это определило высокие показатели летальности от тяжелой COVID-19-инфекции.

Сундукова Е.А., Аббасова С.Г., Арямкина О.Л.

ДИСФУНКЦИЯ ПОЧЕК ПРИ ОСТРОМ ТЕЧЕНИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ

Кафедра внутренних болезней медицинского института БУ ВО Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет», Россия

Цель исследования: изучить варианты развития и особенности течения почечного повреждения у коморбидных больных с новой острой коронавирусной инфекцией.

Материалы и методы: Работа проведена в соответствии с планом НИР кафедры внутренних болезней и зарегистрированной темы «Предикторы генеза развития, течения и исходов хронических и коморбидно протекающих заболеваний» (№ АААА-А19-119062490051-6 и № 123060100028 – 5) с соблюдением требований биомедицинской этики. За период 2020-2024 годы проведено обследованы 300 стационарных больных с острой COVID-19 инфекцией, пролеченных в протиковидном госпитале ГАУЗ КО «Калужский областной специализированный центр инфекционных заболеваний и СПИД» г. Калуга с марта 2020 г. по апрель 2024 г. Диагнозы новой коронавирусной инфекции и коморбидной патологии установлены в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями. Фактический материал обработан пакетом Statistica 10.0.

Результаты исследования: Средний возраст больных составил 66,8±0,81 (95% ДИ 63,7 – 69,8) лет с преобладанием лиц пожилого и старческого возраста (n=237; 79%), а соотношение мужчин к женщинам составило ¾ к ¼ - 234 к 63, или 78% к 22% соответственно. Тяжелое течение COVID-19-инфекции было в половине случаев (n=150; 50%), а крайне тяжелое у трети больных (n=90; 30%). Из 300 больных 271 (93%) имели метаболически ассоциированную патологию, представленную ожирением (56%), СД 2 типа (44,3%), АГ (84%), ИБС (79%) и другие терапевтические заболевания. Число хронических неинфекционных заболеваний достигало 6,08±0,09 (95% ДИ 4,75 – 6,27), а ИКЧ - 5,76±0,16 (95% ДИ 4,8 – 5,9) баллов. У 298 больных диагностирована дисфункция почек различной степени тяжести - хроническая болезнь почек (ХБП) была выявлена у 218 (73,2%), острое почечное повреждение (ОПП) - у 35 (11,8%), ОПП/ХБП - у 45 (15,1%) больных. Показатель СКФ в трех подгруппах больных варьировала от 89 мл/мин/1,73м^2 до 2мл/мин/1,73м^2, составив при ХБП 28,9 мл/мин/1,73м^2 (ХБП С4 стадии). При ОПП значения креатинина достигли 753 ммоль/л, а СКФ - 5 мл/мин/1,73м^2. Из них пациент (0,34%) имел в анамнезе терминальную почечную недостаточность в рамках диабетического гломерулосклероза, в связи с чем за 3 месяца до госпитализации с COVID-19 начал получать программный гемодиализ. Была выявлена статистически значимая коморбидность при острой COVID-19-инфекции у коморбидных больных для ХБП и ее прогрессирования получена при наличии у них сердечно-сосудистой патологии – АГ, ИБС и мультисистемного атеросклероза (ДК 9,77; J 94,2), а также СД 2 типа. ОПП с 95%-99% вероятностью чаще осложняла течение COVID-19-инфекции при наличии у коморбидных больных исходной дисфункции почек – в 1,29 раз при ожирении/морбидном ожирении, в 1,19 раз при СД 2 типа, АГ, ИБС. Каждый второй коморбидный больной с острым COVID-инфицированием и с дисфункцией почек скончался от новой коронавирусной инфекции в стационаре – 153 (51%) из 300 госпитальных пациентов, при этом в 10,8 раз чаще с наличием ХБП – 140 (91,5% от числа умерших и 55,3% от больных с ХБП) чем с только ОПП - против 13 (8,5% от числа умерших и 28,9% от числа больных с ОПП) (p=0,0001) с гломерулярными или тубулоинтерстициальными повреждениями

Выводы: У 99,3% пациентов имели почечную дисфункцию различной степени тяжести - ХБП, ОПП, ОПП/ХБП. Почечные повреждения развивались на фоне коморбидной патологии и острого вирусного процесса с развитием тромбоваскулита. Мочевой синдром, соответсвовал либо гломерулярному либо тубулярному повреждению почек.

Сундукова Е.А., Аскерова А.А., Арямкина О.Л.

ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ COVID-19-ИНФЕКЦИЕЙ У КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ

Кафедра внутренних болезней медицинского института БУ ВО Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет», Россия

Цель исследования: изучить влияние новой коронавирусной инфекции на инфекции мочевыводящих путей при исходной коморбидной патологией.

Материалы и методы: Исследование по плану НИР кафедры в рамках темы «Предикторы генеза развития, течения и исходов хронических и коморбидно протекающих заболеваний» (№ АААА-А19-119062490051-6 и № 123060100028 – 5) с соблюдением требований биомедицинской этики. За период 2020-2024 годы проведено одномоментное исследование по изучению дисфункции почек при новой коронавирусной инфекции в острую ее фазу. Исследование выполнено методом комбинированно выборки с включением 300 стационарных больных с острой COVID-19 инфекцией, у 271 (93%) человек из которых зарегистрированы хронические неинфекционные коморбидные заболевания. Пациенты получали лечение в противоковидном госпитале г Калуга. Период исследования: март 2020 г. - апрель 2024 г. Средний возраст - 66,8±0,81 (95% ДИ 63,7 – 69,8) лет. Индекс коморбидности Чарльсона - 5,76±0,16 (95% ДИ 4,8 – 5,9) баллов. У всех больных было диагностировано поражение легких Sars-Cov-2-этиологии (2-4 степени по КТ). Изучены течение и исходы новой коронавирусной инфекции, патологии и дисфункции почек у коморбидных больных. Диагнозы Sars-Cov-2-инфекции, хронических неинфекционных заболеваний и патологии почек установлены в соответствии с клиническими рекомендациями. Статистические расчеты проведены программой Statistica 10.0. Рассчитаны диагностический коэффициент (ДК) и его информативность (J).

Результаты исследования: у 179 (59,7%) больных была выявлена инфекция мочевыводящих путей (спустя 48 часов после госпитализации). У 180 (60%) больных отмечались жалобы на лихорадку, озноб, боли внизу живота и

в области поясницы, изменение цвета мочи, неприятный запах мочи, жжение при мочеиспускании, частые императивные позывы, дизурию, никтурию, поллакиурию. У нескольких пациентов клиническая симптоматика инфекционного заболевания не была лабораторно подтверждена.

При бактериологическом исследовании мочи были выделены следующие возбудители Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumoniae, S. aureus, Pseudomonas aeruginosa. В анамнезе инфекция мочевых путей была у 20 (13%) больных. У 6 (2%) пациентов в день госпитализации была выявлена бактериурия.

При статистическом исследовании удалось выявить значимость фактора инфекции мочеполовой системы для развития острого почечного повреждения у коморбидных больных (ДК 11,4; J 78,5). Летальность составила 153 человека (57%).

Продолжается исследование патогенеза неспецифических (бактериальных) осложнений при SARS-CoV-2. Коронавирус до сих пор не получен из мочевыводящих путей, что доказывает опосредованное влияние COVID-19 на иммунные механизмы с активацией медиаторов воспаления. Но не исключается гипотеза “hit and run”, подтверждающая транзиторный характер бактериального поражения мочевого тракта.

Выводы:

1. Бактериальная инфекция мочеполовой системы повышает риск летального исхода у коморбидных больных, перенесших COVID-19.
2. Патогенная флора вызывает острую почечную дисфункцию или декомпенсацию имеющегося в анамнезе патогенного процесса.
3. Возможно опосредованное влияние SARS-CoV-2-инфекции на повреждение структур почек.

Табаров Э.М., Замонов З.А.

СТРУКТУРА ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

ГУ Городской центр здоровья №12. Таджикистан.

Цель исследования. Выявить основные факторы риска (ФР) ишемического болезни сердца (ИБС) среди населения в возрасте от 40 до 55 лет.

Материал и методы. Исследование проводилось на Государственном учреждения Городского центра здоровья №12 (ГУ ГЦЗ№12). Было обследовано 87 пациента в возрасте от 40 до 55 лет, средний возраст которых составил 46±7лет. Среди них было 57(65,3%) женщин и 30(34,1%) мужчин. Проводилась оценка ФР ИБС на основании изучения анамнеза заболевания и жизни, биохимического анализа крови общего холестерина, сахара крови, индекса массы тела (ИМТ) и изучения фактора риска ИБС как наследственности. Для выявления АГ и его степеней проводилось измерение АД. Использовали двукратное измерение АД по методу Короткова.

Результаты исследования. Анализ ФР показал, что 5 (18,2%) больных мужчин имели в анамнезе вредные привычки (курение, алкоголь). У 12 (46,8%) пациентов отмечалась избыточная масса тела (ИМТ), показатель индекса массы тела (ИМТ) был выше 28кг/м², причем среди них женщин 9 (75%) и 3 (25%) у мужчин. Гиперхолестеринемия (>7,2ммоль/л) выявлена у 15 (58.1%) больных, в том числе у 5 (35,9%) мужчин и 10 (65,7%) женщин. Сахарным диабетом страдали 12 (47,8%) пациентов, средняя величина сахара крови натощак была выше 7,84 ммоль/л, из них было женщин 7 (56%) и 5 (44%) мужчин. В результате исследования было выяснено, что из 87 пациентов у 26 (29,9%) наблюдалось повышение АД, причем у 19 (73,5%) имелась I степень АГ и 7 (26,5%) II, III степени АГ, согласно классификация ВНОК 2018. Данные семейного анамнеза показали, что генетическая предрасположенность к ИБС наблюдалась у 18 (62,3%). Этот показатель среди мужчин был 7 (38,9%) и у 11 (61,3%) женщин.

Выводы. Наиболее часто встречаются такие ФР у больных трудоспособного возраста с ИБС как гиперхолестеринемия 58,1%, сахарный диабет 47,8% и ИМТ выше 46,8%. Семейным врачам и кардиологам следует больше уделять внимания на выявлению и профилактике ИБС у населения трудоспособного возраста.

Тагабаева Г.К., Исмонова М.

ПРИМЕНЕНИЕ КОЛЬПОСКОПИИ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МЕТОД ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

ГУ Городской центр здоровья №1, 3. Таджикистан

Цель работы. Доклиническая диагностика заболеваний шейки матки у женщин репродуктивного возраста путём кольпоскопического исследования.

Материал и методы. За период от 2019 до 2020 года нами в ГЦЗ г.Душанбе обследовано 224 женщин, обратившихся на консультацию с различными гинекологическими заболеваниями в возрасте от 30 до 46 лет. Всем пациенткам проведено комплексное профилактическое обследование с включением метода классической и расширенной кольпоскопии на портативном аппарате Digital Video Colposcope 1293, производство компании Promis Medical (Australia). Проводился осмотр терапевтом. Тщательно собран анамнез.

Результаты и обсуждение. В результате проведённых комплексных клиникоэндоскопических исследований практически здоровыми оказались 66 (29,5%) женщин. У 158 (70,5%) женщин выявлены те или иные заболевания, в том числе: экзоцервициты у 42 (26,6%), эндометриоз шейки матки у 9 (5,7%), псевдоэрозии и эрозии шейки матки 34 (21,5%), полип шейки матки у 5 (3,2%), простая и частично перекрытая эктопия у 19 16 (12,0%), старые разрывы и рубцы шейки матки у 8 (5,1%), сужение и заращение шейки матки у 5 (3,2%), папиллома шейки матки у 4 (2,5%), цервициты, вызванные герпетической и грибковой инфекцией у 28 (17,7%), лейкоплакия у 4 (2,5%) женщин.

Учитывая клинико-эхографический прогноз, женщины, у которых были выявлены значимые расхождения в диагностике отнесены в группе активного наблюдения у онкогинеколога. Результат исследований показывает, что 70,5% женщин имели различные патологические изменения шейки матки. Из них 24,6% женщин не имели каких-либо жалоб и клинических признаков.

Вывод. Таким образом, кольпоскопия рекомендуется для широкого внедрения в практику акушеров-гинекологов с целью комплексного проведения диагностических мероприятий. Ввиду применения в современных кольпоскопах цифровых видеосистем с программным обеспечением эффективность данного метода диагностики существенно повышается, что позволяет провести адекватное своевременное лечение.

Таджиддинов Т.Б.[1], Абдуллозода С.М.[2], Исоева М.Б.[1]

СТРУКТУРА И ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА В ГИССАРСКОМ РАЙОНЕ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

[1]Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино
[2]Кафедра эпидемиологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Цель исследования. Анализировать структуру и течение ишемического инсульта в зависимости от пола и возраста в Гиссарском районе Республики Таджикистан.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе кафедры неврологии психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино и включало в себя ретроспективно-проспективный метод исследования пациентов регистром мозгового инсульта. Были получены данные о больных, находившихся на стационарном лечении в неврологических отделениях Национального медицинского центра Республики Таджикистан из Гиссарского района и в неврологическом отделении центральной районной больницы г. Гиссар, за период с 1 января 2022г. по 31 декабря 2023 г. с подтверждённым клиническим диагнозом: острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), по ишемическому или геморрагическому типу, или ТИА. ОНМК, по поводу которого пациент был госпитализирован и включён в регистр, получил статус референсного.

Результаты исследования. За период наблюдения согласно критериям включения и исключения были заполнены регистры мозгового инсульта (МИ) на 856 человек. Из них 469 (54,8%) составили пациенты женского пола - 66,4±13,1, средний возраст - и 387 (45,2%) человек - пациенты мужского пола, средний возраст - 57,5±18,6 ($p<0,05$). Гендерный индекс составил 1,2:1 в пользу женщин. Доля больных с ишемическим инсультом (ИИ) среди всех ОНМК составила 75,6% (647 пациентов). Из всех пациентов с ИИ пациенты женского пола составили 364 (56,3%), средний возраст - 65,3±16,4, пациенты мужского пола составили 283 (43,7%) человек, средний возраст - 60,6±15,7. Гендерный индекс составил 1.3:1 в пользу женщин с ИИ. Среди всех ОНМК имеется некоторое преобладание доли лиц мужского пола в молодом и среднем возрасте над женским полом (16,0% и 25,3% против 14,5% и 23,2% соответственно). В категории пожилого и старческого возраста количество женщин в процентном соотношении увеличивается по отношению к лицам мужского пола (29,4% и 32,8% против 27,6% и 31,0% соответственно).

У женщин атеротромботический подтип (АТ) ИИ наблюдался у 115 (31,6%) пациентов, кардио-эмболический (КЭ) ИИ –у 73 (20,1%), больные с лакунарным подтипом (ЛИ) ИИ составили 19,0% (n=69), пациенты с гемодинамическим (ГД) – 8,8% (n=32).

Достоверные различия между полами получены по категориям АТ и КЭ, ковид-ассоциируемый инсульт был определен у 43 (15,2%) пациентов.

Распределение подтипов ИИ в зависимости от возраста и пола показано что с возрастом увеличивается доля АТ- инсультов как у мужчин, так и у женщин. Доля КЭ инсультов колеблется в постоянном диапазоне, но у женщин достоверно меньший % КЭ по всем возрастным категориям 17,6%, 19,1%, 16,7%, 17,2% против 23,4%, 23,2%, 25,3%, 22,7% у мужчин соответственно ($p<0,05$). У женщин было выявлено увеличение доли ГИ инсультов и ковид-ассоциированных ИИ. У женщин ГД в старческом составили 15,5%, у мужчин 9,3%.

Динамика изменения неврологического дефицита по оценкам, проведённым по разным, принятым в медицинских исследованиях, оценочным тестам и шкалам. Были рассмотрены показатели как межгрупповые, так и гендерные различия внутри каждой группы. Балльная выраженность неврологической симптоматики оценивалась по шкале NIHSS. Из рисунка 4 видно, что у женщин была более выраженная неврологическая симптоматика по сравнению с мужчинами (14,2 балла у мужчин, 16,3 балла у женщин ($p <0,05$)), в динамике у мужчин наблюдался более быстрый регресс симптоматики (9,2 балла у мужчин, 11,4 балла у женщин ($p <0,05$)).

Выводы. Результаты впервые проведённого в Гиссарском районе регистр мозгового инсульта подтвердили высокий уровень заболеваемости.

Таджидинов Т.Б., Тоҷиддинов У.А., Раҳимзода О.Ш.

МУАЙЯН КАРДАНИ ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКИИ ИХТИЛОЛИ АСАБ ДАР БЕМОРОН ҲАНГОМИ ТАБОБАТИ СТОМАТОЛОҶӢ

Кафедраи асабшиносӣ, психиатрия ва психологияи тиббии ба номи профессор М.Ғ. Ғуломов МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино». Тоҷикистон.

Мақсади омӯзиш. Муайян кардани хусусиятҳо, сабабҳо, имкони пешгирӣ ва ислохи ихтилоли асаб, ки дар беморон ҳангоми муоличаи стоматологӣ ба вучуд меоянд.

Мавод ва усул. Бемориҳои минтақаи ҷоғу рӯй одатан бо ихтилои назараси системаи марказии асаб тавсиф мешаванд. Ин бо ду омили асосӣ вобаста аст: Аввалан муносибати наздики минтақаи ҷоғу рӯй бо мағзи сар ва

ҳароммаѓз муайян карда шудааст. Аз ин рӯ интиқоли ноороми аз бофтаҳо ва узвҳои рӯй, ковокии даҳон мустақиман ба қисмҳои алоҳидаи майна ва ҳароммаѓз интиқол дода мешавад, ки аксуламалҳои гуногунро фаро мегирад. Дуюм дар шароити патологӣ ин навъи тағйиротҳои равонӣ инкишоф меёбад. Вақте ки дар одам дандонҳои ҷоғ, бофтаи минтақаҳои переодонталӣ дард мекунад ва ҳатто агар бо тағйироти беруна, тағйирёбии патологӣ дар рӯҳияи инсон ба амал меояд.

Дар тиб ҳолатҳое вазнини дардкаше дар бемориҳои минтақаи ҷоғу руй чандин маротиба қайд шудааст, ки оқибат ба вайроншавии асабҳо ҳатто бо ҳолатҳои вазнини равонии беморон оварда мерасонад.

Аз ҳама дарди шадид ва нороҳаткунанда ин дарди дандон мебошад, ки аксар беморонро ба бемории рӯҳӣ ва вайроншавии асаб оварда мерасонад. Ҳолатҳое мушоҳида мешаванд, ки қатори бемориҳои рӯҳӣ ва неврологиро дарди дандонҳо ҳамроҳӣ мекунад.

Натичаҳои тадқиқот. имкониятҳои таснифоти клиникии ихтилоли асабро, ки дар беморон ҳангоми муоличаи дандонпизишкӣ, васеъ мекунанд ва инчунин барои сари вақт муайян кардани пешгӯиҳо, ҳаҷм ва усулҳои табобат, самаранокӣ, коҳиш ва пешгирии зуҳуроти дардовар нигаронида шудаанд. Далели он аст, ки вазъи стоматологии бемор ба ҳолати устухонҳои косахонаи сар ва гардан таъсир мерасонад. Агар дандонҳо намерасанд, газидан деформатсия мешавад, дандонҳо нобаробар ва ё табобати нодурусти стоматологӣ анҷом дода мешавад, пас косахонаи сар ва сутунмӯҳра ва тавассути онҳо ба системаи асаб таъсири манфӣ мерасонад. Аз тарафи дигар, ислоҳи газидан ва рост кардани дандонҳо, пур кардани маҷмӯи пурраи дандонҳо бо имплантатсия боиси аз байн рафтани аломатҳои зиёди асабӣ мегардад, ки беморро солҳои зиёд азоб медоданд. Ба муоличаи стоматологӣ (ислоҳи газидан, имплантатсия ва протезсозӣ) муносибати ҳамаҷониби кардан лозим аст.

Хулоса. Ҳамин тавр тақрибан 95 % беморони стоматология аз тарс ва ваҳм ва ҳолати депресӣ бемории худро алоқаманд медонанд. Табобат бояд комплексӣ бошад дар ҳамбастагӣ бо асабшинос, рӯҳшинос ва ба стоматолог ба роҳ монда шавад.

Таджидинов Т.Б., Исоева М.Б., Камарова М.А.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЛИЦ ЖЕНСКОГО ПОЛА В ГИССАРСКОМ РАЙОНЕ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гуломова
ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Цель исследования. Изучить распространённость факторов риска инсульта у лиц женского пола Гиссарского района.

Материал и методы исследования. Эпидемиологическое исследование проводилось среди популяции Гиссарского района Республики Таджикистан. В данном районе проживают более 270 тыс. населения. Исследование проводилось в соответствии с принятыми стандартами оценки эпидемиологической ситуации в регионе. Оно проводилось на основании данных обследования всех возможных случаев инсульта в Гиссарском районе республики. Стационарную помощь больные с острым нарушением кровообращения или с подозрением на него из изучаемого района получали госпитализацией в неврологическое отделение Центральной районной больницы Гиссара.

Результаты исследования. Среди факторов риска у пациентов с ИИ у лиц женского пола значимо ($p<0,001$) преобладает АГ, отмеченная у 327 пациентов (89,8%).

Сопутствующие заболевания сердца выявлены у 40,4% женщин с ИИ, у мужчин достоверно меньше встречалась эта патология – в 29,0% случаев. Курение как фактор риска отмечен у мужчин в достаточно высоком проценте – 50,5%, у женщин высоко значимо этот фактор был меньше – 2,2% случаев ($p<0,001$). Фибрилляция предсердий (ФП) преобладала у женщин - у 20,1% пациентов. У женщин также был высокий процент пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД-2) - 37,1%, у мужчин этот показатель был ниже и составил – 25,6% ($p<0,05$). Сахарный диабет 2 типа чаще встречался у лиц женского пола в 37,1% случаях (у мужчин этот показатель был значимо меньше – в 26,5% случаях).

Метаболический синдром (МС) преобладал в группе у женщин – почти в два раза в 69,8% случаях, по сравнению с мужчинами – 36,7% ($p<0,005$). Коронавирусная инфекция в анамнезе отмечена у 73,6% женщин с ИИ, и у 62,2% мужчин с ИИ (т.3.3).

У 55,7% представителей женского пола диагностирована синусовая аритмия, у 249 (68,4%) – тахикардия, причём у 114 (45,9%) из них на фоне тахиаритмии), 136 (37,4%) больных страдали брадикардией, причём 24 (17,6%) из них брадиаритмией. Большое число экстрасистолий констатированы нами у 113 (31,0%) больных. У 247 (67,9%) исследуемых нами констатированы сочетания ранней реполяризации желудочков с: неполной блокадой правой ножки пучка Гисса – 123 (33,8%) исследуемый, синусовой аритмией – 89 (24,5%), экстрасистолией – 2 пациента.

Среднее артериальное давление (САД), частота сердечных сокращений (ЧСС), объем артериальной крови (УО), сердечный выброс (СВ) и частота сердечных сокращений использовались для изучения характеристик центральной гемодинамической системы. Эти показатели сравнивались в динамике -в течении острейшего периода (1-5 дней), и острого периода (10-20 дней). Полученные данные показали, что параметры системы гемодинамики у женщин имели достоверно более высокие значения в острейший период заболевания по сравнению с мужчинами с ИИ. В динамике в острый период показатели центральной гемодинамики восстанавливались у женщин медленнее.

Анкетирование показало, что синдром нарушений сна отмечали 276 (75,8%) обследованных женщин, что достоверно чаще по сравнению с лицами мужского пола – 181 (64,0%) ($p<0,05$). Среди обследуемых 89 (32,2%) имели пограничное состояние (по анкете -19-21 баллов), а у 123 (44,9%) больных была выраженная инсомния (менее 19 баллов).

Выводы. Для проведения профилактических мер необходима комплексная оценка факторов риска с использованием международных шкал.

Таджидинов Т.Б., Абдуллозода С.М.

КОРРИГИРУЕМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ИНСУЛЬТА В ГОРОДСКОЙ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Кафедра неврологии, психиатрии и клинической психологии им. профессора Гулямова М.Г. и кафедра эпидемиологии им. профессора Рафиева Х.К. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Целью данного исследования является изучение распространённости корригируемых факторов риска инсульта среди пациентов, проживающих в городской местности (Душанбе) и сельской местности (Гиссар), с учётом особенностей их образа жизни и условий проживания. Особое внимание уделено сравнительному анализу распространённости курения, артериальной гипертензии и метаболических нарушений среди пациентов двух групп.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 1050 пациентов с первичным инсультом, среди которых 550 человек проживают в городе Душанбе и 500 — в сельской местности Гиссара. Средний возраст участников составил 60±9 лет, и среди них 560 мужчин (53,3%) и 490 женщин (46,7%). Исследование включало пациентов с двумя типами инсульта: геморрагический инсульт (ГИ) был зарегистрирован у 260 пациентов (24,8%), ишемический инсульт (ИИ) — у 790 пациентов (75,2%). Оценивались такие факторы риска, как курение, артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия и сахарный диабет (СД). Статистический анализ был выполнен с применением критерия χ^2 Пирсона.

Результаты исследования. Анализ данных показал, что в городской местности (Душанбе) курение является более распространённым фактором риска, чем в сельской местности (Гиссар). Частота курения среди городских мужчин составила 48% по сравнению с 36% среди сельских жителей ($p < 0,01$). Среди женщин в Душанбе курение также встречалось чаще (20% против 12% в Гиссаре; $p < 0,05$). Эти данные свидетельствуют о большей доступности табачных изделий и менее активных профилактических мерах в городской среде. В то же время артериальная гипертензия была более распространена среди сельских жителей. В Гиссаре 94% пациентов имели АГ, по сравнению с 89% в Душанбе ($p < 0,05$). Это может быть связано с ограниченным доступом к медицинской помощи в сельских районах и недостаточным контролем уровня артериального давления. Дислипидемия и сахарный диабет (СД) чаще встречались среди городских жителей, что связано с большим потреблением высококалорийной пищи и меньшей физической активностью. Дислипидемия была зарегистрирована у 56% городских жителей по сравнению с 45% сельских ($p < 0,01$), а СД — у 23% в Душанбе против 16% в Гиссаре ($p < 0,05$). Среди пациентов с ишемическим инсультом (ИИ) в городской местности чаще встречались такие осложнения, как фибрилляция предсердий (ФП) и инфаркт миокарда. ФП была зарегистрирована у 29% городских пациентов по сравнению с 21% среди сельских жителей ($p < 0,05$), что может указывать на лучшее диагностирование сердечно-сосудистых заболеваний в городе.

Выводы. Результаты исследования показывают, что курение является более значимым фактором риска инсульта среди городских жителей, что связано с доступностью табачных изделий и меньшими профилактическими мерами в городской среде. В то же время артериальная гипертензия чаще встречается в сельской местности, что указывает на необходимость улучшения доступа к медицинским услугам и регулярному контролю артериального давления в этих районах. Также выявлено, что в городской местности чаще встречаются метаболические нарушения, такие как дислипидемия и сахарный диабет, что связано с образом жизни и пищевыми привычками. Эти результаты подчёркивают необходимость создания специализированных программ профилактики инсульта, ориентированных на различные факторы риска в городской и сельской местности. В сельских районах необходимо сосредоточиться на контроле АГ, а в городских — на борьбе с курением и профилактике метаболических нарушений.

Таджидинов Т.Б., Ганиева М.Т., Давлатмирова Г.Ш.

КРИТЕРИИ РАНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕМЕНЦИИ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессор М.Г. Гулямов
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить критерии диагностики деменции на догоспитальном этапе в первичного звена медицинской помощи.

Материал и методы. Было обследовано 60 пациентов, обратившихся за медицинской помощью в ГУ НМЦ РТ №1 «Шифобахш» с различными соматическими и неврологическими жалобами. Из 60 пациентов было 26 мужчин, 34 женщины. Возраст больных составил 49-62 лет. Данный осмотр включал в себя оценку неврологического статуса больных, подробный сбор данных о факторах риска сосудистой деменции и нейропсихологические тесты для выявления степени когнитивных дисфункций. Оценка когнитивных функций осуществлялась с помощью шкалы MMSE (mini mental state examination – краткая шкала оценки психического статуса), шкалы ишемии Хачинского, теста рисования часов, пробы Лурия, шкалы депрессии.

Результаты исследования. В ходе исследования было отмечено, что среди 60 больных, обратившихся за медицинской помощью, у 19 из них выявлены признаки сосудистой деменции, а также в 7 случаях признаки смешанной деменции. Средний балл по шкале MMSE составил 21,5±1,0. Изменения высших корковых функций проявлялись нарушением памяти (58%), письма (47,5%), внимания и счёта (100%), снижением ориентации в пространстве и времени (23%). По шкале ишемии Хачинского у 42% средний балл составил 9 баллов, что свидетельствует о сосудистом генезе когнитивного дефицита. Среди факторов риска учитывали артериальную гипертензию, инфаркт миокарда, курение, мерцательную аритмию, другие заболевания сердца, сахарный диабет, дислипидемию, перенесённые транзиторные ишемические атаки, психоэмоциональное напряжение, приём алкоголя. Основными выявленными факторами риска были артериальная гипертензия (87,3), сахарный диабет (16,4%), болезни сердца (аритмии, ИБС, кардиосклероз) (18,6%), заболевания почек (7,5%), атеросклероз (17,2%), такие факторы риска, как курение, приём алкоголя, применение контрацептивов не имели особого значения.

Выводы. проведение нейропсихологических тестов у пациентов с наличием перечисленных факторов риска является необходимым условием для раной диагностики сосудистой деменции.

Таджиева З.А., Шарифова Н.Дж., Мангитова Ч.Г.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

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

Цель исследования. Изучить влияние липразида 10 (лизиноприл 10мг + гидрохлортиазид 12,5 мг) и его комбинированного применения с рексетином (пароксетин) на морфофункциональные показатели сердца у больных гипертонической болезнью пожилого возраста с коморбидными тревожно- депрессивными расстройствами.

Материал и методы исследования. В исследование включено 80 больных с гипертонической болезнью с коморбидной депрессией в возрасте от 60 до 74 лет. Больные распределены на 2 группы: основная и контрольная. Всем больным в течение 12 недель проводилась базисная гипотензивная терапия липразидом 10 (лизиноприл 10 мг+ гидрохлортиазид 25мг) в начальной дозе 1 таблетка в день. Больные основной группы, кроме гипотензивной терапии, получали антидепрессант рексетин (пароксетин) в начальной дозе 10 мг, среднесуточной 15 мг. Для выявления и оценки выраженности аффективных расстройств использовалась Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Геометрическую модель ЛЖ оценивали по массе миокарда ЛЖ (ММЛЖ) и относительной толщине стенок (ОТС).

Результаты исследования. В основной группе пациентов исходный офисный показатель САД составил в среднем 166,6±2,8мм рт ст, ДАД 102,3±2,7мм рт. ст. К концу курса лечения отмечалось достоверное снижение САД до 126,3±3,9мм рт ст (-21,6%) и ДАД до 78,3±4,2мм рт ст (-23,9%).В контрольной группе на фоне лечения динамика АД также было достоверно положительным, но менее выраженным по сравнению с первой. Так, САД снизилось с 167,2±3,4 до 144,3±4,3мм рт ст (- 9,5%), ДАД соответственно с 98,5±2,4мм рт ст до 89,3±1,7мм рт ст (-8,7%). В начале исследования в основной группе пациентов КРЛЖ установлено у 22,5% пациентов (п- 9), КГЛЖ в 35% (п-14) и ЭГЛЖ в 10% случаев (п-4). Нормальная геометрия ЛЖ констатирована у 32,5% обследованных лиц (п-13). К концу курса лечения в группе больных, получавших комбинированную терапию, наблюдалось положительное влияние препаратов на ремоделирование ЛЖ сердца. За счёт уменьшения (на 15%) числа пациентов с КГЛЖ, отмечалось увеличение (на10%) количества больных с КРЛЖ. Динамика со стороны лиц с ЭГЛЖ и нормальной геометрией сердца была менее выраженной, чем в основной группе больных (на 2,5%).

Выводы. Результаты наших исследований свидетельствуют о том, что сочетанное применение рексетина с липразидом благоприятно влияет на процессы ремоделирования сердца у больных гипертонической болезнью пожилого возраста с аффективными расстройствами.

Тиллоева З.Х., Джувашев А.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА СМЕРТЕЛЬНЫЙ ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ, ДУШАНБЕ, 2017-2021

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
ICAP at Columbia University, Казахстан

Целью данного исследования является изучение факторов, влияющих на смертельный исход лечения больных туберкулёзом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) в городе Душанбе в когортах 2017-2021 гг.

Материалы и методы исследования. Ретроспективное когортное исследование включало всех больных в возрасте 18 лет и старше, вовлечённых в режим лечения МЛУ-ТБ за период 2017-2021 гг. в городе Душанбе. Беременные женщины (n=6) удалены из исследования. Статистическая обработка произведена в программе R Studio: отношение шансов (ОШ), p-значение и 95% доверительный интервал (95% ДИ) рассчитаны для измерения ассоциации между воздействием факторов риска и исходом лечения.

Результаты исследования. Из общего числа больных (375) МЛУ-ТБ 66% (247/375) выпадало на возрастную группу 18-44 лет, наибольшая доля больных были из района Сино – 32% (121/375), наименьшее из района И.Сомони – 16% (60/375). Около 79% (295/375) имели собственное жильё в г. Душанбе, 16,5% арендовали жильё (62/375), в общежитии проживали 2,4% (9), лица без места жительства 2,4% (9). 45% имели работу (169/375), безработные составили 41% (153/375), студенты - 6% (23/375), пенсионеры и инвалиды - 8% (30/375). Мигранты - 22% (82/375), лица, живущие с ВИЧ/СПИД (ЛЖВС) - 10% (36/375), бывшие заключённые 6%(22), потребители наркотических средств 5% (22/375), алкоголя 6% (23/375), больные вирусным гепатитом В (ВГВ) - 3% (12/375), больные вирусным гепатитом С (ВГС) -10% (38/375), 26% (98/375) имели низкий индекс массы тела. Более 50% больных болели более 1 месяца с момента клинических проявлений. Доля умерших больных составила 13% (46/375). При мультивариабельном анализе смертельный исход статистически значимо был связан с наличием ВГС (ОШ=4,47; 95% ДИ 1,25-15,28; p=0,037), пенсионерами/инвалидами (ОШ=4,79; 95% ДИ 1,56-14,05; p=0,0047).

Выводы. Во избежание летального исхода рекомендовано применять подход, ориентированный на пациента к лечению для больных МЛУ-ТБ, имеющих сочетанные инфекции МЛУ-ТБ/ВГС, а также для пенсионеров и инвалидов.

Тиллоева З.Х.[1], Мирзоев А.С. [2,3]

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ СРЕДИ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19, ДУШАНБЕ

[1]ГОУ Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино, Кафедра фтизиопульмонологии
[2]ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»
[3]ГУ «Научно-исследовательский институт профилактической медицины Таджикистана», г. Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. Изучить эффективность лечения туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя в когорте 2017-2019 по сравнению с когортой 2020-2021 в городе, Душанбе.

Материал и методы. Проведено когортное исследование, включающее всех пациентов с МЛУ-ТБ, зарегистрированных для получения лечения по режиму МЛУ-ТБ в городе Душанбе в 2017-2019 годы (группа 1) и 2020-2021гг. (группа 2). Исход лечения определён согласно рекомендациям ВОЗ. Неблагоприятный исход включает: смерть, безуспешное лечение и потерю для последующего наблюдения. Отношение рисков, 95% доверительный интервал и p-значение использовались для определения ассоциации с изучаемыми факторами.

Результаты исследования. Продолжительность лечения составила 15,4±6,9 месяцев в группе 1, 10,8±4,3 в группе 2, так как в 2020 году внедрены новые режимы лечения МЛУ-ТБ. В группе 2 отмечено увеличение эффективности лечения МЛУ-ТБ до 85% по сравнению 80% в группе 1, снижение эффективности лечения МЛУ-ТБ среди трудовых мигрантов (с 70% до 68%), потребителей алкоголя (с 44% до 40%), ранее лишённых свободы (60% до 53%) и лиц с индексом массы тела <18,5. Эффективность лечения в группе 2 ниже 70% наблюдается среди потребителей наркотических средств (40%), больных гепатитом С (60%), ТБ/ВИЧ-и (62%), бездомных (50%). В группе 1 обнаружена статистически значимая ассоциация между неэффективным лечением МЛУ ТБ и мужским полом (ОР=2,3 (1,36-4,04), p=0,002), ТБ/ВИЧ-и (ОР=2,35 (1,37-4,05); p= 0,011), гепатитом С (ОР=3 (1,87-4,8); p <0,001), потреблением алкоголя (ОР=3,2 (1,96-5,2); p<0,001) и наркотических средств (ОР=3,99 (2,5-6,2); p<0,001), историей лишения свободы (ОР=2,6 (1,48-4,6); p<0,001), отсутствием места работы (ОР= 3,5 (1,8-6,7); p <0,001), отсутствием места жительства (ОР=5 (3,9-6,5); p= 0,0011). В группе 2 статистически значимая ассоциация между неэффективным лечением МЛУ ТБ обнаружена с вирусным гепатитом С (ОР=3,3 (1,5-7,2); p= 0,02), потреблением алкоголя и наркотических средств (ОР= 4,4 (1,95-10,1); p= 0,026), а также в отличие от 1-ой группы с трудовой миграцией (ОР=3,0 (1,45-6,2); p= 0,0068), стационарным лечением (ОР=3,8 (1,36-10,64); p= 0,0056).

Выводы. Сокращение продолжительности лечения и повышение эффективности лечения МЛУ-ТБ в когорте 2020-2021 годов связано с внедрением обновлённых краткосрочных режимов. Тем не менее, эффективность лечения остаётся ниже среди трудовых мигрантов, потребителей алкоголя, лиц с гепатитом С и наркопотребителей. Для улучшения исходов лечения в этих ключевых группах необходимо усиление контроля и индивидуализированный подход к лечению, включая усиленные меры поддержки и мониторинга для предотвращения неблагоприятных исходов.

Толибова Л.Н., Ганиева М.Т., Курбонова М.Н.

ХРОНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ СНА И ИХ СВЯЗЬ С КОГНИТИВНОЙ ДЕГРАДАЦИЕЙ: БИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан

Цель исследования. Изучить влияние нарушений сна на когнитивные расстройства и заболевания, сопровождающиеся когнитивным дефицитом, а также определить, в какой степени улучшение качества сна способно снизить риск развития этих патологий.

Материал и методы. Использовались данные нескольких исследований, включая систематические обзоры, мета-анализы с базы данных Pubmed, MedLine, Elibrary. Общее количество участников — от 45 до 69,216 человек, в зависимости от исследования.

Результаты исследования. В результате анализа многочисленных исследований установлено, что хронические нарушения сна оказывают значительное негативное влияние на когнитивные функции. В частности, бессонница ассоциируются с ускорением когнитивной деградации и повышенным риском развития деменции. Обнаружено, что продолжительность сна менее 6 часов и более 9 часов также негативно сказывается на когнитивных способностях, что свидетельствует о важности оптимальной продолжительности и качества сна для поддержания нормальной работы головного мозга. В ряде исследований отмечено, что хронический дефицит сна может быть предиктором таких заболеваний, как болезнь Альцгеймера и сосудистая деменция, что связано с нарушениями процессов нейропластичности, а также накоплением бета-амилоидных бляшек в мозге. Кроме того, было выявлено, что улучшение качества сна может значительно замедлить когнитивное снижение. Интервенционные исследования, направленные на нормализацию сна (например, когнитивно-поведенческая и медикаментозная терапия бессонницы), продемонстрировали положительное влияние на когнитивные показатели, особенно у пациентов старшего возраста. Это подтверждает необходимость своевременной диагностики и лечения нарушений сна для профилактики когнитивных расстройств.

Выводы. Хронические нарушения сна имеют тесную связь с когнитивной деградацией, что обусловлено как биологическими, так и клиническими факторами. Недостаток сна и его нарушение могут приводить к ухудшению когнитивных функций, ускорять развитие нейродегенеративных заболеваний и снижать качество жизни пациентов. Учитывая это, можно заключить, что улучшение качества сна, включая его продолжительность и структуру, может

служить эффективной стратегией в предотвращении когнитивных расстройств. Своевременное выявление и коррекция нарушений сна является важным шагом в борьбе с когнитивными заболеваниями и улучшении общего состояния здоровья человека.

ТошеваШ.А.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИИ ПРОФИЛАКТИКИ БРУЦЕЛЛЁЗА У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

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

Цель исследования: изучить эпидемиологические особенности бруцеллёза у детей в Республике Таджикистан.

Материал и методы: был проведен анализ 31 истории болезни больных детей с бруцеллезом находящихся на стационарном лечении в городской клинической инфекционной больнице г. Душанбе за период с 2021-2022 гг. Для лабораторного подтверждения бруцеллёза была проведена серологическая реакция Хеддельсона-Райта, которая была положительной у всех исследуемых больных (диагностический титр составлял 1:200).

Результаты исследования: материалом для исследования послужили истории болезни больных обратившиеся в Городскую клиническую инфекционную больницу г. Душанбе за период с 2021 по 2022 г. В клиническое исследование были включены 31 больных бруцеллёзом у детей. Из них: мальчиков 23(%), девочек 8(%).Основной возраст инфицирования составлял 12–16 лет – 17(54,8%) больных. При анализе места жительства установлено, что городскими жителями являлись 6 пациентов, а сельские жители 25 пациентов. Из 25 больных – жителями города Вахдат были 2(8%), Турсунзаде – 3(12%), Гисар – 2(8%), Варзоб – 11(44%), Таджикабад – 1(4%) Файзабад – 1(4%), Дангара – 1(4%), Куляб – 1(4%), Шахринав – 1(4%) и Муминабад – 2(8%). По данным эпидемиологического анамнеза у всех больных был постоянный контакт с крупным и мелким рогатым скотом, которой отмечался у 27(72,9%) больных. Все больные постоянно употребляли молочные продукты.

Для предотвращения дальнейшего распространения бруцеллёза среди детей, проживающих в сельской местности, имеющие в хозяйстве крупный и мелкий рогатый скот, необходимо соблюдать строго ветеринарно-санитарные правила. Обеззараживание молока, необходимо проводить посредством кипячения и пастеризации. Проводить вакцинацию домашнего скота в районах, где имеется заболеваемость бруцеллезом среди животных.

Выводы. Таджикистан является одной из стран по развитию крупного животноводства, где сохраняется эпизоотическое неблагополучие по бруцеллёзу. По нашим результатам неблагополучными районами по бруцеллёзу являются северные части Районов республиканского подчинения.

Основными путями передачи бруцеллёза у детей в Республике Таджикистан являлись: контактный, пищевой. Заражение бруцеллёзом могло осуществиться как при уходе за больным бруцеллёзом поголовьем, так и при употреблении в пищу продуктов животноводства, полученных от больных животных, и не прошедших обработку молочных продуктов домашнего производства (чаще это молоко, сливки). Источником опасных для человека бруцелл в республике являются главным образом коровы (Brucellaabortus), козы (Brucellamelitensis) и бараны (Brucellaovis), выделяющие возбудителя с молоком, мочой, околоплодными водами. По результатом нашего исследования чаще болеют мальчики подросткового возрастав связи с выпасом крупного и мелкого скота. Для профилактики бруцеллёза необходимо проводить обеззараживание молока, посредством кипячения и пастеризации. Проводить вакцинацию домашнего скота в районах, где имеется заболеваемость бруцеллезом среди животных.

Трубникова И.И.[1], Подорванов А.А.[2]

ТАБЛЕТ-ПИТАНИЕ В СТАЦИОНАРЕ КАК ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ И НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

[1]ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
[2]Кафедра гигиены питания ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования. Провести комплексное изучение системы таблет-питания, как основу профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний на пищеблоках в многопрофильных стационарах.

Материалы и методы. В работе использовались лабораторные и литературные методы исследования, анализ современной отечественной, зарубежной научной литературы, и нормативно-правовой базы.

Результаты исследования. Питание является одним из важнейших факторов, опосредующих связь человека с окружающей средой. Рациональное и сбалансированное питание создает условия для нормального физического и умственного развития, оказывает существенное влияние на возможность противостоять воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды химической, физической и биологической природы, способствует профилактике заболеваний, увеличению продолжительности и повышению качества жизни населения. В современной медицине важность не просто лечить болезни, но и предотвращать их возникновение, получает все большее признание. Одним из фундаментальных аспектов профилактики заболеваний является питание, поскольку оно играет ключевую роль в поддержании общего здоровья и благополучия человека. В условиях многопрофильного стационара, где каждый пациент имеет уникальные медицинские и нутриционные потребности, обеспечение адекватного и индивидуализированного питания становится особенно актуальной задачей. С этой целью разработана система таблет-питания, представляющая собой передовой подход к организации питания в медицинских учреждениях. Система таблет-питания (от нем. Tablett— «поднос») — технология порционирования готовых блюд в пищеблоке, а не в отделениях. Данная технология заключается в том, что еда раскладывается индивидуальными порциями в ударопрочную фарфоровую посуду, которую кладут на подносы, которые затем размещаются в транспортных тележках. В случае больших временных затрат на раздачу

еды, подносы находятся в изотермические тележки с возможностью дальнейшего подогрева и охлаждения. Для увеличения скорости формирования подносов, а также соблюдения гигиенических стандартов на кухне, используется конвейер. Вдоль конвейера располагается вспомогательное оборудование для хранения готовых блюд (горячих и холодных), посуды, крышек и подносов: мармиты, диспенсеры и прочее. Ключевым преимуществом таблет-питания является его способность к индивидуализации, позволяющая адаптировать диету к конкретным заболеваниям, физиологическому состоянию и медицинским показаниям каждого пациента.

Применение таблет-питания в многопрофильных стационарах открывает новые горизонты в области профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний. Оно не только способствует укреплению иммунной системы пациентов за счет сбалансированного питания, но и минимизирует риск распространения инфекций, обеспечивая высокий уровень гигиены и безопасности пищевых продуктов. В этом контексте, система таблет-питания выступает не просто как способ обеспечения пациентов необходимыми питательными веществами, но и как инструмент профилактики заболеваний, поддержания и укрепления здоровья на протяжении всего периода лечения и реабилитации.

Выводы. Основы и принципы таблет-питания направлены на достижение оптимального баланса питательных веществ для каждого пациента, обеспечение безопасности и гигиены пищевых продуктов, а также на удобство и экономию как для пациентов, так и для медицинских учреждений. Такой подход к питанию в медицинских стационарах может существенно улучшить качество лечения и ускорить процесс восстановления пациентов, предотвращая при этом развитие новых заболеваний и способствуя скорейшему их выздоровлению.

Тулеметов С.К.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ СПЛЕНЭКТОМИИ

Кафедра Медицина Alfraganus university Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Выяснение структурно - функциональных особенностей тимуса при хроническом токсическом гепатите на фоне спленэктомии.

Материал и методы. Избрана гелиотринная модель хронического токсического гепатита с использованием растительного гепатотропного яда гелиотрина. Гепатит вызывался многократным введением гелиотрина в дозе 0,05 мг/г в течении 6 недель. Опыты были проведены на взрослых крысах самцах массой тела 150170 г. Все животные были подразделены на три группы. В первой группе животных производили спленэктомию и затем вызывали хронический гепатит. Во второй группе хронический гепатит был вызван без предварительных вмешательств. Третья группа животных, получившая вместо гелиотрина физиологический раствор, служила контролем. Все животные были забиты на 60 и 90 сутки после начала опытов. В эти сроки кусочки печени и тимуса брали для морфологических, морфометрических и электронно-микроскопических исследований.

Результаты и обсуждение. Результаты показали, что в указанные сроки в печени как спленэктомированных, так с сохраненной селезенкой опытных крыс наблюдалось развитие хронического гепатита. Морфологическими признаками его являлись инфильтрация портальных трактов мононуклеарными клетками, полнокровие центральных вен и синусоидных гемокапилляров, а также деструктивные изменения гепатоцитов различной степени. Степень этих изменений существенно не различалась в обеих группах животных. В то же время предварительная спленэктомия оказала определенное влияние на морфологическую картину тимуса в условиях хронического токсического гепатита. У крыс с сохраненной селезенкой наблюдалось прогрессирующее уменьшение средних размеров долек тимуса. Морфометрически отмечено выраженное изменение соотношения корковых и мозговых зон дольки в сторону уменьшения площади корковой зоны. Наблюдалось существенное уменьшение плотности распределения тимоцитов в корковой зоне дольки. Одновременно с этим наблюдалось увеличение числа деструктивных тимоцитов, тогда как число митотически делящихся претимоцитов уменьшалось. У предварительно спленэктомированных животных изменения в тимусе носили аналогичный, однако, менее выраженный характер. Площадь корковой зоны и плотность распределения тимоцитов в ней, хотя уменьшались по сравнению с контролем, но оказались выше, чем у неспленэктомированных животных.

Выводы. Таким образом, в условиях сохраненной селезенки атрофические и деструктивные изменения тимуса проявлялись в большой степени по сравнению с предварительно спленэктомированными животными. Можно предположить, что при токсическом гепатите селезенка также активно вовлекается в патологический процесс и участвует в выработке аутоантител и других гуморальных факторов, которые неблагоприятно отражаются на иммунном гомеостазе организма в целом. Нарушение межорганных взаимоотношений в иммунной системе и возникающий в этой связи иммунный дисбаланс являются одним из механизмов в патогенезе хронического токсического гепатита.

Тулеметов С.К.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСТНАТАЛЬНОГО ОНТОГЕНЕЗА НАДПОЧЕЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПОТОМСТВА В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ МАТЕРИНСКОГО ОРГАНИЗМА

Кафедра Медицина Alfraganus university Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Целью работы было изучение влияния хронической интоксикации материнского организма широко распространенными пестицидами на структурные особенности постнатального развития надпочечных желез потомства.

Материал и методы. Опыты проводились на нерожавших, белых половозрелых крысах-самках, которые были подразделены на 3 группы по 30 животных в каждой. Две группы животных в течение 90 дней ежедневно per os получали соответственно пестициды титан или вигор. Третья группа, получавшая, только аналогичный объем

стерильного физиологического раствора, служила контролем. По окончании хронического отравления все самки были подсажены к здоровым самцам. Наступление беременности контролировали по наличию спермы во влагалищных мазках. Потомство, полученное от опытных и контрольных самок, исследовали в динамике на 1,3,7,14, 21, 30 и 90 сутки после рождения. Надпочечную железу изучали с помощью морфометрических и электронно-микроскопических методов. Все цифровые данные статистически обработаны с использованием пакета компьютерных программ с вычислением критериев Стьюдента, достоверными считались различия, удовлетворяющие P<0,05.

Результаты исследования. Результаты показали, что хроническая интоксикация материнского организма существенно снижает темпы роста и становления надпочечных желез в постнатальном онтогенезе. Отмечалось достоверное снижение массы органа по сравнению с соответствующим возрастом контрольной группы. Средняя площадь коры надпочечников вплоть до 30 суточного возраста оставалась достоверно уменьшенной относительно контроля. В то же время площадь мозгового вещества железы была несколько увеличенной, по-видимому, за счет дилатации кровеносных сосудов. Средние площади отдельных зон коры в целом достоверно уменьшались, при этом наибольшее уменьшение площади выявлено в пучковых и сетчатых зонах. Пролиферативная активность клеток клубочковой зоны во всех сроках наблюдения была достоверно низкой по сравнению с контролем. Одновременно с этим обнаружено снижение уровня дифференцировки и повышение степени деструкции эндокриноцитов во всех зонах органа.

Выводы. Таким образом, хроническая интоксикация материнского организма обусловливает нарушение естественных процессов постнатального роста и становления надпочечных желез. При этом наиболее существенно замедляются темпы формирования структурно-функциональных зон коры надпочечников, особенно пучковых и сетчатых зон. По-видимому, эти изменения являются частным проявлением общих нарушений в гипофизо-тироидо-адреналовой системе, которые обуславливают дисбаланс между процессами пролиферации и апоптоза в камбиальной, клубочковой зоне органа.

Турсунбаев А.К., Каримова Н.А.

РОЛЬ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ В АРТЕРИАЛЬНОМ ДАВЛЕНИЕ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ПОДРОСТКОВ

Ташкентская медицинская академия, город Ташкент, Узбекистан

Цель работы. Определить характер изменений ренин-ангиотензиновой системы и артериальное давление (АД) у больных с различными клиническими формами гломерулонефрита (ГН) у детей.

Материалы и методы обследования. Обследованы 47 детей с ГН в возрасте от 11 до 15 лет, в том числе 10 больных — со смешанной формой ГН, 20 — с нефротической формой ГН и 17 — с гематурической формой ГН. Группы по полу и возрасту достоверно не отличались. Специальное обследование включало определение циркадного ритма АД на основании его суточного мониторирования на приборе АВРМ-02. Параллельно проводили исследование уровня ренина (Р) и ангиотензина I (AI) в плазме крови радиоиммунологическим методом с использованием тест-системы REN-CT2 (фирма LKB, Франция).

Результаты. При проведении сопоставления уровня Р и AI а также нарушения суточного ритма АД выделены 6 вариантов сочетаний, в том числе 5 патологических. За нормальный вариант принято отсутствие суточного ритма АД у детей с нормальным уровнем Р, AI. У детей со смешанной формой ГН встречаются только патологические варианты, причем преобладают варианты с повышенным уровнем Р и AI в сочетании с высоким гипертоническим или нормальным временным индексом (ВИ). При нефротической форме ГН преобладает нормальный вариант, но у части детей выявляются патологические варианты с повышенным уровнем Р и AI. При гематурической форме ГН чаше по сравнению с нефротической формой ГН встречаются дети с нормальным или повышенным по гипотонии ВИ и разными уровнями Р и AI.

Вывод. Таким образом, патологические варианты встречаются достоверно чаше у детей со смешанной формой ГН. Установлены различия патологических вариантов при нефротической и гематурической формах. Если для нефротической формы характерны патологические варианты с повышенным уровнем Р и/или Al, то для гематурической - варианты с повышенным ВИ по гипотонии. Полученные результаты указывают на различные патогенетические механизмы, влияющие на изменение циркадного ритма АД у детей с различными клиническими вариантами ГН.

Укуматшоева Л.Ш., Курбоналиева Т.М.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ЖИТЕЛЕЙ Г. ДУШАНБЕ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН ЗА 2022-23 гг.

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Провести анализ факторов риска развития туберкулёза у впервые выявленных больных, жителей г. Душанбе.

Материалы и методы. Проведён анализ данных официальной статистики Центра по защите населения от туберкулёза г. Душанбе по заболеваемости туберкулёзом за 2022-2023гг**.**

Результаты исследования. Впервые выявленных больных в 2022 году было всего 445 больных, в том числе: контактные - 71 больных (17%), трудовые мигранты - 71 больных (17%), больные сахарным диабетом - 46 больных (11%), ВИЧ-инфицированные лица - 17 больных (4,0%), медработники - 11 больных (2,6%), больные гепатитом В - 16 больных (3,8%), гепатитом С - 23 больных (5,4%), женщины детородного возраста - 140 больных (33,1%), женщины после рода - 7 больных (1,6%), беременные - 7 больных (1,6%), лица БОМЖ - 4 больных (0,9%), наркозависимые лица – 7 больных (1,6%), заключённые - 9 больных (2,1%), инвалиды - 7 больных (1,6%), больные алкоголизмом - 9 больных (2,1%).

Впервые выявленных больных в 2023 году было всего 406 больных, в том числе: контактные - 79 больных (19.4%), трудовые мигранты - 61 больных (15%), больные сахарным диабетом - 46 больных (11,3%), ВИЧ-инфицированные лица – 26 больных (6,4%), медработники - 11 больных (2,7%), больные гепатитом В - 8 больных (1,9%), гепатитом С - 14 больных (3,4%), женщины детородного возраста – 125 больных (30,6%), женщины после родов - 3 больных (0,7%), беременные - 3 больных (0,7%), лица БОМЖ - 5 больных (1,2%), наркозависимые - 4 больных (1,0%), заключённые - 7 (2,7%), инвалиды - 10 больных (2,4%), больные алкоголизмом - 4 больных (1.0%).

Выводы. Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что туберкулёз развивается больше среди жителей г. Душанбе у больных с сахарным диабетом, ВИЧ-инфицированных лиц, контактных и женщин детородного возраста.

Умаров А.А., Умарова С.А., Гайратов Д.А.

НЕЙРОГУМОРАЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Кафедра внутренних болезней № 2 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования: изучение параметров вариабельности ритма сердца у лиц пожилого возраста изолированной систолической артериальной гипертонией.

Материал и методы обследования. Проведено обследование 60 больных пожилого возраста с артериальной гипертонией:31 мужчин (52,5%) и 29 женщин (47,5%), средний возраст – 69,1±5,2. С целью уточнения и в связи с отсутствием общепринятых возрастных нормативов целого ряда изучаемых параметров была сформирована контрольная группа из 30 пожилых лиц с нормальным уровнем АД из них: 13 женщины (43,3%) и 17 мужчин (56,7%). Средний возраст составил 68,2±4,2 года. Исследование вариабельности ритма сердца (ВРС) проводили на приборе «ВАРИКАРД -1.41» (Россия). Запись ЭКГ осуществляли в течение 5 минут утром в состоянии покоя (через 15 минут после адаптации больного к обстановке) в одном из стандартных отведений в положении лежа. Анализ параметров выполнялся при условии устойчивого синусового ритма. Проводился спектральный анализ стационарных отрезков ритмограмм. Учитывали следующие показатели ВРС: общая мощность спектра (TP, мс); мощность в диапазоне очень низких частот (VLF, мс); мощность в диапазоне низких частот (LF, мс^2) и мощность высокочастотной составляющей спектра (HF, мс^2). Рассчитывался вклад отдельных частотных составляющих спектра в его общую мощность.

Результаты и их обсуждение. При исследовании фоновой ВРС у больных ИСАГ в целом она была сходной с показателями контрольной группы, и имели достаточно выраженные индивидуальные колебания спектральных показателей. Общая мощность спектра в целом у большинства обследованных оказалась сниженной (*по сравнению со средними данными, приводимыми для лиц средней возрастной группы*) Однако при более детальном анализе было выявлено, что в спектре нейрогуморальной регуляции у больных с ИСАГ несколько более высокую долю составляют высокочастотные колебания. Соотношение LF/HF, отражающее симпато -парасимпатический баланс, оказалось в среднем в группе смещено в сторону относительного преобладания низкочастотного компонента 1,21(0,94-1,38) против 1,44(1,18-1,98) контрольной группы. Оценка частоты встречаемости типов вегетативной регуляции показало, что у 32 (53,3%) больных имела место относительная симпатикотония, у 12(20,0%) больных уравновешений тип и у 16 (26,7%) больных тенденция к ваготоническому типу. В группе больных ИСАГ, как и в контрольной группе, значимого различия фоновой активности нейрогуморальной регуляции у мужчин и женщин нами не было выявлено.

Вывод. В целом основные показатели ВРС у больных ИСАГ сопоставимы с аналогическими показателями контрольной группы, за исключением более низкой общей мощности спектра. Подобная динамика мощности колебаний в низкочастотном диапазоне является показателем несостоятельности резервов регуляции симпатического отдела нервной системы и, в частности, сосудодвигательного центра у пожилых пациентов

Умаров А.А., Хакимов Ё.В., Ибрагимова Х.

ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Кафедра внутренних болезней № 2 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования: изучить влияние различных групп гипотензивных препаратов на функцию почек у больных изолированной систолической артериальной гипертонией.

Материал и методы исследования: под наблюдением находились 103 пациента изолированной систолической артериальной гипертонией (ИСАГ). Из них женщин было 62, мужчин – 41. Средний возраст 64,1 + 9,9 лет. Длительность заболевания 7,9 + 1,3 года. По клиническому течению у 53 больных наблюдалась лабильная и у 50 стабильная формы ИСАГ.

После полногоклинического обследования больные рандомизированы на 4 группы. Больным 1-ой группы назначался ингибитор ангиотензинпревращающего фермента – эналаприл, 2-ой группы тиазидовый мочегонный – гидрохлортиазид, 3-й - дигидропиридиновый антагонист кальция III-го поколения – амлодипин и 4-ой карведилол – «гибридный» ($\alpha + \beta$) адреноблокатор.

Из 103 пациентов, включенных в исследование трое выбыло – у 1-го больного после приема эналаприла появился надсадный кашель, один пациент отказался от участия в исследовании по немедицинским причинам. Ещё у одного пациента наблюдалась выраженная ортостатическая гипотония, после приема амлодипина. В итоге к концу исследования в каждой группе было по 25пациентов. Среднесуточная доза эналаприла составила 10 мг, гидрохлортиазида 12,5 мг, амлодипина 10 мг и карведилола 18,75 мг, до и после 8 недельного курса лечения исследовалось функциональное состояние почек. Уровень креатинина плазмы определяли биохимическим анализатором Cardio – Chek

производство компании Polymer System (США). Функция почек оценивали по данным скорости клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанной по формуле Cocfort – Gault.

СКФ = 140 х возраст, годы х масса тела, кг
креатин, мкмоль/л х 70

Полученные результаты. К концу первой недели лечения у большинства больных отмечалось улучшение субъективного состояния больных, которое сопровождалось достижением по всем группам целевого уровня систолического АД (САД) <140 мм рт ст у 44,5% больных. Гипотензивный эффект нарастал и к концу курса лечения позитивный гипотензивный эффект (АД на 10% и более от исходного уровня) был достигнут у 84%, целевой АД у 79% больных.

При анализе показателей СКФ у 25 пациентов (31%) до назначения гипотензивных препаратов наблюдалось снижение функции почек (СКФ <60 мл/мин.). После 8 недельного курса лечения СКФ в среднем по всем группам выросла почти на 38%. Наибольшая динамика (повышение СКФ на 19,2%) отмечалась в группе больных, получавших амлодипин. Хороший эффект (увеличение на 15,4%) наблюдался и у пациентов после приема эналаприла. Повышение СКФ (на 3,1%) выявлено после лечения карведилолом. Во II- ой группе больных, получивших гидрохлортиазид существенной динамики СКФ до и после лечения не отмечено.

Вывод. Применение амлодипина и эналаприла способствует значительному улучшению функционального состояния почек у больных ИСАГ. При назначении карведилола отличается положительная тенденция, действие гидрохлортиазида нейтральное.

Ураков К.З[1]., Ходжиева Г.Б[1]., Мухиддинов А.И[2].

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ИНФАРКТА МИОКАРДА

[1] Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
[2] Кафедра внутренних болезней и кардиологии №2 «Самаркандский государственный медицинский университет». Республика Узбекистан.

Цель исследования. Оценка клинической картины течения инфаркта миокарда.

Материалы и методы исследования. Настоящий анализ выполнен на материалах полученных в ходе проведения наблюдения течения инфаркта миокарда у больных, находящихся в инфарктном отделении РКЦК г. Душанбе. В исследование вошли 20 больных с инфарктом миокарда, из них 16 мужчин (80,0%) и 4 женщины (20,0%). Возраст больных составил от 37 лет до 81 года. Всем больным проведены лабораторные и инструментальные методы исследования – общий анализ крови, биохимический анализ крови, холестерин, сахар крови, мочевина, креатинин, калий, натрий крови, свертывающая система крови, тропонины, ЭКГ, ЭхоКГ.

Полученные результаты. Больные с инфарктом миокарда были распределены на 2 группы: 16 больных с Q инфарктом, 4 больных без Q инфаркта. 18 больных были первичные, у них впервые был диагностирован инфаркт миокарда, 2 больных поступили с повторным инфарктом миокарда. У 6 больных заболевание протекало без нарушения ритма сердца, у 14 больных оказались различные виды нарушения ритма и проводимости: у 1 больного отмечалась желудочная тахикардия, у 4 больных желудочковая экстрасистолия II градации, у 3 больных мерцательная аритмия с фибрилляцией предсердий, у 1 больного трепетание, у 3 фибрилляция желудочков, у 1 больного AV блокада III степени, у 1 больного синдром удлинения QT, у 8 больных блокада ножек пучка Гисса.

Пациенты, пережившие инфаркт миокарда, имеют высокий риск внезапной сердечной смерти, причем ее наступление наиболее вероятно в первый год после инфаркта. Главными причинами внезапной сердечной смерти являются желудочковая тахикардия и фибриляция желудочков. Риск развития злокачественной аритмии у пациента, пережившего инфаркт миокарда, в первый год после выписки из стационара составляет 5,0% и менее.

Выводы. У больных с острым инфарктом миокарда в 70,0% случаев отмечаются нарушения ритма и проводимости, что значительно осложняют течение инфаркта миокарда и являются опасными в прогнозе заболевания.

Уроқов К.З., Ҳочиева Г.Б., Ғаниева М.П.

РАВИШИ ВАЗНИНИ ПУРПУРАИ ТРОМБОСИТОПЕНИЯИ АУТОИММУНӢ
(Ҳолат аз таҷриба)

Кафедраи бемриҳои дарунии №3, МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”, Ҷумҳурии Тоҷикистон

Мақсади таҳқиқот. Омухтани равиши вазнини пурпураи тромбоситопенияи аутоиммунӣ.

Маводи таҳқиқот. Бемор Ш.Д. 1969 соли таваллуд, истиқоматкунандаи н. А. Ҷомӣ бо шикоятҳои дарди сар, сарчархзанӣ, хунтуфкунӣ, камқуввати, беҳолӣ, бемадорӣ, хунравӣ аз роҳҳои пешоббарор, дилбеҳузурӣ ва қайкунӣ, сустии умумӣ, ба шуъбаи хуни калонсолони МД ММТҶТ шаҳраки “Шифобахш” бистарӣ гашт.

Натиҷаи таҳқиқот. Бемор муддати 5 сол зери назорати духтури гематолог мебошад. Бемор бо ташхиси: пурпураи тромбоситопени аутоиммунӣ, равиши музмин, давраи авҷгирӣ. Ҳамрав: Бемории музмини гурдаҳо С3. Нефропатияи фишорбаландӣ бистарӣ гашта буд.

Аёнӣ: ҳангоми бистарӣ ҳолати умумии бемор вазнин мебошад. Бемор дар ҳуш, ба саволҳо пурра ва дуруст ҷавоб медиҳад. Ранги пусти бадан ва пардаҳои луобии назаррас рангпарида. Лимфағадудҳои канорӣ палмосида намешаванд. Дар шушҳо нафаскашии везикулярӣ шунида мешавад. Кори дил мураттаб, садоҳояш шунаво. Ф/Х 160/90мм.сут.сим. Набз 76 зарба дар 1 дақиқа. Ковокии даҳон тоза. Ҳангоми палмосидан, шикам мулоим, дардманд дар ноҳияи эпигастрий. Ҷигар ва испурч палмосида намешаванд. Аломати Пастернатский аз ҳар ду тараф мусбӣ. Пешобронӣ озод ва бе дард. Начосат дар меъёр.

Санҷишҳои лабораторӣ: санҷиши умумии хун эр-2,25; Нв-67,0; Тр-30,0; лейк-5,6; нейтр.-74,9; лимф.-9,2; монос.-

14,5; эозин.-1,1; СТЭ-62,0. Санҷиши иммуноферментӣ HBSAg-манфӣ, HCV-манфӣ, RW-манфӣ, ВНМО-манфӣ. Санҷиши биохимиявии хун бил. ум.-18,6; озод-13,9; вобаста-4,7; АЛаТ-27,4; АсАТ-23,4; мочевина-15,2; креатинин-339,6. Санҷиши умумии пешоб сафеда-1,65; лейк.-88-90; эр-8-10; силиндр-3-4; СБД-Назми синусӣ, тапиши дил 64 зарба дар як дақиқа. МБД бе тамоил. Баландшавии фаъолияти барқии меъдачаи чапи дил. УСО эхоаломатҳои илтиҳоби музмини гурдаҳо. УСО-эхоаломатҳои илтиҳоби музмини гурдаҳо. Бронхоскопия-микрогематомаҳои зерилуобии бинӣ, гулӯ, ханҷара ва нойҳо бо гиперпигментатсияи нойҳо аз тарафи чап. КТ шушҳо-нишонаҳои дигаргуниҳои фибрози-инфилтративии қисми болои шуши чап. Кардиомегалия. Перикардит.

Табобати гузаронидашуда. Алмагел А 1қ 3 мар, элтромбопак 50мг 1тб 1 мар, дитсинон 12,5%-4,0мл д/в 2 мар, энтеросгел 1қ 3 мар, леспенефрил 1қ 3 мар, коринфар ретард 20мг 1тб 2 мар, пантопразол 40мг д/в 1 мар, зардоби навяхкардашуда-610,0мл, эрмассаи шусташуда-500,0мл.

Хулоса. Беморихои ҳамрав равиши тромбоситопенияи пурпурии аутоиммуниро бад намуда, ба оризаҳои барвақтаина оварда мерасонанд, ки инро албатта дар вақти табобат бояд ба назар гирифт.

Ураков К.З., Ходжиева Г.Б., Шамсов А.Т.

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ГЕМОБЛАСТОЗАХ

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

Цель исследования. Оценить болевой синдром при хроническом миелолейкозе (ХМЛ) и остром миелобластном лейкозе (ОМЛ).

Материал и методы. В гематологическом отделении ГУ НМЦРТ на базе кафедры внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибни Сино был проведен проспективный анализ у 50 больных ХМЛ, и 50 больных с ОМЛ находящихся на стационарном лечении, в течение 1 года в возрасте от 20 до 70 лет. Всем больным применили специальный краткий опросник боли — Brief Pain lnventory (BPI) и общий опросник оценки качества жизни MOS SF-36, которые обеспечивают целенаправленный и структурированный диалог между пациентом и врачом.

Результаты исследования. В результате оценки боли с помощью опросника BPI установлено, что боль является распространенным симптомом у онкогематологических больных, ее испытывают 62,0% пациентов. При этом значительную часть составляют больные с умеренной и выраженной болью (5 баллов и выше по цифровой оценочной шкале от 0 до 10 баллов). При ХМЛ и ОМЛ нередким типом боли являются оссалгии, связанные с опухолевым поражением костной ткани. Также, часто встречается нейропатическая боль, которая является проявлением периферической токсической нейропатии, постгерпетической невралгии или результатом распространения опухолевого процесса на нервные структуры. В результате оценки физического, психологического и социального функционирования больных гемобластозами, испытывающих боль, а также прямой оценки степени её влияния на основные параметры качества жизни нами доказано, что боль вносит значительный вклад в ухудшение всех сфер жизнедеятельности онкогематологических больных. С увеличением интенсивности боли и её длительности ухудшаются все показатели качества жизни больных. Наибольшее снижение качества жизни больных гемобластозами вызывает продолжительная (>6 месяцев) умеренная или выраженная боль. Из них большинство составляют больные с умеренной и выраженной болью.

Выводы. Полученные нами данные могут способствовать более глубокому совершенствованию подходов к лечению боли у больных с гемобластозами. Результаты работы позволят внести существенный вклад в систему помощи этим больным и могут быть использованы для разработки лечебных программ, способствующих эффективному купированию боли.

Урунова Ш.Д., Нажмидинова М.Н., Мирзокулов М.У.

ХАРАКТЕРИСТИКА СОСУДИСТОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИВ СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им.
М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Целью исследования явилось изучение клинической характеристики сосудистой энцефалопатии в сочетании с ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы исследования. Нами проводилось ретроспективное исследование историй болезни 873 больных, находившихся на стационаром лечении. Всем больным проводились общеклинические, биохимические, инструментальные методы исследования (рентгенография грудной клетки, УЗИ внутренних органов, доплер, ЭКГ ритмаграмма, холтеровское мониторирование и ЭхоКГ). Все больные с сосудистой энцефалопатией в сочетании с ишемической болезнью сердца были распределены на 3 группы, согласно тяжести заболевания: 1 группа - 4 больных со стенокардией 1-го функционального класса, 2 группа - 449 больных со стенокардией II-го функционального класса, 3 группа - 262 больных со стенокардией III-го функционального класса. Среди них мужчин - 318, женщин - 555, средний возраст которых составил 48-65 лет.

Результаты и их обсуждение. На основании наших исследований выявлено, что наиболее часто встречается сосудистая энцефалопатия в сочетании с ишемической болезнью сердца: стенокардия 2 функционального класса - 449 больных, у женщин встречалась чаще, чем у мужчин (318:192). Затем сосудистая энцефалопатия в сочетании с ишемической болезнью сердца: стенокардия 3 функционального класса - 262 больных, у женщин встречалась чаще, чем у мужчин (137:125). Наиболее редко отмечалась госпитализация больных с сосудистой энцефалопатией в сочетании с ишемической болезнью сердца: стенокардия 1 функционального класса - 4 больных, причём у женщин встречалась чаще, чем у мужчин 3:1. Следовательно, при сосудистой энцефалопатии в сочетании с ишемической болезнью сердца во всех функциональных классах стенокардия чаще выявлялась у женщин, чем у мужчин 48-59 лет (381 больных). При

распределении больных по возрасту отмечалась наиболее частая заболеваемость больных в возрастной группе от 48 до 59 лет - 381 больных, затем в возрастной группе от 60 лет и старше - 330 больных, и реже всего госпитализировались больные в возрастной группе от 20 до 35 лет. Следовательно, ИБС реже встречается у молодых - 4 случая и чаще в возрасте от 35 до 44 лет, чаще у женщин, причём соотношение мужчин и женщин составило 160:221 больных. При сравнительном анализе заболеваемости у мужчин стенокардии 2 и 3 функционального класса было выявлено, что соотношение количества госпитализированных больных 2 и 3 функциональных классов стенокардии 2:1, т.е. отмечается уменьшение количества тяжелых больных. У женщин это соотношение соответственно 2:1.

Выводы. При сравнительном анализе превалирует число госпитализируемых женщин с сосудистой энцефалопатией в сочетании с ишемической болезнью сердца по отношению к мужчинам. В возрастном аспекте выявлено превалирование больных с сосудистой энцефалопатией в сочетании с ишемической болезнью сердца в возрасте от 48 до 59 лет.

Урунова Ш.Д., Нажмидинова М.Н., Мирзокулов М.У.

ХАРАКТЕРИСТИКА СОСУДИСТОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ В СОЧЕТАНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М. Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. явилось изучение клинической характеристики сосудистой энцефалопатии в сочетание ишемической болезни сердца.

Материал и методы исследования. Нами проводилось ретроспективные исследование историй болезни 873 больных находившихся в стационаром лечении. Всем больным проводились обще-клинические, биохимические, инструментальное методы исследование (рентгенография грудной клетки, УЗИ внутренних органов, доплер, ЭКГ ритмаграмма, холтеровское мониторирование и ЭхоКГ). Всем больным с сосудистой энцефалопатии в сочетании ишемической болезнью сердца были распределены на 3 группы. Согласна тяжести заболевание: 1 группа 4 больных –стенокардия 1-го функционального класса, 2 группа -449 больных –стенокардия II-го функционального класса, 3 группа 262 больных –стенокардия III-го функционального класса, Среди них мужчин -318, женщин -555,средний возраст –48-65лет.

Результаты и их обсуждение. На основании наших исследований выявлено, что наиболее часто встречается с сосудистая энцефалопатия в сочетании ишемической болезнью сердца: стенокардия 2 функционального класса 449-больных, у женщин встречалась чаще, чем у мужчин (318:192). Затем с сосудистая энцефалопатия в сочетании ишемической болезнью сердца: стенокардия 3 функционального класса 262 больных у женщин встречалась чем у мужчин (137:125). Наиболее редко отмечалась госпитализация больных с сосудистой энцефалопатии в сочетании ишемической болезнью сердца: стенокардия 1 функционального класса 4-больных, причем у женщин встречалась чаще, чем у мужчин 3:1. Следовательно сосудистая энцефалопатия в сочетании ишемической болезнью сердца во всех функциональных классах стенокардия чаще выявлялась у женщин чем у мужчин 48-59 лет (381 больных). При распределении больных по возрасту отмечалось наиболее частая заболеваемость больных в возрастной группе от 48 до 59 лет 381 больных затем в возрастной группе от 60 лет и старше 330 больных и реже всего госпитализировались больные в возрастной группе от 20 до 35 лет. Следовательно, ИБС реже встречается у молодых 4 случая и чаще в возрасте от 35 до 44 лет, чаще у женщин, причем соотношение мужчин и женщин составило 160:221 больных. При сравнительном анализе заболеваемости у мужчин стенокардии 2 и 3 функционального класса, выявлено, что соотношение количество госпитализированных больных 2 и 3 функциональных классов стенокардии 2:1, т.е. отмечается уменьшение количество тяжелых больных. У женщин это соотношение соответственно 2:1.

Выводы. При сравнительном анализе превалирует число госпитализируемых женщин с сосудистой энцефалопатии в сочетании ишемической болезнью сердца по отношению к мужчинам. В возрастном аспекте выявлено превалирование больных с сосудистой энцефалопатии в сочетании ишемической болезнью сердца, в возрасте от 48 до 59 лет.

Усаров Т.А., Хурсанов Ё.Э., Умедов Х.А.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРАВМАХ ПЕЧЕНИ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ СПОСОБОМ

Самаркандского государственногомедицинского университета, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Улучшить результаты диагностики и лечения при повреждениях печени путём использования эндовидеолапароскопией

Материалы и методы. Настоящая работа основана на данных обследования и лечения СФРНЦЭМП за 2012-2021 г у 40 пациентов, у которых имелось подозрение на повреждение печени. Мужчин было 27 (72,9%), а женщин 13 (27,1%). При этом подавляющее большинство больных-лица наиболее трудоспособного возраста: от 22 до 45 лет (88,9%). Причинами травмы были: дорожно-транспортное происшествие у 18 (48,6%), удар в живот тупым предметом 15 (40,5%), падение с высоты у 4 (10,9%) больных.

Из 40 пострадавших 18 (43,2%) поступили в состоянии алкогольного опьянения. До 3 часов с момента травмы поступило 24 (56,7%) пострадавших, от 4 до 12 часов – 16 (43,3%) человек.

Для диагностики повреждений печени использовались: анамнез, клинико-лабораторные, УЗИ, рентген, КТ и малоинвазивного метода как экстренная видеолапароскопия

Результаты исследования. При поступлении из 40 человек у 13 (29,7%) пострадавших клиническое проявления шока отсутствовали. Первая степень шока диагностирована у 21 (62,2%), и вторая степень выявлена у 6 (8,1%) пострадавших. Ориентировочно о степени гемодинамических нарушений судили по соотношению ЧСС и уровня артериального давления (индекс Альговера)

У 27 больных (48,6%) повреждения печени сочеталось с повреждениями других органов брюшной полости (сальник, брыжейка, желчный пузырь).

Принципами реализации видеолапароскопической диагностики являлось: установление наличия гемоперитонеума, повреждений органов и гематом в органах и забрюшинном пространстве.

Виды эндовидеолапароскопических вмешательств у наших больных были следующие:

- лапароскопическая электрокоагуляция ран печени, санация и дренирование брюшной полости - у 15 (35,2%);
- электрокоагуляция раны и фиксации к ней сальника - у 13 (29,7%) больных;
- диагностическая лапароскопия (повреждение отсутствует) – 9 (32,4%);
- конверсия у 3 (2,7%)

Лапароскопический вмешательства производит при локализации и повреждение в области 2,3,4,5,6 (у 23 больных) и частично 7-8 сегментов (у 3 больных). По Moore I-II и III степени. Основным условиям выполнения лапароскопических вмешательств является объём гемоперитонеума до 350-400 мл, отсутствие в брюшной полости кишечного содержимого и обильного кровотечения из ран печени. Производили тщательную её электрокоагуляцию, до образования сплошного струпа на раневой поверхности (у 13). При глубине раны более 1,5 см, её тампонировали прядью большого сальника, которую прикрепляли к капсуле печени клипсами (у 11 больных). Далее производили повторную ревизию и санацию брюшной полости, и к ранам печени подводили 1-3 дренажа. У 2 больных под капсульным гематом, их вскрывали и затем производилась коагуляция.

Выводы. По нашим данном удалось избежать напрасных лапаротомий в 13 (32,4%), и основными условиями выполнения лапароскопических вмешательств является объём гемоперитонеума до 250-500 мл, отсутствие в брюшной полости кишечного содержимого и активного кровотечения из ран печени.

Усаров Т.А., Кодиров Д.А., Исоков Х.А

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

РНЦЭМП, Самарканд, Узбекистан.

Цель исследоваия: Оценить эффективность применения эндоскопически ассоциированных оперативных вмешательств при лечении больных панкреонекрозом.

Лечение с применением лапароскопических операций. Оперативное вмешательств с использованием эндовидеохирургической технологии выполнено 48 больным. Считаем, что при ПН лапароскопическое вмешательств противопоказано при шоковом состоянии больного, подазрении на массивный спаечный процесс после ранее перенесённых вмешательств.

Доступ в брюшную полость осуществлялся после наложения карбоксиперитонеума через иглу Вереша введённую в супраумбиликальной области. При наличии пареза кишечника, вздутии живота пневмоперитонеум создавали через троакор в 27 случаях.

Оперативное вмешательств разделено на два этапа диагностический и лечебный. Цель диагностического этапа – проведение дифференциальной диагностики между ПН и другими заболеваниями, оценка распространенности поражения брюшной полости по разработанной нами методике. Цель лечебного этапа – удаление токсического экссудата из брюшной полости и забрюшинного пространства.

Выводы; Таким образом, применяя эндовидеохирургическую технологию в лечении ПН, мы добились достоверного снижения послеоперационной летальности по сравнению с использованием традицинных лапаротомных вмешательств: при стерильном некрозе с 10.1% до 3.4 %, при инфицированных формах ПН с 76.7% до 38.4%, общей летальности с 33.8 до 15.4%.

Файзиева Д.Ш.

НАРУШЕНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Кафедра внутренних болезни №1, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Выявить клинико-лабораторные предикторы динамических расстройств мозгового кровообращения у больных с хронической болезнью почек.

Материал и методы. В исследовании принимали участие 21 больной с ХБП, находящихся на стационарном лечении в нефрологическом отделении ГКБ №2 имени акад. К.Т. Таджиева. Средний возраст больных составлял от 20 до 55 лет, мужчин-14 человек, женщин-7 человек. Диагноз верифицировался на основании общеклинических и специальных методов исследования, которые включали доплерографию сосудов головного мозга, исследования концентрационной о фильтрационной функции почек.

Результаты исследования. Основными жалобами со стороны динамических расстройств мозгового кровообращения были: расстройства сна, головные боли, головокружения, шум в ушах, которые регистрировались у 11 (52,3%) больных. Со стороны неврологического статуса наблюдаются когнитивные расстройства, диффузная микроочаговая симптоматика: сухожильная анизорефлексия, лёгкое изменения походки и неуверенность при выполнении действий требующих точной координации. Со стороны лабораторных показателей часто наблюдалось повышения уровня креатинина, составляя в среднем 120ммол/л, мочевины-9,2ммоль/л, скорости клубочковой фильтрации (СКФ)-

50мл/мин 15 (71,4%). Со стороны доплерографии сосудов головного мозга регистрировались изменения показателей церебральной гемодинамики, характеризующиеся снижением величины и скорости пульсового кровенаполнения, затруднением венозного оттока на фоне гипертонической гемоциркуляции в сосудах каротидного и вертебробазилярного бассейнов у 7 (33,3%) больных.

Выводы. Результаты приведенного исследования свидетельствуют, что у 7 (33,3%) регистрируются динамические расстройства мозгового кровообращения. Усугубляющими факторами являются: нарушения фильтрационной способности почек, снижение СКФ на 44,4%, а также прогрессирующий отёчный и гипертензионный синдром.

Файзиева Д.Ш.

КАЛЛИКРЕИН-КИНИНОВАЯ СИСТЕМА КРОВИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ

Кафедра внутренних болезни №1, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Цель: определения калликреин-кининовой системы крови при гипертоническом кризе

Материалы и методы исследования. Обследовано 20 больных гипертонической болезнью II стадией, среди которых 13 мужчин и 7 женщин. Кровь для исследования кининов забиралась на высоте гипертонического криза. Возраст обследованных больных составил от 55-62 лет. По типу гипертонического криза больные были разделены на 2 группы: гипертонический криз 1 порядка – 11 больных и гипертонический криз 2 порядка 9 больных. Контрольную группу составили 9 практически здоровых лиц в возрасте от50 до 60 лет, не имеющие в анамнезе повышенное артериальное давление.

Исследование калликреин-кининовой системы крови проводилось биологическим методом C. Diniz и J. Corvalho в модификации Т.С. Пасхиной, в лаборатории биохимии Таджикского НИИ профилактической медицины.

Результаты и обсуждение. Ведущим фактором нарушения гемодинамики во время гипертонического криза является значительное повышение ОПС и снижение сердечного выброса, что строго регламентируется функциями кининов.

Исследования ККСК у больных гипертонической болезнью при различных типах криза показали, что при I типе гипертонического криза содержание прекалликреина значительно снижается до 23,75 (мкмоль аргинина в 1 л за 1 мин) (контрольная группа 127,40); также регистрируется снижение кининогена до 3,53 (мкмоль брадикинина в 1 л) (контроль 4,33); активность калликреина увеличивается до 1,52 (мкмоль брадикинина в 1 л за 1 мин) (контроль 1,29).

В период гипертонического криза II типа у больных гипертонической болезнью содержание прекалликреина было приблизительно таким же, как и у больных гиперкинетическим кризом и составила 31,63 (мкмоль аргинина в 1 л за 1 мин). Содержание кининогена было значительно снижено до 3,48 (мкмоль брадикинина в 1 л). Активность калликреина составила 1,32 (мкмоль брадикинина в 1 л за 1 мин) достоверно не отличаясь от показателей контрольной группы.

Следовательно, незначительное повышение суммарного калликреина выявлено лишь при I типе гипертонического криза. У больных со II типом криза активность калликреина не отличалась от таковой в контроле. Количество кининогена у больных с I и II типом гипертонического криза уменьшалось.

Выводы: Гипертонический криз 1 типа характеризуется повышением активности калликреина и возможным нарушением баланса кининов с развитием различных осложнений. Это обстоятельство требует быстрого купирования криза кризов 1 порядка.

Файзиева Д.Ш., Джалилзода С.С.

КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТОЛОГИЯ КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Кафедра внутренних болезни №1, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Изучить частоту клинической симптоматологии кистозной болезни почек у коренных жителей Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Обследовано 60 больных коренных жителей Республики Таджикистан по нефрологическому плану с кистозным заболеванием почек. Инструментально проведено мониторинг АД, ЭКГ, УЗИ почек, экскреторная урография, при необходимости компьютерная томография.

Результаты и их обсуждение. По результатам обследования установлено у 29 пациентов (48,3%) мелкие одиночные и двухсторонние кисты размером от 1,0 до 3,0 см, кисты размерами более 4,0 см до 6,0 см выявлено у 19 (31,7%), множественные кисты, более 2 в каждой почке размерами от 3,0-7,0 см у 12 (20,0%) пациентов. Наиболее частим клиническим проявлением кистозной болезни почек являлись болевые ощущение в области поясницы 24 (40,0%). Лабораторном и функциональным исследование выявляется незначительная протеинурия <1,0 г/сут, микрогематурия у 28 (46,7%), мочекислый-оксалотурический диатез – 26 (43,3%). Начальные признаки снижения СКФ выявляется у 21 (35,0%), тяжелой у 8 (13,3%), терминальной у 7 (11,7%).

Выводы. Кистозная болезнь почек чаще протекает моносимптомно, скрытым течением основных клинических симптомов. Не редко первично обращается в 3Б-5 стадии хронической болезни почек.

Фаттоева Н.В., Алиева Е.Г.

ПРИМЕНЕНИЕ РАДОНОВЫХ ВАНН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА

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

Цель исследования. Изучение влияния процедуры санаторно-курортного лечения, в частности применение

радоновых ванн в комплексном лечении больных с остеоартрозом коленного сустава. *Остеоартроз* - это хроническое заболевание, в основе которого лежит поражение суставного хряща. Процесс протекает хронически, годами и нередко приводит к инвалидности. Чаще всего остеоартроз встречается после перенесённых травм суставов, воспалительных процессов, у пациентов с врождённой патологией опорно-двигательного аппарата, у людей, страдающих ожирением, ведущих малоподвижный образ жизни. Также влияют неблагоприятные экологические условия, длительное воздействие неудобных поз, перенос тяжести, которое стимулирует давление и нагрузку на опорно-двигательную систему.

Радонотерапия - это не только метод лечения, но и профилактика многих заболеваний. Научным путём доказано, что малые дозы радиации стимулируют производство в организме оксида азота, являющегося важнейшей составляющей системы организма, отвечающей за саморегуляцию кровяного давления, свёртываемость крови и передачу нервных импульсов. Радон благоприятно влияет на центральную и вегетативную, нервную, нейроэндокринную систему, способствует нормализации всех видов обменов в организме, оказывает выраженное обезболивающее, хондропротекторное, противовоспалительное и успокаивающее действие, повышает иммунитет и улучшает работу сердца.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 10 больных в возрасте от 50 до 75 лет с диагнозом остеоартроз коленного сустава. Больные предъявляли жалобы на боли в коленном суставе, ограничение сгибания сустава при ходьбе и подъёме по лестнице, нарушение опороспособности. В комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий, включая медикаментозную терапию, входило применение радоновых ванн в условиях санаторно-курортного лечения. Проводились общие ванны, температура воды от 38 до 39 градусов, время воздействия от 10 до 15 минут. Курс лечения 10-15 процедур с перерывом в 6 месяцев между курсами.

Радоновые воды - это минеральные воды различного состава, содержащие радиоактивный газ радон, в результате распада атомов которого выделяется альфа-излучение, оказывающее на организм лечебное и профилактическое действие. Радоновые ванны улучшают кровообращение, микроциркуляцию в синовии и метафизе костей, повышают метаболизм в хондроцитах и клетках соединительной ткани, усиливая сопротивляемость хряща, уменьшая деструктивные явления и воспалительный процесс в суставах.

Результаты исследования. Результаты лечения оценивали по следующим показателям: уменьшению боли в суставе, увеличению амплитуды движения, улучшению опороспособности конечности. Прохождение курса радоновых процедур повышает качество жизни у хронически больных людей, снижает потребность в болеутоляющих средствах и иных препаратах.

Выводы. Таким образом, улучшение общего состояния здоровья человека после радонотерапии в большинстве случаев продолжается чуть более полугода, поэтому рекомендуется повторять курс лечения не менее одного раза в год.

Фаттоева Н.В., Алиева Е.Г.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА ПО К.П. БУТЕЙКО ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

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

Цель исследования. Современные люди всё меньше времени проводят на свежем воздухе. Работники умственного труда подолгу находятся в закрытых офисах, многие люди чаще предпочитают сидеть дома вместо того, чтобы выйти на прогулку. При малоподвижном образе страдает жизненно важная функция - дыхание. Мы начинаем дышать неравномерно, что негативно сказывается на нашем здоровье. Помочь себе не только правильно дышать, но и оздоровиться полностью, могут помочь дыхательные упражнения. Есть много концепций различных авторов, одна из самых популярных - разработка К.П. Бутейко.

Целью данного исследования являлось изучение влияния дыхательной гимнастики по методу К.П. Бутейко при дыхательных нарушениях бронхо-лёгочной системы.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 8 больных - женщины в возрасте от 40 до 60 лет, имеющие в анамнезе заболевание бронхиальная астма. Все они предъявляли жалобы на затруднённое дыхание, чувство нехватки воздуха, отдышку, кашель, общую слабость, снижение работоспособности.

Метод Бутейко или метод волевой ликвидации глубокого дыхания (ВЛГД) направлен на улучшение лёгочной вентиляции. Достичь такого эффекта получается за счёт уменьшения скорости и глубины дыхания. Поверхностное дыхание через нос - важная составляющая дыхательного комплекса, которая обеспечивает лучшее насыщение крови и тканей кислородом и углекислым газом. Данный метод помогает купировать приступы бронхолёгочных болезней и улучшить качество здоровья в целом, поскольку в работу включаются другие важные органы человека и, таким образом, тоже начинают лучше функционировать. Наглядно достоверность этого убеждения иллюстрируют сами упражнения, включённые в технику.

№1. *Для работы верхних отделов лёгких.* 5 секунд - вдох, затем 5 секунд - выдох (мышцы грудной клетки расслабить), затем 5 секунд паузы (в состоянии максимального расслабления). Повторить 10 раз.

№2. *Полное дыхание.* Объединяется диафрагмальное и грудное дыхание. В течение 7,5 секунд - вдох, начинающийся с диафрагмального дыхания, заканчивающийся грудным дыханием, затем 7,5 секунды выдох, начало - с верхних отделов лёгких, конец - с нижних отделов лёгких (диафрагмы), затем 5-секундная пауза. Повторить 10 раз.

№3. *Точечный массаж точек носа в момент максимальной паузы.*

№4. *Полное дыхание правой, затем левой половины носа.* Выполнить по 10 раз.

№5. *Втягивание живота.* Длится 7,5 секунды на полном вдохе. Следует максимальный выдох в течение 7,5 секунды, затем 5 секундная пауза. Мышцы живота втянуты всё время. Повторить 10 раз.

№6. *Максимальная вентиляция лёгких.* Выполнить 12 максимально быстрых вдохов и выдохов. В течение 2,5 секунд - вдох, 2,5 секунды - выдох. Чередовать на протяжении минуты. После сразу же выполнить максимальную паузу на выдохе. Выдох должен быть предельным.

Гимнастика проводилась ежедневно в первой половине дня, продолжительностью от 15 до 30 минут. Курс лечения составляет от 15 до 30 дней в зависимости от стабилизации состояния.

Результаты исследования. После проведённого лечения наблюдалась тенденция к уменьшению отдышки, кашля, улучшению общего самочувствия, восстановлению сна. Повысилась работоспособность и настроение.

Выводы. Длительное применение дыхательной гимнастики методом Бутейко существенно улучшает экскурсию лёгких, уменьшает кашель и стабилизирует состояние больных. Таким образом, дыхательная гимнастика по методу К.П. Бутейко ввиду универсальности и многофункциональности оказывает положительное влияние на весь организм человека, не требуя от него особых условий для занятий.

Фроленкова Л.А.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ФОНЕ COVID-19

Сургутский государственный университет, Сургутская окружная клиническая больница
Сургут ХМАО-Югры, Россия

Цель: оценить особенности поражения легких на фоне бронхиальной астмы, оценить дальнейшее течение заболевания и необходимость коррекции терапии, для достижения контроля бронхиальной астмы.

Материалы и методы: В пульмонологическом кабинете проведено популяционное скринирующее исследование выборочным методом за 2022-2023г.г.. Репрезентативную выборку формировали из пациентов с бронхиальной астмой и инфекций вызванной Sars-Cov-2. Стратифицировали по степени тяжести БА с включением в выборку пациентов со среднетяжелым и легким вариантом. Посещение пульмонолога по поводу ухудшения течения бронхиальной астмы, определяло необходимостью коррекции бронхолитической терапии в связи с отсутствием контроля БА в течение нескольких месяцев**.** В исследование включены 51 пациент – мужчины 22 и женщин 29.

Результаты исследований: При исследовании карт проводился анализ базисной терапии, наличие хронических заболевания, и дальнейшее течение БА, с необходимой коррекцией.

Легкая форма БА была зарегистрирована у 5 (9,8% принявших участие в исследовании), всем им были назначены ингаляционные ГКС в низких дозах в связи с ухудшением бронхообструктивного синдрома. У 49(96%) пациентов БА зарегистрирована как среднетяжелого течения. В качестве базисной терапии пациенты получали будесонид в дозе 640 мкг и формотерол 18 мкг в сутки ежедневно.

По тяжести течения коронавирусной инфекции- госпитализированы 31(60,7%) пациент, 20(39,2%) получали лечение на амбулаторном этапе. Проведенное исследование среди госпитализированных пациентов с коронавирусом выявило наличие сопутствующих заболеваний 20(64,5%) страдали гипертонией, 14 (45,1%) – ожирением, 12 (38,7%) – сахарным диабетом. В этом списке гиперлипидемия (повышение холестерина более 5,8ммоль\л у 18(58%) пациентов, с диагностикой метаболического синдрома. Отсутствие необходимости в госпитализации характеризуется легким течение коронавирусной инфекции. Из симптоматики преобладали потеря обоняния, незначительное недомогание, першение и боли в горле, тяжесть в грудной клетке и усиление кашля. Повышение Т тела зафиксировано 1-3 дня, не превышающие 37,4С. Проведение КТ ОГК было выполнение у 10 пациентов, характеризуется отсутствием поражения легких, у 5 пациентов поражение легких менее 10%. Диагноз Sars-Cov-2. инфекции доказан методом ПЦР диагностики. Базисная терапия бронхиальной астмы была продолжена в прежнем объеме(малые дозы ИГКС). Изменение симптоматики, как усиление тяжести в груди и кашля, дополнительно принимали суспензию будесонида через небулайзер на протяжении 5-7 дней (соответственно увеличивая кратковременно дозу ИГКС в 2 раза).

Среди госпитализированных 31 пациента, отмечалось поражение легких соответственно КТ 2-3. Клиническая картина представлена выраженным кашлем, одышкой и резкой слабостью. Отмена базисной терапии приводила к ухудшению бронхиальной проходимости (нарастала одышка, снижение толерантности к нагрузке и падение сатурации кислорода на нагрузку), что требовало применение системных ГКС, в течение 5-7 дней. Соответственно при выписке из стационара, для достижения контроля бронхиальной астмы увеличивали дозу ИГКС в 1,5-2 раза(1000 мкг и более по будесониду).

Заключение:1. Анализируя данные исследования, бронхиальная астма не является фактором риска более тяжелого поражения легких.

2. наблюдательные исследования показывают, что прием ингаляционных глюкокортикостероидов, возможно, связан с более благоприятным прогнозом для пациентов с COVID-19 и тем самым предотвращает развитие острого респираторного дистресс-синдрома

3. Проблема коморбидности у пациентов приводит к утяжелению одного заболевания в ущерб другого.

4. Базисная терапия должна приниматься у пациентов с бронхиальной астмой , даже при наличие поражения легких.

Хайдарова С.Ф., Рахматуллаева З.Р., Каримова М.Дж.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ХЛАМИДИОЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедры семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» Таджикистан.

Цель исследования. Изучить особенностилечения хламидийной инфекции у детей.

Материалы и методы исследования. Нами изучено лечение 26 детей в возрасте от 1 до 3 лет страдающих хламидиозной инфекцией. Исследование проводилось в ГУГЦЗ №12детей находившихся на лечение и диспансерном наблюдение по поводу хламидиозной инфекции. Основными проявлениями заболевания были у9(34.6%) детей бронхиты,тонзиллиты 7 (26.9%), 4 (15.3%) пневмонии, 6 (23%) фарингиты. Всем больным проводилось клинико-лабораторное обследование (общий анализ крови, мочи и кала, IgA, IgM,IgG антитела методом иммуноферментного анализа,

рентгенографию грудной клетки.

Результаты исследования. При всех клинических формах в лечение хламидиозной инфекции у детей раннего возраста наиболее эффективным явились макролиты и сульфаниламиды.Макролиты обладают широким спектром антимикробного действия – бактериологического при средних дозах и бактерицидного при высоких дозах антибиотиков. Нами назначались из макролитов азитромицин (сумамед), кларитромицин.. Азитромицин назначался детям старше 6 месяцев один раз в сутки, из расчета 10 мг/кг веса ребенка – первый день, а последующие 4 дня – 5 мг/кг, один раз в сутки. Он имеетдлительный период выведения из организма, сохраняет антибактериальную активность еще в течение 4-5 дней после окончания курса антибиотикотерапии. Кларитромицин – лишен основного недостатка эритромицина – неустойчивости в кислой среде желудка. Назначалось из расчета 30 мг на 1 кг веса в виде сиропа и таблеток. Курс лечения 5 дней при. непереносимости макролитов нами назначались сульфаниламидные препараты – бисептол и бактрим из расчета 6 мг на 1 кг веса. Они имеют широкий спектр действия, эффективны. Состояние детей улучшилось и в повторных анализах высева хламидий не выявлялось.

Выводы. В данной статье рассмотрены вопросы практики назначения антибактериальных препаратов при хламидиозной инфекции у 26 детей раннего возрасте. Отмечено что наиболее эффективны (азитромицин, кларитромицин), сульфаниламиды (бисептол и бактрим). Результаты проведенной терапии были хорошие.

Хайдарова С.Ф., Рахматуллаева З.Р.,Джалгашева С.Х

ДИАРЕЯ У ДЕТЕЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Цель: изучить эффективность препарата LACTO-GIKIDS вкомплексном лечении диарейных заболеваний у детей

Материалы и методы исследований. В основу изучения эффективности препарата вошло клиническое исследование 170 детей с различными диарейными заболеваниями легкой и среднетяжелой степенью лечившиеся в пункте оральной регидратации(ПОР)ГУ ГЦЗ №12.Возрастная структура от 0 до 1 года62(36.4%) от1 до 4 лет 108(63.5%). Контрольную группу составили 24 ребенка не получившие в комплексном лечении данный препарат.

Результатыисследования. Результаты исследования клинического состояния детей показали, что в структуре заболеваемости немалый удельный вес принадлежит алиментарному фактору (ранний перевод на искусственное вскармливание, пищевое отравление). Препарат назначался с месячного возраста на фоне базисной терапии назначения диетотерапии, оральногорегидратационного средства, ферментов.Все больные группы сравнения получили препарат лакто-кид по 1 дозе(раствор в флаконе) один раз в день. Продолжительность курса лечении составляла в среднем от 5 до 7 дней. Положительная динамика была отмечена у большинства детей. Облегчение наступало уже в течении 24-48 часов после применения препарата.

Вывод. LACTO-GIKIDS пробиотик способствует нормализации микрофлоры кишечника и восстановлению нарушенных процессов пищеварения у детей с диарей.Нет необходимости в назначение антибиотикотерапии.

ХакимоваЗ.Ф., Гадойбоев М.Р., Холматов З.В.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн иСино», Таджикистан

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения рожистого воспаления у детей младшего возраста в республике Таджикистан.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 15 истории болезни больных детей с диагнозом рожистое воспаление, находившиеся в городской клинической инфекционной больнице г.Душанбе за период июль-август 2024г. Диагноз был установлен на основании клинико-эпидемиологических данных и подтвержден показателем общего анализа крови.Из общего количества больных детей мальчиков было 8, девочек -7. Городских жителей было 5, селских -10. Возраст больных детей колебался от 3-7 лет и в среднем составил 4,5±1,5 лет.

Результаты исследования. Все больные с учетом клинических форм болезни были распределены на 2 группы. Первая группа включала 5 больных(66,7,%) с эритематозной формой рожистого воспаления, вторую группу составили 5(33,4%) с эритоматозной формой. Все больные с эритематозной формой рожистого воспаления поступали в состоянии средней тяжести. Заболевание в первой группе характеризовалось острым началом с повыщением температуры тело до 38С у 2 больных, а у 3 больных отмечался субфебрилитет с умеренно выраженными симптомами интоксикации в виде слабости недомагания, понижением аппетита. При осмотре на коже в области голени у больных этой группы отмечалась уплотнение кожи, напряжение, затем гиперемия, которая имела четкие границы с неровными краями, и отеком, а также местное повышение температуры тела, болезненность при пальпации, которые развились развились на 2 день заболевания. Симптомы локального поражения кожи длились 5 дней.

Вторую группу составили 10 больных у которых наблюдалось эритематозно-буллезная фома рожистого воспаления. Все больные в данной группе имели тяжелое течение. Заболевание в данной группе харктеризовалось острым началом с повышением температуры тела 39С ,сопровождающиеся ознобом,слабостью, недомоганием, лимфоаденит.. Местный воспалительный процесс локализовалсяв области голени и характеризовался эритемой на фоне которой отмечались пузыри,которые имели серозную жидкость.Эритематозно-буллезная форма рожистого воспаления развилась на 2-3 день заболевания у 2 больных а у 3 больных на 4-5 день болезни. В обеих группах осложения не отмечалось.В гемограмме у всех больных отмечался лейкоцитоз, нейтрофилез,ускоренное СОЭ.

Все больные получали антибактериальную, а при выраженной интоксикации дезинтоксикационную терапию. При

выраженной инфильтрации кожи в очаге воспаления показано противовоспалительное лечение с прменением нестероидных противовоспалительных препаратов, а в тяжелых случаях гормональную терапию. Применялись жаропонижающие,симптоматические средства,витамины. Местное лечение проводили при эритематозно-буллезной форме с локализацией процесса на конечностях путем вскрытия пузыре и наложения стерильных марлевых салфеток, смоченных растворами антисептиков.

После лечения улучшение состояния при эритематозной форме рожистого воспаления было отмечено на 5 день болези и характеризовалось отсуствием симптомов интоксикации и исчезновение гиперемии и отека. При эритематознобуллезной форме улучшение наступило на 7 день болезни и харктеризовалось исчезновением интоксикации, а также гиперемии и пузырей.

Выводы. Анализ проведенных исследований показал,что среди детей преволировали эритематознобуллезные формы рожистого воспаления, с локализацией в нижних конечностях, которые протекали длительно. Осложнение у детей с рожистым воспалением выявлено не было.

Халикова Н.А.

ВОЗДЕЙСТВИЕ ЭСЦИТАЛОПРАМА НА УРОВЕНЬ ЛИПИДОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ТРЕВОЖНО ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

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

Цель. Изучить влияние антидепрессанта нового поколения СИОЗС - эсциталопрама на уровень липидов крови у пожилых больных гипертонической болезнью с сопутствующим тревожно-депрессивными растройствами.

Материал и методы. Обследованы 28 больных гипертонической болезнью (ГБ)в возрасте от 60-72лет с коморбидной депрессией .Среди обследованных женщин было 16,мужчин 12.У 6 установлена ГБ I-й степени ,у 16-и II-й и у 6–III-я степень тяжести(классификация ВНОК2004). Всем больным кроме общеклинического обследования проводились дополнительные исследования с целью исключения симптоматических форм артериальных гипертензии.Для выявления и оценки аффективных нарушений использовались: Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) и опросник тревоги Спилбергера –Ханина (STAI). Критерием включения в исследование были больные суммой баллов по шкале тревоги и депрессии более 11.Все больные в качестве гипотензивной терапии получали липразид 10 (лизиноприл 10мг+гидрохлортиазид 12,5мг), Эсциталопрам назначается в дозе 10мг однократно,днем. Состояние липидов крови изучались до начала и после 8-недельного курса лечения антидепрессантом. Анализ липидного спектра проводилось биохимическим анализатором CardioChek (США). Определяли следующие покозатели: общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой и низкой плотности, триглицириды.

Результаты. К конце курса лечения отмечалось отчетливое улучшение психологического состояния больных которое подтверждалось значительным уменьшением суммарных баллов HADS по шкале депрессии на 43%, сопутствующая тревожная симптоматика снизилось на 25%.Отмечалось снижение содержания общего холестерина, триглицеридов,холестерина липопротеидовнизкой плотности и тенденция к повышению холестерина липопротеидов высокой плотности.При этом существенной динамикисо стороны коэффицента спектра крови у основного контингента лиц старших возрастов, полученные нами данные результаты имеют определенное прогностическое значение в отношении развития различных сордечно- сосудистых осложнений у больных с артериальной гипертонией.

Выводы. Эсциталопрам в среднесуточной дозе 10мг у больных с гипертонической болезнью пожилого возраста улучшает показатели липидов крови.

Халикова Н.А.

ВОЗДЕЙСТВИЕ ИНГИБИТОРОВ АПФ НА УРОВЕНЬ ЛИПИДОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СТАРШИХ ВОЗРАСТОВ

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

Цель исследования. Изучить влияние ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) на уровень липидов крови у больных гипертонической болезнью (ГБ) старших возрастов.

Материалы и методы: обследованы 25 больных гипертонической болезнью в возрасте от 64 до 75 лет, среди них 14 женщин, мужчин – 11. У 10 больных имело место II- степень, а у 15 пациентов – III степень ГБ. Гипотензивная терапия проводилась ингибиторами АПФ в начальной дозе 2,5 мг, для достижения целевых цифр артериального давления АД, некоторым больным доза увеличивалась до 10 мг. Среднесуточная доза составила 5 мг. До начала и после 7-8 недельного курса лечения больным проводилось общеклиническое обследование, использовали также дополнительные методы исследования. Состояние липидов крови изучалось биохимическим анализатором Cardio Chek производство компании Polymer Technology System (СШФ). Определяли следующие показатели: общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой и холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды.

Результаты исследования. К концу первой недели лечения отмечалось отчётливое улучшение субъективного состояния больных, которое сопровождалось достоверным понижением АД в среднем на 22%. После 7-8 недели лечения у больных отмечалось снижение содержания общего холестерина, триглицеридов, холестерина липопротеидов низкой плотности и тенденция к повышению холестерина липопротеидов высокой плотности. При этом существенной динамики со стороны коэффициента атерогенности не отмечено. Учитывая исходную атерогенную направленность липидного спектра крови у основного контингента лиц старших возрастов, полученные нами данные имеет определённое прогностическое значение в отношении развития различных сердечно-сосудистых осложнений у больных гипертонической болезни.

Выводы. Установлено, что применение ингибиторов АПФ в среднесуточной дозе 5 мг у больных гипертонической болезнью старших возрастов не ухудшает показатели липидов крови.

Халилова Д.А., Алимова Н.А., Латипов М.А

АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ОСТЕОАРТРОЗОМ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ВОЛЬТАРЕНОМ.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования: Изучить и оценить эффективность гипотензивной терапии бисопрололом и амлодипином у больных гипертонической болезнью II стадии с сопутствующим ОА, получающих симптоматическую терапию вольтареном.

Материал и методы. Обследовано 34 больных ОА II-III стадии в возрасте 54-69 лет, среди которых было 13 мужчин и 21 женщин. В исследование принимали больные гонартрозом (61,7%) и коксоартрозом (39,3%) с сопутствующей АГ II стадии. Диагноз ОА верифицировался по клиническим и рентгенологическим данным. При поступлении в стационар больным не изменяли ранее проводимую им гипотензивную терапию. Пациенты были, разделены на две группы, сопоставимые по возрасту, полу, в зависимости от принимаемого гипотензивного препарата. В 1-й гуппе (n-20) пациенты получали бисопролол 5 мг/сут., во 2-й группе (n-14)-амлодипин 5 мг/сут. Вольтарен назначался перорально в дозе 100 мг/сут., в два приема. Для профилактики НПВП –индуцированной гастропатии назначался нольпаза 20 мг/сут. Суточное мониторирование АД проводилось при поступлении в клинику и на 5-7 сутки терапии вольтареном.

Результаты: Исследование показало, что в 1-й группе пациентов на фоне приема вольтарена отмечалось повышение среднего дневного значения систолического АД (САД) с 141,0±5,2 до 151,5±3,1 мм рт. ст. ($p<0,55$) и среднего дневного значения диастолического АД (ДАД) с 78,8±3,1 до 89,4±2,6 мм. рт. ст ($p<0,05$), у 6 (30%) пациентов на фоне противовоспалительной терапии отмечалось появление повышенной вариабельности САД в течение суток. Усиление гипотензивное терапии в связи с лабильности АД потребовалось 8(40%) пациентам. Во 2-й группе больных на 5-7 сутки применение вольтарена повышение среднего дневного значения САД было недостоверным. САД у них составило до и после курса НПВП соответственно 139,3±5,1 и 146,2±6,1 мм рт. ст.., а ДАД- 79,4±4,3 и 81, 4±4,5 мм. рт. ст. Вариабельность САД у пациентов 2-й группы характеризовалась относительной стабильностью как в дневное, так и в ночное время. Исключение составили 3(14,3%) пациентов, у которых отмечалось появление повышения скорости утреннего подъема САД потребовавшее, усиление гипотензивной терапии.

Выводы: Таким образом, лечение вольтареном больных ОА с артериальной гипертензией приводило к нивелированию гипотензивного эффекта бисопролола и в меньшей степени амлодипина. По- видимому при лечении гипертонической болезни у пациентов, страдающих ОА и принимающим неселективные НПВП, предпочтение следует отдавать гипотензивным препаратам из группы блокаторов медленных кальциевых каналов.

Халилова Д.А., Холова Х.Т., Касиров И.Т.

АНАЛИЗ И ОЦЕНКИ ИЗМЕНЕНИЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования: Изучить и оценить электрокардиографические изменения у больных (Ревматоидный артрит) в зависимости от наличия (Артериальная гипертензия)

Материал и методы: Обследованы 105 больных 89 (85,1%) женщин и 16 (14,9%) мужчин) с достоверным серопозитивным (84) и серонегативным (21) диагнозом РА, в возрасте от 18 до 68 лет (средний возраст 46,5±3,4 года). С I, II и III степенью активности было 22, 34 и 47 больных соответственно. Все 105 пациентов были разделены на 2 рандомизированные по полу, возрасту и основным клиническим показателям группы. В первую группу вошли 60 больных РА в сочетании с АГ, во вторую - 45 больных РА без сопутствующей АГ. Всем пациентам проводилась ЭКГ по стандартной методике.

Результаты: У всех 105 пациентов ЭКГ- изменения в различных вариациях были обнаружены у 68 больных (63,2%), спектр и частота встречаемости которых у пациентов РА первой и второй группы. При раздельном изучении частоты встречаемости и спектра ЭКГ-изменений у пациентов с РА, в зависимости от наличия или отсутствия АГ, выявлены колебания изучаемых показателей, как в количественном, так и в структуральном плане, в широком диапазоне. В целом, наиболее частыми ЭКГ- изменениями у больных РА были: ГЛЖ, ЖЭ и ПЭ, НВЖП (преимущественно по правой ножке пучка Гисса), БИМ, ДСПР, которые были выявлены у пациентов 1-ой группы соответственно: у 51, 12, 13, 18 и 44 больных и во 2-ой группе – соответственно у 16, 4, 6, 7 и 11 пациентов. Мерцательная аритмия и суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия являлись редкими ЭКГ- изменениями, были выявлены лишь у 8,0% пациентов 1-ой группы. Это были больные с тяжёлыми формами РА с АГ и с многочисленными системными проявлениями, в том числе с поражением сердца. Среди данного контингента у трёх больных имели место пороки митрального клапана.

Если смещение сегмента ST ишемического характера наблюдалось соответственно у 35,2% и 17,6% обследованных в 1-ой и 2-ой группах, то частота встречаемости «отрицательного» зубца T преимущественно в отведениях V3- V6, II и AVF была значительно чаще и встречалась соответственно у 41,6% и 15,4% больных 1-ой и 2-ой групп.

При раздельном изучении частоты встречаемости и спектра ЭКГ-изменений у больных РА с различной степенью активности воспалительного процесса выявлены колебания изучаемых показателей, как в количественном, так и в структуральном плане, в широком диапазоне. Полученные результаты одновременно свидетельствуют и о том, что

большинство ЭКГ-изменений наблюдалось у серопозитивных больных РА с длительным анамнезом и наличием висцеральных проявлений заболевания.

У 5 (4,2%) больных в 1-ой группе в процессе наблюдения, по результатам динамического ЭКГ- исследования и консультации кардиологов, был установлен диагноз интрамуральный ИМ. Кроме того, у 10 (8,4%) пациентов 1-ой группы на основе динамического изучения ЭКГ были выявлены очаговые изменения, идентичные таковым при постинфарктном кардиосклерозе.

Выводы: Таким образом, проведённое нами исследование показало, что у пациентов РА в зависимости от наличия или отсутствия АГ частота и спектр ЭКГ-изменений гораздо больше у больных РА с сопутствующей АГ. Кроме того, по мере нарастания воспалительной активности усугубления тяжести РА увеличивается частота встречаемости и спектр ЭКГ – изменений.

Хасанов Дж.М., Шамсов А.Т., Шарифов М.М.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ 2 И 3-Х ВАЛЕНТНОГО ЖЕЛЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЙ

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

Цель исследования. Провести обзор литературных данных по оценке эффективности препаратов 2-х и 3-х валентного железа в лечении железодефицитных анемий (ЖДА).

Материал и методы. Одним из широко распространенных состояний, вызывающих большие медико-социальные проблемы в нашем регионе, является дефицит железа. Заболеваемость ЖДА у женщин фертильного возраста стран Центральной Азии составляет 30-60 %, но в период беременности и лактации может достигать до 80-90 %. Согласно классификации различают:

- Прелатентный – снижение запасов Fe в депо, но без снижения расходов на эритропоэз.
- Латентный – истощение запасов Fe в депо, снижение Fe в тканях и сыворотке крови, однако признаков развития анемии еще нет, снижается уровень ферритина.
- Манифестный – снижение гемоглобина, развитие ЖДА, появление клинических симптомов анемии. ЖДА наблюдается у 30% населения планеты, а скрытый дефицит железа встречается в 2 раза чаще. Учитывая вышеизложенное нами проведён обзор доступной литературы с целью изучения эффективности применения 2 и 3-х валентного препаратов железа у больных железодефицитной анемией.

Результаты исследования. Результаты обзора показали, что после проведённого 2 - 3-х недельного курса лечения препаратами железа независимо от валентности отмечается достоверное уменьшение анемического синдрома, при сохранении сидеропенического синдрома. 8 недельная терапия приводит к исчезновению анемии почти у половины больных. При анализе динамики гематологических показателей уже через 2-3 нед. ферротерапии у больных с ЖДА в обеих группах отмечалось статистически достоверное повышение количества эритроцитов и уровня гемоглобина крови. Установлено, что в группе больных получавших 2-х валентный препарат железа средний уровень гемоглобина возрастал быстрее по сравнению у больных, получавших 3-х валентное железо.

Заключение. Соли трёхвалентного железа всасываются хуже. Это связано с самим механизмом всасывания железа. Для того, чтобы железо всосалось — в кишечнике оно должно быть в двухвалентном состоянии. В связи с этим, соли трёхвалентного железа всасываются медленнее, так как организму нужно поменять валентность молекулы железа. Поэтому препараты, содержащие в составе двухвалентное железо, действуют быстро — гемоглобин нормализуется в среднем через 2 недели – 2 месяца, а восполнение депо железа происходит уже через 3–4 месяца от начала приёма препарата, в зависимости от тяжести анемии и дозировки препарата. Препараты трёхвалентного железа работают медленнее — нормализация гемоглобина в среднем наступит через 2–4 месяца, а восполнение показателей депо железа через 5–7 месяцев от начала терапии. Однако в связи с медленным действием препараты трёхвалентного железа лучше переносятся.

Хасанова Х.Т.

ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Выявление и изучение нарушения осанки у детей дошкольного и школьного возраста.

Материал и методы исследования. Работа основана на анализе данных 75 детей в возрасте от 8 до 13 лет, поступивших в детское травм. отделение НМЦ РТ за период 2021 - 2024 года. Девочек было – 35(46,6 %), мальчиков – 40 (53,4 %), из них г.Душанбе составили – 14 детей (18,6%), село – 61(81,4%). По результатам врачебного осмотра было выявлено, первая (начальная) степень - 38(50,6%) детей, которые имели слабые визуальные проявления; вторая (прогрессирующая) степень – 12(16%), с более выраженым нарушением осанки, вызывающие первые ощутимые неудобства и дискомфорт у ребенка и требуещее особого лечения; третья (запущенная) степень нарушением осанки – 25 (33,4%) детей, у которых отмечались тяжелые деформации и искажения костными и суставными изменениями позвоночного столба, иногда и патологии внутренних органов.

Результаты и обсуждение. Причиной возникновения дефектов в развитии осанки детей могут стать различные неблагоприятные факторы, как врожденные, так и приобретенные. В зависимости от их характера, проявляться они могут по-разному и в разном возрасте. Некоторые отклонения обнаруживаются уже в первые недели и месяцы после рождения. Обычно небольшие отклонения от нормы корректируются растущим организмом самостоятельно, но только при условии хорошего здоровья ребенка. В противном случае нарушения детской осанки остаются и с возрастом начинают прогрессировать, вызывая серьезные заболевания — сколиоз, остеохондроз и

другие. Наиболее остро проблемы с осанкой проявляются у детей в период активного роста и начала школы — 6-8 лет, а также в 11-12 лет, когда кости и мышцы ребенка резко увеличиваются в длину. Проблема состоят в том, что в этот период у ребенка еще в полной мере не выработались механизмы поддержания нормальной позы. По статистике более 60% всех нарушений приходится на младший школьный возраст 7-8 лет.

Выводы. Причины нарушения осанки могут воздействовать на организм ребенка по отдельности или комплексно. В последнем случае вероятность серьезных заболевания и отклонений в развитии существенно возрастает. Здоровье малыша зависит от правильного бережного ухода, в том числе и формирование правильной осанки. Необходимо не только самостоятельно следить за позвоночником малыша, но и регулярно проходить осмотр у специалиста-остеопата, который сможет обнаружить и диагностировать негативные изменения на ранней стадии, когда исправить их достаточно легко. Именно в раннем возрасте, когда ребенок еще не достиг 3-х лет, необходимо максимально пристально следить за его формирующейся осанкой.

Исправить нарушения осанки зачастую весьма непросто — для этого требуется немало времени и усилий специалиста. Гораздо проще — не допустить этих нарушений, следить за осанкой ребенка с раннего детства. Выполнение простых правил в купе с советами и помощью специалиста-остеопата позволит сохранить позвоночник ребенка здоровым.

Хидиров М.С., Абдулсаидов С.К., Мирзабоев А.М

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АНАЭРОБНОГО ПАРОПРОКТИТА

Самаркандского государственного медицинского университета,
Самаркандский филиал РНЦЭМП**.,** Самарканд, Узбекистан

Цель исследования: Совершенствование лечебной тактики при лечении острого анаэробного паропроктита (ОАП).

Материал и методы исследования. В исследование включены 140 пациентов с ОАП, находившихся на лечении в отделении проктологии в период 2010-2021гг. Мужчин было 100 (71,4%), женщин - 40 (28,6%). Возраст больных колебался от 20 до 89 (в среднем 57,1±3,9) лет. Все пациентам выполняли клинический осмотр, пальцевое исследования прямой кишки и ректоромоноскопию, трансабдоминальное и трансректальное ультразвуковое исследование, бактериологическое и морфологическое исследования поражённых участков параректальной клетчатки. Для определения границ некроза тканей во время операции также использован метод лазерной доплеровской флоуметрии. Хирургическое вмешательство заключалось в обширном некрэктомии. Операция отключения каловой струи выполнена в 1 (0,7%) наблюдении. После операции перевязки выполняли несколько раз в сутки, не менее 4 раз. Вновь возникшие очаги некроза в сроки 3 дней после операции были выявлены у 129(92,1%) пациентов: их иссекали при перевязках. У 6 (4,2%) пациентов на фоне продолжающегося сепсиса на 3-4 дни после основной операции были выявлены и вскрыты дополнительные затёки в параректальной клетчатке, на передней брюшной стенке и на бедре. У 49 (41,5%) больных были наложены ранние вторичные швы с использованием местных тканей, причем после этих операций отмечено всего одно нагноение раны. Разработан метод лечения послеоперационных ран при ОАП в условиях управляемой абактериальной среды.

Результаты исследования. «Молниеносная форма ОАП имела место у 2 (1,4%) больных, острая форма – у 129 (92,2%), подострая – у 9 (6,4%). Состояние средней тяжести при поступлении было диагностировано у 77 (55,0%) пациентов, тяжелое – 39 (27,8), крайне тяжелое – 24 (17,2). Выявлена прямая связь между тяжестью состояния больных и сроками их госпитализации. В зависимости от характера возбудителья выделены клостридиальный, неклостридиальный и гнилостный ОАП. Отмечено снижение уровня летальности с 37,5до 15,7% по мере совершенствования лечебной тактики. Отдаленные результаты прослежены у 102 (84,6%) больных, у 11 (10,8%) – сформировались экстрасфинктерные свищи прямой кишки.

Выводы. Успех лечения ОАП зависит от ранней диагностики раннего выполнения неотложной операции с необходимой и достаточной некрэктомией, проведением адекватной антибактериалной, детоксикационной и интенсивной терапии.

Ходжиева Г.Б., Ураков К.З., Якубова Ф.Б.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА (обзор)

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

Изучение климатических аспектов ишемической болезни сердца (ИБС) становится особенно актуальным, в связи с предстоящим глобальным изменением климата на земном шаре. Так, согласно данным ООН (2001г), через сто лет среднегодовая температура воздуха на планете повыситься, в среднем, на 58^{0}С. Такая тенденция не может не повлиять и на климат республик средней Азии, в том числе и на Афганистан.

Так, по данным ученых Узбекистана, за последние сто лет среднегодовая температура воздуха в Ташкенте повысилась на 1,2^{0}С, а в Ферганской долине только за последние 30 лет такое потепление составило 0,3^{0}С. Это уже привело к аридизации территории страны, уменьшению стока рек и возросшей частоте засух, накладывающихся на активизацию антропогенного опустынивания и загрязнения окружающей среды. Это, по всей вероятности, является одной из основных причин ухудшения эпидемиологических показателей заболеваемости ИБС, в том числе и в Узбекистане, как результат снижения резервов сердечно-сосудистой системы. Последнее, в условиях жаркого климата, является одним из основных факторов уменьшающих компенсаторные возможности организма.

Увеличение температуры на несколько градусов выше нормы – это пусковой механизм, ломающий адаптационную

систему человека. В первую очередь, такой опасности подвержены пациенты, страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В группу риска входят следующие категории населения: люди старше 55 лет; маленькие дети до 3 лет; люди, имеющие хронические заболевания – сахарный диабет, бронхиты, ожирение, ишемическую болезнь сердца.

Связь между жаркой погодой и сердечно-сосудистыми заболеваниями несомненна – во время жары, чаще возникают: инфаркты, происходит обострение ИБС, гипертонические кризы. Жара и смог вызывают увеличение нагрузки на сердце, у больных учащаются приступы стенокардии, переносить физические нагрузки на сердце становится сложнее. Увеличивается так же испарение жидкости, организм теряет необходимые минеральные вещества.

Соблюдение советов и рекомендаций медиков, и выявленные вовремя сердечно-сосудистые заболевания помогут избежать неблагоприятных последствий.

Ходжиматова З.Ф., Обидова Ш.В., Газиева М.Х.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ МАТЕРЕЙ ПО ПИТАНИЮ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра семейной медицины ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Охрана здоровья ребёнка является одним из приоритетных направлений работы Правительства Республики Таджикистана и Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистана.

Материал и метод. Одним из направлений работы семейного врача является улучшение практики правильного питания новорождённых и детей до 2-х лет, так как питание ребёнка влияет на его физическое и нервно-психическое развитие. что медицинские работники и консультанты могут помочь матерям и попечителям детей сделать правильный выбор способа кормления и успешно кормить своих детей. Важно, чтобы они оказывали эту помощь в течение всего первого и второго года жизни ребёнка. Медицинские работники могут дать матерям добрый совет в отношении кормления грудных детей в любое время – когда они здоровы и когда они больны. Эту работу необходимо начать уже во время беременности женщины, в родильных домах и при проведении первичных патронажов на дому. Необходимо объяснить матерям о преимуществах грудного вскармливания и недостатках искусственного вскармливания. Ребёнок до 6 месяцев должен получать только грудное молоко, так как грудное молоко покрывает полностью потребности ребёнка в белках, жирах, углеводах и микронутриентах которые необходимы для роста и развития ребёнка.

Результаты исследования. Дети грудного возраста и других возрастных групп не получают своевременного адекватного питания. Только 36% детей в возрасте до 6 месяцев получали исключительно грудное вскармливание. В Таджикистане вопросы, связанные с питанием, являются серьёзной проблемой здоровья населения и требуют незамедлительных действий, включая активное участие работников здравоохранения в пропаганде грудного вскармливания, адекватного и безопасного прикорма.

Многие из кормящих матерей думают, что многие продукты питания запрещены для употребления (яблоки, помидоры, зелень и др.), так как могут вызвать кишечные расстройства у ребёнка, или обязательно кроме грудного молока давать дополнительно жидкость для ребёнка. Некоторых медицинских работники на уровне ПМСП имеют слабые знания методов консультирования матерей по вскармливанию детей, плохо осведомлены о правильном прикладывании ребёнка к груди, имеются слабые знания в отношении вида, объёма, способа приготовления и сроков введения прикорма. При проведении осмотров среди детей до 2-х лет было выявлено, что дети, находящиеся на грудном вскармливании в отличии от детей находящихся на смешанном или искусственном вскармливании, не отставали в физическом и нервно-психическом развитии. Со слов матерей эти дети меньше болеют.

Выводы. Применение Консультационных карт или брошюр помогает консультанту для более доступного разъяснения рекомендуемой практики вскармливания или навыка. При необходимости, можно вручить беременной или кормящей женщине брошюру в качестве личной рабочей инструкции.

Холикова Н.Н.

МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛЁГОЧНОЙ ТКАНИ РАКОВЫМИ КЛЕТКАМИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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

Цель работы. Описать сложный клинический случай метастатического поражения лёгочной ткани раковыми клетками предстательной железы.

Материалы и методы исследования. Анализ стационарных и амбулаторных карт. Общеклинические методы исследования: (общий анализ крови, биохимический анализ крови и т.д.). Под нашим наблюдением в пульмонологическом отделении ГМЦ №2 имени академика К.Т. Таджиева находился пациент 34 лет, с диагнозом интерстициальное заболевание лёгких неясного генеза. Было проведено дообследование с целью установления точного диагноза.

Результаты исследования. Из анамнеза: считает себя больным с октября 2023 года, когда на фоне стресса отметил жалобы на слабость, повышение температуры тела до 39,5, снижением массы тела на 15 кг. В динамике выявлена тенденция к усилению симптомов. Обратился в поликлинику по месту жительства - выполнено КТ ОГК, изменения трактованы как постинфекционные изменения. Получал муколитическую, антибактериальную терапию - без выраженного эффекта. Лабораторные данные: группа крови А (II), резус - положительный. В анализе крови выраженная гипохромная анемия (эритроциты 2,8 х 10^{12}/л, Hb81 г/л). Описание КТ-архива: Появление и нарастание диссеми-

нированных изменений в лёгких, тенденция к увеличению лимфоузлов корней лёгких, появились костные диссеминированные остеослеротические и литические изменения. Киста перикарда справа, увеличившаяся в динамике. На заключительном заседании дифференциально-диагностической комиссии было решено провести трепанбиопсию красного костного мозга и торакоскопическую биопсию инфильтративных тканей лёгкого. Миелограмма от 16.03.2024: метастазирование негемопоэтической опухоли в костном мозге.

Операция от 11.03.2024 в хирургическом отделении: Атипичная резекция средней доли правого лёгкого. Биопсия л/узла средостения. Образование удалено вместе с окружающей его отёчной жировой клетчаткой. Препарат отправлен на гистологическое исследование, участок взят на посев. Гистологическое исследование биопсийного материала №1255/22: участок лёгкого с образованием: фрагменты лёгочной ткани с субплеврально расположенным образованием, состоящим относительно мономорфных клеток со светлой цитоплазмой, овальными ядрами с заметными ядрышками, немногочисленными фигурами митозов, опухолевые клетки формируют компактно расположенные ацинарные и железистые структуры. Злокачественная эпителиальная опухоль (метастазы рака предстательной железы).

Выводы. С учётом всех вышеперечисленных данных был установлен диагноз - Вторичное злокачественное новообразование лёгкого, злокачественная эпителиальная опухоль лёгкого, вероятно Mts Ca поджелудочной железы, метастатическое поражение костного мозга. Данный клинический пример представлен для врачей пульмонологов, врачей общей практики, торакальных хирургов в аспекте повышения их внимания на участившиеся случаи метастазирования раковых клеток предстательной железы в лёгочную ткань.

Холматова Г.К., Ганиева М.Т., Рахимзода О.

ОСОБЕННОСТИ ПРОГНОЗА ТЕЧЕНИЕ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессор М.Г. Гулямов
ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Изучения факторов риска, клинических особенностей и прогноза течения судорожного синдрома и эпилепсии у детей с ДЦП, разработка и тактики их лечения.

Материалы и методы исследования. Было проведено обследования 15 детей с ДЦП с эпилептическими приступами, в стационарном лечении в ГУ НМЦ РТ "Шифобахш"на базе кафедры неврологии и основы медицинской генетики ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Возраст больных варьировал от 3года до 12 лет. Всем детям с ДЦП проводили анемнестический анализ неврологический осмотр, ЭЭГ, МРТ головного мозга. После анамнестических анализов, осмотра специалистов и инструментарных исследований выставлен окончательный и клинический диагноз, где выявлены нарушения не только в двигательном и психоречевой развитии, но также определены факторов риска, прогноза судорожного синдрома и эпилепсии у детей с ДЦП и разработка тактики их лечения.

Результаты и их обсуждение. При исследовании детей с ДЦП в возрасте от 3 до 12 лет эпилепсия выявлена у 53,6%. Минимальная частота эпилепсии при ДЦП отмечалось в возрасте от 3 до 6 лет , даже к наступления пубертатного периода (11 -12) до показатели снижались до 14,5%, а к 13-14 годам состовляли 10%.Эпилептические приступы чаще возникали при двойной гемиплегии 31,8% спастический гемиплегии 10,9%, при атонически – астатической формы частота эпилепсии составила 6,3%, при спастико-атактической 4,5%. При исследовании факторов риска возникновения эпилепсии у детей с ДЦП выявлена, что наиболее значимыми являются ИВЛ у новорожденных, наличие у женщины отягощенного акушерского анамнеза, хроническая внутриутробная гипоксия плода. По форме эпилепсии больные распределились следующим образом: симптоматическая генерализованная была диагностированы в 5,4%, симптоматическая парциальная эпилепсия выявлена в 48,1% случаев и ситуационно-обусловленные приступы (фибрильные судороги) наблюдались у 2 детей ,что составило 5,4%.Частота неонатальных судорог с ДЦП превышает популяционную в 15раз, фебрильных в 2 раза, эпилепсии более чем 45 раз. Частота эпилепсии и эпилептических синдромов при спастических формах ДЦП являются пороки развития ЦНС, грубая задержка двигательного развития, нарушения психоречевого развития микроцефалия и наличие кортикального типа поражения головного мозга.

Выводы. Таким образом, чем тяжелее у ребенка проявление ДЦП, тем больше у него риск развития эпилепсии. Своеобразным фактором развитие эпилепсии могут быть неонатальные судороги. Данные нашего исследование показали в том, что неонатальные судороги существенный фактор риска развития эпилепсия у ребенка с ДЦП. Частота приступов также зависило от формы ДЦП. Высокая частота приступов ежедневные достоверно чаще наблюдались при тетралпегиях, а при гемиплегиях приступы, как правильно, были редкими. Исключение составляли те дети, гемиплегия которых была обусловлена наличием фокального порока развития головного мозга.

Холов С.М., Нодирова З.С, Гайратова Н.Н.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ СТРУКТУРНО-МОДИФИЦИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ БЕЗ И В СОЧЕТАНИЕ С ПРЕПАРАТАМИ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. Сравнительная оценка эффективности моно- и комбинированной терапии терафлекса с синогелом интраартикулярно в интенсивном режиме у пациентов с первичным остеоартритом (ОА) коленных суставов (КС) II- III стадии.

Материал и методы: в исследование приняли участие 77 больных с первичным ОА КС II - III стадии по Келлгрену-Лоуренсу с интенсивностью болевого синдрома >40 мм по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), в возрасте от 37 до 67 лет с длительностью заболевания от 2 года до 18 лет. Обследованные пациенты в зависимости от характера

проводимой терапии были распределены на две группы: а) I группа (n=40) – получали терафлекс в виде монотерапии; б) II группа (n=37) – получали комбинированной терапии – терафлекс в сочетание с синогелом (интраартикулярно – по три инъекции еженедельно в каждом КС). Эффективность проводимой терапии оценивали с помощью индекса WOMAC.

Результаты. Длительное (полугодовое) применение современных структурно-модифицирующих препаратов (терафлекс) у пациентов с первичным ОА КС в адекватной суточной дозы как в виде монотерапии (терафлекс у больных I группы) и по показаниям в комбинации с синогелом интраартикулярно положительно модифицирует (преимущественно у больных II группы) как клинические (боль, скованность и функциональное состояния пациента - в рамках индекса WOMAC), так и инструментальных (признаки тендинитов и субклинического синовита) симптомов заболевания, а также максимально ограничивает потребности больных к препаратам сиптоматического ряда. При этом эти препараты демонстрируют, с одной стороны, как обезболивающий, так и противовоспалительной активности, а с другой, - хорошей переносимости и практически отсутствие отрицательное влияние на течение коморбидных заболеваний

Заключение. Курсовое применение терафлекса, особенно в сочетание с синогелом в виде интраарттикулярных инъекции, позитивно модифицирует практически все клинические симптомы ОА КС II- III стадии: быстро и эффективно регрессирует болевой синдром, скованность, заметно улучшает функциональное состояние пациентов и максимально лимитирует приема нестероидных противовоспалительных препаратов и глюкокортикостероидов.

Хусейнова М. М.

ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ ПРИ МИГРЕНИ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости головокружения при мигрени в детском возрасте

Методы исследования. Обследовано 18 детей в возрасте от 3 до 15 лет, обратившихся на амбулаторный прием к неврологу в период с марта 2024 по июнь 2024 год. Мигрень с аурой была диагностирована у 1 пациентов, мигрень без ауры – у 8, головная боль напряжения – у 9 исследуемых. Всем больным проводилось клинико-неврологическое исследование. Для оценки интенсивности головной боли использовали визуальную аналоговую шкалу (ВАШ). Диагностика мигрени проводилась согласно Международной классификации головных болей.

Результаты исследования. Из 18 пациентов, участвовавших в исследовании, у 12 отмечалось головокружение, как во врем приступов мигрени, так и в периоды между ними. При этом большинство пациентов головокружение имело несистемный характер. 80% - пациентов описывали головокружение, как ощущение неустойчивости, 15% - как выраженную слабость, а 5% - как чувство расплывчивости изображени.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности жалоб на головокружение при мигрени, что позволяет предположить патогенетическую связь этих заболеваний. Практически у всех больных выявлено несистемное головокружение в виде ощущения неустойчивости, слабости, расплывчатости изображений предметов. Необходимы дальнейшие исследования головокружения при мигрени при разных формах мигрени.

Хусейнова М.М.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. профессора М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан

Цель работы. Изучит особенности течение разных эпилептических приступов при детском церебральном параличе (ДЦП).

Материал и методы исследования. Обследовано 32 детей в возрасте от 1 года до 18 лет, из них 15 девочек и 17 мальчика с различными формами ДЦП. Средний возраст составил 7 (±0.5) лет. Всем больным проводили клинико-неврологическое, инструментальное (ЭЭГ, ЭЭГ – мониторинг, МРТ головного мозга) методы исследования.

Результаты исследования. У детей с ДЦП в анамнезе отмечаются: неонатальные (57,1 %) и фебрильные (85,7 %) судороги, а также различные симптоматические эпилептические приступы. В ходе исследование у 9 детей отмечалась смешанная форма ДЦП. При этой форме чаще эпилептические приступы носили вторично-генерализованный характер с фокальным компонентом. При гемиплегической форме ДЦП (у 14 детей) отмечались чаще парциальные приступы с моторными и сенсорными началами с последующим клоническими приступами. У детей с атонической (6 ребенок) и гиперкинетической (4 ребенок) формой ДЦП отмечались приступы локального характера (простые) без вторичной генерализации. В ЭЭГ головного мозга выявляются асимметрия фоновой активности, спайки, острые и медленные волны. При МРТ головного мозга выявляются участки корково-подкорковый атрофии, признаки ишемико-гипоксического поражения центральной нервной системы.

Выводы: В зависимости от формы ДЦП, симптоматическая эпилепсия встречается у 15–90% детей с данной патологией. В итоге различные типы эпилептические приступы сочетаются с разными формами ДЦП, и при этом симптоматическая эпилепсия носят разный прогноз и подходы к терапии.

Хусейнова М.М.

МРТ У ПАЦИЕНТОВ С МИГРЕНЬЮ: РЕЗУЛЬТАТЫ НЕОБОСНОВАННОГО НАЗНАЧЕНИЯ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. профессора М.Г. Гулямова, ГОУ ТГМУ имени

Цель исследования. Изучить качество диагностики, структурные изменения головного мозга по данным МРТ и обоснованность назначения МРТ у пациентов с мигренью.

Материалы и методы исследования. Проведены клинико-нейровизуализационные сопоставления у 10 пациентов (4 мужчин и 6 женщин, средний возраст 30-55 лет) с мигренью и изменениями при МРТ.

Результаты исследования. У большинства (78%) пациентов наблюдалось преимущественное поражение белого вещества головного мозга по типу церебральной гипоперфузии. Ни у одного из пациентов не было оснований для выполнения МРТ. Ложная интерпретация изменений при МРТ привела к тому, что у большинства (86%) пациентов было ошибочно диагностировано другое заболевание (преимущественно хроническая ишемия головного мозга) и назначено неадекватное лечение. Наблюдение пациентов в течение 6 мес показало эффективность профилактической терапии мигрени — снижение частоты головных болей с 19,4 ± 2,9 до 12,6 ± 4,4 дня в месяц ($p < 0,05$).

Выводы. Отмечены необоснованное назначение МРТ при мигрени, широкая распространенность неправильной интерпретации изменений при МРТ и ошибочной диагностики цереброваскулярных изменений как причины головной боли при мигрени.

Хусейнова М.М.

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПЕРВИЧНЫМИ ФОРМАМИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М. Г. Гулямова
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан

Цель исследования. Оценка предшествующей диагностики и лечения первичных головных болей у детей.

Материалы и методы. Обследовано 18 детей в возрасте от 3 до 15 лет, обратившихся на амбулаторный прием к неврологу в период с марта 2024 по июнь 2024 год. Мигрень с аурой была диагностирована у 1 пациентов, мигрень без ауры – у 8, головная боль напряжения – у 9 исследуемых. Всем больным проводилось клинико-неврологическое исследование. Для оценки интенсивности головной боли использовали визуальную аналоговую шкалу (ВАШ). Диагностика мигрени проводилась согласно Международной классификации головных болей. Проводилось полуструктурированное интервью, включающее: 1) персональные данные (возраст, пол); характеристики головной боли; 3) информацию о факторах риска; 4) предшествующие консультации, диагнозы и лечение по поводу головной боли.

Результаты исследования. Несмотря на высокую распространенность первичных форм головной боли выявлена несовершенная диагностика заболевания. Диагноз мигрени и головной боли напряжения правильно поставлен лишь у 10% пациентов. Большинство пациентов использовало препараты для купирования приступа мигрени и практически отсутствовало назначение профилактического лечения.

Выводы. Чтобы улучшить качество жизни людей с головной болью, необходимо предпринять ряд мер:

* Усовершенствовать диагностику и лечение первичных форм головной боли: применять современные методы диагностики и лечения, соответствующие международным стандартам.
* Повысить осведомленность населения: проводить информационные кампании о головной боли, чтобы люди могли вовремя распознать симптомы и обратиться к врачу.
* Усилить научные исследования: активно изучать причины, механизмы развития, а также новые методы лечения головной боли. В том числе, проводить эпидемиологические исследования, чтобы лучше понимать распространенность и факторы риска заболевания.

Эти действия помогут повысить эффективность диагностики и лечения головной боли, а также снизить ее негативное влияние на жизнь людей.

Царёва В.М., Осипова М.С., Царёв С.А.

НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ У ЖЕНЩИН С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ. ЗНАЧЕНИЕ ШКАЛЫ «NOSAS»

Кафедра терапии, функциональной и ультразвуковой диагностики факультета ДПО ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, г. Смоленск, Российская Федерация

Цель исследования. Проанализировать взаимосвязь НДС с пароксизмальной ФП у женщин с ишемической болезнью сердца (ИБС) в постменопаузе. Оценить значимость шкалы «NoSAS».

Материал и методы. Обследовано 123 женщины (средний возраст 69,2±8,2 лет) с хроническими формами ИБС в постменопаузе. I группа – 88 пациенток с пароксизмальной ФП, II группа – 35 женщин без данной аритмии. Проводилось респираторное мониторирование (аппарат SomnoCheck micro, Weinmann, Германия), анкетирование по шкале «NoSAS».

Результаты исследования. Более 80% пациенток I группы и 71,4% пациенток II группы имели избыточную массу тела или ожирение. Окружность шеи >40 см встречалась у 14,7% и у 8,5% больных соответственно. На храп жаловались 82,9% женщин с ФП и 77,1 % больных без ФП. В первой группе 80,7% пациенток имела ≥ 8 баллов по данной шкале, в то время как во второй группе таких больных было 65,7% (χ^2= 3,11; p=0,078). Чувствительность шкалы «NoSAS» в I группе составила 90,2%, специфичность - 32,4%, прогностическая ценность положительного результата равна 64,8%, прогностическая ценность отрицательного результата - 70,6%. Результаты респираторного мониторирования выявили женщин с нарушениями дыхания во сне в обеих группах. 57,9% пациенток с ИБС и ФП имели апноэ сна. Во II группе таких женщин было на 20,8% меньше (χ^2= 4,35; p=0,038). Расчёт отношения шансов показал, что

ИАГ≥5 событий/час у женщин с ИБС в постменопаузе увеличивает вероятность наличия пароксизмальной формы ФП в 2,3 раза (OR=2,3; ДИ 1,04─5,22; p<0,05).

Выводы. Обструктивное апноэ сна взаимосвязано с пароксизмальной ФП. Вероятность наличия ФП в 2,3 раза больше при ИАГ≥5 событий/час. 80,7% пациенток с ИБС и пароксизмальной ФП имеют высокий риск апноэ сна по шкале «NoSAS». Шкала «NoSAS» продемонстрировала хорошую чувствительность и низкую специфичность. Вероятность наличия высокого риска апноэ сна по шкале «NoSAS» равна 90,2% у пациенток имеющих нарушения дыхания во сне.

Цой В.Н., Хурсанов К.А., Кобиров М.А.

КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ПО ДАННЫМ ГКИБ г. ДУШАНБЕ

Кафедра инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Изучить клинические особенности острой кишечной инфекции у беременных женщин обратившихся в ГКИБ г Душанбе.

Материалы и методы исследования. За 9 месяцев 2024 года в ГКИБ г. Душанбе обратилось 20 беременных женщин с жалобами со стороны желудочно-кишечного тракта. 18(90%) пациентов были жителями города, 2(10%) из сельской местности. Средний возраст в среднем составлял 22,8±4,2лет. В 1 триместре беременности обратилась 1(5%) больная, во 2 триместре беременности обратилось 7(35%) пациентов, 12(60%) больных обратились в 3 триместре беременности. Всем больным были проведены стандартные лабораторные методы исследования, такие как общий анализ крови, мочи и кала, а также бактериологическое исследование кала.

Результаты исследования. Основными жалобами при поступлении в стационар у исследуемых больных было повышение температуры тела у 15(75%) пациентов, жидкий стул более 10 раз в сутки у всех больных (100%), тенезмы у 10(50%) пациентов, рвота у 6(30%) больных.

По данным анамнеза заболевания у 6 (30%) больных первыми проявлениями болезни являлось повышение температуры тела, у 4(20%) – рвота, диарея у 7(35%) пациентов, у 3(15%) больных болезнь началась с болей в животе и общей слабости. Продолжительность болезни на момент обращения в стационар в среднем составляло 2,7±1,2 дня. До обращения в стационар больные принимали пробиотики (35% больных), антидиарейный препарат имодиум (5%), противорвотный препарат церукал (15%), спазмалитик дротаверин (10%), ферменты панкреатин (20%), оральную регидратацию регидроном (15%), инфузионную терапию Рингером (30%), парацетамол (15%).

Из эпиданамнеза выяснилось, что больные причину заражения конкретно ни с чем не могли связать, так как все указывали на употребление фруктов, овощей, зелени и бахчевых.

По данным лабораторных методов исследования в общем анализе кала у 19(95%) пациентов уровень лейкоцитов достигал бессчётного количества, у 1(5%) больного до 40 в п/з, эритроциты в кале были обнаружены у 13(65%) больных и из них у 7(35%) пациентов уровень эритроцитов составлял бессчётное количество. Бактериологическое исследование кала выявило Shigella flexneri у 8(40%) больных, у 12(60%) пациентов был получен отрицательный бактериологический ответ.

На основании клинических проявлении, данных лабораторных методов исследования 7(35%) больным был поставлен диагноз: Острая дизентерия (клинически), гастроэнтероколитическая форма, средней тяжести, у 8(40%) больных был диагноз: Острая дизентерия Флекснера, энтероколитическая форма, средней тяжести, 5(25%) пациентам был поставлен диагноз: Острая дизентерия (клинически), колитическая форма, легкое течение.

Все больные получали этиологическое лечение фуразолидоном, инфузионную терапию рингером, физиологическим растворами, пробиотик линекс. У всех больных острая дизентерия протекала без осложнений. Все больные после лечения были выписаны в удовлетворительном состоянии, из них: 5(25%) больных были выписаны на 3 день госпитализации, 8(40%) пациентов на 6 день госпитализации, 7(35%) больных выписали на 10 день госпитализации.

Выводы. Таким образом у беременных острая дизентерия сохраняет свою классическую картину болезни. В данном исследовании у больных не развились грозные осложнения, такие как обезвоживание и преждевременные роды, возможно из-за того, что лечение было начато еще до обращения в стационар.

Ҷалилзода С.С., Ғарибшоев З.Ш.

БАЪЗЕ ҶАНБАҲОИ ТАШАККУЛЁБИИ БЕМОРИИ ГУРДА ДАР БАЙНИ СОКИНОНИ НОҲИЯИ МУРҒОБ

Кафедраи бемориҳои дарунии №1-и Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», Тоҷикистон

Мақсади кор: арзёбии баъзе ҷанбаҳои ташаккулёбии патологияи гурда дар байни сокинони минтақаи баландкӯҳ – ноҳияи Мурғоби Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшони Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мавод ва усулҳои тадқиқот: Дар давраи аз 1 октябри соли 2022 то 1 октябри соли 2023 ҳамагӣ дар 1000 нафар сокинони ноҳияи Мурғоби Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшон ташхиси ултрасадоии (ТУС) гурда ва ченкунии фишори хун анҷом дода шуд.

Шумораи мардони муоинашуда 310 (31%) ва занон 690 (69%) нафарро ташкил дод. Синнусоли шахсони муоинашаванда дар байни мардон аз 23 то 80-сола ва занон аз 18 то 83-сола буд.

Интихоби ин объекти маъмурию ҳудудиро ҷойгиршавии ҷуғрофии он, маҳз дар минтақаи баландкуҳи ҷумҳурӣ асоснок кард. Ин ноҳия дар баландии 3600 то 4200 метр ҷойгир аст.

Натиҷаҳои тадқиқот. Баландшавии сатҳи фишори шараёнӣ (ФШ) бо возеҳият ва басомади гуногун дар 126

нафар (12,4%) муонашудагон ба қайд гирифта шуд.Дар 64 нафар (6,4%) беморони муоинашудаи синну соли миёнаашон 51 сола дараҷаи сабуки фишори шараёнӣ ба мушоҳида расид, ки дар сатҳҳои аз 140/90 мм.сут.сим. то 155/95 мм.сут.сим қарор гирифта буд. Дар 21 (2,1%) беморони синну соли миёнаашон 60-сола сатҳи фишори шараёнӣ аз 160/100 мм.сут.сим. то ба 179/105 мм.сут.сим. ва дар 41 нафар (4.1%) аз 180/110 мм.сут.сим. боло буд, ки ин аз марҳилаи 3-и фишорбаландии шараёнӣ гувоҳӣ дода синнусоли миёнаи муоинашудагон ба 75 сол баробар буд.

Аз сабаби он, ки ҳангоми гузаронидани ташхиси ултрасадоӣ (ТУС) аз рӯи муроҷиати сокинони ноҳияи Мурғоб ягон нафар беморони гирифтори бемории поликистикии гурда маълум карда нашуданд, мо тасмим гирифтем, ки дар ин минтақа дар баландии 3619 метр аз сатҳи баҳр ташхиси ултрасадоӣ гузаронем.

Дар ҷараёни гузаронидани ташхиси ултрасадоии гурда дар 2 нафар (0,2%) нафар мардони муоинашудаи соли таваллудашон 1968 ва 1993 бемории поликистикии гурда ошкор карда шуд. Ҳол он ки онҳо аз издивоҷҳои ғайрихешутаборӣ таваллуд нашудаанд. Дар марди муоинашудаи соли таваллудаш 1968 эхотасвири бемории поликистикии гурда, калоншавии ҳарду гурда ва нефроптози дараҷаи 0-1 гурдаи рост ба қайд гирифта шуд, дар ҳарду гурда сангҳо пайдо карда шуданд. Дар эхосохтори кортикалии гурдаи рост кистаҳои зиёди диаметрашон аз 28 то 60 мм; дар проексияи с/п – 56 мм; дар проексияи н/п -46 мм пайдо шуданд. Дар эхосохтори кортикалии гурдаи чап кистаҳои зиёди диаметрашон аз 28 мм то 60 мм; дар проексияи с/п – 56 мм; дар проексияи н/п – 46 мм мавҷуданд.

Дар марди муонашудаи соли таваллудаш 1993 низ эхотасвири бемории поликистикии гурда, калоншавии ҳарду гурда ва нефроптозҳои дараҷаи 0-1 гурдаи рост тасдиқ гардид, дар ҳарду гурда сангҳо пайдо карда шуданд. Дар гурдаи рост аз сабаби кистаҳои сершумори диаметрашон аз 3 то 21 мм, дар гурдаи чап аз 3 то 23 мм эхосохтори ҳархела ошкор карда шуд.

Хулоса. Санҷиши вазъи саломатии сокинони ноҳияи баландкуҳҳои Мурғоб омилҳои муҳими ташаккули патологияи гурдаҳоро нишон дод.

Ҷалилзода С.С., Раҳимова Р.К.

ЭҲТИМОЛИЯТИ РУШДИ МАРҲИЛАИ ТЕРМИНАЛИИ БЕМОРИИГУРДА ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ПОЛИКИСТОЗИ ГУРДАҲО ВОБАСТА БА ҶИНС ВА СИННУ СОЛ

Кафедраи бемориҳои дарунии №1 Муассисаи давлатии таълимии «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», Тоҷикистон

Мақсади кор: муқаррар намудани эҳтимолияти рушди марҳилаи терминалии БМГ ҳангоми бемории аутосомӣ-доминантии поликистикии гурда вобаста ба ҷинс ва синну сол.

Мавод ва усулҳои тадқиқот: Дар тадқиқот 401 нафар бемороне, ки дар Муассисаи давлатии «Маркази илмии шаҳрии эҳё ва детоксикатсия» (МД «МИШЭ ва Д») -и шаҳри Душанбе табобати амбулаторӣ ва беморхонавӣ мегирифтанд, иштирок намуданд.

Шумораи мардони муоинашуда 267 (66,6%) ва занон 134 (33,4%) нафарро ташкил дод. Синну соли шахсони муоинашаванда дар байни мардон аз 23 то 71-сола ва дар байни занон аз 18 то 69-сола буданд.

Натиҷаҳои тадқиқот. Аз 401 нафар беморони муоинашуда дар 10 (2,5%) беморон бемории аутосомӣ-доминантии поликистикии гурда ошкор карда шуд. Аз ин теъдод 6 нафар (60%) мардон ва 4 нафар (40%) занон буданд. Синну соли беморони гирифтори бемории поликистикии гурда аз 40 то 65 сола буд. Натиҷаҳои тадқиқот нишон доданд, ки дар 25%-и беморони БАДПГ рушди норасогии терминалии гурда дар синни 47-солагӣ, дар 50% дар синни 59-солагӣ ва дар 75% дар синни 70-солагӣ ба мушоҳида мерасад.

Қайд кардан ҷоиз аст, ки чунин натиҷаҳо дар таҳқиқотҳои дигар олимони хориҷӣ низ қайд карда шуданд. Дар як тадқиқоти фаронсавӣ, 22% беморони гирифтори БАДПГ дар синни 50-солагӣ, 42% дар синни 58-солагӣ ва 72% дар синни 73-солагӣ НТГ доштанд. Тадқиқоти аврупоӣ бо дарбаргирии беш аз 300000 беморони гирифтори НТГ дар байни солҳои 1991 ва 2010 нишон дод, ки сатҳи НТГ дар беморони гирифтори БАДПГ-и аз рӯи синну сол ва ҷинс тасҳеҳкардашуда дар давраи тадқиқот аз 7,6 то 8,3 ба як миллион аҳолӣ зиёд шудааст.

Хулоса. Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки ҳангоми таҳлили таксимоти ҷинсӣ бо назардошти синну сол, метавон ба чунин хулосае омад, ки дар мардон авҷгирии БАДПГ (бо коэффитсиентҳои 1,5) нисбат ба занон баландтар аст. Дар беморони гирифтори БАДПГ рушди норасогии терминалии гурда дар синни 47-солагӣ, дар 50% дар синни 59-солагӣ ва дар 75% дар синни 70-солагӣ ба мушоҳида мерасад.

Шамсов А.Т., Ураков К.З., Ходжиева Г.Б.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ТАДЖИКИСТАНА

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

Цель исследования. Изучить возрастные аспекты заболеваемости острым лимфобластным и острым миелобластным лейкозами среди взрослого населения Таджикистана в период с 2013 по 2022 годы.

Материал и методы исследования. Проведен эпидемиологический анализ обращаемости пациентов с острыми лейкозами в гематологическое отделение Национального медицинского центра «Шифобахш» МЗ и СЗН РТ за период с 2013 по 2022 годы. В исследование были включены данные по 829 пациентам с острыми лейкозами, разделенные на две группы: пациенты с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ) и пациенты с острым миелобластным лейкозом (ОМЛ). Диагностика основывалась на клинических проявлениях, лабораторных данных (общий анализ крови, стернальная пункция, цитохимическое исследование костного мозга) и анамнезе заболевания.

Результаты исследования и их обсуждение. За период с 2013 по 2022 годы было зафиксировано 829 случаев острых лейкозов, из них 567 пациентов с ОЛЛ и 262 пациента с ОМЛ. Среди пациентов с ОЛЛ 54,4% составили муж-

чины и 45,6% — женщины. Наибольшее количество пациентов с ОЛЛ было зарегистрировано в 2019 году — 77 случаев, из которых 48 пациентов впервые обратились за медицинской помощью. Анализ возрастных аспектов показал, что большинство пациентов с ОЛЛ были моложе 26 лет (38,8%), в то время как в группе ОМЛ пациенты преимущественно находились в возрастной категории 27-36 лет (23,2%).

Также отмечена разница по регионам: большинство пациентов с ОЛЛ поступило из Хатлонской области (254 случая), тогда как для ОМЛ больше всего случаев было зафиксировано в РРП (78 случаев). Кроме того, зафиксировано увеличение числа первичных обращений с острыми лейкозами начиная с 2018 года, что может быть связано с улучшением диагностики и повышенным вниманием к ранней постановке диагноза.

Выводы. Исследование показало, что острый лимфобластный лейкоз встречается чаще, чем острый миелобластный лейкоз, особенно среди молодых пациентов. Заболеваемость острым лейкозом увеличивалась в последние годы, что может быть связано с улучшением диагностики и более ранним выявлением заболевания. Мужчины болеют острыми лейкозами несколько чаще, чем женщины, особенно в группе ОЛЛ. Необходимо продолжать улучшение системы ранней диагностики и лечения, чтобы повысить выживаемость пациентов.

Шамсов А.Т., Ганиева М.П., Хасанов Д.М.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕНОКРИТА В ЛЕЧЕНИИ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ МИЕЛОИДНЫМ ЛЕЙКОЗОМ В УСЛОВИЯХ ТАДЖИКИСТАНА

Кафедра внутренних болезней №3, ГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан.

Цель исследования. Оценить эффективность применения ренокрита в лечении анемии у пациентов с острым миелоидным лейкозом в условиях жаркого климата Таджикистана.

Материал и методы исследования. В период с 2015 по 2019 годы под наблюдением находились 38 пациентов с острым миелоидным лейкозом (ОМЛ), лечившихся в гематологическом отделении НМК «Шифобахш». Из них 20 пациентов (52,6%) были в возрасте 15-30 лет, 16 пациентов (42,1%) – в возрасте 30-60 лет, и 2 пациента (5,3%) – старше 60 лет. По гендерному составу, 23 пациента были мужчинами (60,5%), а 15 – женщинами (39,5%). Пациенты были разделены на три группы по степени анемии: легкая, средняя и тяжелая. Для коррекции анемии использовался ренокрит в дозировке 10 000 МЕ дважды в неделю на протяжении 16 недель.

Результаты исследования и их обсуждение. Из 38 пациентов, проходивших лечение острым миелоидным лейкозом, было выявлено, что реакция на терапию ренокритом зависела от степени анемии и общего состояния пациентов. В первой группе, где анемия была легкой (гемоглобин от 90 до 110 г/л), у 13 пациентов (34,2%) через три недели лечения уровень гемоглобина поднялся до 98-100 г/л. К восьмой-десятой неделе этот показатель увеличился до 110 г/л, что привело к клиническому улучшению состояния пациентов, снижению усталости и повышению качества жизни. Применение ренокрита позволило избежать гемотрансфузий у большинства пациентов этой группы.

Во второй группе, с анемией средней тяжести (гемоглобин от 70 до 89 г/л), у 16 пациентов (42,1%) через четыре недели уровень гемоглобина поднялся до 78-80 г/л. К концу 16-й недели лечения уровень гемоглобина составил 95-98 г/л. Несмотря на медленное улучшение показателей крови, использование ренокрита значительно сократило необходимость в гемотрансфузиях, что уменьшило риск трансфузионных осложнений. Пациенты отмечали улучшение общего самочувствия и уменьшение симптомов анемии, таких как слабость и головокружение.

В третьей группе, с тяжелой анемией (гемоглобин ниже 70 г/л), у 9 пациентов (23,7%) терапия ренокритом оказалась менее эффективной. Через 16 недель уровень гемоглобина поднялся лишь до 68 г/л, и эти пациенты продолжали нуждаться в регулярных переливаниях эритроцитарной массы. Однако даже в этой группе терапия ренокритом позволила сократить количество гемотрансфузий и снизить риск развития трансфузионных осложнений.

В гемограммах пациентов также наблюдались изменения: у большинства пациентов количество эритроцитов увеличилось, что свидетельствует об активации эритропоэза. Тромбоцитопения, часто сопровождающая миелобластный лейкоз, наблюдалась у всех пациентов, однако коррекция анемии позволила стабилизировать состояние.

У пациентов с легкой и средней степенью анемии улучшились показатели физической активности, снизилась одышка и восстановился аппетит. Пациенты также отмечали уменьшение проявлений токсического синдрома, таких как тошнота и рвота, что связано с восстановлением уровня гемоглобина.

Выводы. Применение эритропоэз-стимулирующих препаратов является разумной альтернативой стандартной терапии анемии у онкологических пациентов.

Шамсов А.Т., Ураков К.З., Ходжиева Г.Б.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АГОНИСТОВ ТРОМБОПОЭТИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ПРИ РЕЗИСТЕНТНОЙ ИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ

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

Цель исследования. Оценить безопасность и результативность использования элтромбикса как агониста тромбопоэтиновых рецепторов у пациентов с первичной иммунной тромбоцитопенией, устойчивой к стандартной глюкокортикоидной терапии.

Материал и методы исследования. Исследование включало 14 пациентов с иммунной тромбоцитопенией (ИТП), которые наблюдались в Гематологическом отделении Национального медицинского центра «Шифобахш» в 2024 году. Возраст пациентов варьировал от 15 до 49 лет, а длительность заболевания составляла от 2 недель до 15 месяцев. Инициальное число тромбоцитов у пациентов было менее 30 * 10^9/л. Диагноз ИТП был установлен на основании клинических данных, анализа крови, инструментальных методов исследования и аспирационной биопсии костного мозга. Пациенты получали терапию агонистом тромбопоэтиновых рецепторов элтромбикс (50 мг) в дополнение

к антианемической и сосудоукрепляющей терапии.

Результаты исследования и их обсуждение. Через месяц после начала лечения у 11 пациентов (78,6%) полностью купировались проявления геморрагического синдрома, а уровень тромбоцитов повысился до 300 * 10^9/л. У 3 пациентов (21,4%) симптомы уменьшились, но уровень тромбоцитов оставался ниже критического. Через 5 месяцев у 6 пациентов (42,9%) была достигнута полная ремиссия, а у 4 пациентов (28,6%) уровень тромбоцитов превысил 500 * 10^9/л. У 2 пациентов (14,3%) сохранялись кожные проявления синдрома, а у остальных двух особой динамики не наблюдалось. Побочные эффекты при приеме элтромбикса не зафиксированы.

Выводы. Применение элтромбикса у пациентов с ИТП, резистентной к глюкокортикоидной терапии, позволяет значительно повысить уровень тромбоцитов и снизить выраженность геморрагического синдрома. Препарат может применяться в долгосрочной терапии без значимых побочных эффектов.

Шарипов А.А., Ґуломова М.О., Худойназарова Ш.С.

ХУСУСИЯТҲОИ ЭПИДЕМИОЛОГӢ ВА КЛИНИКИИ АЛОИМИ БАЪДАЗКОВИДӢ

Кафедраи бемориҳои сироятии ДТБКСТЛТ
Кафедраи тибби оилавии ДТБКСТЛТ

Маќсади таҳқиқот: Омӯзиши хусусиятҳои эпидемиологї ва клиники Алоими баъд аз ковидї (АБК).

Маводваусулҳоитаҳқиқот. Саволнома-пурсишҳо аз 207 нафар шахсоне, ки сирояти COVID-19-ро гузаронидand.

Муҳиммият. Бо гузашти якчанд моҳ баъди сиҳатёбї аз сирояти Covid-19 миллионҳо одамон дар дунё наметавонистанд ба ҳаёти муҳтадил баргарданд. Дар баъзеҳо нафастангї, беҳолии умумї, ҳис накардани буй ва маза дер давом карда, дарди гарон на танҳо нишонаҳои аз байн рафтаи Covid-19 баъди якчанд ҳафта дубора авҳ мегирифтанд, балки ба он нишонаҳои нави клиникї илова мегардиданд. Дар сеюмин бошад, сирояти Covid-19 ба таври музмин ҳараён гирифта, боиси иллатёбии аксарияти узву системаҳои организм гардид.

Дар аввали эпидемии сирояти Covid-19 дар назди мутахассисон танҳо як вазифа меистод, ин ҳам бошад наҳот додан ва кам кардани азияти беморон аз ин сирояти фарогир, вале баъдан аломатҳо ё оризаҳое пайдо шуданд, ки барои табобат ва барқарор намудани аломатҳои баъд аз ковидї зарурати таҳия ва амалии нақшаю стратегияҳои муайян лозим омад. Тибқи маълумотҳои ба дастомада дар 10-15%- ин шахсони сирояти Covid-19-ро аз сар гузаронида, аломатҳои хоси Алоими баъдиковидї ба назар мерасиданд ва ин сабаб шуд, ки ин алоим ба Таснифоти байналмиллалии бемориҳо ҳамчун номгӯи алоҳида (PASC (post-acute sequelae of COVID-19)) воридкардашавад.

Натиҷаҳои тадқиқот. Аз шумораи 207 нафар сирояти COVID-19-ро гузаронида, дар 58 нафарашон нишонаҳои АБК ба назар мерасад. Аз ин шумора 41 нафарашонро мардон (70,6%) ва 17 нафарашонро занон (29,4) ташкил медиҳанд. Баъди аз сар гузаронидани ин беморї бо гузаштани вақт 20 номгӯи шикоят ва нишонаҳои ба АБК марбут пайдо гардиданд, ки ин аломатҳо дар маҳмӯъ 396 ҳолатро ташкил намуд ва ин нишонаҳо то як муддати муайян дар онҳо боқї мондаанд. Аломатҳо дар 43 (48,3%) ҳолат ба иллатёбии системаи асаб, 11 (12,4%) ҳолат ба системаи такяву ҳаракат, 11 (12,4%) ҳолат ба узвҳои ҳиссиёт, 8 (8,9%) ҳолат ба беморияҳои дилу рагҳои хунгард, 8 (8,9%) ҳолат ба системаи нафаскашї, 4 (4,5%) ҳолат ба ҳолати равонї, 3 (3,4%) ҳолат ба системаи ҳозима ва 1 (1,1%) ҳолат ба системаи пешоббарор рост меояд.

Хулоса: Ҳамин тариқ ҳар як бемор осебёбии зиёда аз 5 то 12 намуди аломатҳо метавонад вомехӯрад, ки ин аз иллатёбии 2 ва зиёда аз ин система ва узвҳои бадан далолат медиҳад. Беморонро бо АБК-ро зарур аст, ки давраи ҳаматарафаи табобат ва барқароркунии офиятро дар сатҳи КАТс ва ҳангоми ҷой доштани ҳолатҳои вазнин дар беморхона гузаранд. Ҳангоми гузоштани ташхиси «Ҳолати баъд аз COVID-19 (U09.9)» бояд собиқаи беморї ва тавсияи мутахассисони соҳавї ба инобат гирифта шавад.

Шарипов Ш.А., Исрофилов М.О., Нуралиев Н.М.

НЕЙРОВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА: КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И ЦИРКАДНЫЕ РИТМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова

Цель исследования. Оценить эффективность нейровосстановительных методов лечения ишемического инсульта и определить влияние циркадных ритмов на время начала инсульта и исходы у пациентов.

Методы исследования. Полное обследование пациентов с использованием медицинских карт и стандартных протоколов для подтверждения диагноза и оценки неврологической функции при выписке. Использование стандартизированной анкеты для определения факторов риска, времени начала ишемического инсульта и клинических исходов в стационаре.

Результаты исследования. В данной статье рассматриваются основные физические, фармакологические и клеточные методы нейровосстановления, особенно те, которые уже были внедрены в клиническую практику. Мы объясняем молекулярные и структурные механизмы, способствующие нейронной пластичности, обсуждаем возможные ограничения этих методов и высказываем предположения о будущем развитии нейровосстановительных технологий. Клиническое обследование проводилось с использованием заранее подготовленной анкеты, позволяющей определить факторы риска, время начала ишемического инсульта и результаты в стационаре. Все случаи были тщательно проверены. Анализ данных показал, что из 30 пациентов с ишемическим инсультом 68% составили мужчины, а 32% — женщины, при этом максимальная возрастная группа — 61-70 лет (50%). Большинство пациентов были пенсионерами (46%). У 68% наблюдалась гипертония, у 38% — курение, а у 16% — диабет. Дислипидемия была выявлена у 44% больных. Наиболее часто ишемические инсульты возникали в утренние и вечерние часы (с 18:01 до 12:00), при этом

80% пациентов были выписаны с остаточной неврологической дисфункцией. Данное исследование подтверждает наличие циркадного ритма в возникновении ишемического инсульта, с повышенным риском в утренние и вечерние часы. Большинство пациентов выписывались с остаточными неврологическими нарушениями.

Выводы. Исследования подтверждают важность нейровосстановительных методов лечения ишемического инсульта и подчеркивают влияние циркадных ритмов на время начала инсульта и его исходы. Основные результаты показывают, что наибольшее число случаев инсульта наблюдается в утренние и вечерние часы, что может свидетельствовать о влиянии биологических ритмов на риск заболевания. Несмотря на применение современных методов восстановления, значительное количество пациентов покидает стационар с остаточными неврологическими нарушениями, что подчеркивает необходимость дальнейших исследований и улучшения методов терапии. Необходимы дополнительные усилия для оптимизации подходов к лечению и профилактике инсульта, учитывая выявленные факторы риска и циркадные закономерности.

Шарипова Х.Ё., Сохибов Р.Г., Рахимова Д.З.

ЧАСТОТА ОТДАЛЁННЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ НАБЛЮДЕНИЯ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней и внутренних болезней с клинической фармакологией
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Сравнительное изучение частоты отдалённых (через 12 месяцев) неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (НССС) у больных острым коронарным синдромом (ОКС), выписанных с нестабильной стенокардией (НС) или инфарктом миокарда (ИМ), в разные периоды исследования, проведённых с интервалом в 10 лет (2009– 2012 и 2019 – 2022 гг.).

Материалы и методы. В группах пациентов, выписанных с нестабильной стенокардией и инфарктом миокарда, в оба периода исследования, на постгоспитальном этапе (через год), изучена частота отдалённых, неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (НССС) в течение года. Проведён сравнительный анализ частоты: сердечно-сосудистой смерти (обусловленные развившимся инфарктом миокарда), общей смертности (смерть от любых причин), экстренно проведённого чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) и/или хирургической реваскуляризации (ХР) миокарда и нелетального инфаркта миокарда.

Результаты исследования. Анализ частоты отдалённых неблагоприятных сердечно-сосудистых событий в разные периоды наблюдения у пациентов с ОКС в анамнезе (нестабильная стенокардия и инфаркт миокарда), показывает следующую динамику изучаемых показателей через 10 лет: а) тенденцию к учащению нефатального ИМ до 12,7% (p=0,067); б) значимое учащение экстренно проведённого ЧКВ и ХР миокарда (всего до 10,9%; p=0,048) и сердечно сосудистой смерти на фоне ИМ (всего до 9,1%; p=0,009). Таким образом, частота неблагоприятных сердечно-сосудистых событий в течение года была значимо выше во второй период наблюдения и составила 14,8 и 32,6%% - соответственно в 2009 – 2012 гг. и 2019 – 2022 годы (p<0,0001).

Частота смерти от других причин была сопоставимой в 1 и 2 периоды наблюдения с интервалом в 10 лет. В целом, частота общей смерти была значимо выше в 2019 – 2022 годы и составила 11,3% (p=0,016).

Выводы. 1) Частота отдалённых (через 12 месяцев) неблагоприятных сердечно-сосудистых событий у больных ОКС, выписанных с нестабильной стенокардией или инфарктом миокарда значимо выше через 10 лет, то есть, в 2019 – 2022 годы (p<0,0001).

2) Учащение НССС у больных выписанных с НС и ИМ через 12 месяцев наблюдения обусловлено значимым ростом частоты экстренно проведённых ЧКВ (и ХР) миокарда и сердечно-сосудистой смерти на фоне ИМ.

3) Несмотря на сравнительно частое использование инвазивных лечебно-диагностических вмешательств, во второй период исследования (в 2019 – 2022 годы) отмечено значимое нарастание летальности и рецидива ИМ, что требует всестороннего ретроспективного анализа частоты и выраженности факторов риска кардиоваскулярных заболеваний в разные периоды исследования.

Шарифзода Х.С., Ёдгорова М.Ҷ., Қурбонов А.Д.

ТАҲЛИЛИ ОМОРИИ СОХТОРИ БЕМОРИҲОИ РОҲҲОИ ПЕШОБРОН ДАР СОЛҲОИ 2021-2023

Кафедраи тибби оилавии МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”, Тоҷикистон

Мақсади тадқиқот. Таҳлили сохтори беморихои роҳҳои пешоброн дар солҳои 2021-2023.

Мавод ва усулҳои тадқиқот.Ҳисоботи омории шуъбаи нефрологияи МД ММТ Ҷумҳуриии Тоҷикистон “Шифобахш” дар солҳои ҳисоботии 2021-2023 гузаронида шуд.

Натиҷаҳои тадқиқот. Таҳлилҳои оморӣ нишон доданд, ки Миқдори миёнаи кори катҳо дар солҳои ҳисоботи 2023 ба 93.6% баробар буда, нисбати соли 2021-19.5% (74.1) ва нисбати соли 2022 -7.2% (86.4) зиёдтар аст.

Хусусияти нозологии беморони бистаригардида нишон дод, ки дар солҳои ҳисоботӣ дар шуъбаи нефрологӣ 249 нафар бо пиелонефрити музмин, бо гломерулонефрити музмин 79, нефропатияи фишорбаландӣ -38 нафар, бо нефрити диабетӣ ва пиелонефрити калкулёзӣ бистраӣ 37 нафарӣ, бемор 15 нафар бемори гломерулонефрити шадид, амилоидози гурдаҳо 3 нафар табобати статсионарӣ гирифтаанд. Инчунин дар солҳои ҳисоботӣ 354 нафар ёрии машвараті дода шудааст, ки нисбати соли 2022-235 ва соли 2021-124 маротиба зиёдтар мебошад.

Давомнокии миёнаи бистаригардонӣ дар шуъба дар солҳи 2022-2023 ба 9.1 шабонарӯз баробар буд, ки нисбати соли 2021- 2 шабонарӯз камтар аст.Фавти беморони бистаришуда дар солҳои 2022-2023 ба қайд гирифта шудааст. Шумораи умумии беморон дар соли 2023 -158 нафарро ташкил дод, ки нисбати соли 2022 -13 нафар ва нисбати соли 2021-30 нафар зиёд мебошад.

Хулоса: Ҳамин тариқ аз , таҳлилҳои омории ҳисоботии се солаи 2021-2023 –и шуъбаи нефрологии беморхонаи “Шифобахш” маълум гардид, ки бештари беморон бо пиелонефрит ва гломерулонефрити музмин, нефропатияи фишорбаландӣ , калкулёзӣ ва диабетӣ бистаригардонӣ мешаванд. Қайд кардан ҷойиз аст, ки шумораи беморони музмин зиёд гашта истодааст.

Қайд намудан ҷойиз аст, ки машварати беморон аз тарафи табибон дар шуъбаи номбурда зиёд гашта, рӯзҳои бистаригардонӣ кам шуда, салимгардонии аҳолӣ аз ин бемориҳо дар сатҳи хуб қарор дорад ва набудани фавти беморон дар солҳои ҳисоботӣ аз он шаҳодат медиҳад.

Шарифов М.М., Хасанов Дж.М., Ганиева М.П.

ПРОФИЛАКТИКА ЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ ЭНТЕРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

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

Цель исследования. Проведение профилактики энтеропатии у больных острым лимфобластным лейкозом.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением в гематологическом отделении ГУ НМЦРТ «Шифобахш» находились 47 больных с острыми лимфобластными лейкозами (в период сентября 2023 года по август 2024 года) в возрасте от 16 до 55 лет. С 16- 25 лет 37 (78.7%) больных с 25-55 лет 10 (21,7%) больных. Лечение проводили по протоколам ALL 2016: даунорубицин – 45мг/м^2, винкристин 2,0мг внутривенно (1-й, 8-й, 15-й, 22-й дни), преднизалон 60мг/м^2 внутрь, L- аспарагиназа 10 IU/м^2 (с 15 по 28 дни) полихимотерапия. У21(77.7%) больные, которые при лечении принимали препарат Хилак-Форте не наблюдалось энтеропатии, 6 (22.3%) больных не принимали Хилак-Форте, и у них возникла энтеропатия.Для проведения коррекционной терапии у больных с ОЛЛ с высокими дозами цитостатиков, следует учитывать клинические проявления поражения кишечника и изменения качественного состава кала: при проявлениях кишечной диспепсии, сопровождающейся изменениями частоты стула, преимущественно в сторону учащения и кровотечения, назначают препарат дицинон 12,5% 2,0мл внутривенно. Необходима, исходя из чувствительности и обнаружения патогенной флоры, терапия энтеропатии отмена антибиотика, который он получал (цефалоспорины), для лечения постстатического энтеропатии используют метронидазол внутрь по 250мг, каждые 6 часов. Симптомы энтероколита исчезают через 10 дней до 95%. Кроме этого, нужно назначать препараты пробиотики типа Хилак-Форте в дозе 60 капель 3 раза в день, в течение всего курса полихимиотерапии.

Результаты исследования и их обсуждение. При проведении профилактики энтеропатии у больных ОЛЛ, можно предотвратить развитие энтеропатии, при проведении полихимиотерапии по общепринятым протоколам. При лечении больных с острым лимфобластным лейкозом высокими дозами цитостатиков необходимо включить вспомогательную терапию, особенно проводить профилактические мероприятия энтеропатии, которые сопровождаются появлением эрозии и язвы с кровоточивостью.

Выводы. Таким образом больным с ОЛЛ при проведении индукционной терапии необходимо проводить профилактику энтеропатии.

Шарифова Н.Дж., Таджиева З.А., Назарова Г.О.

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СТАРШИХ ВОЗРАСТОВ

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

Цель исследования. Изучить особенности проявлений и дисфункции вегетативной нервной системы у больных с ИСАГ старших возрастов.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 70 лиц в возрасте от 60 до 74 лет (средний возраст 67,5±1,8 года). Основную группу составили 40 больных с ИСАГ I типа, из них 21 (52,5%) мужчина и 19 (47,5%) женщин. Продолжительность заболевания составила в среднем 9,8±1,5 года. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц сопоставимые по возрасту и полу. Исследование ВРС проводили методом записи ЭКГ в течение 5 минут утром в состоянии покоя в одном из стандартных отведений в положении лёжа при условии устойчивого синусового ритма.

Результаты исследования. Исследование вегетативного статуса контрольной группы показывает достаточно выраженные индивидуальные колебания спектральных показателей ВРС (табл. 1). Общая мощность спектра в целом у большинства обследованных оказалась сниженной и мощность спектра, превышающая 1000мс, была отмечена лишь у 5 (16,7%) обследованных. Наибольший вклад в общую мощность спектра приходится на долю колебаний очень низкой частоты. Лишь у 3 из 30 обследованных (10,0%) пациентов контрольной группы этот показатель не превышал 50% от величины общего спектра. Соответственно на долю высокочастотных и низкочастотных колебаний приходилось суммарно менее половины от общей мощности модуляций сердечного ритма. Соотношение LF/HF, отражающее симпато-парасимпатический баланс, оказалось в среднем смещено в сторону относительного преобладания низкочастотного компонента. У большинства обследованных (51,7%) была констатирована относительная симпатикотония, у почти трети (26,4%) уравновешенный баланс отделов вегетативной нервной системы и у 21,9% была регистрирована ваготония. Однако в спектре нейрогуморальной регуляции у больных ИСАГ отчетливо отмечается более высокая доля высокочастотных колебаний. Симпато-парасимпатический баланс отражением которого является соотношение LF/HF был заметно смещён в сторону относительного преобладания низкочастотного компонента 1,1 против 1,44 контрольной группы, что является прогностически неблагоприятным фактором. Исследование частоты встречаемости типов вегетативной регуляции показало следующее соотношение: у 30 (75,0%) больных- относительная симпатикотония, у 4 (10,0%) -уравновешенный тип и у 6 (15,0%) тенденция к большей частоте ваготонического типа.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют что у больных ИСАГ пожилого возраста отмечены низкие данные ВРС. Сказанное косвенно характеризует преобладание тонуса симпатической части вегетативной нервной системы что может иметь неблагоприятное прогностическое значение и должно учитываться при назначении медикаментозной терапии данной категории больных.

Шарофиддинов И.А., Муҳиддинов Ш.А., Ғаниева М.Т.

ХУСУСИЯТҲОИ НЕЙРОФИЗИОЛОҶИИ СИНДРОМИ ИХТИЛОҶӢ ДАР КӮДАКОНИ ХУРДСОЛ

Кафедраи асабшиносӣ,психиатрия ва психологияи тиббӣ ба номи
профессор Ғуломов М.Ғ. "ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино". Тоҷикистон

Мақсади тадқиқот. Таҳлили амиқи хулосаи СБМС дар ташхиси синдроми ихтилоҷӣ дар кӯдакони хурдсол.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Гурӯҳи тадқиқотӣ аз 14 кӯдак (5 нафар писарон ва 9 нафар духтарони аз 2 сола то 6 сола) иборат буданд, ки хусусиятҳои клиникии синдроми ихтилоҷӣ дошатанд. Синну соли миёна онҳо - 4,2-ро ташкил медоланд.Дар статуси невролоҷии беморон инҳироф(отклонение) аз меъёр мушоҳида нашудааст. Инкишофи қаноатбахши психомоторӣ ва сатҳи мувофиқи зеҳн ба таври саҳеҳ аз рӯйи ҷадвали инкишоф ба қайд гирифта шудааст. Дар собиқаи беморӣ дар 5 нафар беморон синдроми ихтилҷӣ ба қайд гирифта шуд,ки– 35,7%- ро ташкил доданд,7 нафар беморон дар собиқаи бемори шикоят аз ихтилоҷи фибрилӣ доштанд,ки– 50% ташкил медоданд ва дар10 нафар беморон норасоии диққат мушоҳида гардид,ки– 71,4% -ро ташкил медоданд. Дар вақти муроҷиат ба асабшинос дар як бемор ҳамагӣ як маротиба ҳолати ихтилоҷӣ,мушоҳида шуд,ки7,2%-ро ташкил медиҳад,дар 8 нафар аз 2 то 3 ҳолати ихтилоҷӣ мушоҳида шуд,57,1%-ро ташкил медод, ки ва дар 5 нафар кӯдак то 3 маротиба хурӯҷ мушоҳида гардид,ки (35,7%)ро ташкил медиҳад. Давомнокии ҳамлаҳо дар 9 бемор (64,2%) аз 4 дақиқа зиёд набуданд, танҳо рафти ҳолати ҳамлаҳо дар 2 бемор (14,2%) ва омезиши ҳамлаҳои нисбатан кӯтоҳ бо ҳолати саръи дар 3 бемор (21,4%) мушоҳида шудааст. Аломатҳои аввалини ҳамлаҳо зуҳуроти вегетативӣ(нашвӣ) доштанд. Аломатҳои аз ҳама равшан рангпаридагӣ ё сианози рӯй дар 7 бемор (50%), қатъ гаштани нафас дар 2 бемор (14,2%), кафкрези аз даҳон дар як бемор (7,1%), мушоҳида шудааст.Дар як ҳолат (6%), аломатҳои вегетативӣ(нашвӣ) бо аураи шунавоӣ дар шакли ҳаллусиинатсияҳои оддии шунавоӣ (хуштакҳо) ба мушоҳида расиданд.

Натиҷаҳои тадқиқот. Дар бемороне, ки мавриди омӯзиш қарор гирифтанд, шикоятҳои умдаи ғайриихтилоҷи инҳо буданд: дарди сар - дар 10% кӯдакон, дар 30% - шикоятҳои табии вегетативӣ. Танҳо 7% беморон ҳангоми муоинаи ибтидоӣ дар СБМС ягон нуқсон надоштанд. Дар 47% ҳолатҳо, ҳангоми омӯзиши ибтидоии СБМС фаъолияти саръмонанд дар минтақаи оксипиталӣ, дар 14% - экстраоксипиталӣ ва тақрибан дар 5% - шаклҳои ихтилоҳҳои некфарҷоми тезгузари кӯдакона ба қайд гирифта шудаанд. Ҳангоми мушоҳидаи такрорӣ СБМС дар 25% беморон тағиротҳои саръмонанд ошкор нагардидаанд, аммо дар 7% нафар кӯдакон тағиротҳои экстраксоксипиталӣ (чакагию-марказӣ) ба қайд гирифта шуданд. Ҳангоми гузаронидани санҷиши равоншиносӣ дар 10% кӯдакон вайроншавии гуногуни функсияҳои когнетивӣ(хотира, диққат, гнозис, праксис),дар 4% на кӯдакон, вайроншавии функсияҳои биноӣ ва шунавоӣ ,дар 11% таъхир дар суръати инкишофи равонию нутқ ва дар 18% кӯдакон бемории гиперактивии норасоии диққат ба қайд гирифта шудааст.Табобати патогенетикӣ бо доруҳои зиддиконвульсиявӣ ба кӯдакон таъсири мусбат бахшид.

Хулоса. Сарфи назар аз омӯзиши синдроми ихтилоҷӣ ва зуҳуроти клиникии он,гузоштани ташхиси дурусти ин беморӣ аксаран вақт душвор . Дар асоси ин тадқиқот, нишондиҳандаҳои ташхисро метавон ба таври зайл баррасӣ намуд: ҳамлаҳои стереотипии тез-тез такроршаванда бо нишонаҳои вегетативӣ(нашвӣ) бо умумишавии хамла ва баъзан ба ҳолати саръӣ, ки усулҳои асосии санҷиши онҳо СБМС (электроэнцефалография) мебошад, баррасӣ гардид.

Шарофиддинов И.А., Муҳиддинов Ш.А., Исрофилов М.О.

МУАЙЯН КАРДАНИ ХУСУСИЯТҲОИ САБТИ БАРҚИИ МАҒЗИ САР ДАР БЕМОРОНИ МУБТАЛОИ ИХТИЛОЛИ ХУНГАРДИШИ МАҒЗИ САР

Кафедраи асабшиносӣ, психиатрия ва психологияи тиббӣ ба номи профессор Ғуломов М.Ғ.
"ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино". Тоҷикистон

Мақсади омӯзиш. Муайян кардани хусусиятҳои СБМС дар намудҳои гуногуни ихтилоли рагҳои хунгарди мағзи сар ва фишорбаландии шарёнӣ.

Маводҳо ва усулҳо. Дар МД ММТҶТ "Шифобахш" дар заминаи кафедраи асабшиносӣ,психиатрия ва психологияи тиббии ба номи профессор Ғуломов М.Ғ. дар давраи солҳои 2021 то 2023 таҳлили СБМС дар 123 нафар беморон аз ҷумла: 30 нафар беморон бо сактаи камхунӣ, 41 нафар бо сактаҳои хунрез, 27 нафар нафар бо вайроншавии гардиши хун дар ҳавзаи вертебро-базилярӣ,ки сабабаш атеросклерози рагҳо дар системаи вертебро-базилярӣ, 26 бемор-бо фишорбаландии шарёнии дараҷаи l ва ll.

Натиҷаи омӯзиш ва муҳокимаи онҳо. Сину соли беморони ташхисгузаронидашуда аз 45 то 68 соларо ташкил медиҳад,ки ба ҳисоби миёна 57,2 +-2,8 солро ташкил медиҳад.Қисми зиёди беморон аз деҳот буда,78(63,41%)-ро ташкил медиҳад. Дар гурӯҳи l беморони мубталои сактаҳои камхунӣ 19 мардҳо ва 11 нафар занонро ташкил медиҳанд. Дар гурӯҳи ll 41 нафар беморон бо сактаҳои хунрезӣ,аз ҷумла 16 нафар мардҳо ва 25 нафар занонро ташкил медиҳанд.Дар гурӯҳи lll 27 нафар беморон бо норасоии вертебро-базилярӣ,ки сабабаш атеросклероз дар шарёни вертебро-базилярӣ мебошад,аз ҷумла16 мард ва 11 занҳоро ташкил медиҳад. Гурӯҳи lV бошад, 25 нафар беморони мубталои фишорбаландии дараҷаи l ва ll, аз ҷумла 16 нафар мардҳо ва 9 нафар занонро ташкил медоданд. Дар дараҷаи ибтидоии бемории фишорбаландӣ(БФ 1 дараҷа) дар СБМС пастшавии амплитудаи алфа мавҷ ва вайроншавии минтақавӣ(зональност) дар 14(56%) маврид (алфа-мавҷҳо нодуруст ҷойгир шудаанд),зиёдшавии бета ва тета фаъолнокӣ дар 11(44%) маврид. Дар Фишорбаланди шарёнии дараҷаи ll бошад,хусусан дар беморони тез-тез

баландшавии фишори хуни шарёнӣ,бӯҳрони фишорбаландӣ ва вайроншавии гардиши хуни динамикӣ(тезгузар) фаъолнокии оҳистаи паҳншуда) (генерализованнная медленная активность)дар 8(32%) маврид ва СБМС ҳамвор(плоская)дар 10(40%) маврид ба қайд гирифта шудаанд. Дар беморони мубталои сактаи камхунӣ бошад, дар СБМС дар мавқеи ҷойгиршавии манбаъ пайдошавии фаъолнокии оҳиста баландамплитудави дар 22(73,3%) мавридҳо ба қайд гирифта шуданд.Дар ноҳияҳои ҳамсарҳад тета ва алфа мавҷҳои баъди гузаронидани пробаҳои барангезандагӣ дар 5(16,7%) мавридҳо ба қайд гирифта гирифта шудаанд. Пойдорӣ ва дарачаи тағирпазирии СБМС аз имкониятҳо хунгардиши колатералӣ вобастагии зич доранд. Ҳангоми тағйиротҳои тромботикӣ ва стенотикӣ(тангшавии шарёнҳо) дар СБМС тета ва делта мавҷҳо дар 18(60%) маврид ба қайд гирифта мешавад.

Хулоса. Ҳамин тариқ дар рафти тадқиқот хусусиятҳои СБМС ҳангоми ихтилоли рагҳои хунгарди мағзи сар ба таври саҳеҳ ба қайд гирифта шуданд.Маълумотҳои муаяннамудаи хусусиятҳои СБМС барои ташхиси тафриқавии беморони мубталои ихтилоли хунгардиши мағзи сар ва инчунин барои пешбиниҳои меъёрӣ ҳангоми намудҳои гуногуни ихтилоли хунгардиши мағзи сар ва фишорбаландии шарёнӣ ҳангоми дастрас набудани таҷҳизотҳои муосири ташхисӣ ба инобат гирифта мешавад.

Шкляев А.Е., Хамидуллина В.А.

ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НА СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ

Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Российская Федерация

Цель исследования: оценка состояния слизистой оболочки ротовой полости, уровня гигиены и порога тактильной дискриминационной чувствительности у лиц с сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы. Было набрано 2 группы пациентов, которые никогда не курили: группа наблюдения (пациенты с сахарным диабетом 2 типа) и группа сравнения (лица без эндокринной патологии) – по 10 человек в каждой группе в возрасте от 45 до 65 лет. На первом этапе все участники исследования заполняли анкету, состоящую из нескольких блоков (общие сведения, перенесённые и сопутствующие заболевания с акцентом на гастроэнтерологический и стоматологический анамнез). Далее проводился осмотр ротовой полости каждого обследуемого: составление зубной формулы, оценка наличия налёта на языке, расчёт индекса КПУ и индекса Грина-Вермиллиона OHI-S, определение порога тактильной дискриминационной чувствительности в полости рта в 4 точках: со стороны твёрдого неба слева и справа, на передней поверхности альвеолярной десны нижней челюсти слева и справа с использованием специально спроектированного и напечатанного на 3D-принтере циркуля. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью MS Excel, Statistica.

Результаты исследования. При анализе анамнестических данных установлено, что все обследованные болели COVID-19, 60% участников исследования страдали артериальной гипертензией (одинаково в обеих группах), 70% пациентов группы наблюдения отметили наличие заболеваний желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, язвенная болезнь желудка, желчнокаменная болезнь), 30% из них перенесли холецистэктомию. При анализе стоматологических данных выявлено, что 60% обследованных отметили кровоточивость дёсен (в группе наблюдения в 2 раза чаще, чем в группе сравнения). Проявления стоматита несколько раз в год возникали у 6 человек из группы наблюдения и только у 1 из группы сравнения. На момент стоматологического осмотра у 30% пациентов с сахарным диабетом были выявлены признаки кандидамикоза слизистой оболочки полости рта, в группе сравнения признаков грибкового поражения выявлено не было. Средние значения стоматологических индексов и частота патологических состояний, выявленных в полости рта в обследованных группах: в группе наблюдения индекс КПУ - 17,5, индекс Грина-Вермиллиона OHI-S - 1,7 (соответствует неудовлетворительному уровню гигиены), гингивит – у 90%, ксеростомия – у 100%, зубной камень – у 70%; в группе сравнения индекс КПУ – 9,0, индекс Грина-Вермиллиона OHI-S - 1,1 (соответствует удовлетворительному уровню гигиены), гингивит – у 5%, ксеростомия – у 0%, зубной камень – 30% обследованных. Значение порога тактильной дискриминационной чувствительности слизистой оболочки полости рта у пациентов с сахарным диабетом составило на нижней челюсти 14,1±0,5 мм, на верхней челюсти - 10,1±0,3 мм, у участников группы сравнения - 5,1±0,05 мм на обеих челюстях.

Выводы. Сахарный диабет 2 типа сопровождается существенными изменениями стоматологического статуса пациентов. Его основными проявлениями в полости рта являются генерализованный гингивит, ксеростомия вследствие гипосаливации, повышенная распространенность кариеса на фоне неудовлетворительного уровня гигиены. У пациентов с сахарным диабетом 2 типа развивается статистически значимое снижение тактильной дискриминационной чувствительности слизистой оболочки полости рта, более выраженное на нижней челюсти.

Шкляев А.Е., Дударев В.М., Горбунов Ю.В.

ГЭРБ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВКЛЮЧЕНИЯ ПИТЬЕВОЙ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДОЙ «УВИНСКАЯ» В СТАНДАРТНУЮ ТЕРАПИЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, Россия

Цель исследования. Оценить эффективность включения минеральной воды «Увинская» в терапию пациентов с неэрозивной ГЭРБ.

Материалы и методы. 90 больным неэрозивной ГЭРБ (по данным ФГДС), набравшим 8 и более баллов по опроснику GERDQ, разделенным на 2 группы по 45 человек в каждой, проведена суточная pH-импедансометрия пищевода с использованием аппарата «Гастроскан ИАМ» до лечения, через 1 месяц и через 3 месяца после начала терапии. Пациенты 1-й группы (45 человек) принимали медикаментозную терапию: омепразол 40 мг в сутки, итоприд 150

мг в сутки. Пациенты 2-й группы (45 человек) помимо медикаментозной терапии принимали слабощелочную сульфатно-натриево-кальциевую минеральную воду «Увинская» по 100 мл 3 раза в день мелкими глотками, температурой 25 градусов. Результаты обрабатывались при помощи компьютерной программы Gastroscan. Для оценки достоверности различий использовался непараметрический критерий Манна-Уитни.

Результаты исследования. У пациентов 1-й группы при первом исследования значение pH в нижнем отделе пищевода (НОП) составляло 3,2 (2,9; 4,7), а при повторном через 1 месяц – 4,8 (4,2-5,5), через 3 месяца – 3,6 (3,2; 4,8). Число эпизодов кислых жидких гастроэзофагеальных рефлюксов (ГЭР) в данной группе больных снизилось с 91 (42; 188) до 37 (14;59) через 1 месяц, а через 3 месяца составляло 76 (38; 103). У пациентов 2-й группы значение pH в НОП до лечения - 3,4 (3,1; 4,8) увеличилось до 5,9 (4,7; 6,4) после лечения, а через 3 месяца составляло 5,5 (4,4; 6,1), $p<0,05$. Кроме того, во 2-й группе больных зафиксировано более выраженное уменьшение количества кислых жидких ГЭР, в сравнении с группой пациентов, не получавших минеральную воду – с 89 (53; 167) в начале исследования до 23 (9; 42) через 1 месяц и 29 (16; 49) через 3 месяца, $p<0,05$.

Выводы. Включение минеральной воды «Увинская» в лечение неэрозивной ГЭРБ обеспечивает более выраженный ощелачивающий и антирефлюксный эффекты по сравнению с изолированным медикаментозным лечением. Сочетание медикаментозного лечения с минеральной водой «Увинская» позволяет сохранять pH ближе к нейтральным значениям и количество кислых ГЭР до 40 в сутки более длительный период – до 3 месяцев, в то время как при изолированном медикаментозном лечении эффект по данным показателям «ускользает» к третьему месяцу.

Шкляев А.Е., Максимов К.В., Шутова А.А.

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОСТПРАНДИАЛЬНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА В ПРОЦЕССЕ ПИТЬЕВОЙ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ

Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Российская Федерация

Цель исследования: оценить динамику клинических проявлений постпрандиального дистресс-синдрома (ПДС) у пациентов, получающих курсовую питьевую бальнеотерапию слабощелочной, среднеминерализованной, сульфатной натриево-кальциевой минеральной водой.

Материал и методы. В исследовании приняло участие 100 пациентов с ПДС (средний возраст 23,0±1,12 лет). Диагноз выставлялся согласно Римскими критериями IV. Пациенты были распределены на 2 сопоставимые по основным характеристикам группы по 50 человек. В группе наблюдения больные получали слабощелочную (pH-7,8), среднеминерализованную (М-7,3), сульфатную натриево-кальциевую минеральную воду температурой 20-25° внутрь, за 20-30 минут до приема пищи по 100 мл в первые 6-7 дней с последующим увеличением объема до 200 мл в 3 раза в день в течение 4 недель. В группу сравнения вошло 50 пациентов, которые получали обычную питьевую воду по аналогичной методике. Контрольную группу составили 20 практически здоровых. Качество жизни оценивали с помощью специфического опросника Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS), отражающего выраженность гастроэнтерологической симптоматики. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью MS Excel, Statistica.

Результаты исследования. Исходно все обследованные пациенты с ПДС имели характерную клиническую симптоматику, при этом по выраженности синдромов согласно данным, полученным с помощью опросника GSRS, сравниваемые группы не имели статистически значимых отличий. Проведенный курс питьевой бальнеотерапии модифицировал выраженность клинической симптоматики ПДС у пациентов сравниваемых групп. Наибольшую статистически значимую положительную динамику в группе наблюдения претерпел диспептический синдром (с 2,93±0,11 до 1,71±0,13 баллов, $p=0,000$), выраженность которого через 30 дней от начала терапии уменьшилась на 41,6% и при этом утратила отличия от уровня здоровых (2,01±0,11 баллов), чего не произошло в группе сравнения (с 2,91±0,09 до 2,83±0,18 баллов, $p=0,692$). Также у пациентов принимавших минеральную воду в процессе лечения достоверно снизилась выраженность синдрома абдоминальной боли (на 18,7%) и констипационного синдрома (на 27,0%). В группе сравнения достоверной динамики выраженности данных синдромов в процессе наблюдения не отмечалось. Интенсивность рефлюкс-синдрома и диарейного синдрома, исходно не превышавшая значения группы здоровых, существенно не изменилась у больных ПДС обеих групп. Положительная динамика выраженности клинической симптоматики ПДС обеспечила статистически значимое уменьшение общего балла опросника GSRS в группе наблюдения с 9,63±0,21 до 7,80±0,27 баллов (на 19,0%, $p=0,000$), который после курсовой бальнеотерапии стал соответствовать таковому в контрольной группе здоровых, чего не произошло в группе сравнения (с 9,59±0,23 до 9,21±0,27 баллов, $p=0,287$).

Выводы. Питьевая бальнеотерапия слабощелочной среднеминерализованной сульфатной натриево-кальциевой минеральной водой при курсовом приеме обеспечивает положительную динамику клинической картины у пациентов с ПДС. Улучшение качества жизни пациентов ПДС в процессе лечения по предложенной методике, очевидно, связано с устранением моторных нарушений в гастродуоденальной зоне за счет действия компонентов минеральной воды.

Шодиева М.О., Мухамадиева К.М., Дырда Н.И.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ТРЕНТАЛ В ТЕРАПИИ АТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ КОЖИ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т.
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Оптимизация терапии атрофических рубцов кожи с учетом состояния местной микроциркуляции.

Материалы и методы исследования. В исследовании принимали участие 105 пациентов с атрофическими рубцами кожи в возрасте от 18 до 40 лет. Больные были разделены на 2 группы. В основной группе пациентов (55) на 1-м этапе лечения в очаги поражения методом электрофореза вводили 2% раствор препарата Трентал (Sanofi-aventis, Франция) в течении 10 дней. На 2 этапе больным проводилась процедура химического всесезонного пилинга трихлоруксусной кислоты 35% с применением мезороллера (длина игла 1,5 мм) на предварительно обезболенную кожу кремом Эмла (лидокаин+прилокаин, Швеция). Пациенты основной группы с 1-го этапа лечения принимали препарат с содержанием пентоксифиллина – Трентал в дозе 100 мг 3 раза в сутки в течение 1-го месяца. Пациентам контрольной группы (50) лечение начиналось со 2-го этапа, то есть им назначалось лечение в виде химического пилинга, но системная терапия Тренталом не проводилась. Оценку эффективности терапии проводили по международной шкале глобального эстетического улучшения (Global Aesthetic Improvement Scale) и на основании показателей лазердопплерфлоуметрии (ЛДФ): ИЭМ (индекс эффективности микроциркуляции), ПМ (показатель микроциркуляции) и РКК (резерв капиллярного кровотока).

Результаты исследования. Проведенная терапия отразилась на показателях местного кровотока. В основной группе показатель ИЭМ восстановился до 1,4±0,01 пф.ед, а в контрольной группе он составил 1,3±0,01пф.ед. Показатель ПМ у пациентов основной группы снизился до 5,45±1,8 пф.ед, а в контрольной составил 6,19 пф.ед, то есть незначительно отличался от исходных значений (6,21±1,3пф.ед). На фоне снижения ПМ упациентов основной группы наблюдалось повышение РКК от исходного (197±1,3%) до209±1,3%, что указывало на нормализацию гемодинамики в очагах поражения. В то же время, у пациентов контрольной группы РКК составил 198**±1,3%, то есть, незначительно отличался от исходных значений** (197±1,3%)**.** На фоне проведенного лечения в основной группе пациентов в 1,4 раза чаще наблюдалось восстановление микрокровотока, что проявлялось увеличением числа больных с нормоциркуляторным типом микроциркуляции, то есть, в 34 (61,8%;55) против 22 (44,0%;50) случаев.

Оценка клинической эффективности проведенной терапии показала, что у 19 пациентов (34,5%; 55) основной группы и у 11 (22%; 50) пациентов контрольной группы достигнуто «умеренно выраженное улучшение», что соответствует 2 баллам. «Значительное улучшение», что соответствует 3 баллам по шкале, наблюдалось у 24 пациентов (43,6%; 55) основной группы и у 8 (16,0%; 50) пациентов контрольной группы. «Улучшение», то есть 1 балл по шкале, зарегистрировано у 11 пациентов (20,0%; 55) основной группы и у 29 (58%; 50) больных контрольной группы. «Без изменений», что соответствовало 0 баллам, было лишь у 1 пациента (1,8%; 55) основной и у 2 пациентов контрольной группы. «Ухудшений» не наблюдалось ни у одного пациента.

Выводы. Таким образом, комплексная терапия атрофических рубцов кожи с местным и системным применением препарата Трентал (пентоксифиллин) в 1,4 раза чаще приводит к восстановлению местного кровотока (34 (61,8%;55) против 22 (44,0%;50) случаев) и в 2,7 раза чаще приводит к значительному улучшению качества рубца (24 (43,6%;55) против 8 (16,0%; 50) случаев).

Шукурова Р.А., Каримова Г.Н., Самадова М.Г.

АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ БИСОПРОЛОЛА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность высокоселективного β_1-адреноблокатора пролонгированного действия бисопролола у больных с артериальной гипертонией (АГ) в сочетании с хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ).

Материалы и методы исследования. Нами исследовалось 20 больных с подтверждённым диагнозом АГ 2-й степени без ХОБЛ (1-я группа) и 20 с АГ 2-ой степени в сочетании с ХОБЛ (2-я группа). Группы больных были сопоставимы по возрасту, полу, тяжести заболевания. Все больные получали бисопролол по 1 таблетке (5 мг) 1 раз утром, во время завтрака. Исследование состояло из 2-этапов. 1-й этап проводился в стационаре, 2-й этап – амбулаторно и состоял из 5 визитов каждые 10 дней. В стационаре ежедневно, а амбулаторно во время каждого визита измеряли артериальное давление (АД) и частоту сердечных сокращений (ЧСС), снимали ЭКГ. Больным 2-й группы снимали показатели функции внешнего дыхания (ФВД).Определяли объём форсированного выдоха за 1-ю секунду ($ОФВ_1$), форсированную жизненную ёмкость лёгких (ФЖЕЛ), индекс Генслера ($ОФВ_1$/ ФЖЕЛ), мгновенную объёмную скорость в момент выдоха 25% ФЖЕЛ ($МОС_{25}$), 50% ФЖЕЛ ($МОС_{50}$), 75% ФЖЕЛ ($МОС_{75}$).

Результаты исследования. Бисопролол положительно влиял на показатели как систолического АД (САД), так и диастолического АД (ДАД) в обоих группах больных. По сравнению с показателями АД на момент рандомизации среднее САД на завершающем визите было снижено на 32,2±7,6 мм.рт.ст. в 1-ойгруппе и на 30,5±7,4мм.рт.ст. во 2-ой группе, а среднее ДАД - было снижено на 20,4±6,7 мм.рт.ст.в 1-ой группе и на 20,2±6,6мм.рт.ст.во 2-ой группе. Оценка ЧСС показала уменьшение ЧСС в обеих группах больных, но без резкой брадикардии. Что же касается показателей ЭКГ, то в обеих группах не выявлено отрицательной динамики на протяжении всего исследования. У больных 2-ой группы через 60 дней терапии бисопрололом отмечалось некоторое улучшение показателей ФВД: увеличение $ОФВ_1$и индекса Генслера (на 2,2 и 3,2% соответственно), улучшение проходимости на уровне мелких, средних и крупных бронхов (Δ%=0,8, Δ%=2,1, Δ%=1,1 для $МОС_{25}$, $МОС_{50}$, $МОС_{75}$ соответственно).

Выводы. Совокупность результатов проведённого исследования свидетельствует о высокой антигипертензивной эффективности и хорошей переносимости терапии бисопрололом у больных АГ как без ХОБЛ, так и в сочетании с ХОБЛ. Бисопролол не ухудшает основные параметры ФВД: $ОФВ_1$, индекс Генслера, $МОС_{25}$, $МОС_{50}$, $МОС_{75}$.у больных с АГ в сочетании с ХОБЛ.

Шукурова Р.А., Каримова Г.Н., Самадова М.Г.

ВЛИЯНИЕ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С УМЕРЕННОЙ И ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ, ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИЕЙ АМЛОДИПИНА И ЛИЗИНОПРИЛА

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Оценка влияния фиксированной комбинации (ФК) амлодипина и лизиноприла на выраженность гипертрофии левого желудочка у больных с умеренной и высокой степенью артериальной гипертонии.

Материалы и методы исследования. 30 больным с диагнозом первичной артериальной гипертонии (АГ) умеренной и высокой степени (18 мужчин и 12 женщин, средний возраст 52,6±0,4 года) назначали ФК амлодипина и лизиноприла (экватор) в дозе 5 и 10 мг для пациентов, которые не принимали антигипертензивную терапию, и в дозе 10 и 20 мг – для больных с предшествующей двухкомпонентной схемой лечения. Контрольную группу составили 30 здоровых лиц (14 мужчин и 16 женщин, средний возраст 50,8 ±1.1 года) без сердечно-сосудистых заболеваний с нормальным уровнем артериального давления (АД). В течении 3 месяцев в начале, через 2 недели, 1,2 и 3 месяца на каждом визите проводили клинический осмотр, оценивали уровень АД, частоту сердечных сокращений (ЧСС), массу тела, окружность талии (ОТ), рассчитывали индекс массы тела (ИМТ), а эхокардиографическое исследование проводилось в начале и в конце исследования (через 3 месяца).

Результаты исследования. Между контрольной группой и группой пациентов с АГ не выявлено статистически значимых различий по полу, возрасту, статусу курения. По сравнению с контрольной группой у группы пациентов с АГ были статистически значимо выше ($p<0,05$) такие показатели как рост, масса тела, ИМТ, ОТ, систолическое АД, диастолическое АД , пульсовое АД, уровни триглицеридов, глюкозы и креатинина, конечный диастолический размер левого желудочка (ЛЖ), конечный систолический размер ЛЖ, конечный диастолический объём ЛЖ, ударный объём, переднезадний размер и объём левого предсердия , переднезадний размер правого желудочка , объём правого предсердия, толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП), толщина задней стенки (ТЗС) ЛЖ, индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ). У пациентов с АГ, получавших ФК амлодипина и лизиноприла, целевой уровень АД был достигнут уже через 2 недели терапии у 63,3% пациентов, к концу 1-го месяца – у 86,6%, к концу 2-го месяца – у 93,3%, через 3 месяца - у большинства больных. Однако у 3,3% больных целевой уровень АД был достигнут только после добавления бисопролола. Исходно у всех (100%) больных АГ была выявлена гипертрофия ЛЖ, несмотря на средний возраст и небольшую длительность АГ (7,24 ± 1, 64 года). На фоне лечения ФК амлодипина и лизиноприла достоверно ($p<0,05$) уменьшились ТМЖП, ТЗС ЛЖ и ИММЛЖ, несмотря на то, что период наблюдения был относительно небольшим – 3 месяца.

Выводы. Таким образом, терапия фиксированной комбинации амлодипина и лизиноприла (экватор) у пациентов с умеренной и высокой степенью АГ обеспечивает эффективное снижение АД, высокий процент достижения целевого уровня АД, способствует регрессу гипертрофии левого желудочка (уменьшает ИММЛЖ и толщину стенок).

Эгамкулов Д.У.

ПЕЧЕНОЧНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛНЫХ С ОЖОГОВЫМ СЕПСИСОМ

Медико-педагогического факультета Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан.

Цель исследования: Определить частоту развития печеночной дисфункции (ПД) и влияние её коррекции на исходы лечения больных с ожоговым сепсисом (ОС).

Материалы и методы. В группу исследования вошли 50 больных в возрасте от 17 до 75 % лет (средний возраст 48.8±2.58 лет) собщей площадью ожоговых ран от 30% до 85% поверхности тела, раны ШАБ –IV степени составили от 20% до 70% поверхности тела. В первую группу вошли 30 пацентов с индексом тяжести травмы Франку (ИФ) с ИФ <70 ед., во вторую 20 тяжелообожженных с ИФ <100 ед. Все больные имели клинико-лабораторные признаки ССВО, на фоне которых у обожженных второй группы диагностирован сепсис. Тяжесть состояния пациентов определялась по шкале SOFA. Кроме стандартных клинико-лабораторных тестов-термометрия, частота сердечных сокращений, клинические и биохимеческие анализы крови и мочи, микробиологического исследования, отделяемого ожоговых ран с определением чувствительности флоры к антибиотикам, проведены по методу PCT-Q BRAHMS измерения уровня прокальцитонина (ПКТ) в сыворотке крове на 2,3,5,7,10 сутки после травмы.

На фоне сепсиса у 50 пострадавших на 3-5 день заболевания – концентрация ПКТ 4.8±1.1 mg/ml отмечена у 35 больных, чувствительность 67% , специфичность- 92%, ППЗ-85%,ОПЗ-81%, а у 15 пострадавших с тяжелым течением сепсиса зафиксирован уровень ПКТ 15.6±2.2mg/ml, чувствительность 33% , специфичность- 98%, ППЗ-83%,ОПЗ-81%. ПД наблюдалось у 110 больных. Они были раздеделены на две группы: основную – 40 пациентов, которым проведена медикаментозная коррекция гепралом 400 мг/сутки и реамберином 400 мл/сутки и группу сравнения -10 пациентов, которым коррекция не проводилась. Все больные получали лечение согласно протоколам ведения больных с ОС. У всех наблюдаемых больных выявлена органная дисфункция (SOFA) с ожоговым сепсисом. Из них, респираторная 71.5%, ССС-72.7%, ЦНС-47.8%, почки-44.3%, печень-55.5%, ЖКТ- 43.8%, гемостаз-15.1% больных, осложнения: септический шок -13.3%, стресс-язвы-у 12.5% больных.

Результаты исследования: Выявлено, что у 55.5% пациентов с ОС развивается ПД. Показатели цитолиза в основной группе снижались к 7.312+1.07 суткам, тогда,как в группе сравнения они оставались высокими даже к концу второй недели. Показатели холестаза в основной группе снижались к 7.85+1.45 суткам, причем наиболее остро реагровала ЩФ, тогда как в группе сравнения эти показатели не только не снижались, но и осле. Синтетическая функция печени проявляется снижением общего белка и триглицеридов. На фоне проводимого лечения в основной группе мы

наблюдали постепенное увеличение уровня общего белка и альбуминов, снижение уровня билирубина и ЩФ к 6,75±2,35 суткам, снижение АЛТ, АСТ и ЛДГ к 16,38±1,41 суткам, рост ТГ происходит с 7,36±2,55 суток, тогда как в группе сравнения эти показатели ухудшались. Летальность в основной группе составила 34,3%, в группе сравнения – 76,4%.

Выводы: ПД развивается у 55,5% пациентов с ОС и является независимым фактором неблагоприятного прогноза исхода заболевания у данной категории больных. Для диагностики и мониторинга ПД целесообразно использовать такие показатели, как общий белок и его фракции, ТГ и ЩФ. Предварительные данные показывают, что коррекция ПД гептралом и реамберином позволяет снизить летальность у данной категории больных с 76,4% до 34,3%.

Юлдашев Т.Р.

ПРОЯВЛЕНИЕ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК НА РАННЕЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Сурхандарьинская область Ангорское районное медицинское объединение, Термиз, Узбекистан

Цель исследования. Хроническая болезнь почек (ХБП) стала пятой по значимости причиной смертности в новом столетии. Поэтому мы проанализировали распределение градиентов почечной дисфункции по стадиям у пациентов с консервативной стадией СБК. Статистический анализ распределения градиентов почечной дисфункции у пациентов в консервативной стадии хронической болезни почек.

Материал и методы. Для исследования был взят 31 больной ХБП, развившийся вследствие нефрорпатий различного генеза, находившихся на лечении в нефрологическом отделении Национального медицинского центра. Градиенты скорости клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанные по значению креатинина в мочевине и креатинину у всех пациентов, включенных в исследование, были изучены и разделены на стадии С2 и С3А ХБП на основании рекомендации Национального почечного фонда США (NKF K/DOQI, 2002).

Результаты исследования. У всех 31 больного ХБП среднее значение показателей функции почек составило 12,9±0,52; Креатинин увеличился до 157,2±12,37, КФТ 54,7±0,59 мл/мин. Было замечено, что значение снизилось. Затем на основании рекомендаций Национального фонда почек США (NKF K/DOQI, 2002) было установлено, что 18 (58,1%) находились в стадии С 2, а 13 (41,9%). находились на стадии S3A. S2-стадия (n-18) мочевина сыворотки крови больных 9,3±0,43; Креатинин повышен до 108,6±10,6, КФТ 79,2±0,47 мл/мин. установлено, что у больных С3А-стадии (n-13) в сыворотке крови она снижается до 10,7±0,48; Креатинин повышен до 158,4±11,9, СКФ 50,1±0,83 мл/мин. наблюдалось снижение стоимости.

Выводы.

1. На ранних стадиях хронической болезни почек изменяются градиенты нарушения функции почек, что проявляется увеличением количества мочевины и креатинина в сыворотке крови и снижением СКФ.
2. На ранних стадиях хронической болезни почек, когда количество мочевины и креатинина в сыворотке крови находится в пределах нормы или в пределах нормы, снижение его СКФ, то есть наличие почечной недостаточности, означает, что эти градиенты недостаточный.
3. Необходим поиск новых биомаркеров для диагностики дисфункции почек на ранних стадиях хронической болезни почек.

Юлдошев С.А., Кадырова З.Д.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕЖЕНЦАМ СО СТОРОНЫ ПСИХОЛОГА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени проф. М.Г.Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан.

Цель исследования. Улучшить и стабилизировать физическое и психическое состояние беженцев в РТ, методом психотерапевтической помощи.

Материалы и методы. Было опрошено 52 семей мигрантов афганцев и 28 таджикских семей которые находились в миграции. Всего охвачено 80 семей в рамках программы МОМ район Рудаки. Из них 52 (65%) семей мигрантов из Афганистана и 28 (35%) мигрантов из таджикских семей, 12.5 % мужского пола и 87,5% женщин .

Механизм работы было направлено на 2 этапа: идентификация и самоидентификация . Первоначально психологом , социальным работником и сотрудниками гос. Учреждениями согласно программе проекта “ МОМ “ было проведено опрос 80 семей имеющих статус беженцев района Рудаки . Работа проводилась в течении 3 месяцев .

Проведена первоначальная оценка нужд, а также оценка немедленных нужд. Информирование о правах тех лиц которые только прибыли и их дети еще не адоптировались , хорошо не знают язык , из за чего не обучаются в общеобразовательных школах. При оценке немедленных нужд лиц которые нуждались в помощи других специалистов были перенаправлены в другие необходимые учреждение (Медицинское , Образовательное , Социальное.)

Психологическая помощь оказывалась в разных форматах – это психологическое консультирование , индивидуальное . Семейное психокоррекция, индивидуальная и групповая , профилактические занятие , виды лекции , обсуждение , а также групповые занятия , оценивалась психоэмоциональное состояние , изменение в социальных и семейных взаимоотношениях , удовлетворенность самого беженца мигранта .

Результаты исследования. Основные факторы стресса в жизни беженцев – это травматический опыт вынужденного переезда , у некоторых опыт военных действий через который прошли беженцы из Афганистана . У них выявлялась такие расстройства как ПТС , Субдепрессия 15 (18.75%) , Депрессия 5 (6.25 %) , Невроз 15 (18.75 %) , Навязчивые расстройства и Фобия 10 (12.5%) , Астенический синдром 35 (43.75 %) .

Но многие беженцы сталкивались с дополнительными испытаниями на пути в местах прибытия : (Далеко от родных, Поднятия цен на квартиру и жилье или заранее просят оплатить за несколько месяцев или год , не знания языка , нет

работы по их специальностям . Подростки не хотят идти в начальный класс многие из них имеют высшее образования но работают не по специальности, не могут поступать в высшее учебное заведения, не годны дипломы которые у них есть, страх взрослых отпустить детей на спортивные секции или путешествие).
Среди них выявлены и семье с акцентуациями характера. Психолог содействовал и поддерживал в решении психосоциальных проблем в семах где были дети с ментальными и физическими проблемами (Аутизм, ДЦП, Эпилепсия) было перенаправлено к специалистам.

Выводы. Диагностические возможности психолога позволяют ему видеть потенциально опасных направлений личностного развития беженца мигранта и направить его в сторону психологическому здоровью. Стрессовую ситуацию можно преодолеть или уменьшить ее негативные последствия , осмыслив травматический влияющие на пациента актуальные аспекты.

Юлдошева М.У., Ниязова Н.Ф.

УРОВНИ ВИТАМИНА Д И ЛЕПТИНА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Кафедра эндокринологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Изучить уровни витамина D и лептина у пациентов с ожирением.

Материалы и методы исследования. В проспективное исследование включены 48 мужчин и женщин, обратившихся на консультацию в ГМЦ им. Карима Ахмедова. Возраст пациентов варьировал от 19 до 60 лет (средний возраст — 33,7 лет). Всем пациентам проведено анкетирование, сбор анамнеза и забор крови для клинико-лабораторного исследования, включая определение уровня глюкозы, липидограммы, витамина D (25(OH)D), лептина. Также было выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) печени, антропометрические измерения с расчетом индекса массы тела (ИМТ, кг/м²), окружности талии (ОТ) и бедер (ОБ). Статистическая обработка данных выполнена с использованием Microsoft Excel 2017. Среди пациентов выявлено 7 человек с нормальной массой тела (ИМТ 18—24,9 кг/м²), 4 пациента с избыточной массой тела (ИМТ 25—29,9 кг/м²), 6 пациентов с ожирением I степени (ИМТ 25—29,9 кг/м²) и 9 с ожирением II степени (ИМТ 30—34,9 кг/м²). Уровни витамина D определялись методом хемилюминесцентного иммуноанализа (ИХЛА), с распределением на выраженный дефицит (<10 нг/мл), дефицит (10—20 нг/мл), недостаточность (20—30 нг/мл) и адекватные уровни (30—150 нг/мл).

Результаты исследования. Средний уровень витамина D среди всех пациентов составил 14,59 нг/мл, что свидетельствует о недостаточности витамина D как у пациентов с нормальной массой тела, так и в группах с ожирением. Средний уровень лептина составил 15,75 нг/мл (норма 11—27,6 нг/мл). Средний уровень триглицеридов составил 1,65 ммоль/л, холестерина — 4,57 ммоль/л, инсулина — 18,24 мкЕД/мл, глюкозы — 5,08 ммоль/л.

Выводы. Пациенты с избыточной массой тела и ожирением имеют более выраженную склонность к дефициту витамина D, инсулинорезистентности и лептинорезистентности. Каждое увеличение ИМТ на одну единицу ассоциируется с дальнейшим снижением уровня витамина D и повышением риска развития предиабета и сахарного диабета 2 типа. Следовательно, подбор дозировок витамина D для лечения пациентов с нормальной массой тела и ожирением различной степени должен быть индивидуализирован.

Юсупова М.Х.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ

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

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности антигипертензивной терапии, фиксированной комбинацией амлодипин/индапамид у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ).

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 74 пациента (62 мужчины, 12 женщин), имеющие одновременно гипертоническую болезнь I-II стадии, степень АГ 1-2, умеренный сердечнососудистый риск и ХОБЛ (GOLDI-III). С целью антигипертензивной терапии всем пациентам после обследования была назначена фиксированная комбинация амлодипина и индапамида. В исследовании также проведена оценка функции внешнего дыхания, показателей микроциркуляторного русла у пациентов на фоне назначенной антигипертензивной терапии. Период наблюдения составил 6 месяцев.

Результаты исследования. Исследование закончили 58 пациентов, достигнув значений артериального давления (АД) 132,7 + 4,8 мм рт. ст., в 54% случаях пациенты получали исходную дозу препарата амлодипин/индапамид 5/1,5 мг, а у 46% пациентов доза препарата была увеличена до 10/1,5 мг. Через 6 месяцев наблюдений было выявлено статистически значимое увеличение объёма форсированного выдоха за первую секунду ($p < 0,05$), снижение средней линейной скорости по кривой максимальной скорости ($p < 0,05$), индекса периферического сопротивления Пурсело ($p < 0,05$), скорости распространения пульсовой волны по артериям эластического типа, которая была повышена в начале исследования ($p < 0,05$), ФНО-α ($p < 0,05$).

Выводы. Назначение фиксированной комбинации амлодипин/индапамид пациентам с ХОБЛ и АГ приводит к достижению целевых уровней АД, улучшению микроциркуляторного кровотока, при этом данный комбинированный препарат обладает высоким уровнем безопасности и переносимости.

Юсупова М.Х.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Кафедра внутренних болезней №1 ГОУ «ТГМУим. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Оценить необходимость проведения ультразвуковой допплерографии (УЗД) в диагностике неврологических нарушений при хронической болезни почек.

Материалы и методы исследования. Для выполнения нашей работы нами обследовано 31 пациентов (12 женщин и 19 мужчин) в возрасте от 20 до 55 лет с хронической болезнью почек (ХБП). Диагноз верифицировался на основании стандартных методов обследования по нефрологическому плану с обязательным исследованием доплерографии сосудов головного мозга.

Результаты исследования. Интерес к проблеме неврологических нарушений при ХБП объясняется распространённостью и неблагоприятным влиянием этого заболевания на организм человека.

Основными жалобами больных ХБП были: расстройства сна, головные боли, головокружения, шум в ушах, которые наблюдались у 26 (52,3%) больных. При обследовании неврологического статуса были выявлены когнитивные расстройства, диффузная микроочаговая симптоматика: сухожильная анизорефлексия, изменения походки и неуверенность при выполнении действий, требующих точной координации.

При анализе показателей церебральной гемодинамики установлено, что у больных с ХБП в каротидном бассейне имеет место тенденция к избыточному кровенаполнению церебральных сосудов в сочетании с нормальными показателями тонуса крупных и мелких артерий. У больных с умеренной и терминальной стадией ХБП по сравнению с начальной стадией выявлено статистически достоверное ухудшение показателей данных УЗДГ: снижение уровня пульсового кровенаполнения, скорости пульсового и венозного кровотока в сочетании с повышением периферического сопротивления в сосудах мелкого и среднего калибров в обоих каротидных бассейнах.

Выводы. Частота развития неврологических осложнений находится в прямой зависимости от стадии ХБП. Ранними проявлениями неврологических расстройств при ХБП являются изменения в когнитивной, рефлекторной сфере, вегетативная дисфункция и нарушение церебральной гемодинамики с заинтересованностью артерий мелкого и среднего калибра.

Язданкулов М.М.

НОВЫЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Лечебный факультет Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования: улучшить результаты лечения повреждения паренхиматозных органов при закрытых травмах живота.

Материал и методы: Мы проанализировали лечение и исходы 220 больных с закрытыми травмами органов брюшной полости за 2012 – 2022 гг. По механизму травмы пострадавшие распределились следующим образом: в 76 (34.5%) наблюдениях был нанесен удар в живот, в 88 (40,0%) – автодорожная травма, в 34 (15,5%) падение с высоты, в 24 (10%) – сдавление. По в возрасте от 19 до 89 лет, среди них - 159 мужчин (72,0%) и 61 женщин (28,0%).

Результаты исследования: Из 220 больных с закрытыми травмами живота оперировано у 131 (48,7%) с повреждениями печени и 89 селезенки. По локализации повреждение по классификации Moore были: печени I степени у 9 человек, II степени – 1 18, III степени – у 31, IV степени – у 11 и V степени у 3 пострадавших. Разрывы селезенки диагностированы I степени – у 6 больных, II степени – у 15, III степени – у 26, IV степени – у 10 и V степени – у 2 больных.

Из 131 оперированных больных у 20 человек с разрывами печени 4 и 5 степени по Moore et.al. кровотечение остановлены по «Damage Control».

У 30 больных с травмой печени (16) и селезенки (у 14) по классификации Moore I-II степени при поступлении в клинику отмечены четкие признаки внутрибрюшинного кровотечения. При УЗИ исследовании объем гемоперитонеума составлял у 30 больных от 200 до 450 мл. Это гемодинамически стабильные больные. Этим больным при поступлении проведено компьютерная томография (КТ) и УЗИ. Больные были госпитализированы в реанимационное отделение, и за ними велось постоянное наблюдение за состоянием артериального давления, частоты пульса, Hb, Ht, контрольное УЗИ и при необходимости КТ. В результате у этих больных наступило выздоровление без оперативного лечения.

Использование современных технологий (УЗИ, КТ, видеолапароскопии) позволяет успешно осуществить консервативное лечение повреждений печени и селезёнки. Осложнения и летальных исходов в связи с применением консервативной терапии и видеолапароскопической технике не было.

Использовали следующие способы остановки кровотечения из ран печени: ушивание раны, тампонада сальником на ножке, хирургическая обработка раны с последующим ее зашиванием. Во всех случаях область зашитой раны печени дренировали хлорвинильной трубкой (0,8 см).

Выводы: Летальность среди больных с повреждениями паринхиматозных органов составило 0.9%.

Язданкулов М.М.

СВОЙСТВА ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ, ВЫСЕВАЕМОЙ ИЗ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Лечебный факультет Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан.

Цель исследования: стало изучение антибактериальной резистентности бактерий перитонеального экссудата при острой кишечной непроходимости.

Материал и методы исследования. Обследованы 56 пациентов с острой кишечной непроходимостью. Посев микрофлоры из брюшной полости производили сразу после лапаротомии до проведения манипуляций на кишечнике и санации брюшной полости.

Результаты исследования. Резистентность и умеренная резистентность к одному и более антибактериальным препаратам у гемолитических штаммов (ГШ) E. coli и St. составила 42,4% и 62,5%, соответсвенно. Резистентность к окцаллину установлена у гемолитеческих штаммов E. coli в 30% и представителей рода St. в 9% случаев. Наибольшая резистентность всех высеянных микроорганизмов отмечена к цефтриаксону 13,1%, ампициллину 10,9%, цефазолину 7,9%, амикацину 6,2%. Все исследованные виды микроорганизмов имели 100% чувствительность к гентамицину, клиндамицину, ванкомицину, фурадонину, норфлоксацину, офлоксацину и левофлоксацину.

Выводы. Резистентность и умеренная резистентность к одному и более антибактериальным препаратам у ГШ E. coli и St. составила 42,4% и 62,5 %, соответственно. 42,4% ГШ E.coli и 62,5% St. резистентны к широко используемым в практике антибактериальным препаратам - цефтриаксону, ампициллину, цефазолину, амикацину.

Якубова Т.М., Ишков С.В., Апрелев В.Е.

ОПУХОЛИ СПИННОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ СО СКОЛИОЗОМ

Кафедра неврологии, медицинской генетики ФГБОУ ВО ОрГМУ. Россия

Цель исследования. Выявление опухолей спинного мозга у детей, страдающих сколиозом.

Материал и методы. Под наблюдением было 12 пациентов, в возрасте от 7 до 10 лет, из них 9 мальчиков и 3 девочки.

Результаты исследования. В дебюте заболевания у всех пациентов преобладал болевой синдром с локализацией преимущественно в шейном отделе позвоночника, с вынужденным положением головы с наклоном головы вниз. Последующие 3-4 недели сопровождались постепенным развитием нижнего вялого парапареза, затем тетрапареза. В дальнейшем, в течение 3 месяцев у пациентов в неврологическом статусе была выявлена резкая болезненность при пальпации мышц шеи паравертебрально, мышечная гипотония рук и ног, торпидность глубоких рефлексов с рук и ног, снижение силы в них от 4 до 3 баллов. При обращении за медицинской помощью магнитно-резонансная томография спинного мозга на данном этапе не проводилось, ошибочно выставлялся диагноз инфекционно-аллергического полирадикулоневрита, либо инфекционно-токсической полинейропатии или инфекционного спондилоартрита верхнешейного отдела позвоночника (болезнь Гризеля). В лечении использовались глюкокортикоидные препараты, оказывающие положительный эффект. Однако заболевание продолжало прогрессировать и у всех пациентов в последующие один-два года развивался сколиоз грудопоясничного отдела позвоночника различной степени выраженности, что заставляло пациентов обращаться за ортопедической помощью. При проведении рентгенографии грудного отдела позвоночника, у всех пациентов был выявлен сколиоз, который нарастал в динамике до III степени искривления позвоночника в грудопоясничном отделе. У пациентов, на данном этапе появлялся повод обратиться к неврологу с жалобами на слабость в руках и ногах, повышенную утомляемость, нарушение походки с опорой стоп на носки при ходьбе, на фоне прогрессирующего искривления позвоночника, ночное недержание мочи. При проведении магнитно-резонансной томографии шейного и грудного отделов позвоночника, у 4 пациентов были выявлены признаки гидромиелии на уровне C1-C7 сегментов, с очагами патологического накопления контрастного препарата на уровне Th3-Th4, Th5-Th9 сегментов, с формированием на этом фоне гидромиелии на уровне Th1-Th12 сегментов. Магнитно-резонансная томография всего позвоночника у 5 пациентов показала протяженное «веретеновидное» утолщение спинного мозга на уровне Th3-Th11, длиной до 15см, диаметром до 1.5см, с неоднородным повышением сигнала в T2W1, несколькими очагами контрастирования, невыраженная сирингогидромиелия, вовлекающая весь спинной мозг краниальнее и каудальнее опухоли. Был выставлен 5 пациентам заключительный диагноз: «Интрамедуллярное объемное образование спинного мозга с экстрамедуллярным ростом на уровне Th2-Th11. Пиллоидная астроцитома. Grade I», проведено нейрохирургическое вмешательство. У 3 пациентов отмечалась доброкачественная опухоль спинного мозга (у 2 мальчиков и 1 девочке). У 4 пациентов была выявлена только сирингомиелия.

Выводы. 1. Опухоли спинного мозга у детей встречаются у мальчиков в соотношении 5:1, преимущественно злокачественного характера.

2. Заболевание у детей начинается с оболочечных и корешковых болей с двигательными расстройствами и нарушениями функции тазовых органов. Недооценка симптоматики, ошибочный диагноз может привести к длительному неправильному лечению.

3. Всем детям, страдающим прогрессирующим сколиозом, необходимо проведение магнитно-резонансной томографии спинного мозга для исключения опухоли спинного мозга и сирингомиелии.

Якубова Т.М., Ишков С.В., Апрелев В.Е.

НАРУШЕНИЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ЭПИЛЕПТИФОРМНОЙ АКТИВНОСТЬЮ НА ЭЭГ

Кафедра неврологии, медицинской генетики ФГБОУ ВО ОрГМУ. Россия

Цель исследования. Изучить частоту эпилептиформной активности на ЭЭГ у детей с нарушением нервно-психического развития.

Материал и методы. Исследован неврологический статус, проведено психологическое тестирование, логопедический осмотр 375 детей (из них 288 мальчиков и 87 девочек) в возрасте от 2,5 до 8 лет. Использовано рутинное электроэнцефалографическое исследование в период бодрствования и видео-ЭЭГ-мониторирование дневного сна.

Результаты исследования. Исследование проводилось на базе детского реабилитационного отделения. Пациенты были распределены на 4 группы. В первую группу было включено 127 детей с отставанием в интеллектуальном развитии (96 мальчиков и 31 девочка), во вторую группу - 48 пациентов с общим недоразвитием речи I уровня (36 мальчиков и 12 девочек), в третью группу – 64 пациента с общим недоразвитием речи II уровня (48 мальчиков и 16 девочек) и в четвертую группу вошли 57 пациентов с общим недоразвитием речи III уровня (46 мальчиков и 11 девочек). Выявлено значительное преобладание мальчиков (77%) с задержкой психического и речевого развития по отношению к девочкам (23%). Из факторов, провоцирующих задержку психоречевого развития, чаще всего отмечалась внутриутробная гипоксия плода, преждевременные роды, обвитие пуповиной вокруг шеи и наличие наследственных заболеваний с отклонениями в психическом развитии одного (чаще) или обоих родителей. Рутинное электроэнцефалографическое исследование проводилось каждому пациенту. Эпилептиформная активность в период бодрствования была выявлена у 12 пациентов. Видео-ЭЭГ-мониторинг был проведен в 29 случаях и то, только тем детям, чьи родители были заинтересованы в данном обследовании. Родители многих пациентов отказывались от обследования чаще из-за психомоторного возбуждения ребенка. Другой аргумент родителей для отказа от проведения видео-ЭЭГ-мониторинга - отсутствие эпилептических приступов у ребенка. Большинство родителей ограничивалось психологической и логопедической коррекцией и назначением транскраниальной микрополяризации в реабилитации своих детей с задержкой психоречевого развития. При проведении видео-ЭЭГ-мониторинга, во сне чаще регистрировалась региональная/фокальная эпилептиформная активность в виде комплексов «ОМВ» по лобным, либо височно-лобным отведениям в виде одиночных комплексов, продолженных или диффузных разрядов. Индекс представленности составлял от 1-5 до 30%. Клинических событий за время исследований не было отмечено ни у одного из пациентов. Было проведено лечение 8 пациентам вальпроатами или леветирацетамом. Эпилептиформная активность в динамике видео-ЭЭГ-мониторинга у всех пациентов исчезала. Улучшить психоречевое развитие удалось только у 3 пациентов третьей группы в возрасте 2.5 – 3лет. У пациентов старшего возраста (5-8 лет) первой группы, психическое и умственное развитие оставалось на прежнем уровне.

Выводы. 1. Отмечается прогрессирующее увеличение детей с нарушением нервно-психического развития (когнитивным дизонтогенезом).

2. Всем пациентам с задержкой психоречевого развития необходимо проводить видео-ЭЭГ-мониторинг для исключения/выявления эпилептиформной активности головного мозга.

3. При отсутствии клинических проявлений (эпилептических приступов) и регистрации на видео-ЭЭГ-мониторинге эпилептиформной активности у пациентов с задержкой психоречевого развития, необходимо проводить лечение антиконвульсантами как можно раньше (в идеале в 2-3года) для увеличения вероятности положительной динамики в психоречевом развитии.

4. Чем меньше возраст пациента при проведении видео-ЭЭГ-мониторинга, тем больше вероятность раннего выявления эпилептизации мозга и прогноза психоречевого развития.

Ятимова С.А., Хайдарова Ф.Ф., Шарипова М.А.

КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ УСПЕХ СТЕНТИРОВАНИЯ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан

Цель исследования. Оценка анализа сопоставления кардиоваскулярных факторов, определяющие успех коронарного стентирования.

Материал и методы исследования. За 2018-2022гг в Республиканском клиническом центре кардиологии и РНЦССХ было проведено 90 эндоваскулярных вмешательств на коронарных артериях. Анализ клинических и функциональных результатов стентирования 90 больных, показал, что среди обследованных преобладали мужчины 74 (82,5%) человек в возрасте 58,1±1,6 лет и 16 (17,5%) женщин в возрасте 56,0±1,8 лет. Общий средний возраст обследованных пациентов составил 57,5±0,6 лет. Все обследованные пациенты имели документированный диагноз ИБС, стабильной стенокардии напряжения II-IV функционального класса. Все больные были кандидатами на эндоваскулярное вмешательство (стентирование) и имплантация стентов удалась в 100% случаев.

Результаты исследования. Всего было пролечено 145 сегмента (100%), 100 сегментов у мужчин (1,5 сегмента на 1 пациента) и 45 у женщин (3,2 сегмента). Анализ сопоставления факторов кардиоваскулярного риска с количеством поражённых артерий показал, что при однососудистом поражении на первый план выступает гиперхолестеринемия (ГХС) и отмечается у 12 (15%) больных; у больных с двухсосудистым поражением помимо ГХС у 16 (20%) больных отмечается артериальная гипертензия (АГ) у 11 (13,7%) больных. У больных с трёхсосудистым поражением регистрируется ГХС у 12 (15%) больных, АГ у 17 (21,2%) больных, ожирение у 14 (17,5%). У больных независимо от количества пораженных атеросклерозом коронарных артерий одинаково часто встречались: курение, сахарный диа-

бет, ГХС, а у пациентов с трехсосудистым поражением коронарного русла чаще в анамнезе имеются указания на избыточную массу тела (ИМТ), АГ, чем у пациентов с однососудистым поражением (p<0,05). При оценке клинико-ангиографических показателей больных со сложившимися кардиальными событиями было выявлено, что группу риска больных в большей части составляют лица мужского пола со средним возрастом 54±6,5 лет. ИМ в анамнезе отмечен у 12,5% больных, АГ -в 43,7% случаев, также часто встречается ГХС и курение (50,0% и 26,2% соответственно). У 29 (36,2%) больных выявлено сочетание 2 и более факторов кардиоваскулярного риска. Ангиографические критерии успеха эндоваскулярного вмешательства (реканализация сосуда с кровотоком TIMI 3, отсутствие остаточного стеноза в месте имплантации стента, признаков диссекции и тромбоза) и клинические исходы были прослежены у 69 больных ИБС в госпитальном периоде. Остаточный (резидуальный) стеноз >50% диаметра сосуда и сохраняющиеся боли ангинозного характера отмечены у 4 (5,0%) больных в госпитальном периоде. Пациентов с сохраняющейся стенокардией (12 человек) исходно отличало тяжелое течение ИБС: ИМ в анамнезе присутствовал у 6 (7,5%), наследственная предрасположенность к ИБС у 4 (5,0%), ИБС II-III ФК - у 8 (10%), сопутствующая АГ 3-у 3(3,7%), ожирение - у 6(7,5%) человек. Достоверно более высоким ангиографический успех был отмечен лишь в группе больных стабильной ИБС с длительностью заболевания менее 5 лет по сравнению с пациентами с длительностью заболевания более 5 лет (67,0% против 45,0% (p<0,05)).

Выводы: Таким образом, благоприятными факторами клинического и ангиографического успеха при стентировании коронарных артерий по данным результатов исследования являются возраст до 55-56 лет, однососудистое поражение, отсутствие перенесённого ИМ до вмешательства, отсутствие клинической картины стенокардии после ЭВП и остаточного стеноза, улучшение сократительной способности миокарда и толерантности к физической нагрузке после стентирования, отрицательная проба стресс-Эхо-КГ.

Ятимова С.А., Асламова М.М., Джаборов М.К.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ СТЕНОЗОВ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан

Цель исследования. Оценить анализ частоты выявления и особенностей гемодинамически значимых поражённых коронарных артерий при проведении коронароангиографии (КАГ) у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. Было проведено 721 эндоваскулярных вмешательств на коронарных артериях в Республиканском клиническом центре кардиологии (РКЦК). Исследование проводилась на базе ангиографического отделения «Шараён-варид» РКЦК. Возраст пациентов колебался от 30 до 78 лет. Средний возраст пациентов составил 56±14,8 лет. КАГ проводилась по стандартной методике Judkins трансфеморальным доступом, используя аппарат GE Inovo 2000. В качестве рентгенконтрастного вещества использовали «Омнипак-350» («GE Healthcare Ireland», Ирландия), либо «Ультравист-370» («Bayer Schering Pharma AG», Германия). Анализ КАГ проводили по общепринятой методике согласно национальным и международным рекомендациям. Определяли тип кровоснабжения миокарда (правый, левый, сбалансированный), степень стенозирования коронарных артерий и уровень их поражения (проксимальный, средний, дистальный). При стентировании коронарных артерий использовались стенты с антипролиферативным покрытием (BxSonic, BxVelocity, Cypher, Taxus, Optima).

Результаты исследования. По данным КАГ среди общего количество пациентов (n=721) было выявлено 661 (91,7%) пораженных коронарных артерий. Из общего количества пациентов 246 (34,2%) подверглись стентированию, на аортокоронарное шунтирование было направлено 161 (22,3%) пациента; В 36,5% (90) случаев стентирование проводилось в остром периоде инфаркта миокарда; в 149 (69,4%) случаев у больных с нестабильной стенокардией; в 7 (3,3%) случаях – у больных с кардиогенным шоком. В ходе исследования нами были обнаружены как однососудистые, двухсосудистые, так и многососудистые атеросклеротические поражения коронарных артерий. Из них однососудистых было выявлено 26,5% (177)случаев: 17,3% (26) – правая коронарная артерия (ПКА), (2)- задняя межжелудочковая ветвь 1,13% (2); 73,4% (130) – передненисходящая межжелудочковая ветвь (ПМЖВ); 5,65% (10) – огибающая ветвь (ОВ), 1,69% (3) ветвь тупого края (ВТК), 3,39% (6) – ствол левой коронарной артерии (ЛКА); двухсосудистые поражения встречались в 24,6% (163) и были представлены следующими комбинациями поражений: 13,3% (72) – ПМЖВ+ПКА, 10,7% (50) – ПМЖВ+ОВ, 2,7% (8) – ПКА + ствол ЛКА, 4,7% (12) – ОВ+ПКА, 2% (10) – ПМЖВ+ВТК, 5,3% (6) – ОВ+ВТК. Многососудистые поражения встречались 48,5% (321) и были представлении следующими комбинациями поражений: 16,1% (107) ПКА+ЛКА+ПМЖВ+ЗМЖВ; 24,2% (160) ПМЖВ+ПКА+ОВ+ВТК; 8,1% (54) ЛКА+ПМЖВ+ОВ+ПКА. Оценка риска рассчитывались по шкале TIMI risk score.

Выводы. Таким образом, при проведение диагностической КАГ требуется строгое соблюдение установленных стандартов исследования. Полученные в работе данные дают обоснование своевременного назначения проведения КАГ с последующим стентированием особенно для неосложнённых одно сосудистых поражений, что даёт улучшение прогноза и качества жизни больных с ИБС.

Ятимова С.А., Шарипова М.А.

СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан

Цель исследования. Изучить структуру распространенности уровней риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО), используя традиционную шкалу рекомендаций ESH/ESC стратификации факторов риска у больных с изолированной артериальной гипертензией на госпитальном уровне.

Материал и методы. Оценка была проведена у 57 больных с изолированной систолической артериальной гипертензией (ИСАГ) (мужчин - 22 (40,5 %), женщин - 35 (59,5%) человек) в возрасте от 58 до 79 лет (средний возраст - 66,7±6,8 лет). Артериальная гипертензия I степени была выявлена у 12 (21,3%) человек, II ст. - у 31 (55,3%) и III ст. - у 14 (23,4%). Длительность АГ составляла от 1 до 25 лет, в среднем - 11,9±7,1 лет. В среднем среди обследованных систолическое АД было 171,5±15,1 мм.рт.ст., диастолическое - 72,2±8,3 мм рт.ст. Оценивали наличие модифицируемых и немодифицируемых факторов риска согласно Европейским рекомендациям 2013г. и национальным протоколам 2018г.

Результаты исследования. В ходе исследования нами было выявлено, что у обследованных больных с ИСАГ имеет место значительное число факторов, неблагоприятно влияющих на прогноз при АГ. Детализируя особенности распространённости факторов риска при ИСАГ необходимо отметить, что курение встречается в 42,6%, низкая физическая активность – в 51,1% случаев, неправильное питание – 63,8%, избыточная масса тела и ожирение – 36,2% и 23,4% соответственно, злоупотребление алкоголем – в 8,5%, дислипопротеинемия – 51,1%, нарушение толерантности к глюкозе – 4,3%. Среди всех участников исследования только у 6 человек (8,5%) выявлено 1-2 фактора риска, у 31 (57,4%) - 3-4 факторов и у 20 (34,0%) - 5 факторов риска и более. При этом среди мужчин сочетание более 3 факторов риска выявлена чаще, чем среди женщин: 97,7% против 89,3%. В структуре поражения органов мишеней на первый план выступает гипертрофия левого желудочка, которая была выявлена в 27,7%, протеинурия – 23,4%, гиперкреатинемия – 19,1%, энцефалопатия – 76,6%. Анализ распределения уровня риска ССО по шкале рекомендаций ESH/ESC показал, что у обследованных больных в 10,6% (5 больных) выявлен умеренный риск ССО, в 65,9% (31 больного) – высокий и в 23,4% (11 больных), при этом среди обследованных не встречались лица с низким риском ССО. Такие высокие показатели уровня риска ССО обусловлены также наличием ассоциированных клинических состояний, так среди обследованных больных у 31,9% имела место ишемическая болезнь сердца (ИБС): стенокардия напряжения, у 23,4% – ИБС: постинфарктный кардиосклероз, у 4,3% - ИБС: острый инфаркт миокарда, у 19,1% - острые и хронические формы нарушения мозгового кровообращения, у 17,0% - сахарный диабет, у 48,9% - хроническая сердечная недостаточность и у 6,3% - хроническая болезнь почек.

Выводы. Нами получены убедительные данные доказывающие необходимость своевременных мероприятий по раннему выявлению риска сердечно-сосудистых осложнений у больных с ИСАГ и проведению первичной и вторичной профилактики у такой категории больных.

Абдиева С.А., Джаббарова Ю.К.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ РВОТЫ БЕРЕМЕННЫХ

Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Фергана,
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучить частоту, формы и факторы риска развития рвоты беременных у женщин Ферганской области.

Материал и методы исследования. Работа выполнена на кафедре акушерства, гинекологии на базе Ферганского областного перинатального центра. Осуществлено ретроспективное исследование историй болезни 123 беременных за 2022-2023гг. Степень тяжести рвоты беременных оценивали по Г.М. Савнльевой [2018]. С учетом степени тяжести беременные разделены на группы. 1 группу составили 56 (45,5%) беременных с рвотой легкой степени, 2-ую - 55 (44.7%) пациенток с рвотой средней тяжести и 3-ью - 12 (9,8%) женщин с рвотой тяжелой степени. Контрольную группу составили 30 относительно здоровых беременных без рвоты беременных. В работе использованы клинические, клинико-лабораторные и статистические методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Беременные основной группы были в возрасте 20-24 лет 48,8% (60), 25-29 лет несколько меньше - 29,3% (36) и 30 лет и старше – 28,0% (27). По возрастной структуре беременные контрольной группы не отличались от основной ($p<0,05$). Средний возраст пациенток основной группы составил 26,3±3,8 года, контрольной группы – 24,8±2,9 года ($p>0,05$). 1-ая беременность была у 37,4% (46), 2-ая – у 27,6% (34) и 3-ья и более – у 35,0% (43) женщин, то есть преобладали повторно беременные - 62,6% (67) .Однако, следует отметить, что среди беременных с легкой рвотой первобеременных было 46,4%, тогда как при РБ средней степени они составили 1/3, а при тяжелой РБ-1/4. Из акушерского анамнеза установлено, что роды перенесли 40,7% (50) женщин, аборты – 23,6% (28), из них по поводу неразвивающейся беременности 55,2% (16), высокая частота которой свидетельствует о наличии в организме беременной генитальной инфекции, гормональных и иммунологических нарушений. Указание на прерывание беременности по медицинским показаниям - неукротимая рвота было в 1 случае (0,8%). По социальному статусу подавляющее большинство составили домохозяйки (83/67,4%, $p<0,05$), служащих было 35/28,5%, учащихся – 5/4,1%. Клинически помимо тошноты и рвоты у беременных отмечалось формирование отрицательного естественного рефлекса на голод: потеря аппетита, отвращение к пище, приему жидкости. Характерными для РБ были общая слабость, апатия, потеря интереса к окружающему, артериальная гипотония (84,6%) и угроза прерывания (26,0%), которая при РБ легкой степени составила 42,9%, а при средней степени тяжести - 17,0%. Среди соматической патологии наиболее часто диагностировали заболевания, приводящие к гормональным нарушениям, гипоксии, хроническим воспалениям гениталий: это были ЖДА (67,5%), эндемический зоб (60%), ИМТ (17,0%). Указание на перенесенную вирусную инфекцию COVID-19 имелось лишь у 1,3% беременных.

Выводы. К группе риска развития РБ тяжелой степени можно отнести первобеременных в возрасте 20-24 лет, домохозяек, поступавших запоздало в сроки гестации 7-8 недель, что свидетельствовало об отсутствии у них знаний и/или несоблюдении режима питания, сна и отдыха - основных мер профилактики развития раннего токсикоза беременных. К факторам риска РБ относятся перенесенная неразвивающаяся беременность, железодефицитная анемия, эндемический зоб, инфекция мочевых путей. К основным этиологическим и патогенетическим причинам развития рвоты беременности следует отнести факторы, вызывающие гормонально зависимые иммунологические сдвиги в организме матери на плодное яйцо. В целях улучшения лечебной тактики представляет научный и практический интерес оценить состояние гормональной и иммунной системы при рвоте беременных, что явилось объектом наших дальнейших исследований.

Абдукодирова Ш.Б.

ВАЖНОСТЬ ПРОБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Цель исследования: В данном исследовании мы нацелены на изучение влияния пробиотиков на микробиом и клинических результатов у детей с острым обструктивным бронхитом, с практическими исследованиями в Самаркандском филиале Республиканского научного центра неотложной помощи.

Материалы и методы исследования: Это исследование проводилось на детях с острым обструктивным бронхитом в возрасте от 3 до 12 лет. Исследование проводилось в Самаркандском филиале Республиканского центра экстренной помощи. В исследовании приняли участие 80 детей, 40 из которых получали пробиотическую добавку, а 40 детей получали стандартную терапию. Две группы были похожи по демографическим характеристикам, клиническим характеристикам и степени тяжести на ранней стадии заболевания. Участники были случайным образом распределены для получения пробиотической добавки или стандартного лечения в течение 14 дней. Пробиотическая добавка содержит комбинацию Bifidobacterium lactis, Streptococcus thermophilus и Lactobacillus acidophilus. За участниками исследования наблюдали в течение 1 месяца.

Результаты исследования: Основным результатом исследования было влияние пробиотиков на микробиом детей с острым обструктивным бронхитом. Анализ образцов стула участников, собранных на исходном уровне, через 7 и 14 дней, показал значительное увеличение относительного содержания Lactobacillus и Bifidobacterium в группе

пробиотиков по сравнению со стандартной группой лечения. Это говорит о том, что пробиотическая добавка способна изменить микробиоту кишечника детей с острым обструктивным бронхитом.

Вторичные результаты исследования включают клинические исходы, такие как продолжительность болезни, продолжительность пребывания в больнице и потребность в антибиотиках. Продолжительность заболевания была одинаковой в обеих группах со средней продолжительностью 7 дней в группе пробиотиков и 8 дней в группе стандартной терапии (P = 0,24). Продолжительность пребывания в больнице была одинаковой в обеих группах: средняя продолжительность пребывания составляла 5 дней в группе пробиотиков и 6 дней в группе стандартного лечения (p = 0,37). Между двумя группами не было значительной разницы в потребностях в антибиотиках: 25 (62,5%) детей в группе пробиотиков и 32 (80%) детей в группе стандартного лечения получали антибиотики (P = 0,58).

Выводы: В этом исследовании мы обнаружили, что пробиотическая добавка, содержащая Lactobacillus acidophilus, Bifidobacterium lactis и Streptococcus thermophilus, способна изменять микрофлору кишечника у детей с острым обструктивным бронхитом. Хотя между группами пробиотиков и стандартной терапией не было значительной разницы в продолжительности заболевания, продолжительности пребывания в больнице или потребности в антибиотиках, в группе пробиотиков было меньше лихорадки и диареи. Эти результаты предполагают, что пробиотики могут благотворно повлиять на клинические исходы у детей с острым обструктивным бронхитом. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы подтвердить эти результаты и определить оптимальный режим приема пробиотиков для лечения острого обструктивного бронхита у детей.

Абдуллаев Н.Ч., Ўрозалиев С.Ю.

СПЕКТР ПРИЧИННО-ЗНАЧИМЫХ АЛЛЕРГЕНОВ, ВЫЗЫВАЮЩИХ ПОЛЛИНОЗ У ДЕТЕЙ ГОРОДА ТЕРМЕЗА

Кафедра Аллергологии, Клинической Иммунологии и Микробиологии
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан
Кафедра Пропедевтики детских болезней
Ташкентская Медицинская Академия Термезкого филиала, Узбекистан

Цель исследования. Определение спектра пыльцевых аллергенов, способствующих развитию поллиноза у детей, проживающих в городе Термез, с использованием метода молекулярной диагностики (ImmunoCAP100 PhadiaAB, Швейцария).

Материалы и методы. В рамках трёхлетнего клинического наблюдения было исследовано 161 детей в возрасте от 1 до 17 лет (8,22±0,1 года).

Данные дети наблюдались у аллерголога с диагнозом «поллиноз» в городе Термез. Проведен осмотр пациентов, тщательно собран аллергоанамнез, проработана их медицинская документация (форма 112/у, форма№025/у) период 2021-2023гг., после чего всем пациентам было проведено специфическое аллергологическое обследование, определение специфических IgE иммунофлуорисцентным методом к компонентам пыльцы растений.

Результаты исследования. Представленность фракций аллергенов березы была следующей: Bet v1 40,3%(65), Bet v2, Bet v4 3,1% (5), сочетание Bet v1 и Bet v2, Bet v4 14,2% .

Вторым причинно-значимым аллергеном является пыльца лебеди. Представленность следующая: Phl p1, Phl p5 9,9% (16), Phl p7, Phl p12 0,62% , сочетание Phl p1, Phl p5, Phl p7, Phl p12 1,2%.

Выводы. Основным причинно-значимым аллергеном в развитии поллинозов у детей города Термеза выступает пыльца березы, что обусловлено климато-географическимими особенностями региона.

У детей чаще выявляется один «мажорный» аллерген, что позволяет назначать им аллерген-специфическую иммунную терапию, добиться длительной клинической ремиссии, провести профилактику развитие бронхиальной астмы.

С увеличением длительности заболевания, характерного для взрослых пациентов, обращающихся за медицинской помощью, возрастает вероятность выявления минорных компонентов аллергенов, что может вызывать сомнения эффективности аллергеноспецифической иммунотерапии (АСИТ).

Абдуллаева М.Н., Абдуллаев Н.Ч., Абдуллаева Л.Н.

АСПЕКТЫ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА И ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА НЕЙРОДЕРМИТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Республиканский Перинатальный центр Ташкент, Узбекистан
Кафедра Аллергологии, Клинической Иммунологии и Микробиологии
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель исследования: Изучение этиопатогенеза и оценка факторов риска нейродермита у детей.

Материалы и методы исследования: В исследования включены дети находящихся на стационарном лечении в ГКДБ №1 в возрасте от 3 до 15 лет (группа пациентов составила 40 детей), с подтвержденным диагнозом: нейродермит, проявляющимся в различных клинических формах. Для проведения исследования применялись анамнестические, клинико-аллергические, клинико-неврологические и лабораторные методы. Обследование каждого ребенка охватывало подробный сбор анамнеза, а также акушерский анамнез матери с целью выявления факторов риска развития заболевания и оценку аллергического и неврологического статуса.

Результаты исследования: Исследование показало, что вероятность развития нейродермита развивается у 63% детей, если оба родителя страдают аллергическими заболеваниями, и у 39% - когда болен только один родитель, причем риск увеличивается, если больна мать. А также патогенезе нейродермита, ведущая роль принадлежит нарушениям

функции иммунной, центральной и вегетативной нервной систем. В основе иммунных нарушений лежит снижение количества и функциональной активности Т-лимфоцитов, преимущественно Т-супрессоров, регулирующих синтез В-лимфоцитами иммуноглобулинов Е. IgE связываются с базофилами крови и тучными клетками, которые начинают продуцировать гистамин. Иммунные нарушения приводят к поливалентной сенсибилизации, лежащей в основе нейродермита, под которой понимают повышенную чувствительность организма к различным раздражителям. Поэтому у этих больных нередко отмечается сочетание нейродермита с другими заболеваниями: вазомоторный ринит, сенная лихорадка, бронхиальная астма, мигрень и др. Нарушения деятельности нервной системы клинически проявляется в виде нервно-психическими (депрессия, чувство подавленности, напряжения, тревожности , эмоциональная лабильность, агрессивность -у 12 детей (34,3%)) и вегето-сосудистыми расстройствами (усиления сосудистых спазмов на холоде, бледность и сухость кожных покровов , гипергидроз ладоней, белый дермографизм у 23 детей (65,7%)). Несомненна роль пищевой аллергии непереносимости в возникновении и развитии кожного процесса при нейродермите. Так, в среднем у 41% детей, страдающих нейродермитом, при включении в рацион определенных продуктов возникает обострение. У детей до 5 лет жизни наиболее часто имеется непереносимость лактаальбуминов цельного коровьего молока, куриные яйца. Среди контактных раздражителей и аллергенов следует отметить шерсть, синтетические волокна, а также физические раздражители – ветер, холод, высокую температуру. Чувствительность к этим факторам связывают с повышенной реактивностью кожи больных, отличающейся гиперестезией и сухостью. При исследовании у 34 детей из 40 (82,85%) тяжелые стрессовые ситуации провоцировало обострение нейродермита и могло значительно усугублять его течение.

Выводы: Таким образом, нейродермит развивается под воздействием множества факторов риска, таких как наследственная предрасположенность, пищевая аллергия, экзогенные и эндогенные раздражители, которые в определенных условиях “запускают” патологический процесс и влияют на его течение. Дети, страдающие различными аллергическими заболеваниями и иммунными нарушениями, находятся в группе повышенного риска; также подвержены этому заболеванию дети с неустойчивой психикой. Нарушения в работе нервной системы и сильные стрессы также являются провоцирующими факторами, способствующими проявлению симптомов нейродермита у детей. Учитывая значимость проблемы нейродермита, представляется необходимым дальнейшее изучение механизмов этиопатогенеза данной патологии, а также расширение возможностей для наиболее эффективной диагностики и терапии.

Абдуллаева Н.А., Кадирова М.Р., Хайдарова О.Ф.

ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДИАТЕЗОМ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Оценить особенность клинико-лабораторных изменений желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста с атопическим диатезом.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 80 истории болезни детей, в возрасте от 3 месяцев до 17 лет, страдающих различными формами атопического диатеза. Все больные находились на стационарном лечении в пульмонологическом отделении ГУ КЗ «Истиклол» (2022 - 2024 гг.). Учитывались особенности вскармливания детей грудного возраста, клинические проявления поражения ЖКТ, а также лабораторные результаты исследования.

Результаты исследования. Анализ результатов показал, что на естественном вскармливании находились 16 детей (20%) больных атопическим диатезом. На искусственном вскармливании наблюдались 29 детей (36%), на смешанном вскармливания находилась 12 детей (15%). У детей младшего, старшего и школьного возраста с диагнозом дискинезия желчевыводящих путей 8 (10%) случаев, с диагнозом хроническим гастродуоденит 9 детей (12%). С клиническими проявлениями гельминтоза (17%). Клинически патологии пищеварительного тракта при АД у детей в основном проявлялись наличием чувства тяжести, дискомфортом в животе, болями в эпигастральной и около пупочной области; отмечались диспептические расстройства в виде – тошноты, снижения аппетита, изжоги, горечи во рту, а также нарушения стула (чаще в виде запоров). В 16% случаев патологический процесс сопровождался разнообразными изменениями в копрограмме, как креатореа, значительное количество перевариваемой клетчатки. У больных АД выявлялись нарушения моторики желчного пузыря и желчных ходов 25%, признаки воспалительного процесса, а также в исследованиях желчи – простейшие и паразиты. Гельминтозы при АД у детей нами установлены: энтеробиоз у 7 детей, аскаридоз у 2 и 1 ребёнка обнаружен амёбиаз. При УЗИ органов брюшной полости отмечали наличие признаков хронического холецистита, дискинезии желчевыводящих путей, врождённых аномалий желчного пузыря.

Выводы. Таким образом, атопический дерматит является мультифакториальным заболеванием. Неблагоприятными внешнесредовыми факторами, способствующими реализации наследственного предрасположения и поддержания хронического процесса являются: ранний перевод детей на искусственное вскармливание, воспалительные заболевания с преимущественной локализацией процесса в ЖКТ.

Абдуллаева Н.А., Кадирова М.Р., Гаффорзода С.

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ С МИКРОБИОЗОМ КОЖИ У ДЕТЕЙ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Цель исследования. Изучение видового состава кожи у больных детей с атопическим дерматитом.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 35 больных атопическим дерматитом в возрасте от 1 года до 5 лет. Мальчиков было 14 человек, девочек – 21, соотношение 1: 1,5. Длительность заболевания колебалась от двух месяцев до 5 лет. До 2 месяцев атопический дерматит наблюдался у 3 детей, до 6 месяцев – у 5, от 6 месяцев до 1 года – 12, от 1 года до двух лет - 6, от двух до 5 лет – 9. Распространённые формы болезни наблюдались у 18 больных, ограниченные – у 17. У всех больных заболевание носило рецидивирующий характер. У 83% больных

обострения случались 2-3 раза в год, причём у 48,9% по 5-6 раз в год. У большинства больных обострения атопического дерматита чаще отмечались в осенне-зимне-весенний период года. Все дети находились на стационарном лечении в отделении детской аллергологии ГУ КЗ Истиклол. за период 2023-2024. Всем пациентам до начала терапии и в динамике проводились общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови и бактериологическое исследование флоры кишечника и кожи.

Результаты исследований и их обсуждение. Среди 17 детей с ограниченным процессом – у 7 высыпания отмечались только на коже лица, а у 10 на голенях. Поражение кожи лица, верхних и нижних конечностей имелось у 12 детей с распространённым процессом, у 6 пациентов высыпания отмечались по всему кожному покрову. У 59% пациентов высыпания представляли собой эритематозные очаги диаметром от 2 до 8 см, в количестве от 2 до 10 элементов. На поверхности эритемы отмечалась мелкопапулезная сыпь, мелко- и среднепластинчатое шелушение, экскориации, инфильтрация и лихенификация кожи. Жалобы у 41% на эритематозные пятна, на фоне которых отмечаются везикулы, папулы, пустулы с гноем желто-зеленого цвета, мокнущие, корочки гнойно-геморрагического характера, чешуйки, инфильтрация кожи. Количество элементов от 4 до 20.

Вторичная инфекция может отягощать течение атопического дерматита вирусными и грибковыми инфекциями. У 13 детей отмечались вирусные поражения кожи: герпетическая инфекция у 7 больных, вульгарные бородавки – у 4, контагиозный моллюск – у 2. При вторичном микотическом поражении высеивался кандидоз.

При присоединении вторичной инфекции при атопическом дерматите необходим коморбидный подход к лечению. Вторичная инфекция изменяет клинике основного процесса и усугубляет иммунологические нарушения у пациентов с атопическим дерматитом.

Вывод. Таким образом, атопический дерматит изменяет кожный барьер и способствует присоединению вторичной инфекции бактериального, вирусного и микотического характера. Сам процесс вызывает иммунологические нарушения, которые усугубляются при вторичном инфицировании.

Абдуллаева Н.А., Кадирова М.Р., Хайдарова О.Ф.

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЛАРИНГОТРАХИИТА У ДЕТЕЙ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан.

Цель исследования. Изучение целесообразности применения антибиотиков для лечения острого ларинготрахеита у детей.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 50 истории болезни детей, находившихся на лечении с острым ларинготрахеитом без стеноза гортани и со стенозом (крупам) 1-2 степени. Все больные находились на стационарном лечении в пульмонологическом отделении ГУ КЗ «ИСТИКЛОЛ» (2022 - 2024 гг.), в зависимости от характера лечения больные были разделены на две группы. Первую группу составили 30 детей с диагнозом с острым ларинготрахеитом без стеноза гортани, в лечении которых антибиотики не применялись, вторая группа 20 детей с диагнозом с острым ларинготрахеитом со стенозом (крупам) 1-2 степени леченных антибиотиками. Основными препаратами лечения в 1-ой группе были паракислородные ингаляции, антигистаминные и спазмолитические препараты. Во 2-ой группе все дети, получали паракислородные ингаляции антибиотики.

Результаты исследования. Анализ результатов показал, что результаты лечения наиболее эффективными были у детей 1-ой группы, и проявлялось это прежде всего отсутствием бактериальных осложнений и прогрессирования заболевания, ни один ребёнок не был переведён в реанимационное отделения и отсутствие показаний в проведение интубации. Длительность нахождения в стационаре не превышала 7 дней. Во 2-й группе наблюдались бактериальные осложнения у 3-х детей, у которых в связи с нарастанием стенозом гортани были переведены в реанимационное отделение. Больные этой группы находились в стационаре от 10 до 14 дней. Клинические проявления у всех детей начало острое, внезапное, часто ночью. Повышения температуры до 38 С-39 С у 49 (98%) детей. Серозно-слизистые выделения из носа, конъюнктивит, гиперемия слизистых оболочек миндалин, нёбных дужек, задней стенки глотки было у всех больных детей. Осиплость голоса, грубый «лающий», короткий, отрывистый кашель у 45(90%) больных. Возбуждение, сменяющееся в дальнейшем вялостью у 3(15%) детей, результат нарастающей гипоксемии. У этих же детей выявляется обструкция нижних дыхательных путей (экспираторный компонент одышки, выслушивались свистящие хрипы в лёгких.

Выводы. Таким образом, проведённое нами исследование показало, что своевременное оказание квалифицированной догоспитальной помощи – важное условие оптимизации терапии острого стенозирующего ларинготрахеита, позволяющее предотвратить ухудшение состояния, снизить частоту развития осложнений, сократить длительность стационарного лечения, а в ряде случаев избежать госпитализации.

Абдураимова Л.М., Нематходжаев Т.А., Нематходжаева Г.Ж.

ЛАКТОФЕРРИН КАК КЛЮЧЕВОЙ ФАКТОР В РАЗВИТИИ МОЗГА НЕДОНОШЕННЫХ МЛАДЕНЦЕВ: КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

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

Цель исследования. Изучить влияние лактоферрина, основного белка грудного молока, на развитие мозга у недоношенных детей, родившихся на сроке беременности менее 32 недель, в условиях интенсивной терапии.

Материалы и методы. В исследование включены были 36 недоношенных младенцев, которые получали грудное молоко. Концентрация лактоферрина в молоке измерялась на 14 и 28 дни после рождения. Проведено МРТ головного мозга в возрасте, эквивалентном сроку беременности. Для анализа использовались коррекции по полу, гестационному возрасту при рождении, z-баллу массы тела при рождении и постменструальному возрасту на момент МРТ.

Результаты исследования. После коррекции установлено, что младенцы с высоким уровнем лактоферрина имели больший объём мозга, кортикального и глубокого серого вещества. Дополнительный анализ показал, что увеличение объёма серого вещества оставалось статистически значимым после учёта потребления белка. Также отмечено увеличение объёма мозжечка у младенцев с высоким уровнем лактоферрина.

Выводы. Лактоферрин играет ключевую роль в развитии мозга у недоношенных детей, способствуя увеличению объёма мозга и серого вещества. Эти результаты подчёркивают важность оптимизации питания в отделениях интенсивной терапии для улучшения нейроразвития. Необходимы дальнейшие исследования для более глубокого понимания взаимосвязи между питательными веществами и развитием мозга, что поможет улучшить практику в интенсивной терапии и здоровье мозга недоношенных детей.

Абдураимова Л.М., Нематходжаев Т.А., Нематходжаева Г.Ж.

ОБУЧЕНИЕ ПО БОРЬБЕ С ЛИХОРАДКОЙ ДЛЯ ЛИЦ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ УХОД В ОТДЕЛЕНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ: ИНТЕРВЕНЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

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

Лихорадка является одной из наиболее распространённых причин обращения детей в отделение неотложной помощи. Несмотря на то, что большинство лихорадок являются доброкачественными и самоограничивающимися, беспокойство лиц, осуществляющих уход по поводу лихорадки, остаётся высоким. Это может привести к избыточным обращениям за медицинской помощью, которые часто не являются оправданными. Предоставление родителям необходимых знаний о безопасном и надлежащем лечении лихорадки в домашних условиях может значительно снизить нагрузку на медицинские службы и уменьшить количество ненужных визитов в больницу.

Цель данного исследования заключалась в расширении знаний лиц, осуществляющих уход за детьми, информации о лихорадке и методах её лечения через образовательные мероприятия. Основным результатом исследования было правильное определение лихорадки как температуры ≥38°C.

Материалы и методы. Проведено проспективное образовательное исследование в одном педиатрическом отделении неотложной помощи. Участниками стали 51 человек, большинство из которых были женщины со средним возрастом 32 года, осуществляющих уход за детьми старше 6 месяцев с лихорадкой. Образовательный контент был разработан с учётом рекомендаций и включал визуальные элементы. Анкеты содержали вопросы о знании лихорадки и её лечении, а также демографические данные.

Результаты исследования. Правильное определение лихорадки увеличилось с 41% ($n = 21$) до 94% ($n = 48$) после вмешательства ($p < 0{,}0001$). *Использование жаропонижающих средств:* сократилось количество родителей, использующих ненадлежащие методы лечения, такие как обтирание холодной водой (с 65% до 16%). *Обращение за медицинской помощью:* число тех, кто обращался бы к врачу только из-за высокой температуры, уменьшилось с 43% до 6%. *Распространённые заблуждения:* уменьшилось количество неверных представлений о лихорадке. Например, число тех, кто считал, что высокая температура свидетельствует о серьёзной инфекции, снизилось с 76% до 8%.

Выводы. Данное исследование подтвердило, что информационные ресурсы, такие как брошюры и видео, могут значительно повысить уровень знаний лиц, осуществляющих уход за детьми с лихорадкой и её лечении. Эти результаты показывают, что родители нуждаются в доступной и надёжной информации по вопросам здоровья своих детей. Краткосрочные образовательные мероприятия могут быстро и эффективно расширить знания лиц, осуществляющих уход за детьми с лихорадкой. Существует постоянная необходимость в доступной и чёткой информации по этой теме, что может помочь родителям принимать более осознанные решения относительно лечения своих детей.

Абдураимова Л.М., Нематходжаев Т.А., Нематходжаева Г.Ж.

ЭПИГЕНЕТИЧЕСКИЕ МОДИФИКАЦИИ В РАЗВИТИИ БРОНХОЛЁГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ

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

Бронхолёгочная дисплазия (БЛД) представляет собой тяжёлое заболевание, поражающее преимущественно недоношенных детей, и характеризуется высокой смертностью и хроническими заболеваниями лёгких. Патогенез БЛД включает множество факторов как генетических, так и окружающей среды, которые вызывают повреждение лёгочной ткани и нарушают процесс восстановления. Современные исследования показывают, что эндогенные и экзогенные раздражители запускают каскад воспалительных процессов в лёгких, приводящих к повреждению незрелой лёгочной ткани на фоне генетической предрасположенности. Эпигенетические модификации, такие как метилирование ДНК, модификация гистонов и регуляция некодирующей РНК, играют центральную роль в патогенезе БЛД.

Цель исследования. Целью данного обзора является анализ эпигенетических изменений, связанных с возникновением и развитием БЛД, а также оценка их потенциала в качестве терапевтических целей и прогностических маркеров.

Материалы и методы. В рамках обзора использовались данные последних исследований в области эпигенетики и БЛД, включая анализы метилирования ДНК, модификаций гистонов и регуляции некодирующей РНК. Были изучены научные публикации, результаты клинических исследований и мета-анализы, опубликованные в рецензируемых журналах.

Результаты исследования. Метилирование ДНК регулирует экспрессию генов и играет важную роль в патогенезе различных заболеваний. В исследованиях метилирования ДНК у новорождённых с БЛД были обнаружены значительные различия в метилировании по сравнению с контрольной группой. Были выявлены участки метилирования, связанные с такими процессами, как регуляция клеточного цикла, развитие лёгких и воспалительных процессов. Ме-

тилирование ДНК в пуповинной крови и клетках полости рта также демонстрирует значительную корреляцию с развитием БЛД. Модификации гистонов, такие как ацетилирование и деацетилирование оказывают значительное влияние на экспрессию генов. Баланс между активностями гистоновых ацетилаз (HATs) и гистоновых деацетилаз (HDACs) имеет решающее значение для регуляции генов и прогрессирования БЛД. Исследования показывают, что изменения в активности этих ферментов могут нарушать экспрессию генов, связанных с БЛД. Регуляция некодирующей РНК. Некодирующие РНК, включая микро РНК и длинные некодирующие РНК, играют важную роль в посттранскрипционной регуляции генов. Эти молекулы могут модулировать воспалительные процессы, развитие лёгочной ткани и ответ на гипоксию. Некоторые исследования показывают, что уровни определённых микро РНК изменены у пациентов с БЛД, что указывает на их потенциальную роль в патогенезе заболевания.

Выводы. Эпигенетические модификации играют важную роль в развитии и прогрессировании БЛД. Метилирование ДНК и модификации гистонов оказывают значительное влияние на экспрессию генов и могут служить потенциальными биомаркерами и терапевтическими целями для профилактики и лечения БЛД.

Абдурахманов К.Х., Набиев У.Н.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Гулистанский государственный университет, Узбекистан

Цель исследования. Изучение причин роста заболеваемости БА и аллергией школьников.

Материалы и методы. Изучение распространенности бронхиальной астмы среди детей Сырдарьинской области с использованием адаптированной программы «ISAAC» осуществлено в 2022-2024гг.

Анализ результатов исследования показал репрезентативность отобранного материала по отношению к общей совокупности детей-школьников.

Из общего количества опрошенных (2870) удельная частота детей в возрасте 7–8 лет составила 1344 (46,8±0,9%), а детей в возрасте 13–14 лет — 1526 (53,2±0,9) ($p<0,05$).

Результаты исследования. Появление хотя бы однократного эпизода затрудненного, хрипящего, свистящего дыхания предъявляли 18,2% опрошенных школьников, примерно с одинаковой частотой в обеих группах, соответственно, 18,4 и 17,9%.

На вопрос о наличии данных признаков в течение последних 12 месяцев утвердительно ответили 9,5% респондентов, чаще восьмиклассники (9,9%), чем первоклассники (8,3%).

При этом частота симптомов бронхиальной астмы среди учеников I классов была выше у мальчиков, чем у девочек ($p<0,05$).

У подростков, напротив, частота аналогичных симптомов была чаще у девочек, чем у мальчиков ($p<0,05$).

Из факторов риска развития бронхиальной астмы наследственная отягощенность по аллергии в I группе составила 73,7%, во II группе 60,5% ($p>0,05$).

В обеих группах генетическая предрасположенность к бронхиальной астме чаще прослеживалась по материнской линии.

Выводы. Таким образом, анализируя полученные результаты эпидемиологического исследования, мы констатировали высокую степень распространенности БА среди школьников разных возрастных групп.

Несмотря на отчетливую клиническую картину, заболевание обнаруживается поздно, что может свидетельствовать о недостаточной подготовке врачей первичного звена, отсутствии скрининговых диагностических программ.

Абдурахманова У.Ш., Ходжаева Н.Н., Мухаммаднабиева Ф.А.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ: ПРОБЛЕМЫ И ПОДДЕРЖКА

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

Цель исследования. Целью данного исследования является изучение психосоциальных аспектов жизни детей, страдающих лейкозом, с акцентом на выявление основных вызовов, с которыми они сталкиваются, и оценка эффективности различных форм поддержки. Исследование направлено на определение ключевых психосоциальных проблем, возникающих у детей с лейкозом, включая эмоциональные, социальные и поведенческие аспекты.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 96 детей в возрасте от 6 до 18 лет, страдающих лейкозом, которые проходили лечение в отделении детской гематологии НМЦ «Шифобахш». Также были включены 50 родителей этих детей для оценки их восприятия и поддержки. Для сбора данных использовались: анкета для оценки психоэмоционального состояния детей (например, шкала тревожности и депрессии). Опросник для родителей, включающий вопросы о восприятии заболевания, уровне стресса и поддержке, которую они предоставляют своим детям (анкеты и опросники были использованы для количественной оценки уровня тревожности, депрессии и общего качества жизни детей), структурированные интервью с детьми и родителями для глубокого понимания их переживаний и потребностей, с целью получения детальной информации о психосоциальных аспектах жизни детей с лейкозом.

Результаты исследования. У 70% детей, участвовавших в исследовании, были выявлены повышенные уровни тревожности и депрессии. Эти показатели были особенно высоки у детей, находящихся на начальных стадиях лечения. Дети, получавшие регулярную психологическую поддержку, демонстрировали более низкие уровни тревожности и депрессии по сравнению с теми, кто не получал такой поддержки. 64% детей отметили снижение количества социальных контактов и трудности в общении с ровесниками из-за длительных периодов госпитализации и физического недомогания. Родители указали на значительное изменение в поведении детей, включая замкнутость и снижение интереса

к ранее любимым занятиям. Поддержка со стороны семьи была определена как ключевой фактор, способствующий улучшению психоэмоционального состояния детей. 80% родителей сообщили о важности эмоциональной поддержки со стороны семьи и медицинских работников. Дети, получающие такую поддержку, показали более низкие уровни тревожности и депрессии. Структурированные интервью выявили, что дети, участвующие в группах поддержки, чувствовали себя более уверенно и менее одиноко. Оценка программ поддержки показала, что 75% детей, участвующих в психотерапевтических сессиях, отметили улучшение своего психоэмоционального состояния.

Выводы. Дети с лейкозом сталкиваются с серьёзными психоэмоциональными трудностями, включая высокие уровни тревожности и депрессии. Эти состояния часто усугубляются изоляцией и изменениями в социальной жизни, вызванными длительным лечением и госпитализацией. Поддержка со стороны семьи и медицинских работников играет критически важную роль в улучшении психоэмоционального состояния детей. Программы психологической и социальной поддержки показывают положительное влияние на эмоциональное благополучие детей. Эти программы помогают детям лучше адаптироваться к изменениям в их жизни и справляться с эмоциональными трудностями. Образовательные семинары для родителей повышают их уверенность и способность эффективно поддерживать своих детей. Для улучшения качества жизни детей с лейкозом необходимо развивать и внедрять комплексные программы психосоциальной поддержки, которые учитывают индивидуальные потребности каждого ребёнка. Важно также продолжать обучение и поддержку родителей, чтобы они могли эффективно помогать своим детям в преодолении вызовов, связанных с заболеванием.

Абдурахманова У.Ш., Ходжаева Н.Н.

ВЛИЯНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ И ВНЕШНИХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У ДЕТЕЙ

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

Цель. Выявление и анализ влияния генетических и внешних факторов на развитие геморрагического васкулита у детей. Определение генетических предрасположенностей, связанных с возникновением геморрагического васкулита. Оценка роли инфекционных заболеваний, как триггеров для развития ГВ, влияние аллергических реакций и экологических факторов на риск возникновения геморрагического васкулита.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе НМЦ «ШИФОБАХШ», детского гематологического отделения, где была сформирована группа из 105 детей с установленным диагнозом геморрагического васкулита. Контрольная группа состояла из 100 здоровых детей, сопоставимых по возрасту и полу. Были собраны медицинские карты участников, включая информацию о клинических проявлениях, историях заболеваний, аллергиях и предшествующих инфекциях. Для сбора данных о семейной истории заболеваний, аллергических реакциях и предшествующих инфекциях был использован структурированный опросник, который заполняли родители участников. У детей с геморрагическим васкулитом было проведено генетическое тестирование для выявления возможных предрасполагающих генетических маркеров, связанных с заболеванием. Собранные данные были проанализированы с использованием статистических методов, таких как: описательная статистика для характеристики выборки.

Результаты исследования. Анализ семейной истории показал, что у 40% детей с ГВ в семье были случаи аутоиммунных заболеваний, что значительно выше, чем в контрольной группе (15%). У 70% детей с ГВ в анамнезе были респираторные инфекции за 1-2 недели до появления симптомов васкулита. В контрольной группе этот показатель составил 30%. Стрептококковая инфекция была выявлена у 41% пациента с ГВ и у 12% контрольной группы. У 50% детей с ГВ были зарегистрированы аллергические реакции на пищевые продукты или медикаменты, что в два раза выше, чем в контрольной группе. Дети, проживающие в районах с высоким уровнем загрязнения воздуха, имели на 25% более высокий риск развития ГВ по сравнению с детьми из менее загрязнённых районов. Эти результаты демонстрируют комплексное влияние генетических и внешних факторов на развитие геморрагического васкулита у детей. Они подчёркивают важность как наследственной предрасположенности, так и триггерных факторов окружающей среды в патогенезе заболевания.

Выводы. Инфекционные заболевания, особенно респираторные инфекции, играют ключевую роль в триггерировании геморрагического васкулита. Высокий процент детей с ГВ, перенёсших инфекции перед началом симптомов, указывает на необходимость мониторинга инфекционных заболеваний как потенциальных триггеров. Наличие аллергий, особенно пищевых, связано с повышенным риском развития ГВ. Это подчёркивает важность тщательного сбора анамнеза и оценки аллергических реакций у детей с подозрением на васкулит. Проживание в условиях повышенного загрязнения окружающей среды также связано с увеличением риска развития геморрагического васкулита, что указывает на необходимость учёта экологических факторов при оценке здоровья детей.

Результаты исследования подчёркивают важность комплексного подхода к диагностике и лечению геморрагического васкулита, учитывающего как генетические, так и внешние факторы. Это может способствовать более эффективным стратегиям профилактики и лечения заболевания. Необходимы дальнейшие исследования для более глубокого понимания механизмов взаимодействия генетических и внешних факторов, а также для разработки целевых методов профилактики и лечения геморрагического васкулита у детей. Полученные данные могут быть использованы для разработки более точных методов диагностики и профилактики геморрагического васкулита у детей.

Алишерова Н.А.

ПРИЧИНЫ И ЛЕЧЕНИЕ ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж.
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Выявить отношение матерей к лихорадке у их детей, и особенности помощи при данном состоянии на амбулаторном этапе.

Материалы и методы. Были проанализированы 65 историй развития ребёнка в возрасте от 1 дня рождения до 3 лет.

Результаты исследования. Нами выявлено, что максимальная высота лихорадки 37,0-38,5 ºС отмечалась у 25% детей, 38,5-39,0 ºС у 35,5%, выше 39,0 ºС у 50,1% детей. Выяснили, что при температуре тела 37,5-38,0 ºС всегда дают жаропонижающие 27,8% матерей, при 38,0-39,0 ºС – 79,6%. С профилактической целью жаропонижающие принимают 28,5% детей. В качестве жаропонижающих средств 11,8% матерей предпочитают анальгин, ибуклин – 29,2%, ибупрофен – 67,9%, парацетамол – 75,5%, папаверин и но-шпу – 1,8%. Дозировку давали 11,1% случаев, из расчета на кг веса. Родители отдавали больше предпочтение жаропонижающим средствам у 36% детей был сироп, свечи у 27,7%, таблетки у 29,2%, инъекции у 2,7%. Чередовали жаропонижающие 66,8% детей. Судороги отмечали у своих детей при повышении температуры 33% матерей. Физические методы охлаждения применялись в 32,5% случаев, из них: обтирание уксусом – у 15,9%, обтирание спиртом – у 24,8%, воздушные ванны – 34,3%, прохладное обтирание водой 34,7%. Самое страшное мамы отзывались относительно лихорадки назвали появление судорог на фоне повышения температуры – в 48,5% случаев, выраженный дискомфорт – 29,2%, остановка дыхания – 6,8%, а 54,0% родителей считали, что если болезнь протекает без температуры, то это признак плохого иммунитета. Температуру тела до 37,5 ºС у детей считают нормальной 66,7% матерей.

Выводы. У большинства матерей имеются страхи, связанные с лихорадкой, такие как возникновение судорог, остановка дыхания и сердцебиения. Родители в большинстве случаев стараются снизить температуру до своей условной нормы, дают препараты, запрещенные в детской практике, не учитывая мнение врача, поэтому, необходимо проводить обучающие беседы для родителей на эту тему.

Бабаева Л.А., Ходжаева О.Т., Нагзибекова Д.Д.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГИПОТРОФИИ У ДЕТЕЙ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Изучение клинико-диагностических аспектов гипотрофии у детей.

Материал и методы. Обследованы 120 больных с гипотрофией, находившихся на стационарном лечении в отделении маловесных детей ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» с сентября по декабрь 2023 года. До 6 месяцев было 39 детей, с 6 до 12 месяцев - 45, с 1 года до 2-х лет – 26, с 2-х до 5 лет – 10 больных. Для определения степени гипотрофии использовали метод антропометрии с определением дефицита массы тела; вычисление эпидемиологического индекса Z-score, стандартные карты развития и центильные таблицы. При анализе возрастной структуры было установлено, что в значительной степени преобладали дети раннего возраста. Из сельской местности (56,7%) больных было больше, чем из города 43,3%.

Результаты исследования. Для своевременного выявления гипотрофии обращали внимание на развитие и распределение подкожно-жировой клетчатки, изменение тургора тканей, цвета и состояния кожи, мышечного тонуса, отставание в нервно-психическом развитии, снижение толерантности к пище, сопротивляемости к инфекциям, а также неблагоприятные биологические и социальные факторы в анамнезе ребенка. Для оценки нутритивного статуса больных 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). Помимо сбора анамнеза, наличия клинических синдромов, всем больным проводили общий и биохимические анализы крови для выявления анемии, лейкопении, тромбоцитопении, изменений СОЭ, гипо- и диспротеинемии, гипогликемии, гиперхолестеринемии, дислипидемии, ионограммы, исследование иммунного статуса; суточный объём кала, pH кала, копрограмму для выявления недостаточного желудочного, тонко- и толстокишечного переваривания и всасывания; исследование кишечного биоценоза; консультации эндокринолога и невропатолога, так как при длительно текущей гипотрофии часто сопутствует отставание в психомоторном развитии, задержка речевых и когнитивных навыков и функций.

Анализируя полученные данные было выявлено, что число детей со II стандартным отклонением было 9,2%, с III - 57,5% и с IV - 33,3%. Со слов родителей, основными жалобами при поступлении были - плохая прибавка массы тела (84,2%), запор/диарея (41,7%), резкая потеря веса (23,3%), отказ от еды, рвота, поперхивание при кормлении, вздутие живота, беспокойство, слабость, нарушение сна, выпадение волос. У обследованных нами больных основными клиническими синдромами заболевания являлись – недостаточная упитанность, трофические расстройства, снижение пищевой толерантности, изменение функционального состояния центральной нервной системы, нарушение иммунологической реактивности. Выраженность клинических проявлений находилась в прямой зависимости от степени гипотрофии. В 86,7% случаев отмечалась такая сопутствующая патология, как рахит (79,2%), анемия различной степени тяжести (71,7%). У 12,5% больных отмечалась вторичная иммунологическая недостаточность, у 17,5% - сочетание цитомегаловирусной инфекции с вирусом простого герпеса.

Выводы. Гипотрофия чаще встречается у детей раннего возраста и в большинстве случаев (86,7%) протекает с сопутствующей патологией. Ранняя диагностика заболевания и обеспечение нормальных условий режима, ухода и

питания, своевременно назначенное лечение основного заболевания, а также сопутствующей патологии, предотвращает развитие тяжелых форм заболевания.

Бабаева Л.А., Сайдалиев Ш.Ш., Шарифзода З.У.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ МАЛЬЧИКА 7 ЛЕТ С ИДИОПАТИЧЕСКИМ ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Клиническое наблюдение мальчика 7 лет с идиопатическим поражением лицевого нерва.

Материал и методы. Проведён анализ клинико-анамнестических и лабораторно-инструментальных методов исследования больного А., 7 лет, с невропатией лицевого нерва (паралич Белла), находившегося на стационарном лечении в детском неврологическом отделении ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» г. Душанбе в мае 2024 года.

Результаты исследования. Больной поступил в стационар с жалобами на асимметрию лица, обездвиженность всей правой половины лица с опущением правого угла рта, неполным закрытием правого глаза и слезотечением из него. Болен в течение 6 дней. За медицинской помощью обратились в ГУ «Медицинский комплекс Истиклол», куда ребёнок был госпитализирован на обследование и лечение. Из анамнеза жизни выявлено, что мальчик от 4 беременности и 4 родов, является 3 ребёнком в семье. Вторая беременность закончилась выкидышем. Беременность протекала без токсикоза. Родился в срок путём Кесарева сечения с весом 2800 г. Прививки получал по календарю. Родители и близкие родственники здоровы. Перенесённые заболевания – частые ОРВИ. Брак неродственный. Объективно состояние ребёнка средней тяжести, выявлены признаки паралича Белла. Больной в сознании, спокойный. Интеллект не снижен. Речь ясная, на вопросы отвечает активно. Спазм мышц шеи и спины не наблюдаются. Обоняние не страдает, движения глазных яблок полные. Обращает внимание асимметрия лицевой мимики справа — глазная щель шире, глаз полностью не закрывается, а при закрывании глазное яблоко движется вверх (симптом Белла). Больной не может зажмуриться и поднять бровь, набрать воздух в правую щеку, свистеть, носогубная складка сглажена, угол рта опущен. Речь несколько невнятная. При надувании щёк «парусила» правая щека. Пациент не может полноценно выражать свои эмоции – улыбаться, хмуриться, наморщивать лоб. Отмечается чрезмерное слезотечение из правого глаза, снижение надбровного и роговичного рефлексов. Лабораторно со стороны общих анализов крови, мочи, кала и биохимического анализа крови без патологии. Результаты ИФА - выявлены антитела к ВПГ-1, Ig G положительный, титр антител составляет 1:400. Лечение было направлено на скорейшее восстановление функции нерва и паретичных мышц, а также профилактику осложнений. Больной получал короткий курс кортикостероидов (преднизолон 1,5 мг/кг per os), блокаторы Н2 – гистаминовых рецепторов, противовирусные препараты, витамины группы В, симптоматическое лечение. С целью ускорения восстановительных процессов в поражённых нервных волокнах проводили лёгкий массаж области лица, затылочной и воротниковой областей, мимическую гимнастику. По истечении 20 дней функции лицевого нерва были восстановлены.

Выводы. Благодаря своевременному лечению наступает полное восстановление поражённого нерва. При длительном отсутствии квалифицированной помощи развиваются осложнения, которые могут спровоцировать контрактуры мимических мышц с постоянным чувством дискомфорта, ухудшающие качество жизни больных. Своевременно назначенное лечение приводит к лучшему прогнозу с минимальными осложнениями.

Бабаева Л.А., Шарифзода З.У., Сайдалиев Ш.Ш.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОЯСНО-КОНЕЧНОСТНОЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить особенности течения поясно-конечностной мышечной дистрофии на примере клинического случая.

Материал и методы. Представлено описание клинического случая мальчика К., 14 лет, наблюдавшегося в детском неврологическом отделении ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» в мае 2024 года с диагнозом: поясно-конечностная мышечная дистрофия.

Результаты исследования. Дебют ПКМД произошёл в 2019 году, когда родители заметили затруднение при вставании, трудностях при беге, быстрой ходьбе и прыжках, прихрамывание, слабость в ногах, затем в руках и эпизодические падения. Обратились за медицинской помощью в ЦРБ, где было проведено лечение. В последующие 4 года заболевание постепенно прогрессировало. За медицинской помощью обратились в ГУ «МК Истиклол» в марте 2024 года, куда ребёнок был госпитализирован и впервые выставлен диагноз ПКМД. Повторно поступил в отделение в мае 2024 года на реабилитацию с жалобами на мышечную слабость в конечностях, затруднения при ходьбе и подъёме в вертикальное положение, изменение походки, слабость и утомляемость при физической нагрузке, частые падения, затруднения при подъёме по ступенькам. Из анамнеза: ребёнок от 8 беременности и 8 родов. Роды в срок, домашние. 2 ребёнка в семье умерли в возрасте 1 и 6 месяцев. Причину родители не знают. Брак неродственный. Раннее развитие соответствовало возрасту. Семейный анамнез не отягощён. При поступлении: сознание ясное, ориентирован, адекватен, контактен. Психоречевое развитие соответствует возрасту. На вопросы отвечает активно. Указания выполняет по мере возможностей. ИМТ=17,7 кг/м². Со стороны органов и систем патологии не выявлено. Неврологический статус - обследование черепных нервов без особенностей. Движения в конечностях не полные. Двигательная активность: выраженные диффузные мышечные гипотрофии мышц проксимальных отделов верхних и нижних конечностей, плечевого пояса (крыловидные лопатки). Мышечный тонус значительно снижен. Мышечная сила в руках: проксимальная часть 2,5 балла, дистальная часть 3-3,5 баллов. Мышечная сила в ногах: проксимальная часть 2,5-3 баллов, дистальная

часть 3,5 балла. Сухожильные рефлексы не вызываются. При вставании использует «приёмы Говерса». Наблюдается симптом “вялых плеч”, утинная походка, умеренный поясничный гиперлордоз. В крови повышен уровень КФК до 670 Ед/л. На ЭКГ - нарушение процессов реполяризации. На электронейромиографии выявлены признаки грубого поражения периферических нервов нижней конечности справа, преимущественно большеберцового и бедренного нерва по аксональному типу с умеренно выраженной демиелинизацией. Скорость проведения импульса резко снижена по двигательным волокнам (F-волна изменена), сенсорность умеренно снижена на уровне лодыжки. Полного блока проведения не обнаружено. Консультация офтальмолога: OU Ангиопатия сетчатки. Халязион левого глаза. Консультация ортопеда: умеренный поясничный гиперлордоз. Крыловидная лопатка. В ходе лечения отмечалась положительная динамика. Ребенок был выписан под наблюдение врача невролога и узких специалистов по месту жительства.

Выводы. Точная дифференциальная диагностика ПКМД имеет значение для генетического консультирования, прогноза и решения вопроса о необходимости сердечной и респираторной поддержки пациента. Своевременное выявление характерных клинических признаков, проведение диагностики и генетического обследования, позволяют выстроить тактику ведения пациентов с КПМД и дать оценку генетического риска в последующих поколениях.

Бадалова З.А.

КРИТЕРИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №1 им. профессора Аминова Х.Д.
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Определить критерии бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы. Было обследовано 25 детей с бронхиальной астмой (БА) и 15 больных контрольной группы с обструктивным бронхитом в возрасте от 7 до 14 лет. Учитывались анамнестические данные, результаты клинических, лабораторных, функциональных и иммунологических методов исследования.

Результаты исследования. При анализе биохимических данных в группе детей с бронхиальной астмой и обструктивным бронхитом определялось усиление перекисного окисления липидов - малоновый диальдегид. Исследования иммунного статуса детей с БА и ОБ выявили снижение содержания CD3+, CD4+, CD8+ - лимфоцитов и фагоцитарную активность нейтрофилов по сравнению с показателями больных с обструктивным бронхитом. Количество CD16+ и CD20+ - лимфоцитов было достоверно повышенным по сравнению с показателями больных. При оценке вегетативного статуса результаты показали возрастание частоты исходного вегетативного тонуса и вегетативной реактивности - у 90,3% детей с бронхиальной астмой - у 85,7% больных астмой, что характеризовало максимальное напряжение адаптивных процессов. При оценке психологического состояния детей с бронхитом и астмой вегетативного тонуса и вегетативной реактивности - у 60,7% отмечалась раздражительность.

Выводы. Проведённые исследования показали, что у больных детей с бронхиальной астмой отмечалось усиление перекисного окисления липидов, снижение некоторых показателей иммунного статуса, увеличение гиперсимпатикотонических вариантов исходного вегетативного тонуса и вегетативной реактивности. Подобные изменения являются прогностическими в развитии бронхиальной астмы у детей, которые необходимо учитывать в лечении и дальнейшей тактике ведения.

Бакоев Ф.С., Додхоев Дж.С., Абдуллозода С.М.

ФАКТОРЫ РИСКА ДЕТСКОГО ОЖИРЕНИЯ: ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ

Кафедра детских болезней №1 и кафедра эпидемиологии им. профессора Рафиева Х.К.
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Целью данного исследования было выявление факторов риска, способствующих развитию ожирения у детей в возрасте от 7 до 12 лет, проживающих в городе Душанбе. Особое внимание уделено социально-экономическим условиям, уровню физической активности, питанию и использованию гаджетов детьми, что позволяет создать более точные рекомендации для профилактики ожирения.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 450 детей в возрасте от 7 до 12 лет, проживающих в городе Душанбе. Все участники были разделены на две группы в зависимости от индекса массы тела (ИМТ): группа с нормальным весом и группа с избыточной массой тела или ожирением. Оценивались такие параметры, как уровень физической активности, время, проводимое перед экранами гаджетов, режим сна, тип питания, а также социально-экономический статус семьи. Сбор данных осуществлялся путём анкетирования родителей и проведения медицинских обследований детей.

Результаты исследования. Анализ показал, что у детей с избыточным весом и ожирением отмечались значительно более низкий уровень физической активности и большее время, проводимое за электронными устройствами. Так, в группе с ожирением дети проводили в среднем 3,5 часа в день за экранами, по сравнению с 1,5 часами в группе с нормальным весом ($p < 0,05$). Недостаток физической активности был зафиксирован у 65% детей с ожирением, что в 1,8 раза больше, чем среди детей с нормальной массой тела. Питание также играло ключевую роль: в группе детей с ожирением 70% участников регулярно употребляли фастфуд и сладкие напитки, по сравнению с 35% среди детей с нормальным весом ($p < 0,05$). Недостаток сна (менее 8 часов в сутки) был выявлен у 60% детей с ожирением, что значительно выше, чем у детей с нормальной массой тела (30%; $p < 0,01$). Социально-экономический статус семей также оказал влияние: 55% детей с ожирением происходили из семей с низким уровнем доходов, что ассоциировалось с ограниченным доступом к качественным продуктам питания и физическим активностям.

Выводы. Исследование показало, что основными факторами риска развития ожирения у детей в возрасте от 7 до 12 лет в городе Душанбе являются недостаточная физическая активность, длительное использование гаджетов,

регулярное употребление фастфуда и сладких напитков, а также недостаток сна. Также значимую роль играют социально-экономические условия, влияющие на выбор питания и возможности для занятий спортом.

Валиев М.Н.

ЧАСТОТА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ОСОБЕННОСТЬ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА.

Кафедра детских болезней №1 им проф. Аминова Х.Д., ТГМУ им Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель работы: Изучить частоту встречаемости врожденных пороков сердца (ВПС) и особенность перинатального периода новорожденных с ВПС.

Материал и методы: Ретроспективный анализ 2000 историй развития новорожденных за 2012-2013гг., Научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии (НИИ АГиП) г Душанбе.

Результаты и обсуждение: Было проанализировано 2000 историй развития новорожденных, родившихся в родильном доме НИИ АГиП, г Душанбе, за период с 2012 по 2013 гг. Ретроспективный анализ показал, что за 2 года, всего с ВПС родилось 68 новорожденных, что составило 3,4% от всего числа родившихся новорожденных. Из них 52,1% мальчиков и 46,9% девочек. Практически все дети были доношенными. Клинико-неврологический анализ показал, что в асфиксии средней степени тяжести родилось более половина детей (57,2%), в тяжелой степени асфиксии родилось- 12,2%.

Среди возможных причин с ВПС были установлены различные заболевания матери во время беременности (ОРЗ, цитомегаловирусная инфекция, обострение хронической инфекции), осложнения течения беременности, алкоголизм и курение матери и в семьях. При анализе было выявлено, что наиболее важной причиной ВПС является высокий уровень родственных браков, что составило 23,7% всех случаев с ВПС. Возраст отца более 45 лет, и возраст матери более 35 лет, в этом случае составило 15,8%.

Наиболее часто были диагностированы врожденные пороки сердца с обогащением малого круга кровообращения без цианоза, такие как дефекты межжелудочковой перегородки (ДМЖП) у 64,3%, дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) у 6.7% детей. Открытый артериальный проток выявлен у 3,2% детей с ВПС. Болезнь Фалло отмечено у 4,2% детей. Комбинированные пороки сердца диагностированы у 12,3% детей. К сожалению, антенатальная эхокардиография не позволяет обнаружить многие пороки сердца.

Выводы. Таким образом, в настоящее время увеличилась частота встречаемости ВПС, имеется тенденция к возникновению тяжелых комбинированных пороков. Выявлен неблагоприятный фон течения беременности в виде высокого индекса заболеваемости матери. Среди ВПС наиболее преобладают пороки с обогащением малого круга кровообращения без цианоза.

Давлатова Дж.Дж.

РОЛЬ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D В РАЗВИТИИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №1 им. профессора Аминова Х.Д.
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучение уровня витамина D на течение бронхообструктивного синдрома у детей.

Материалы и методы. Нами было исследовано 75 пациентов в возрасте от 3 до 15 лет. Из них 38 детей с острым обструктивным бронхитом (I группа), 13детей с обструктивным бронхитом рекуррентного течения (II группа) и 23 ребёнка с бронхиальной астмой (III группа). В качестве контрольной группы было обследовано 20 практически здоровых детей того же возраста. Исследование проводилось в пульмонологическом отделении МК «Истиклол» города Душанбе. Всем больным был проведён следующий комплекс диагностических процедур: клиническое обследование, иммунологическое исследование крови, общий анализ крови, исследование уровня витамина D в сыворотке крови.

Результаты исследования. После проведённых клинических обследований было выявлено, что на тяжесть заболевания существенное влияние оказывает неблагоприятный преморбидный фон и сопутствующая патология. Во всех трёх группах наблюдения наиболее часто встречались такие состояния, как анемия, рахит и аллергический диатез. У больных с острым обструктивным бронхитом вышеуказанные состояния имели выраженное значение. Значительная задержка в физическом развитии наблюдалась у больных с бронхиальной астмой. По результатам показателей содержания витамина D3 в сыворотке крови, в I группе пациентов с острым обструктивным бронхитом было выявлено: 18,5% (12) пациентов с дефицитом витамина D; 40,3% (15) - с недостаточностью витамина D и 42% (11) случаев - с достаточным содержанием витамина D. Во II группе пациентов с обструктивным бронхитом рекуррентного течения было выявлено 26,6% (3) пациента с дефицитом витамина D, 40% (7) - с недостаточностью витамина D и 33,3% (3) пациента - с достаточным содержанием витамина D. В III группе пациентов с бронхиальной астмой было выявлено 45,4% (14) пациентов с дефицитом витамина D; 36,3% (6) - с недостаточностью витамина D и в 18,2% (4) случаев - с достаточным содержанием витамина D. Уровень витамина D у детей с бронхиальной астмой было достоверно снижено более, чем в 4,2 раза ниже средних показателей у здоровых детей ($p<0,001$) и было достоверно ниже по сравнению с показателями детей с острым обструктивным бронхитом и обструктивным бронхитом рекуррентного течения ($p<0,01$).

Выводы. Степень тяжести бронхообструктивного синдрома связана с отягощённым преморбидным фоном, сопутствующими и перенесёнными заболеваниями, ухудшающими в значительной степени течение основной патологии. Тяжёлое течение бронхообструктивного синдрома прямо пропорционально снижению показателей уровня метаболитов витамина D в сыворотке крови, что отчётливо проявляется у детей с бронхиальной астмой.

Давлатова Дж.Дж.

ОЦЕНКА ПРОФИЛАКТИКИ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра детских болезней №1 им. профессора Аминова Х.Д.
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучение оценки эффективности профилактики анемии у детей дошкольного возраста, частоты встречаемости в зависимости от возраста и пола у детей в городе Душанбе.

Материалы и методы. Анализ проведён на основании отчётной документации, включающей в себя данные о диспансерном наблюдении детей с установленным диагнозом, анемия в возрасте от 3 до 7 лет в ГЦЗ № 15. Методами исследования стали стандартные методы: абсолютное значение. Для исследования была отобрана группа наблюдения, включающая в себя 40 человек, из них 24 девочки и 16 мальчиков, состоящих на диспансерном учёте с диагнозом - анемия разной степени тяжести.

Результаты исследования. При изучении данных было выявлено, что чаще железодефицитная анемия встречается среди девочек. У большинства выявлены схожие жалобы, включающие в себя слабость, повышенную утомляемость, бледность кожных покровов, нерациональное питание. Из реже встречающихся жалоб были отмечены: тахикардия, ангулярный стоматит, ломкость и повышенное выпадение волос, отвращение к мясу, токсикомания (нравился запах краски, известки, ацетона и др.).

В профилактике анемии лёгкой степени на первом месте стоит нормализация питания. У детей с лёгкой степенью это является единственным применяемым лечением на данном этапе. Однако при анемии 2-3 степени значительных результатов оно не приносит. Начиная со средней степени, детям в план лечения включаются препараты железа. Всем детям применяли препараты железа в виде сиропов и таблетированные. Во время лечения часть исследуемой группы помимо препаратов железа принимала в комплексе витамины С и Д, фолиевую кислоту. У этих детей были отмечены более высокие темпы усваивания железа и нормализация показателей крови, чем у тех, которые принимали исключительно препараты железа.

Выводы. Проведённое исследование доказывает то, что не менее важным фактором являются дефекты в питании. Исходя из этого, нельзя не выявить роль социально-экономических факторов, как причины развития анемии. Для более качественной профилактики необходимо усилить коррекцию пищевого поведения, как у детей, так и у матерей, организовать полноценную витаминную поддержку матерей во время беременности и детей, соблюдение гигиенических мероприятий.

Давлатова Дж.Дж.

ОЦЕНКА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра детских болезней №1 им. профессора Аминова Х.Д.
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Оценить особенности клинико-лабораторных показателей при различных формах пиелонефрита у детей школьного возраста.

Материалы и методы. В ходе исследования было обследовано 60 детей больных пиелонефритом, в возрасте от 6 до 14 лет. Все дети были разделены на две группы: 1 группу составили - 25 детей с острым пиелонефритом, а вторую группу - 35 детей с хроническим пиелонефритом, которая была разделена дополнительно на две подгруппы, в зависимости от клинической формы заболевания. Клиника пиелонефрита в 100% случаях проявлялась на 3 - 4 дни воздействия этиологического фактора. Превалировали признаки интоксикации (головная боль, вялость, сонливость, снижение аппетита) - 90%, кратковременная лихорадка субфебрильного характера - 78,0%, рецидивирующие абдоминальные боли - 71,0%. Экстраренальные проявления (отёчный синдром) встречались в 41,0%, изолированный мочевой синдром - 50,0% случаев. Латентный вариант пиелонефрита - 11,25% характеризовался случайным выявлением изолированного мочевого синдрома, который сочетался в 14,2% случаях с признаками эндогенной интоксикации.

Выводы. На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования, констатировано преобладание вторичной формы пиелонефрита (92,8%). Это связано с наличием вторичного иммунодефицитного состояния, косвенными признаками которого являются: частое рецидивирование и затяжное течение заболевания, кратковременный эффект от проводимой антибактериальной терапии, множественные очаги хронической патологии. Наиболее частыми факторами, предшествующими началу острого пиелонефрита у детей, являлись интестинальные расстройства (запоры или диарея).

Давлатова С.Н., Ҳусенова М.С., Фирузова Ф.Ф.

АЛОҚАМАНДИИ КОРРЕЛЯТСИОНИИ НИШОНДИҲАНДАҲОИГЕМОДИНАМИКАИМАРКАЗӢ ВАКОРШОЯМИИҶИСМОНӢ ДАРКӮДАКОНИГИРИФТОРИКАМХУНИИ КАМОҲАН

Кафедраи бемориҳои кӯдаконаи № 2 МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тоҷикистон.

Мақсадиомӯзиш. Омӯзишиалоқамандии нишондиҳандаҳоигемодинамикаимарказӣ (ГМ) ва коршоямиичисмонӣ (КҶ) дар кӯдаконигирифторикамхунии камоҳан (КК).

Мавод ва усулҳо. 54 нафар кӯдаконисинни аз 2 то 15-солаи гирифтори КК муоина карда шуданд. Гурӯҳиназоратӣ аз 30 кӯдакисолим иборат буд. Ҳамаикӯдаконазсанҷишикоршоямиичисмонӣ ва эхокардиографиягузаронидашуданд.

Натиҷаҳоитаҳқиқот.Гемодинамикаимарказӣ тавассутиэхокардиографиядар 44 кӯдакигирифторикК омӯхташуд.

Таҳлилимаълумотҳоиэхокардиографӣ дар 15 кӯдакимуоинашуда (34,1%) васеъшавии ковокиидилронишондод. Дар 4 кӯдак (9,1%) васеъшавииковокиимеъдачаиростмушоҳида шуд. Дар 5 бемор (11,4%) афзоишиандозаиковокиҳои чапидил, дар 5 нафар–танҳоандозаиниҳоиидиастоликӣ (АНД)-имеъдачаичапошкор гардид. Даряккӯдак (2,3%) гипертрофияимиокардимеъдачаи чап ба қайд гирифта шуд. Дар 5 бемор (11,4%) сустшавиикашишимиокардтодарачаи I ва дар 16 нафар (36,4%) пролапсидарґотимитралӣ муайянкардашуд.

Ҳангомиомӯзиши ГМ дар шароити оромӣдаркӯдаконидороиКК-идарачааш миёнававазнинарзишимиёнаиҳаҷмидақиқавиихунгардиш (ҲДХ-4,91±0,32 ва 5,41±0,42 л/дақ) ваарзишинисбиион–индексидил (ИД– 4,37±0,19 ва 4,89±0,35 л/дақ/м²) нисбатбанишондиҳандаҳоишабеҳикӯдакони гурӯҳиназоратӣ хелебаландтарбуд. Индексизарбавӣ (ИЗ) низнисбатбакӯдаконисолим (36,5±1,7 мл/м²) баландтарбуд (43,1±2,01 ва 44,8±3,3 мл/м²). Дарбаробариин, арзишимиёнаиҳаҷмисистоликиихунгардиш (ҲСГ), новобастаазвазниниибеморӣ, азҳамин нишондиҳандаи кӯдаконисолимбатавриназаррасфарқнамекард.АфзоишиҲДХ дар беморони ҳардугурӯҳбабаландшуданисурҳати таппиши дилнисбатбакӯдаконигурӯҳиназоратӣ вобастабуд. Омӯзишипараметрҳоигемодинамикаимарказӣ ҳангомифаъолиятимӯътадили ҷисмонӣ афзоиширавшанитамомипараметрҳои гемодинамикаимарказиронисбатбамаълумотиаввaланишондод.Дарбеморонигирифторикамхуниидарачаи миёнанисбат ба маълумоти ибтидоӣҲДХ89%, ИД 88,8%, ҲСХ 12,9% ва ИЗ 12,8% зиёдшуд. Дар кӯдаконигирифтори дарачаи вазнини КК арзишиҲДХпасаз сарборӣ 9,97±0,74 л/мин, ИД–9,04±0,74 л/мин/м², ҲСГ– 55,3±4,1 млва ИЗ–50,1±2,1 мл/м²-ро ташкил намуд.

КҶбо истифода аз санҷиши PWC_{170}баҳододашуд. Чунончи, даркӯдаконигирифториКК-идарачааш сабукдармуқоисабомеъёркоҳишиҳамарзишҳоимутлақваҳамнисбии PWC_{170}баназар расид. Нишондиҳандаи коршоямии чисмонӣдарингурӯҳазарзиши пешина 49,4% камтарбуд. Омӯзиши КҶдаркӯдаконигирифториКК-имиёнававазнин коҳишёфтаниҳамаинишондодҳородарбеморондармуқоисабогурӯҳиназоратӣ нишондод. Арзишимиёнаи PWC_{170}–ионҳомутаносибан 58,1% ва 63,1% пасттарбуд.

Хулоса. Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки кӯдакони гирифтори КК пастшавии КҶ доранд. Илова бар ин, дар беморони гирифториКК-и миёна ва вазнин, ҳамдаршароитиоромиимушакҳоваҳамҳангомисарбории мӯътадилиҷисмонӣ, афзоишиназарраси ҲДХва ИД дармуқоисабонишондиҳандаҳоигурӯҳиназоратӣмушоҳидамешавад. Миёни нишондиҳандаҳои ГМва КҶдаркӯдаконигирифтори КК-и дарачаи миёнававазниналоқамандии коррелятсионӣвуҷуддорад. Индалелазистифодаинооқилонаизахираҳоифункционалиидилвакамшуданимеханизмҳоимутобиқшавиисистемаидилу рагҳодарингурӯҳи бемороншаҳодатмедиҳад.

Давлатова С.Н., Абдурахманова У.Ш.

РОЛЬ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ДИАГНОСТИКЕ ГИПОАПЛАСТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ КРОВЕТВОРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

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

Цель исследования. Определить значимость и информативность клинико-лабораторных показателей в диагностике гипоапластического состояния кроветворения у детей для эффективной ранней диагностики и выбора оптимальной тактики лечения.

Материалы и методы. В исследовании включены дети в возрасте от 1 до 18 лет, находившиеся на лечении в НМЦ “Шифобахш” с диагнозом гипоапластического состояния кроветворения. Общая численность выборки составила 15 пациентов. Проведён сбор анамнеза, включая информацию о перенесённых заболеваниях, наследственных факторах и предшествующей терапии. Оценены клинические симптомы, такие как анемия, кровотечение, инфекции и другие признаки гипоапластического состояния. Были проведены следующие лабораторные методы исследования: общий анализ крови, ретикулоцитарный индекс (оценка количества и зрелости ретикулоцитов в периферической крови), биохимические исследования (определение уровня железа, ферритина, общего связывающего железа, а также других показателей, влияющих на кроветворение), костно-мозговая трепанобиопсия (морфологическое исследование костного мозга) для подтверждения гипоплазии.

Результаты исследования. У пациентов выявлены общие симптомы гипоапластического состояния кроветворения, включая выраженную анемию (n = 13), склонность к кровотечениям (n = 11) и повышенную частоту инфекционных заболеваний (n=10). У некоторых пациентов отмечались специфические признаки, такие как: бледность кожных покровов, утомляемость и слабость. Общий анализ крови показал снижение уровня гемоглобина у 13 детей. Средний уровень гемоглобина у пациентов составил 70 г/л, количество эритроцитов - $2{,}5x10^{12}$/л, лейкоцитов - $1{,}5x10^{9}$ г/л, тромбоцитов - $50x10^{9}$ г/л. Уровень ретикулоцитов был значительно ниже нормы, что свидетельствовало о снижении регенераторной активности костного мозга. Тромбоцитопения наблюдалась у 12 детей, что коррелировало с наличием геморрагического синдрома. Биохимические исследования выявили низкий уровень сывороточного железа и ферритина (2,4-3,7 мкмоль/л и и 4,5-6 нг/л соответственно), что также свидетельствовало о гипопластическом состоянии пациентов. Ретикулоцитарный индекс явился чувствительным индикатором регенераторной активности костного мозга. Его снижение указывает на угнетение кроветворения, что подтверждается результатами трепанобиопсии костного мозга. Морфологическое и цитогенетическое исследование (трепанобиопсия костного мозга) подтвердило состояние гипоплазии у пациентов, что проявлялось снижением количества мегакариоцитов, эритроидных клеток и клеток - предшественников и замещением их жировой тканью.

Выводы. Основные клинико-лабораторные показатели, такие как уровень гемоглобина ретикулоцитов, тромбоцитов и биохимические маркеры обладают высокой диагностической ценностью при выявлении гипоапластического состояния кроветворения у детей. Эти показатели могут использоваться в качестве надёжных критериев для

диагностики и оценки тяжести заболевания. Выявлена значимая корреляция между клинико - лабораторными показателями и морфологическими изменениями в костном мозге. Это подтверждает, что комплексный подход к диагностике, включающей лабораторные и морфологические исследования, позволяет более точно определить степень выраженности гипоплазии у пациентов детского возраста. Результаты исследования подтверждают важную роль клинико - лабораторных и инструментальных показателей в диагностике гипопластического состояния кроветворения. Использование комплексного подхода, включающего клинические данные, лабораторные исследования и морфологическое подтверждение позволяют достичь высокой точности диагностики и определить оптимальную тактику лечения.

Давлатова С.Н., Файзуллоев Ф.А., Абдурахманова У.Ш.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МУКОЛИПИДОЗА I ТИПА (СИАЛИДОЗ) В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

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

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения и диагностики муколипидоза I типа у детей.

Материалы и методы. Анализ истории болезни и обследование пациентки 2-х лет. Проведены лабораторные и инструментальные исследования: гемограмма, общий белок, мочевина, креатинин, уровень витамина Д, фосфор, кальций, креатинфосфокиназа (КФК), ЛДГ, щелочная фосфатаза, глюкоза, гепатиты В и С, общий анализ мочи и кала, рентгенограмма грудной клетки, нейросонография сосудов головного мозга, ЭхоКГ, ЭКГ, УЗИ почек. Проведены консультации специалистов: генетика, кардиолога, эндокринолога, невролога и окулиста.

Результаты исследования. Больная 2-х лет поступила в детское отделение ГУ НМЦ «Шифобахш» с жалобами на задержку физического, психо-речевого и умственного развития.

Из анамнеза: ребёнок от второй беременности и родов с весом 2500 г. Беременность протекала на фоне анемии, ОРВИ. Роды в срок, закричала сразу, к груди приложена сразу после рождения. Ребёнок от близкородственного брака. Профессиональные вредности исключены, наследственность не отягощена. Голову начала удерживать в 1 год. Самостоятельно не сидит и не ходит. При поступлении реакция на осмотр адекватная, общее состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые. В лёгких жёсткое дыхание. Живот мягкий, печень +2 см. ***Фенотип пробанда:*** диспропорциональное телосложение за счёт укорочения туловища, множество стигм: широкие и короткие кисти, тораколюмбальный кифоз, монголоидный разрез глаз, широкие ноздри, западение переносицы, короткая шея, сглаженные надбровные дуги, выраженная гиперплазия дёсен, полные щёки с множественными телеангиоэктазами. Отмечается ограничение подвижности суставов, снижение слуха. Вес ребёнка - 8,5 кг, рост - 68 см.

В общем анализе крови: гемоглобин 128 г/л, количество эритроцитов 4 млн., лейкоциты 9 тыс., тромбоциты 245 тыс., СОЭ-2 мм/час. Биохимия: общий белок 56 г/л, мочевина и креатинин - не увеличены, билирубин, АлАТ и АсАТ - в норме. Щелочная фосфатаза - 966 Е/л (при норме 644Е/л), КФК-55 (при норме 27-190 Е/л), ЛДГ- 400 (при норме 225-450 Е/л), вит Д -150 нг/мл, глюкоза - 4.4 ммоль/л, Са-2.4 ммоль/л, Р-1.7 ммоль/л, Mg-0.65 ммоль/л, К-3.6 ммоль/л, Na-136.9 ммоль/л. Нейросонография: эхокартина расширения межполушарной щели и синокортикального пространства. Ассиметричное расширение боковых желудочков с двух сторон, третьего желудочка. ЭхоКГ: умеренная гипертрофия желудочков. Трикуспидальная регургитация I степени, регургитация на клапане лёгочной артерии. ЭКГ: ритм синусовый. ЧСС 150-155, ЭОС не отклонена. Снижение процессов реполяризации миокарда.

На основании специфических фенотипических данных, анамнеза, жалоб, лабораторных исследований, данных заключения из отделения медико-генетического консультирования (г. Ташкент, Узбекистан) пациентке был поставлен ***диагноз:*** наследственно-генетическое заболевание. Лизосомная болезнь накопления. Муколипидоз 1 типа. Рекомендовано соблюдение диеты с ограничением мучных продуктов и сахара. Повторная консультация специалистов узкого профиля.

Выводы. Представленная нами инфантильная форма заболевания манифестирует в возрасте до года. Отмечаются: грубые черты лица (гаргоилизм), низкий рост, гепатоспленомегалия, задержка интеллектуального развития, снижение зрения и слуха, а также поражение костей в виде множественного дизостоза. Болезнь развивается при недостатке фермента нейраминидазы 1-го типа, ответственного за гидролиз остатков сиаловой кислоты. Нарушение процессов гидролиза приводит к усилению лизосомного экзоцитоза, что обусловливает поражение внутренних органов. Больная должна получать комплексную симптоматическую терапию. Пациентке необходимо наблюдение невролога и офтальмолога для длительного контроля симптомов. Заболевание подтверждается генетическим исследованием и требует системного контроля во избежание необратимых последствий для здоровья и жизни ребёнка.

Даминов А.Б.

ЭНДОТЕЛИЙ ЗАВИСИМАЯ ВАЗОДИЛАТАЦИЯ У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОГРАММНЫЙ ГЕМОДИАЛИЗ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан.

Цель исследования. изучение интрадиализной динамики эндотелий зависимой вазодилатации у ХБП5д

Материал и методы. Настоящее исследование включала 103 больных ХБП5д и 20 здоровых добровольцев соответствующего возраста. Всем участникам исследования проводилось лабораторно-инструментальное обследование, включающее изучение биодоступности оксида азота, выраженность гемолитической анемии, активность системной воспалительной реакции и системы ПОЛ/АОС, функциональное состояние эндотелия. Данные, полученные в группе больных ХБП5д (103 человека) сравнивались с данными, полученными в группе здоровых добровольцев (КГ, 20 человек).

Результаты исследования. У больных ХБП5д по сравнению со здоровыми лицами отмечается нарушение

функционального состояния эндотелия, подтвержденное снижением концентрации стабильных метаболитов монооксида азота (12,91±0,35ммоль/л vs 23,23±0,88ммоль/л, p<0,001), увеличением концентрации эндотелина 1 (1,92±0,13фмоль/л vs 0,66±0,05фмоль/л, p<0,001) и уменьшением степени эндотелийзависимой вазодилатации (9,23±0,24% vs 12,90±0,25%, p<0,001). Возможными патогенетическими механизмами эндотелиальной дисфункции может служить активация системного воспаления и смещение равновесия ПОЛ/АОС в пользу свободно радикального окисления. Гемодиализ уже к 60-90 минуте ассоциируется с прогрессирующей активацией системного воспаления (увеличение концентрации вчСРБ на 133,97% и свободных метаболитов оксида азота на 73,42%), свободно радикального окисления (увеличение концентрации МДА на 950,60% и снижение активности СОД на 11,48% и КТ на 24,40%), гемолизом эритроцитов (снижение концентрации гаптоглобина на 29,33%, среднего объема эритроцитов на 34,56% и увеличение количества разрушенных эритроцитов в поле зрения на 174,76%), что сопровождается дальнейшим ухудшением вазоактивной функции эндотелия (увеличение концентрации ЭТ-1 на 441,19% и снижение ЭЗВД до 2,64%).

Выводы. К концу ГД активация системного воспаления, ПОЛ и эндотелиальная дисфункция продолжают прогрессивно ухудшаться, ЭЗВД снижается до 0,88%. Интрадиализная эндотелиальная дисфункция более выражена у лиц моложе 41 года по сравнению с лицами старшего возраста.

Джаббарова Л.А., Рузиева Н Х.

ФАКТОРЫ РИСКА РАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПО ДАННЫМ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА В УЗБЕКИСТАНЕ

Ташкентский педиатрический медицинский институт
Республиканский перинатальный центр, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: установить основные факторы риска невынашивания беременности в сроки 28-33^{6}недель.

Материал и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование 105 случаев ранних преждевременных родов (РПР) в Республиканском перинатальном центре за 2020-2023 гг. отобранные методом случайной выборки. Полученные данные подвергнуты статистической обработке методом вариационной статистики.

Результаты исследования. В перинатальном центре частота родов за эти годы колебалась от 4500 до 6200 и в среднем составила 5000 родов в год. Преждевременные роды с 4 % выросли до 16,5 %. В структуре ПР экстремально ранние роды составили 1%, ранние ПР-5,5% и ПР в сроки от 34 до 37 недель-10%. В структуре РПР в сроки гестации 32-33^{6} недель произошли 53,0% случаев. Основные причины РПР: чаще всего - это гипертензионные состояния -45,7%; на 2-м месте - многоплодие 19,1%; на 3-ем – 11,4% соматические заболевания и другие разные причины составили 23,8%. К предгравидарным факторам высокого риска РПР мы отнесли соматические заболевания: анемию (62,8%), инфекцию мочевого тракта (хронический пиелонефрит/его обострение, 33%), артериальную гипертензию (33%); умеренного рика: гепатохолецистит (26%), ожирение (15%) и заболевания дыхательных путей (10,5%).Важными предгравидарными факторами риска для прогноза развития последующих преждевременных родов явились указания в анамнезе пациенток на высокую частоту невынашивания -- 35,2%, и недонашивания беременности -23.8%, кесарева сечения20,0% и перинатальных потерь 18,1%. Установлены пренатальные факторы риска: гипертензивные расстройства - 66,7%, фетоплацентарная недостаточность – 76,2%. бактериально-вирусные инфекции - 62,9%. При РПР частота абдоминального родоразрешеия в 1,6 раза достоверно превышала вагинальные роды (61,9%/38,1%). Спонтанные роды в 47,5% случаев начинались с дородового разрыва плодных оболочек. Всего родилось 133 новорожденных, среди них двойня была 15, тройня - 4 и четверня была 1. Выживаемость в весовой категории 1000-1499г составила 89,4%, 1500-1999г – 96,9%, 2000-2499г- 100,0%. Перинатальная смертность при РПР составила 52,6‰.

Выводы. Основными антенатальными факторами риска реализации РПР являются: бактериально-вирусные инфекции, фетоплацентарная недостаточность, преэклампсия, многоплодие, также к значимым предгравидарным факторам риска относятся хронические заболевания (анемия, инфекция мочевого тракта, гипертония) и акушерская патология: перенесенные аборты, невынашивание, кесарево сечение и перинатальные потери.Для разработки мер профилактики ПР и снижения перинатальной смертности рациональным является проведение дальнейших исследований по изучению причин и факторов высокого риска недонашивания в каждой категории преждевременных родов.

Джаббарова Ю.К., Умурзаков С.М.

РАЗВИТИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Ташкентский педиатрический медицинский институт, ГУ Ферганский филиал Республиканского Специализированного научно-практического медицинского центра здоровья матери и ребенка Республика Узбекистан

Цель исследования: представить основные результаты работы Республиканского перинатального центра.

Результаты результаты. Анализ отчетных данных за 20 лет показал, что ежегодно в среднем принимается 5500 родов. Отмечается постепенный рост поступления женщин с преждевременными родами с 3,8% до 16,4%, рост патологических родов до 65%, кесарева сечения (КС) с 25,0% до 43,0%. По структуре преждевременные роды в 22-27 нед. в среднем составили 1,0%, в 28-33 нед. - 5,5 % и в 34-36 нед. – 10,0 %. В РПЦ внедрены современные инновационные методы диагностики и ведения беременных: конфиденциальное исследование случаев материнской смертности, аудит критических ситуаций, УЗ скрининг плода с выявлением ВПР плода, подлежащих хирургической коррекции в РПЦ, цветное допплеровское картирование (ЦДК) для выявления нарушений МППК, несостоятельности рубца на матке, \УЗ компрессионная эластография с качественной оценкой состояния рубца на матке после операции КС и метропластики при органосохраняющих операциях, управляемая баллонная тампонада матки, новые технологии при врастании и предлежании плаценты, превентивная перевязка маточных сосудов в группе риска на кровотечение при КС, анализ КС с помощью шкалы Робсона, использование карбетоцина при атоническом кровотечении, серкляж и пессарий при

истмико-цервикальной недостаточности, внедрена внутриутробная диагностика гемолитической болезни плода методом кордоцентеза и внутриутробное внутрисосудистое переливание крови плоду, использование эндоскопических технологий (гистеро- и лапароскопии) при осложненном послеродовом периоде, органосохраняющие технологии при врастании плаценты и при несостоятельности швов на матке после КС, диспансерное наблюдение за женщинами, перенесшими органосохраняющие операции при акушерских кровотечениях и гнойно-септических заболеваниях после КС. В РПЦ специализированную помощь новорожденным оказывают невропатолог, офтальмолог и оториноларинголог. В отделении неонатальной хирургии производятся у новорожденных операции при диафрагмальной грыже, атрезии пищевода, низкой и высокой кишечной непроходимости, аноректальных пороках, пороках передней брюшной стенки, спинно-мозговой грыже и др. Широко внедрены в практику миниинвазивные технологии (торако- и лапароскопическая коррекция) ВПР у новорожденных (42%) Выживаемость детей с чрезвычайно малой массой тела составила 48,8%, очень малой массой тела - 86%, малой массой тела – 95,6%. Перинатальная смертность в 2023 г. снизилась до 17,5 ‰.

Выводы. Становление и развитие перинатальной помощи в Узбекистане повысило качество оказания ухода матерям и новорожденным. Внедрение инновационных методов в РПЦ в практику акушерства и неонатологии позволили снизить перинатальную заболеваемость и смертность новорожденных.

Жамолова А.У.

ИЗУЧЕНИЕ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТВОЛА ВОРОТНОЙ ВЕНЫ, ЕЕ КОРНЕЙ И ВЕТВЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА У ДЕТЕЙ

Кафедра фундаментальной медицины Ташкентского международного университета Кимё, Узбекистан

Цель исследования. Определение линейных размеров воротной вены, ее корней и ветвей с учетом возраста, пола и антропометрических показателей у детей в постнатальном онтогенезе.

Материал и методы исследования. В научном исследовании участвовало 138 пациентов (детей) в возрасте от 0 до 18 лет. Из включенных в исследование детей было 82 мальчиков (59,42%) и 56 девочек (40,58%). Основа исследования – анализ результатов ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости, которая проводилась пациентам Республиканского специализированного научно-исследовательского медицинского центра педиатрии в период с апреля по август 2024 года. Ультразвуковые исследования проводились на аппарате Canon (Toshiba) Aplio 500 (Japan) с криволинейным преобразователем частотой 3,75 МГц.

Результаты исследования. В генеральной совокупности, в зависимости от пола, средний диаметр ствола воротной вены у мальчиков в возрасте до 1 года составил 4,85±0,70 мм, от 1 до 3 лет - 6,10±0,79 мм; от 4 до 7 лет - 7,46±1,00 мм; от 8 до 12 лет - 8,21±0,86 мм; от 13 до 15 лет - 8,71±1,33 мм; от 15 до 18 лет - 10,01±0,94 мм. Соответственно у девочек составляет 4,37±0,95 мм; 6±1,11 мм; 6,82±0,79 мм; 7,9±0,75 мм; 9,08±1,35 мм; 9,08±1,35 мм и 8,2±1,17 мм. В нашем исследовании средний диаметр ствола воротной вены в генеральной выборке у мальчиков находился в диапазоне от 3,6 до 11,1 мм, при этом 25,6 % наблюдений находилось в диапазоне от 6 до 9,6 мм. Соответственно у девочек - в диапазоне от 3 до 10,1 мм, при этом 32,1 % наблюдений находилось в диапазоне от 5,4 до 8 мм. Средний диаметр воротной вены у мальчиков составил 7,56±0,80 мм, а у девочек - 7,06±1,02 мм. Для левых ветвей воротной вены среднее значение диаметра у мальчиков составило 5,37±0,89 мм и было достоверно больше среднего диаметра левой ветви у девочек (5,06±0,74 мм) на 5,77 %. Увеличение диаметра левой ветви воротной вены у мальчиков с возрастом статистически достоверно. Изменение среднего диаметра левой ветви воротной вены у мальчиков с возрастом происходило нарастающим образом, начиная от 3,44±0,96 мм и достигая 7,08±1,03 мм. Значение диаметров правой ветви воротной вены у мальчиков в интервале от 2,3 до 8,1 мм соответствовали среднему значению - 5,42±0,86 мм и было достоверно больше среднего диаметра правой ветви у девочек в интервале от 2,5 до 7,4 мм и достигая 5,01±0,75 мм. У мальчиков средние морфометрические показатели такие как: ствол воротной вены (7,56±0,80 мм) и ее левая и правая ветви (5,37±0,89 мм и 5,42±0,86 мм), а также селезеночные ветви (4,67±0,97 мм) были достоверно больше, чем у девочек 7,06±1,02 мм, 5,06±0,74 мм, 5,01±0,75 мм и 4,51±0,54 мм.

Выводы. В исследовании приняло участие 138 детей, из низ самой многочисленной группой являлись дети в период первого детства, составляющая 28,26 %. В то время как, самую малочисленную группу составили дети юношеского возраста – 10,14 %. С учетом возраста у мальчиков и девочек изменения диаметра ствола воротной ветви ее корней и ветвей происходило нарастание от новорожденного периода вплоть до юношеского периода, где достигал максимального значения. Результаты этого исследования показали положительную корреляционную связь среднего диаметра правой ветви воротной вены и левой ветви воротной вены с возрастом. Знание этих нормальных изменений важно для хирургов, врачей УЗИ при диагностике проблем, которые могут быть связаны с портальной системой. Полученные результаты могут использоваться для выявления и интерпретации топографо-анатомических вариаций воротной вены на дооперационном этапе и имеют важное прикладное значение в хирургии верхнего этажа полости брюшины, а также при подготовке к резекции и трансплантации печени.

Исмаилов К.И., Хусенова М.С., Давлатова С.Н.

ВЛИЯНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТА ЖЕЛЕЗА НА ГАЗОВЫЙ СОСТАВ И КИСЛОТНО-ОСНОВНОЕ СОСТОЯНИЕ КРОВИ ДЕТЕЙ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

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

Цель исследования. Изучить влияние железа на газовый состав и кислотно-основное состояние (КОС) крови детей при железодефицитной анемии (ЖДА).

Материалы и методы. Обследовано 40 больных с ЖДА, госпитализированных в детское гематологическое

отделение ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Все дети были распределены на 3 группы в зависимости от степени тяжести анемии: с ЖДА лёгкой степени - 13 (32,5%), с ЖДА средней степени - 12 (30%) и с ЖДА тяжёлой степени - 15 (37,5%). В группу контроля вошли 15 здоровых детей, соответствующих по половозрастному признаку исследуемым группам. Газы и КОС крови определяли с помощью аппарата «Convergys liquical Analyzer (BG)» в лаборатории ГУ НМЦ РТ.

Результаты исследования. Среди клинических синдромов выделяют два наиболее значимых для диагностики: а) 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; б) анемический, проявляющийся дефицитом гемоглобина в эритроцитах и уменьшением количества эритроцитов в периферической крови, нарушением дыхательной функции крови, транспорта кислорода с развитием тканевой гипоксии.

По данным кислотно-основного состояния крови, при сравнении показателей pH7,35±0,02, pCO_2 37,3±2,1, $pO_2$90,5±1,9, $HCO^-_3$23,2±1,6 у детей с ЖДА лёгкой степени по сравнению с таковыми pH7,35±0,01, pCO_2 35,4±1,2, $pO_2$96,2±1,3, $HCO^-_3$22,1±1,8, у здоровых детей получена статистически незначимая разница (p_1>0,05). А уровень сывороточного железа у больных с анемией лёгкой формы составил 8,0 - 8,6мкмоль/л. При анемии средней степени тяжести получена статистически значимая разница при сравнении значений pH7,33±0,02, $pCO_2$42,1±3,2, $pO_2$78,6±0,9, $HCO^-_3$19,8±1,6 с обследованными контрольной группы 7,35±0,01, $pCO_2$35,4±1,2, $pO_2$96,2±1,3, $HCO^-_3$22,1±1,8, (p_1<0,001). Количество сывороточного железа у этих больных было в пределах 7,8 - 7,0 мкмоль/л. Вышеуказанные изменения у пациентов с ЖДА средней степени свидетельствуют о развитии компенсированного метаболического ацидоза.

Напряжение кислорода (pO_2) у пациентов с анемией тяжёлой степени достоверно снижено 62,4±3,1 по сравнению с контрольной группой 96,2±1,3, p_1<0,001 и больными лёгкой формы анемии 90,5±1,9, (p_2<0,001), что ещё более усугубляет ацидоз и кислородное голодание тканей в результате нарушения окислительных процессов в клетках. Необходимо отметить, что у данных больных значения показателей pH7,30±0,01, $pCO_2$55,6±1,2, $HCO_3$17,3±1,2 достоверно снижены по сравнению с обследованными контрольной группы (p_1<0,001). Такие изменения говорят о развитии смешанного ацидоза у больных с ЖДА тяжёлой степени. Значение сывороточного железа составило у этих больных 6,8-4,2 мкмоль/л.

Выводы. Результаты исследования у детей с железодефицитной анемией, в зависимости от степени тяжести анемии, выявили различную степень гипоксии и гиперкапнии в сочетании со снижением pH, что указывает на наличие дисбалансагазового и кислотно-щелочного состояния крови у данной категории пациентов. Вышеуказанные изменения диктуют необходимость проведения своевременной корригирующей терапии, для восстановления гомеостаза внутренней среды организма.

Исоева М.Ф., Саидмурадова Г.М., Шарипов М.Ш.

ТЕЧЕНИЕ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД СЕЗОННОГО ПОДЪЁМА ЗАБОЛЕВАНИЯ (на примере г. Душанбе)

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Изучить течение ветряной оспы у детей в период сезонного подъёма заболевания.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 98 детей с ветряной оспой, находившихся на стационарном лечении в ГУ «ГМЦ №1 г. Душанбе, причём мальчиков было 52 (53,1%), девочек 46 (46,9%).Диагноз ветряной оспы был выставлен на основании классических клинических симптомов при наличии типичной везикулёзной сыпи и характерным полиморфизмом у большей части больных детей.

Результаты исследования. Возрастной состав детей с ветряной оспой показал, что детей до года было 13(13,3%), раннего возраста - 34(34,7%), от 3 - 7 лет - 30(30,6%), от 7 - 18 лет 21(21,4%). Учащение случаев заболевания ветряной оспой в большинстве случаев отмечено среди организованных 51 (52,0%), чем среди неорганизованных 47(48%). При поступлении в стационар у 40(40,8%) детей отмечено тяжёлое, у 58(59,2%) в среднетяжёлой форме болезни, причём большинство 52(53,1%) обратились на 1-2 сутки, а 46(46,9%) через 3-х суток от начала появления везикулёзной сыпи. Инкубационный период заболевания у всех больных составлял 14,0 ± ± 3,9 дня. У всех детей с ветряной оспой отмечено острое начало болезни, причём у 31(26,4%) отмечена субфебрильная(*37,2*°С—*38,5*°С) и умеренные катаральные проявления в носоглотке, у 34(34,6%) детей фебрильная (38,5°С-39,5°С), у 33(33,7%) высокая (39,5°С -40, °С) температура с нарастанием максимальных цифр на 2—4 день высыпания, с последующим субфебрилитетом до окончания высыпания. У *65,2%* детей до одного года и *49,4% детей* старше года продолжительность лихорадки была короткой (до 3-х дней),причём симптомы интоксикации в начале заболевания не были выраженными, а так как слабость отмечена у *27,1%)*, головная боль у *15,3%,* нарушение сна у *12,9%.* Катаральный синдром чаще отмечался у *29,4%* детей старшего возраста. В периоде высыпания у большинства 58(*59,2%* детей отмечены выраженный токсикоз, кожный зуд и обильная везикулёзная сыпь на коже, слизистых рта, полости рта, наружных половых органов*, у 18* (14,9 %) детей на конъюнктиве глаз, сопровождаясь болями и слезотечением. Продолжительность высыпания составляла 5,9 ± 1,5 дня и продолжалась до 5 дней у *60 (61,2%) детей старшего возраста и более 6 дней у 38 (38,8%) детей младшего возраста.*

Осложнение в виде пневмонии чаще *(61,5%) отмечались у детей до одного года, чем у детей старше года (34,1%). Осложнения со стороны центральной нервной системы в виде энцефалитических реакций, судорог и нарушения сознания у 7,6% детей до года и энцефалита у (2,3%) детей старшего возраста.*

Выводы. *Таким образом, ветряная оспа в период сезонного подъёма болезни одинаково встречается во всех возрастных группах, чаще* среди организованных (52,0%),59,2%) и в среднетяжёлых (59,2%) и тяжёлых (40,8%) формах, с осложнение в виде пневмонии *(61,5%) и энцефалитических реакций, судорог (7,6%) у детей до одного года.*

Ишмирзоев Ч.Р.

ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАПОРЫ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №1 им. профессора Аминова Х.Д. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Выявить причины хронических запоров у детей раннего возраста.

Материалы и методы. На базе ГЦЗ № 7 и № 15 проведено ретроспективное исследование 160 карт развития детей, находящихся под наблюдением с 2018 по 2022 годы, в анамнезе у которых частые жалобы были на запоры.

Результаты исследования. Распределение детей по возрасту было следующим: 94 (58,6%) ребенка - до 1 года и 66 (41,4) детей - до 3 лет. В группе детей до 1 года у 68 (63,5%) отмечалась дефекация до 2 раз в неделю, у 40 (36,5%) - до 1 раза. Болезненность акта дефекации в этой группе отмечали 65 (62,5%) из 104 детей, плотная консистенция кала была характерна для всех больных. Дебют запоров часто приходился на период грудничкового периода и чаще дети, которые находились на исключительно грудном вскармливании или же на искусственном. Ребёнок достигал возраста от 18 до 24 месяцев и его начинали приучать к горшку. Раннее высаживание на горшок или наоборот, задержка с обучением гигиеническим навыкам часто приводили к формированию запоров. Так, режим питания соблюдали лишь 46% детей, и одна из причин запоров - несоблюдение режима дня и питания, у 36% детей запор носил функциональный характер.

Выводы. Согласно полученным результатам, в подавляющем большинстве случаев запоры носят функциональный характер. Причиной запоров у детей являются различные факторы, такие как приобретение туалетного навыка, алиментарные факторы, двигательная активность.

Кабилова Б.Х., Салихова Д.С.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №1 им. профессора Аминова Х.Д. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить клинико-неврологические особенности заболевания НЭК у недоношенных новорождённых детей, родившихся с внутриутробной гипоксией.

Материалы и методы исследования. Нами было исследовано 50 детей с НЭК и 20 условно здоровых недоношенных новорождённых детей со сроком гестации менее 37 нед с массой тела меньше 2500 г. Дети были разделены на 2 группы: группа исследования и контрольная группа. Всем детям проводили лабораторное и инструментальное исследование.

Результаты исследования. Состояние детей при рождении напрямую было связано со сроком гестации, от 27 до 32 недель гестации составило 18 (36%) новорождённых, от 33 до 37 недель - 32 (64%) новорождённых. Чем меньше срок гестации, тем состояние детей при рождении оценивалось как очень тяжёлое - 28 (56%), тяжелое - 16 (32%) и средней тяжести - 6 (12%). У всех недоношенных детей основной группы отмечались симптомы дисфункции желудочно-кишечного тракта. Преобладающими патологическими синдромами со стороны ЖКТ были нарушения моторики желудка и кишечника. У большинства детей клинические проявления поражения ЖКТ возникали в 1-3-и сутки жизни в виде пареза кишечника (43,2%), желудочных кровотечений - (22,7%), застойных явлений в желудке - (59,1%), синдрома срыгиваний и рвоты - (62,9%). В начале заболевания наблюдались неспецифические признаки: понижение температуры тела, потеря жидкости, постоянный метеоризм, кровавый стул, рвота желчью, приступы апноэ, брадикардия. Усиление метеоризма, метаболический ацидоз, сепсис, ДВС-синдром, дыхательная недостаточность привели к хирургической стадии, перфорации и смерти. При рентгенологическом обследовании брюшной полости у детей с ЯНЭК 3-й стадии имели место признаки пареза и динамической кишечной непроходимости, в трёх случаях - свободный газ в брюшной полости, дети в срочном порядке были переведены в отделение хирургии. Осложнение и летальный исход, такие как перфорация кишечника, с ухудшением состояния было отмечено у 4 детей с очень низкой массой тела.

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что язвенно-некротический энтероколит (ЯНЭК) нередко регистрируется в постнатальном и раннем неонатальном периоде у недоношенных детей без ярких симптомов внутриутробного инфицирования (ВУИ). Отсутствие ранней диагностики и иммунотропной терапии в лечении этой группы детей нередко приводит к летальным исходам.

Кабилова Б.Х., Раджабова Д.Х.

ВЛИЯНИЕ ФОНОВЫХ СОСТОЯНИЙ НА ЧАСТОТУ РОЖДЕНИЯ МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №1 им. профессора Аминова Х.Д.
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», ГМЦ №7. Таджикистан.

Цель исследования. Изучить влияние экстрагенитальных заболеваний на частоту преждевременных родов.

Материалы и методы исследования. Работа основана на анализе статистических данных формы 32 «Отчёт о медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорождённым» - ГУ РЦМСиИ при МЗ и СЗН РТ за период с 2020 по 2023 годы.

Результаты и их обсуждение. Проведённый анализ причин преждевременных родов показал высокую частоту экстрагенитальных заболеваний у матери в процессе беременности. Данная группа заболеваний в большинстве случаев относится к фоновому состоянию для последующего развития осложнений беременности и её преждевременного завершения. По данным формы № 32 за последние три года в Республике Таджикистан в структуре патологии беременности преобладали классы заболеваний, играющие судьбоносную роль в состоянии беременной женщины и влияющие на перинатальный исход. В данную группу акушерских осложнений беременности включены: гестоз,

эклампсия, гипотоническое кровотечение, анемия, которые в большинстве случаев являются основной причиной преждевременных родов. У более чем 50% женщин на фоне данных заболеваний и при их сочетании развивается фетоплацентарная недостаточность, с возникающими негативными последствиями для плода – новорождённого ребёнка. Анализ динамики частоты экстрагенитальных заболеваний за период с 2020 по 2023 годы показал, что частота данного заболеания выросла по отношению к 2020 году в 2,8 раза, где темп прироста эклампсии к 2023 году составил + 64,8%, тогда как частота преэклампсии увеличилась на 24,8% в 2023 году, частота гестоза увеличилась в 1,3 раза или на 39,1%, однако отмечено снижение частоты анемии тяжёлой степени на 42,8%. При данных заболеваниях, как у матери, так и у плода наступает спазм сосудов, приводящий к нарушению микроциркуляции, с последующим формированием микротромбов, провоцирующих в дальнейшем кровоизлияние в головной мозг. Общее число детей, родившихся больными или заболевшие среди весовой категории ОНМТ и ЭНМТ в 2023 г. по сравнению с 2020 г., имело темп прироста, равный 16,6%. Число детей с ЭНМТ и ОНМТ в 2023 г. по сравнению с 2020 г. имело темп прироста +6,1% и 2,9% соответственно.

Выводы. Из общего числа родившихся больными или заболевших детей в 2020 г. каждый третий ребенок был с экстремально низкой массой тела, на долю детей с ОНМТ приходилось 67,3%. В эти же годы зарегистрирован рост показателя общей заболеваемости (из числа случаев заболеваний). Среди доношенных новорождённых также выявлен рост общей заболеваемости, тогда как общая заболеваемость недоношенных детей не имеет выраженной динамики.

Кабилова Б.Х., Негматуллаева С.М.

ВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ТЯЖЁЛОЙ ФОРМОЙ ГИПОТРОФИИ

Кафедра детских болезней №1 им. профессора Аминова Х.Д.
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить и выявить пути улучшения качества ведения детей с тяжёлой формой недостаточности питания.

Материалы и методы исследования. В отделении маловесных детей «КЗ Истиклол» под наблюдением было 60 больных с тяжёлой недостаточностью питания. Из них составило 25 девочек и 35 мальчиков. В зависимости от возраста дети были подразделены на 4 группы: дети до 6 месяцев - 27 (45,5%), от 6 до 12 мес - 23 (38,3%), от 1-го года до 2 лет - 9 (15,0%) и от 2-х до 5 лет - 1 (1,6%). Диагностика этих больных детей проводилась по клинико-лабораторным данным. Принимались во внимание: анамнез, физикальные осмотры, лабораторные исследования, оценка статуса питания по весу-росту (весоростовой показатель). Основной контингент больных детей - это дети, поступившие из села, что составило 56,6%. Состояние детей при поступлении в отделение было оценено как тяжёлое - 42 (70,0%), среднетяжёлое - 3 (5,0%) и очень тяжёлое - 15 (25,0%) соответственно.

Результаты исследования и их обсуждение. При сборе анамнеза выявлено, что основной причиной заболевания были экзогенные и эндогенные факторы. Алиментарные факторы со стороны матери, такие как количественный недокорм, при гипогалактии у матери или затруднениях при вскармливании со стороны матери (плоский, втянутый сосок, тугая молочная железа) было выявлено у 15,4% детей села и 8,4% города. Со стороны ребёнка (срыгивание, рвота, маленькая нижняя челюсть, короткая уздечка языка) отмечены у 64,2% детей села и 27,3% города. Причиной гипотрофии различной степени тяжести явились: позднее введение прикормов или однообразный вид питания, инфекционные факторы - внутриутробные генерализованные инфекции, интранатальные инфекции, токсико-септические состояния и кишечные инфекции. Из общего количества обследованных детей 10 находились преимущественно на грудном вскармливании, что составило 16,9%, на смешанном вскармливании - 29 детей (48,3%) и на искусственном вскармливании - 28 детей (46,6%). Большая часть детей находились на смешанном вскармливании. Клиническая картина больных с тяжёлым нарушением питания характеризовалась значительными нарушениями общего состояния ребёнка, такие как слабость, вялость, сонливость, апатия, раздражительность, повышенная плаксивость, резкая задержка в физическом и нервно-психическом развитии, полная анорексия. Подкожно-жировая клетчатка отсутствовала по всему телу, тургор мягких тканей был снижен, с признаками гипотонии мышц. Со стороны лабораторных и инструментальных данных из числа обследуемых: у 33 больных выявлена анемия лёгкой степени (55%), у 12 больных - анемия среднетяжёлой степени (20%) и у 3 больных - анемия тяжёлой степени (5%). Из числа 60 больных в биохимическом анализе крови у 47 больных выявлена гипокальциемия (78,3%). Гипопротеинемия была выявлена у 21 больных (35%). Со стороны бактериологического анализа кала из 60 больных у 31 ребёнка (51,6%) выявлены разные бактерии (стафилококк, протеи, кандида). У 10 больных (16,6%) кровь на стерильность была положительной, у 6 больных (10%) кровь на оппортунистические инфекции была положительной - это цитомегаловирусы и герпес.

Выводы. Пути улучшения качества ведения детей с тяжёлой формой недостаточности питания зависят как от экзогенных, так и от эндогенных факторов.

Каримова М.Б., Саидмурадова Г.М., Назирова М.И.

ИНФЕКЦИОННО -ТОКСИЧЕСКИЙ ШОК У ДЕТЕЙ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ФОРМАХ МЕНИГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».
Государственное учреждение «Городская клиническая больница детских инфекционных болезней» Таджикистан

Цель исследования. Изучить течение инфекционно-токсического шока (ИТШ) у детей с генарализованной формой менингококковой инфекции (ГФМИ).

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 68 детей с ГФМИ, в возрасте от 3 месяцев до 18 лет включительно, госпитализированные с января по июнь месяцы 2022 года в ГУ «ГКБДИБ» г. Душанбе.

Диагноз заболевания верифицирован клиническими, эпидемиологическими и лабораторными методами диагностики (обнаружение диплококка Nisseriameningitidis) при культуральном посеве из носоглоточной слизи, крови и спинномозговой жидкости, путём микроскопии с окраской по Грамму.

Результаты исследования и их обсуждение. Возрастной состав больных детей с ГФМИ был распределен следующим образом: дети до -5 лет – 29(42,6%), от 5 до 14 лет 28 (41,2%), 15-18 лет 11(16,2%). Из числа детей (29) младшего возраста, детей до года было 10(34,5%), раннего возраста -14(48,3%), от 3-х до 5 лет 5(17,2%). Большинство 62 (91,2%) госпитализированных детей в стационар поступали в первые 2 суток, причём 30(48,4%)- в первые сутки болезни и 32 (51,6%) - на второй день заболевания и только 6(8,8%) детей поступили в стационар после трёх суток от начала болезни. Быстрое развитие септического процесса и инфекционно-токсического шока отмечено у 60(88,2%) детей с ГФМИ, так как одновременно с высокой до 40,0 - 40,5^{0}С лихорадкой выявлена геморрагическая «звёздчатая» сыпь с некротическими элементами. Наиболее чаще 45(66,2%) дети с ГФМИ поступали в 1 компенсированной стадии ИТШ с выраженной тревогой, беспокойством, мраморным рисунком кожи, похолоданием рук и ног и шоковым индексом (ШИ) Альговера в пределах 0,9- 1,2±0,5. В крови у данных детей с МИ отмечен компенсированный метаболический ацидоз (уровень pH крови 7,34-7,25), с учащением дыхания, тахикардией и повышением А\Д от нормы, с Sa02 -95-90%, PaO2 -80-60 мм рт. ст. Во 2-ой субкомпесированной стадии поступили 20 (29,4%) детей с одышкой, выраженной головной болью, с оглушенностью, переходящее в возбуждение, с делирием, повышением мышечного тонуса на конечностях, а также акроцианозом, холодными руками и ногами, а также кратковременным дыхательным алкалозом (уровень pH крови 7,25-7,5), ШИ в пределах 1,5- 2,0±0,5). В 3-ей декомпенсированной стадии поступили 3 (4,4%) ребёнок в коме, с адинамией, снижением мышечного тонуса, разлитым цианозом кожи и слизистых рта, с апноэ и декомпенсированными проявлениями метаболического алкалоза, с выраженной гипоксемией, с SaO2 ниже 90 %, PaO2 ниже 60 мм рт. ст., снижением систолического А\Д ниже 60 мм рт. ст., диастолического АД – до нуля, с тахикардией переходящей в брадикардию, с анурией, и показателями ШИ выше 2,5±0,5, причём 1 ребёнок экзотировал в первые сутки госпитализации.

Выводы. Большинство **(**66,2%) детей с ГФМИ поступили в 1 компенсированной стадии ИТШ с ШИ Альговера 0,9- 1,2±0,5 и сопровождался компенсированным метаболическим ацидозом в крови, 29,4% детей - во 2-ой субкомпесированной стадии ИТШ с ШИ в пределах 1,5- 2,0±0,5 и кратковременным дыхательным алкалозом и только 4,4% пациентов - в 3-ей декомпенсированной стадии, с ШИ выше 2,5±0,5 и декомпенсированными проявлениями метаболического алкалоза.

Коваленко Т.В., Мочакова М.А., Ашрафуллина В.Р.

КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ

Кафедра педиатрии и неонатологии ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ

Цель исследования. Изучить клинико-метаболические особенности сахарного диабета (СД) 1 типа у пациентов детского возраста с ожирением.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты детского возраста с СД, госпитализированные в детское эндокринологическое отделение БУЗ УР «РДКБ МЗ УР». В группу наблюдения включены дети с СД 1 типа и избыточной массой тела/ожирением(n=21), в группу сравнения–дети с СД 1 типа и антропометрическими показателями, соответствующими возрасту(n=74).

Результаты исследования. Средний хронологический возраст на момент обследования группы наблюдения соответствовал 12,1±0,8 годам, группы сравнения – 12,2±0,4 годам. Наибольший удельный вес составляли дети 7-12 лет (38,1% и 36,5% в группах соответственно). В группе наблюдения 71,4% имели избыточную массу тела (SD ИМТ=1,35±0,06), 28,6% - ожирение (SD ИМТ=2,42±0,1). Пациенты с впервые выявленным СД составили в группе наблюдения 33,3%, в группе сравнения – 24,3%(P>0,05), длительность заболевания от 1 до 5 лет - 42,9% и 41,9%(P>0,05), более 5 лет - 23,8% и 33,8% (P>0,05). Изучение наследственности выявило межгрупповые различия. В группе наблюдения достоверно чаще (P<0,05) регистрировалась отягощенная наследственность по ожирению (38,1%, в группе сравнения – 10,8%), имелась отчетливая тенденция к более высокой частоте среди родственников СД 2 типа (57,1% и 39,1% соответственно, P>0,05). Дебют СД 1 типа в обеих группах чаще был в период 7-12 лет (в 47,7% и 47,3% случаев). В группе сравнения в 16,2% случаев СД манифестировал в возрасте 1-3 лет, в группе наблюдения отмечен тренд в сторону подросткового (15-17 лет) возраста (9,5%). В дебюте заболевания симптомы манифестного СД имели все обследованные. Клинические эквиваленты кетоза регистрировались реже у пациентов с избыточной массой тела и ожирением (71,4%, в группе сравнения – 88,9%). Потеря массы тела более характерна для этой группы обследованных (85,7%, в группе сравнения – 55,5%), причем она была более значимой (на 14,3% от исходной). СД 1 типа у пациентов с избыточной массой тела и ожирением проявлялся более мягким дебютом заболевания с умеренной максимальной гликемией (20,2±2,2 ммоль/л, в группе сравнения – 23,0±1,3 ммоль/л, P>0,05) и амплитудой гликемии (15,6±1,9 ммоль/л, в группе сравнения – 18,61,0 ммоль/л, P>0,05). Средняя суточная доза инсулина в дебюте заболевания в группе наблюдения составила 0,48±0,05 ед/кг, в группе сравнения – 0,72±0,05 ед/кг (P<0,05). Жизнеугрожающие специфические диабетические осложнения регистрировались только у пациентов группы сравнения: кардиальная автономная нейропатия – у 3,6%, тяжелая гипогликемия – у 3,6%, кетоацидотическая кома – у 1,8%. Только в этой группе диагностированы хайропатия - 1,8%, задержка роста - 1,8%.

Выводы. Таким образом, избыточная масса тела и ожирение не исключают вероятность развития СД 1 типа. Наследственность у таких детей связана с ожирением и ассоциированной с ним патологией у родственников. Дебют

СД 1 типа у пациентов с ожирением сдвинут в более старший возраст. Из клинических особенностей дебюта у пациентов с ожирением доминирует потеря веса, реже кетоз. Пациенты с СД 1 типа и ожирением характеризуются более мягким метаболическим дебютом и меньшей стартовой дозой инсулина.

Комилов И.А., Саидмурадова Г.М., Умарова Дж.Ш.

СИНДРОМ КРУПА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Кафедра детских инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
Государственное учреждение «Городская клиническая больница детских инфекционных болезней». Таджикистан

Цель исследования. Изучить особенности течения синдрома крупа у детей раннего возраста с острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ).

Материалы и методы исследования. Из числа госпитализированных 38 детей с диагнозом ОРВИ и круп в городскую детскую клиническую инфекционную больницу (ГКБДИБ) г. Душанбе за январь-март месяцы 2024 года,27(71,1%) составлял ранний возраст, 11(28,9%) - от 4 до7 лет, мальчиков относительно больше 25(65,8%), чем девочек 13(34,2%). Диагноз ОРВИ был выставлен на основании характерной клиники крупа, эпид. анамнеза экспресс диагности мазка из носоглотки на грипп и ПЦР. Клинически и лабораторно у 18(47,3%) диагностирован грипп, у 12(31,6%) - парагрипп, у 6(15,7%) - респираторно-синтициальная вирусная инфекция и у 2(6,7)% - аденовирусная инфекция.

Результаты исследования. У всех (100%) детей раннего возраста с ОРВИ, появление клинических признаков крупа было внезапным, преимущественно в вечернее и ночное время, с пароксизма, грубого «лающего» кашля, шумного затрудненного дыхания с быстрым прогрессированием с протяжённостью по времени от нескольких минут до 1–2 сут., в связи с чем большинство 25(92,6%) детей поступили в стационар на 1-2 сутки он начала болезни. У 14(51,8%) детей установлен отягощённый анамнез, в виде лекарственной, пищевой аллергии и паратрофии. Первая степень крупа отмечена у 5 (18,5%) детей раннего возраста с ОРВИ и клинически характеризовалась лёгкой охриплостью с сохранением голоса и периодическим «лающим» кашлем. Только, в случае беспокойства и при физической нагрузке больных детей появлялись признаки стеноза гортани в виде шумного и стридорозного дыхания с продолжительностью от нескольких часов до 1–2 сут. Вторая степень крупа с усилением всех клинических симптомов было диагностировано у большинства 19(70,4%) детей раннего возраста с ОРВИ, причём у всех отмечались нарушения сна и периодическое возбуждение, причём характерное стенотическое дыхание, слышимое на расстоянии и в покое, а также постоянная инспираторная одышка было отмечено у 15(55,5%), а признаки острой дыхательной недостаточности сопровождающийся гипоксией и понижением сатурации кислорода до 92-93% у 12(44,4%) детей. Только 3 (11,1%) детей раннего возраста с ОРВИ поступили в реанимационное отделение с третей степенью крупа с постоянной одышкой смешанного характера и признаками тяжёлой дыхательной недостаточности, сопровождающиеся признаками декомпенсации дыхания с нарастанием стеноза, при котором шумное, глубокое дыхание сменялось тихим, поверхностным. У 1 (3,7%) ребёнка на 4 сутки от момента поступления в РО состояние стало крайне тяжёлым, развилась глубокая кома, с повторяющимися судорогами, учащением поверхностного дыхания сопровождающиеся апноэ, а также тоны сердца стали глухими. Также, была отмечена недостаточность кровообращения с развитием гипоксии, гипоксемии, гиперкапнии, смешанного ацидоза, которая сопровождалось понижением сатурации кислорода <90%.

Выводы. Таким образом, было установлено, что у детей раннего возраста с ОРВИ круп протекал чаще (70,4%) во второй степени, сопровождающиеся инспираторной одышкой и признаками острой дыхательной недостаточности у 55,5%, а у 3 (11,1%) детей диагностирована третьей степенью с признаками тяжёлой дыхательной недостаточности.

Кузибаева Н.К., Таджибаева З.А., Сатторова А.П.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВПС У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗМЕРА И ЛОКАЛИЗАЦИИ ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Кафедра педиатрии ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет».
ФГАОУВО "Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта».

Цель исследования. Изучить клинические особенности течения ВПС у детей в зависимости от локализации и размера дефекта межжелудочковой перегородки.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 100 детей с подтверждённым диагнозом ВПС - дефект межжелудочковой перегородки, в возрасте от 1 года до 5 лет, находившихся на стационарном лечении в детском кардиоревматологическом отделении ГУ НМЦ «Шифобахш» МЗ и СЗН за период 2015-2017 гг. Всем детям, поступившим в стационар на обследование и лечение, были проведены анамнестические клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты исследования. В основу исследования положен анализ результатов исследования 100 детей (53 мальчиков, 47 девочек) с ВПС – дефектом межжелудочковой перегородки (ДМЖП). Изучение жалоб, анамнеза жизни и заболевания проводили по специально разработанной индивидуальной карте. В зависимости от тяжести и прогноза порока больные распределены на 2 группы. В первую группу отнесены пороки с относительно благополучным течением и исходом (38). По данным ЭХОКГ сердца, размер дефекта составлял до 0,5 см. Вторую группу составляли больные с тяжёлым течением порока, у которых размеры дефекта составляли более 0,5 см (62). В большинстве случаев (90%), дефект был расположен в мембранозной части межжелудочковой перегородки, в мышечной части обнаруживалась 10 % локализации дефекта.

При малых дефектах (1 группа) признаков нарушения кровообращения (НК) были минимальными. Дети развивались относительно нормально и не нуждались в лечении, аускультативно выслушивался скребущий систолический шум средней интенсивности в 4-5 межреберье слева от грудины (20%).Признаки НК 1 степени встречались у 30% больных.

При умеренных и больших дефектах (2 группа) симптомы чаще проявлялись с 1.5-2 мес. жизни. Отмечалась одышка (96%), утомляемость при кормлении, при движении (55%), отставание в весе и физическом развитии (62%), потливость (45%). В анамнезе у большинства детей зафиксированы рецидивирующие пневмонии (60%).

Признаки сердечной недостаточности имели все дети 2 группы с ДМЖП, из которых 64,5 % - свыше 2А степени (по классификации Белоконь Н.А.). У 32,2 % детей с большим дефектом отмечались признаки тотальной сердечной недостаточности: увеличение печени, селезёнки, одышка, тахикардия, отёки, застойные хрипы в лёгких.

У 76,3 % детей в течение 5-6 месяцев жизни формировалась лёгочная гипертензия, признаки которой проявлялись усиливающейся одышкой при перемене положения, при плаче, кормлении, повышенной двигательной активности, кашлем. Так, лёгочная гипертензия 1 степени регистрировалась – у 25 %, 2-й степени – у 35 %, 3-й степени – у 15 % больных. У 5 детей второй группы с большим размером дефекта выявлен центральный цианоз при крике.

Выводы. Таким образом, полученные результаты выявили, что естественное течение ДМЖП у детей, намного раньше осложнялось развитием внтурисердечных гемодинамических нарушений, нарастанием сердечной недостаточности

Курбонов Н.Б.,Курбонова Р.Н.

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АЛЛЕРГЕНАМ КОРОВЬЕГО МОЛОКА, БЕЛКА И ЖЕЛТКА КУРИНЫХ ЯИЦ У ДЕТЕЙ С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЭКССУДАТИВНО-КАТАРАЛЬНОГО ДИАТЕЗА

Кафедра детских болезней № 2 ГОУ “ТГМУ им.Абуали ибни Сино” Республика Таджикистан

Цель исследования: изучение чувствительности к пищевым аллергенам коровьего молока, белка и желтка куриных яиц у детей с клиническими проявлениями экссудативно-катарального диатеза.

Материалы и методы исследования: обследовано 92 ребенка в возрасте от 3 месяцев до 4 лет с экссудативно-катаральным диатезом и 95 практически здоровых детей в возрасте от 1 до 7 лет с отсутствием указаний на аллергические реакции в анамнезе. Степень чувствительности к пищевым аллергенам оценивали по данным анамнеза, по результатам кожных скарификационных проб и непрямого теста Шелли, а также в реакции пассивной гемаглютинации РПГА. В работе использованы стандартные пищевые аллергены: коровьего молока, белка и желтка куриных яиц (представленные нам для работы Московским НИИ им. И.И.Мечникова).

Результаты исследования: определены оптимальные концентрации аллергенов, которые в непрямом тесте Шелли не вызывали неспецифической дегрануляции базофилов кролика, а во время приготовления эритроцитарного диагностикума и при постановке РПГА не вызывали спонтанной аглютинации эритроцитов. У детей без указаний на аллергические реакции в анамнезе титр антител к пищевым аллергенам не превышал титра 1:128. У 40 детей с экссудативным диатезом кожные пробы с пищевыми аллергенами отрицательные, а в РПГА титр антител к ним не превышал 1:256. Проведенные исследования позволили выделить группу детей с экссудативно-катаральным диатезом, имевших повышенную чувствительность к одному или нескольким пищевым аллергенам. Чаще других встречалась повышенная чувствительность к аллергену коровьего молока (57%). У детей с положительным аллергологическим анамнезом при при ложноотрицательных и ложноположительных кожных пробах, ведущий пищевой аллерген определяется по наивысшему титру антител в РПГА, который мог достигать уровня 1:64000 - 1:128000.

Выводы. Таким образом, наши данные свидетельствуют о встречающейся повышенной чувствительности к аллергенам коровьего молока, белка и желтка куриных яиц у детей с экссудативно-катаральным диатезом.

Мамаджанова Г.С.

НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ НА ВАКЦИНАЦИЮ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ

Кафедра детских болезней № 1 им. профессора Аминова Х.Дж.
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Оценить информированность родителей о возможных нежелательных реакциях на вакцинацию и её последствиях.

Материалы и методы. Разработана анкета для родителей о возможных нежелательных реакциях на вакцинацию и её последствиях, к которым может привести её отсутствие. Критерием включения в исследовательскую группу было согласие родителей.

Результаты исследования. Проведённый анализ анкетирования показал, что 45% родителей детей некомпетентны в вопросах возможных нежелательных реакциях на вакцинацию и её последствиях. Из них 35% родителей считают, что отсутствие вакцинации не имеет последствий для ребёнка. А 28% родителей убеждены в негативном воздействии вакцинации на организм ребёнка. Это всё говорит о неправильной информированности родителей в этом вопросе. Но 55% родителей достаточно нормально относятся к вакцинации и в вопросах возможных нежелательных реакций не имеют понятия о последствиях. Отсутствие вакцинации у детей, к сожалению, приводит их в группу риска по развитию особо опасных инфекций, входящих в национальный календарь прививок. В этом аспекте мы видим, что данные вопросы освещаются в незначительной степени и требуют большего осведомления со стороны медицинских работников. По результатам анкетирования 63% опрошенных изъявили желание получать больше информации по вопросам вакцинопрофилактики. Это может говорить о том, что данная тема действительно является актуальной для

родителей. В вопросе пропаганды вакцинопрофилактики лидирующее место занимают врачи, на втором месте - интернет. Полученные данные можно интерпретировать следующим образом: вопрос о вакцинопрофилактике продолжает оставаться дискутабельным среди родителей.

Выводы. Исследование показало, что родители нуждаются в более тщательном информировании о возможных нежелательных реакциях на вакцинацию и о последствиях, к которым может привести её отсутствие. Просвещение должно носить массовый характер и немаловажную роль в этом играет семейный врач и иммунолог.

Мамаджанова Г.С.

ЭКЗОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ В РАЗВИТИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №1 им. профессора Аминова Х.Дж.
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучение экзогенных факторов в развитии бронхиальной астмы у часто болеющих детей.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели было обследовано 69 часто болеющих детей, находящихся на лечении в аллергологическом отделении на базе ГУ МК «Истиклол» с диагнозом - бронхиальная астма. Возраст пациентов составил от 3 до 14 лет за 2020-2023 годы.

Результаты исследования. В ходе исследования было выявлено, что бронхиальная астма наблюдалась у 38 мальчиков (55,0%) и 31 девочки (45,0%). Все часто болеющие дети были разбиты на группы по следующим показателям: - по месту жительства, - сроку кормления грудью, - антропометрическим показателям (индекс массы тела), - по наличию триггеров, - по наличию вредных привычек у родителей, - по показателям осложнений. Больные, участвовавшие в исследовании и являвшиеся жителями г. Душанбе, составили 32 человека (46,3%), г. Курган-Тюбе -11 детей (16,0%), г. Регар - 16 человек (23,1%) и с г. Куляба - 10 часто болеющих детей (14,5%). В зависимости от срока кормления грудью преимущественно преобладавшей группой были дети, находившиеся на естественном вскармливании - 37 человек (37%). Дети, срок кормления грудью которых составил до 6 месяцев, составили группу из 11 человек (11%), до 1 года - 9 детей (9%) и со сроком кормления более 1 года - 12 человек (12%). Также во всех группах больных преобладали дети с повышенной массой тела, их количество составило 15 человек (21,7%), и дети с гипотрофией I степени - 25 человек (36,2%). В ходе исследования были выявлены наиболее встречаемые триггеры - это пищевые аллергены, которые наблюдались у 49 больных (49%), наличие ОРЗ/ОРВИ/простуды - у 69 детей, экологические воздействия были выявлены у 11 пациентов (11%) и физические/нервные перегрузки - (3%). Курение родителями, а дети являлись пассивными курильщиками, способствовало более тяжёлому протеканию бронхиальной астмы. Группа детей, которые страдали частыми заболеваниями ОРВИ и протекающая на фоне атопического дерматита, что составило - 53 ребёнка и бронхиальная астма протекала тяжело - (76,8%).

Выводы. Исходя из вышеперечисленных результатов, можно сделать следующие выводы о том, что экзогенные факторы оказывают непосредственное влияние на развитие бронхиальной астмы у часто болеющих детей. Преимущественными факторами оказались показатели: частые ОРВИ при наличии различных триггеров заболевания, а также наличие вредных привычек у родителей. Данные факторы способствуют более тяжёлому протеканию астмы у детей и заслуживают внимания к изучению.

Мамаджанова Г.С.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ШКОЛЬНИКОВ

Кафедра детских болезней №1 им. профессора Аминова Х.Дж.
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить структуру факторов риска артериальной гипертензии у школьников.

Материалы и методы. Проведён анализ историй развития ребёнка 96 детей в возрасте от 11 до 18 лет, находившихся на диспансерном учёте в ГЦЗ №15 за период 2020-2021 гг. с диагнозом «Артериальная гипертензия». Из них 69% (n=53) - юноши и 30% (n=23) - девушки. К артериальной гипертензии относили состояние, при котором средний уровень систолического артериального давления (САД) и/или диастолического артериального давления (ДАД) был более или равен значению 95/75 перцентиля. Физическое развитие детей оценивалось согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), соответствовало нормативам, характерным для детей Республики Таджикистан. Одним из факторов является избыток массы тела для соответствующего возраста и пола ребёнка, более одного и менее двух стандартных отклонений (standarddeviationscore, SDS), ожирение. Исследование углеводного обмена, уровня мочевой кислоты необходимо было с целью исключения таких заболеваний как подагра и артрит.

Результаты исследования. По результатам суточного мониторирования артериального давления обследуемые были разделены на три группы. Группа I - пациенты с феноменом артериальной гипертензии «белого халата» (40 человек; 41,9%); индекс времени (ИВ) артериальная гипертензия у них не превышала 26%. Группа II - пациенты с лабильной артериальной гипертензией - 30 человек (31,2%). Группа III - пациенты со стабильной артериальной гипертензией - 26 человек (27%). В ходе проведённого исследования выявлено, что среди детей с артериальной гипертензией был отягощённый наследственный анамнез, который встречался у 81,5% (n=62) обследуемых и наиболее часто в группе со стабильной гипертензией - 50% (n=38). Избыточная масса и ожирение (ИМТ) встречались у 31,25% (n=30) и с одинаковой частотой во всех трёх группах.

Выводы. Изучение факторов риска артериальной гипертензии у детей и подростков имеет важное диагностическое значение в структуре современной медицины.

Маматкулов Ж.Г., Каримова Ш.Б.

ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Гулистанский государственный университет, Узбекистан

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости некоторых аллергических дерматозов, в том числе атопического дерматита, у детей.

Материалы и методы исследования. Была проанализирована обращаемость больных в клинику Сырдарьинского областного кожно-венерологического диспансера за последние 3 года (2022–2024 гг.), которое является нашей учебной базой.

Результаты исследования. С каждым годом количество принимаемых амбулаторных больных детей растет: 2022г. - 1928, 2023 г. - 2058, 2024 г. - 2249, среди принятых больных детей доля аллергических заболевании кожи составило: 446 (18,1%), 337 (16,38%), 299 (13,3%).

Согласно МКБ-10 (2000 г.), учитывая идентичность выявленных иммунологических наращении, наращении со стороны вегетативной нервной системы, генетической предрасположенности и роли IgE в развитии заболевания, экзема, почесуха, нейродермит отнесены к группе атопического дерматита.

Согласно этим данным атопический дерматит по частоте встречаемости среди принимаемых больных занял первое место - 132 (58,15%), 177 (61,67%), 205 (58,74%),

затем токсикодермия - 77 (33,92%), 88 (30,66%), 111 (31,8%), и крапивница –18 (7,9%), 22 (7,66%), 33 (9,45%).

Выводы. Как видно из полученных данных, общее количество аллергических заболевании по частоте встречаемости за эти годы варьирует от 11.1% до 18.1% от общего количества принятых больных детей.

Проанализировав, нужно отметить, что обращаемость количество пациентов с атопическим дерматитом среди аллергических заболевании в последние 3 года выросло с 58%, (2022 г.) до 82% (2024 г).

Махмудова М.М., Мирсаидов У.М.

РАДОНОВАЯ АКТИВНОСТЬ В СЕВЕРНОМ ТАДЖИКИСТАНЕ: ОЦЕНКА РИСКОВ ДЛЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Кафедра детских болезней №1 им. профессора Аминова Х.Д.
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Целью исследования явилась оценка уровней радоновой активности в Северном Таджикистане, особенно в районах, прилегающих к урановым хвостохранилищам.

Методы исследования. Исследование направлено на выявление потенциальных рисков для здоровья населения и разработку рекомендаций по снижению уровня радоновой экспозиции. Оно базируется на данных радонового мониторинга, проведённого с использованием интегральных и мгновенных методов измерения. Применялись твердотельные трековые детекторы на основе аллилдигликолькарбоната (CR-39) для длительного мониторинга, а также радиометры радона типа РРА-01М-03 для мгновенных измерений. Было проведено обследование различных территорий, включая жилые зоны и зоны, непосредственно прилегающие к урановым хвостохранилищам.

Результаты исследования показали значительные колебания уровней радоновой активности в исследуемых регионах. Наиболее высокие значения радоновой активности были зафиксированы вблизи урановых хвостохранилищ. Например, в районе Дигмайского хвостохранилища средняя мощность амбиентной дозы достигала 20 мкЗв/ч, а объёмная активность радона в атмосферном воздухе варьировала от 200 до 1000 Бк/м³. В то же время в жилых районах города Истиклол средняя объёмная активность радона оставалась в пределах установленных норм.

Выводы. Исследование подтверждает наличие повышенных уровней радоновой активности вблизи урановых хвостохранилищ в Северном Таджикистане, что представляет собой потенциальный риск для здоровья населения. Необходимы дальнейшие исследования для оценки долгосрочного воздействия радона на здоровье жителей этих регионов и разработки эффективных мер по снижению уровня радоновой экспозиции. Рекомендуется проведение комплексных мер по рекультивации уранового наследия и улучшению радиационной обстановки в районах, находящихся в непосредственной близости к хвостохранилищам.

Мегедь Е.С., Юлдашев М.А.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ДЖИЗАКСКОЙ ОБЛАСТИ

Ташкентский педиатрический медицинский институт,Узбекистан

Цель исследования. Оценить распространенность АтД среди детей среди школьного возраста Джизакской обдасти с помощью опросника ISAAC и установить факторы риска.

Материалы и методы. Изучение распространенности атопического дерматита среди детей школьного возраста Джизакского региона с использованием адаптированной программы «ISAAC» осуществлено в 2021-2023гг.

Опросники для школьников 1-2 классов заполняли их родители, старшеклассники на вопросы анкеты отвечали самостоятельно.

В последующем проводилось клинико-функциональное, аллергологическое обследование детей, ответивших положительно на вопросы анкеты.

Результаты и обсуждение. Всего по городу Джизак было проанализировано 1128 (35%) анкет, мальчиков – 647 (57,3%), девочек – 481 (42,6%).

Поражения кожи, характерные для АтД, в городе Джизак встречаются в 1,5 и 1,2 раза соответсвенно чаще, чем в других районах.

Частота диагностики АтД у школьников из неблагополучных районов соответственно в 1,4 и 2,2 раза выше, чем у детей из более экологически чистых районов.

Сравнивая уровень симптоматики АтД среди школьников разных районов области, можно отметить, что в районе сильного загрязнения окружающей среды симптомы АтД встречаются в 2,1 раза чаще, чем в менее загрязненном районе.

Анализ результатов эпидемиологических исследований показал, что проявления АтД чаще наблюдаются у детей в районах сильного экологического стресса.

Выводы. Нами установлено, что распространенность АтД зависела от возраста детей. АтД встречался в 2,8 раза чаще у восьмиклассников, чем у первоклассников. Половые различия по распространенности АтД в группе детей 7-8 лет были статистически незначимыми.

Мельникова И.Ю., Буряк В.Н., Шаповалов Е.Г.

ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Кафедра педиатрии и детской кардиологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России. Россия, Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить влияние лечебной минеральной воды с высоким содержанием магния «Зайечицка Горька» (лмв ЗГ) на моторно-эвакуаторную функцию толстой кишки у детей с функциональными нарушениями органов пищеварения (К59.0), в том числе, на выработку рефлекса на утреннюю дефекацию, предложить рациональный режим и оптимальные дозы лмв ЗГ для достижения слабительного эффекта.

Материалы и методы. Изучалось влияние лмв ЗГ на состояние здоровья детей с запорами. В исследовании участвовал 41 ребенок с хроническим запором. Основная группа - 24 ребенка 4–14 лет. Группа сравнения с использованием привычного питьевого режима - 17 детей с запорами, сопоставимых по полу и возрасту. Критерии исключения - органическая патология толстой кишки. Программа исследования включала сбор жалоб, анамнеза, оценку кратности и характера стула, клинический осмотр, копрологическое исследование кала до начала и по завершению курса терапии. Прием рекомендуемой разовой дозы лмв ЗГ из расчета 5 мл/кг массы тела с индивидуальным подбором дозы осуществлялся утром натощак, в обед за 15-30 мин до еды и половиной разовой дозы перед ужином курсом в течение 18-22 дней. Дети обеих групп не получали в ходе исследования лечение, оказывающие влияние на моторику кишечника.

Результаты исследования. Возникновение рефлекса на утреннюю дефекацию отмечалось у 16 (66,7%) детей основной группы к 5-6 дню от начала лмв ЗГ к 10-11 дню у 21(87,5%) ребенка, а к 13-16 дню рефлекс «прием минеральной воды – завтрак – утренняя дефекация» у 24 (100 %) детей и приобретал устойчивый характер. Стул приобретал мягкую консистенцию со свободной безболезненной дефекацией к 6-8 дню начала терапии лмв ЗГ у 19 (79,2%) пациентов основной группы. При оценке по Бристольской шкале стул при исходном 1 типе, после 2 нед. применения лмв ЗГ соответствовал 3 и 4 типам. На фоне приема лмв ЗГ не выявлено побочных эффектов. У детей, не получавших курс лмв ЗГ, изменений в характере стула в течение всего периода наблюдения не было выявлено. Консистенция стула по показателю соотношения на протяжении исследования существенно различалась между группами исследования($p<0,01$).

Выводы. Лечебная минеральная вода «Зайечицка Горька» продемонстрировала высокую терапевтическую эффективность в лечении детей с запорами, в том числе гипомоторной дискинезии толстой кишки. Полученные результаты позволяют рекомендовать использование лмв ЗГ детям, страдающим запорами функционального генеза в качестве слабительного средства в дозе 5 мл на кг массы тела на прием. Проведенные исследования показали, что магнийсодержащая минеральная вода «Зайечицка Горька» является эффективным, безопасным и простым в использовании средством коррекции функциональных запоров у детей и может применяться в амбулаторной практике.

Миноваров А.А., Усманова Г.К., Ходжиахматова Р.Ю.

ВОЗДЕЙСТВИЕ ГЕЛЬМИНТОВ НА ОРГАНИЗМ РЕБЕНКА

Кафедра Основы превентивной медицины АГМИ. Узбекистан.

Цель исследования. Изучить патогенное действие гельминтозов на организм ребёнка. Воздействие гельминтов на организм ребенка весьма многообразно. Поэтому изучение патогенного действия гельминтов имеет важное значение в профилактике заболеваний и ранней диагностике гельминтозов у детей.

Материал и методы. Проведен анализ литературных данных патогенного действия, процессов взаимодействия гельминта и макроорганизма, неспецифические профилактические мероприятия.

Результаты исследования. Патогенное действие гельминтов заключается в следующем: механическое воздействие на слизистые оболочки - приводит к поражениям желудочно-кишечного тракта; токсико-аллергическое воздействие - приводит к формированию астеновегетативного синдрома, отставанию в физическом, умственном и психическом развитии; используют питательные вещества из организма человека- приводит к развитию анемии; способствуют хронизации и удлинению сроков лечения тех заболеваний; нарушают нормальную функцию органов, а иногда и полностью выключает ее; снижают эффективность прививок, не достигается защитный уровень иммунитета при вакцинации и ревакцинации. Диагноз гельминтоза чаще всего ставится в хроническую стадию. Она проявляет себя клинически следующими синдромами: абдоминальный, включая диспепсию; аллергический (сыпи, экземы, бронхос-

пазм, эозинофильные инфильтраты в легких); токсикоз хронический (анорексия, слабость, вялость, полигиповитаминоз, синдром хронической усталости); анемический (чаще железодефицитная анемия). Диагностика гельминтозов проводится на основании клинической картины болезни, а также лабораторных данных — обнаружения яиц, личинок или зрелых гельминтов и их фрагментов в крови, рвотных массах, моче. Острая, или ранняя, фаза инвазии определяется аллергической реакцией организма немедленного или замедленного типа на личинки паразитов, совершающих сложную и продолжительную миграцию в человеческом организме (кровь,печень, легкие, серозные оболочки и др.). Латентная фаза развивается вслед за острой и характеризуется постепенным созреванием юного гельминта в тропной ткани или органе; хроническая фаза гельминтозов отмечается при паразитировании взрослой особи; исходами инвазии (после изгнания или естественной гибели глиста) могут быть как полное выздоровление, так и разнообразные резидуальные явления, приводящие иногда к инвалидности.

Неспецифические профилактические мероприятия обязательно должны включать: формирование здорового образа жизни; соблюдение санитарно-гигиенических навыков в семье, детских учреждениях, больницах (мытье рук после улицы, туалета, каждый ребенок, член семьи должен иметь собственные предметы личной гигиены и т. п.); правильная кулинарная обработка пищи. Большой риск поражения гельминтами при потреблении сырокопченых, свежезамороженных, плохо термически обработанных продуктов. Необходимо тщательно мыть фрукты, овощи, ягоды; употребление только фильтруемой водопроводной или кипяченой воды; предотвращение фекального загрязнения окружающей среды; правильное содержание домашних животных, их обследование на гельминты, дегельминтизация; раннее выявление.

Выводы. Система профилактических мероприятий будет несовершенной без компетентности медицинских работников, их ответственности, высокого профессионализма, а также государственных программ, направленных на предупреждение
и снижение заболеваемости детского населения.

Миноваров А.А., Ходжиахматова Р.Ю., Усманова Г.К.

РОЛЬ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Кафедра Основы превентивной медицины АГМИ. Узбекистан.

Цель исследования: Объяснить значимость профилактики и своевременных профилактических осмотров. Заболевания мочеполовой системы в последнее время значительно увеличились. Поэтому знания о профилактике помогут предотвратить эти заболевания.

Материал и методы: Основываясь на статистических данных и показателях заболеваемости, изучив основные причины заболеваемости органов мочеполовой системы разяснить основные правила профилактики.

Результаты исследования:

• В первую очередь, обязательный профилактический осмотр уролога, дважды в год, даже если ничего не беспокоит. Болезнь проще предотвратить или вылечить на первичных этапах, чем всю жизнь болеть, когда патология перешла в хроническую форму;

• Своевременная диагностика инфекционных заболеваний, которые могут повлиять на мочеполовую систему. Необходимо вовремя лечить простуду и грипп, гайморит, инфекционные заболевания ЖКТ и ангину;

• Соблюдение правил личной гигиены и корректной гигиены половых органов;

• Выбор для ношения качественного белья, которое исключает раздражение и обеспечивает нормальный воздухообмен;

• Избегание переохлаждений, выбор правильной одежды для сырой и холодной погоды;

• Минимизация стрессовых ситуаций, правильное питание на постоянной основе; • Регулярные прогулки, занятия спортом, исключение перенапряжений и переутомлений, соблюдение режима сна;

• Отказ от табакокурения и употребления алкогольных напитков, наркотических средств;

• Соблюдение питьевого режима – потребление чистой воды, минимизация газированных напитков, консервированных соков и пива;

• Упор в течении любого сезона года на поддержание иммунитета для усиления защитного барьера собственного организма;

• Налаженная сексуальная жизнь, ограничение безрассудных связей и случайных контактов, обязательное использование контрацепции и средств собственной защиты;

• Посещение только проверенных салонов красоты, кабинетов по уходу за здоровьем, спортивных залов и бассейнов, где поддерживается гигиена;

• Лечение только у проверенных докторов в больницах и амбулаториях, где соблюдены нормы и протоколы. Госпитальная инфекция мочевых путей является наиболее устойчивой среди общего списка внутрибольничных инфекций, поэтому требуется собственная внимательность в выборе медицинского центра, как и проверка стерильности игл, шприцов, катетеров!

Выводы: Профилактика урологических заболеваний поможет избежать страшных диагнозов, предотвратить развитие болезни в хроническую стадию.

Профилактика складывается из правильного подхода к здоровью, своевременного обращения к врачу и исполнения всех его предписаний, из здорового образа жизни. Только такие меры спасут вас от появления и прогрессирования урологических недугов.

Миноваров А.А., Усманова Г.К., Ходжиахматова Р.Ю.

ПРОФИЛАКТИКА ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Кафедра Основы превентивной медицины АГМИ. Узбекистан.

Цель работы. Улучшение результатов лечения больных мочекаменной болезнью путем изучения экологических факторов, обусловливающих уровень заболеваемости в регионах Узбекистана

Материалы и методы: Впервые в регионах республики проведено ранжирование районов по результатам оценки эпидемиологического (реального) риска заболеваемости, выявлены территории наибольшего риска возникновения нефролитиаза, регионы с наибольшими загрязнениями атмосферного воздуха солевыми аэрозолями и изменения климата. Выявлена и статистически подтверждена причинно - следственная связь между степенью изменений климата, загрязнения атмосферного воздуха и заболеваемостью уролитиазом.

Результаты исследования: Изучены клинико-патогенетические особенности МКБ, разработаны и предложены для внедрения в практику научно-обоснованные меры диагностики, лечения и профилактики МКБ, применительно к конкретным региональным условиям республике Узбекистан.

В республике Узбекистан в исследуемые годы, заболеваемость мочекаменной болезнью имеет динамику роста - 76,5 на 100000 населения в 2000 г., и, соответственно в 2005 году — 256,4, что связано с ростом заболеваемости мочекаменной болезнью и улучшением диагностики. В регионах с повышенной заболеваемостью МКБ установлены: высокая минерализация питьевой воды, значительным техногенным химическим загрязнением и содержащие химические вещества, обладающие нефротоксическим действием (ртуть, свинец, хром и др.), большая техногенная химическая загрязненность атмосферного воздуха, по сравнению с районами меньшей загрязненности (интегральный показатель суммарного загрязнения -3,6 и 1,4 соответственно), почвы (суммарный показатель загрязнения 9,2-17,0 и 6,4-8,6 соответственно), а также неблагоприятные климатические условия (индекс суровости метеорежима - 5,46 и 6,6 соответственно). Сочетания МКБ с опухолью почки и туберкулезом выявлено у 0,6% и 2,4% больных ЗРРП, а по другим регионам этот показатель составил от 0,2% и 1,6% соответственно.

Выводы:

1.Разработать меры по профилактике комплексных биохимическо-хроматографических исследований атмосферного воздуха, воды, почвы позволяют выявить факторы риска возникновения МКБ

2. С целью снижения уровня заболеваемости в регионах с высоким уровнем МКБ необходим комплексный подход, заключающий в себя поэтапное оперативное, консервативное и санаторно-курортное лечение больных, а также уменьшение вредных воздействий окружающей среды.

3. Важным направлением природоохранной деятельности остается сокращение выбросов вредных веществ (окислов серы, азота, углерода, а также озоноразрушающих и других соединений), оказывающих негативное влияние на здоровье населения, вследствие ухудшения климатических условий, качества питьевой воды и почвы.

4. В регионах с повышенным уровнем МКБ необходимо принятие профилактических решений органами власти - разработки регионального плана действий по гигиене окружающей среды районов с наибольшими степенями загрязнения атмосферного воздуха.

5. Подготовлены практические рекомендации по изменению экологических факторов риска возникновения нефроуретеролитиаза, уменьшению влияния вредных факторов выбросов атмосферного воздуха и улучшению качества питьевой воды.

Мирзоева З.Э.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №1 им. профессора Аминова Х.Дж.
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Провести сравнительную оценку жалоб и лабораторных показателей при инфекции мочевых путей у детей.

Материалы и методы. Исследование проводилось в нефрологическом отделении ГУ МК «Истиклол». Обследовано 55 детей в возрасте от 1 года до 14 лет: 36 детей (68,31%) с диагнозом пиелонефрит, из них первичный - у 15 детей (26,5%), вторичный - у 20 (41,1%), 20 детей (33,4%) с диагнозом - инфекция мочевой системы неясного генеза. Вторичный пиелонефрит протекал на фоне гидронефроза, гипоплазии почек, пиелоэктазии, диагностированных инструментальными методами исследования (УЗИ, экскреторная урография).

Результаты исследования. Проведён сравнительный анализ основных симптомов, биохимических показателей, общих анализов крови и мочи. Синдром интоксикации при первичном пиелонефрите был выражен - у 25,1% детей, при вторичном - у 48%, при недифференцированной инфекции мочевой системы составил - 10,5%. Болевой синдром при пиелонефрите отмечался у 28,1% детей, при вторичном - у 25,7%, с преимущественной локализацией болей в околопупочной и в поясничной областях. При недифференцированных инфекциях болевой синдром не наблюдался. Дизурический синдром включал поллакиурию и болезненное мочеиспускание. При первичном пиелонефрите поллакиурия и болезненное мочеиспускание были выражены у 27,1% детей, при вторичном поллакиурия наблюдалась у 20,2% детей, болезненное мочеиспускание - у 8,1%. В ходе исследования общего анализа мочи у всех обследуемых детей была выражена лейкоцитурия разной степени. Бактерирурия была зафиксирована при первичном пиелонефрите у 57,8% детей, при вторичном - у 51%. При недифференцированной инфекции бактериурия составила 18,8%. В посевах мочи на флору наиболее часто наблюдались высевы: E.Coli (33-40%), Enterococcus faecalis, Klebsiella, Proteus, Enterobacter. Протеинурия отмечалась у 7,8% детей с первичным и у 18,6% - со вторичным пиелонефритом. В общем анализе крови нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение СОЭ, анемия. Во всех случаях наличия лейкоцитоза наблюдался

сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Ускоренное СОЭ при первичном пиелонефрите отмечалось у 62,5% детей, при вторичном - у 42,0% и при инфекциях неясной этиологии - у 26%.

Выводы.

1. Наиболее тяжёлое течение наблюдается при вторичном пиелонефрите, приводящее к частому рецидивированию.
2. При вторичном пиелонефрите у детей достоверно чаще был выражен синдром интоксикации.
3. В общем анализе крови при вторичном пиелонефрите достоверно чаще и выше был выявлен лейкоцитоз.

Мирзоева З.Э.

ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра детских болезней №1 им. профессора Аминова Х.Д.
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Дифференциально-диагностический поиск у ребёнка раннего возраста с поражением миокарда.

Материалы и методы. Проведён анализ медицинской документации ребёнка С., наблюдавшейся в течение 4-х лет в кардиологическом отделении ГУ МК «Истиклол».

Результаты исследования. Девочка С., от 5 беременности, протекавшей с явлениями обострения хронического пиелонефрита. Роды 4, физиологические, на сроке 38 недель, при рождении оценка по шкале Апгар 7/8 баллов: с весом 3600 г., рост 52 см. У девочки с рождения отмечается снижение двигательной активности, вялое сосание, тахикардия. На 15 день жизни в тяжёлом состоянии поступила в реанимационное отделение с жалобами со слов родителей на выраженную вялость, срыгивания большим объёмом, самостоятельно не сосёт, ЧДД 86 в минуту, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, крепитирующие хрипы в лёгких, ЧСС 171 в минуту, дующий систолический шум на верхушке и по левому краю грудины, гепатомегалия до +3 см, селезёнка +1,5 см. На рентгенограмме органов грудной полости: сердце шаровидной формы. На ЭХО-КГ выявлены: дилатация ЛЖ, ФВ 66%. Был выставлен предварительный диагноз - врождённый кардит. Ребёнку проведён курс антибактериальной терапии, спиронолактон, каптоприл. На фоне терапии состояние нормализовалось, появился сосательный и глотательный рефлекс, ЧД 51 в минуту, сатурация 97%. Для дальнейшего обследования девочка переведена в кардиологическое отделение ГУ МК «Истиклол». Повторная ЭХО-КГ показала дилатацию левых отделов сердца, ФВ - 38%, недостаточность митрального клапана 2 степени. Проведена была соответствующая терапия. После лечения при объективном обследовании общее состояние удовлетворительное. Контактна, эмоциональна, охотно общается. Кожные покровы бледно-розовые, акроцианоза нет. Подкожная клетчатка развита достаточно, распределена равномерно. Форма грудной клетки не изменена. Перкуторно над лёгкими ясный лёгочный звук. При аускультации лёгких выслушивается пуэрильное дыхание, проводится равномерно по всем отделам лёгких, хрипов нет. ЧДД 21 в минуту. Перкуторные границы относительной тупости сердца не расширены. Аускультативно: тоны сердца громкие, ритмичные. Пульс в покое - 105 ударов в минуту. Печень пальпаторно у края правой рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется.

Выводы. Дифференциальная диагностика поражений миокарда в раннем детском возрасте затруднена из-за схожести клиники и показателей инструментально-лабораторных методов обследования. Данный клинический случай показал, что необходимо тщательно подходить к анамнезу, течению беременности, особенно на фоне обострения хронических заболеваний и дальнейшему обследованию детей.

Музаффаров Ш.С., Исмоилов К.И.

ЗНАЧИМОСТЬ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Изучить активности антиоксидантной защиты организма и оптимизация лечение антиоксидантными препаратами новорожденных детей с специфическими врожденными инфекциями.

Материал и методы исследования. На базе отделения патологии новорожденных ГУ НМЦ РТ - «Шифобахш» было изучено состояние антиоксидантной защиты и эффективность антиоксидантной терапии при врожденной цитомегаловирусной, герпетической, хламидийной и токсоплазменной инфекциях у новорожденных детей. Под наблюдением находились 80 новорожденных с специфическими внутриутробными инфекциями. В зависимости от течения инфекций все дети были разделены на две группы. Первую группу составили 48 доношенных новорожденных с тяжелым течением различных видов внутриутробных инфекций. Во вторую группу вошли 32 поздних недоношенных ребенка с тяжелым течением внутриутробных инфекций. Для определения антиоксидантного статуса в сыворотке крови исследовали уровень супероксиддисмутазы, аскорбиновой кислоты и сиаловых кислот.

Результаты и их обсуждения. У наблюдаемых детей отмечались одышка (80%), цианоз носогубного треугольника (74%), серо-бледный оттенок кожи (48%), выраженный акроцианоз (42%), холодные на ощупь конечности (38%), участие вспомогательной мускулатуры грудной клетки и крыльев носа в акте дыхания (36%), втяжение межрёберных промежутков при вдохе (32%) и выдохе (29%), вздутие живота (24%) и снижение оксигенации кожных покровов при пульсоксиметрии (21%). У детей первой группы отмечалось значительное снижение уровня супероксиддисмутазы (9,1±0,02) по сравнению с аналогичным показателем у детей контрольной группы (16,5±0,5). Содержание аскорбиновой кислоты (25,7±0,7) в этих группах также было снижено по сравнению с аналогичными показателями у детей контрольной группы (55,3±2,0). При этом концентрация сиаловых кислот (3,1±0,01) у данной группы имела тенденцию к

повышению по сравнению с показателями детей контрольной группы (1,8±0,01). У детей второй группы было выявлено значительное снижение среднего показателя супероксиддисмутазы (6,1±0,04) и аскорбиновой кислоты (17,1±0,03), по сравнению с аналогичными показателями детей контрольной и первой группы (16,5±0,5; 9,1±0,02 и 25,7±0,7; 55,3±2,0 соответственно, p<0,01). Показатели сиаловых кислот у детей с тяжелым течением внутриутробных инфекций были значимо ниже, по сравнению с таковыми у детей контрольной и первой группы (1,8±0,01; 3,1±0,01, p<0,01). Для устранения дыхательной недостаточности и гипоксии детям был назначен увлажненный кислород с помощью лицевых масок (для детей первой группы) и носовых канюль (для детей второй группы). Наряду с традиционной антибактериальной (азитромицин), противовирусной (ацикловир, НеоЦитотект) и иммуномодулирующей (Виферон-1) терапией всем новорожденным детям была назначена аскорбиновая кислота из расчета 75 мг/кг в сутки на 10%-ом растворе глюкозы, внутривенно, капельно. Кроме того, в обеих группах детям была назначена антиоксидантная терапия цитофлавином. Препарат вводили согласно инструкции, из расчета 2 мл/кг в сутки в 10% растворе глюкозы, внутривенной капельной инфузией. После назначения этих препаратов показатели супероксиддисмутазы, сиаловых кислот и аскорбиновой кислоты в сыворотке крови нормализовались. Было отмечено улучшение состояния больных, уменьшение дыхательных нарушений и снижение потребности в кислороде у обеих групп детей.

Выводы. На фоне специфических внутриутробных инфекций в обследуемых группах детей были выявлены нарушения в антиоксидантной системе, особенно у поздних недоношенных. Использование аскорбиновой кислоты и цитофлавина способствовало нормализации показателей антиоксидантной защиты организма, что выразилось как клинически, так и лабораторно в показателях супероксиддисмутазы и сиаловых кислот.

Муминов Р.Д., Абдурахманов К.Х., Назаркулова Ш.У.

ОСОБЕННОСТИ РЕСПИРАТОРНОЙ И КОЖНОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ ТАКТИКА ВВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ

Гулистанский государственный университет

Цель исследования – описать особенности клинического течения респираторной и кожной аллергии, этиологическую структуру и определить тактику введения этих пациентов.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 39 детей с бронхиальной астмой (БА) в сочетании с атопическим дерматитом (АтД). Все дети были на стационарном лечении в Областном детском многопрофильном медицинском центре Сырдарьинской области, которое является нашей учебной базой.

Возраст составлял от 1,5 до 3-х лет. Всем пациентам проводилось аллергологическое обследование, включающее определение специфических IgE антител хемолюминистцентным методом (MAST).

Результаты исследования. У всех детей выявлена поливалентная аллергия к пищевым и непищевым аллергенам.

У большинства больных (84,0%) пищевая аллергия, явилась причиной возникновения и обострения воспалительных изменений на коже, а у 12,0% детей – приступа БА.

Сенсибилизация к аллергенам домашней пыли и клещей Dermatophagoides pteronissinus и Dermatophagoides farinay 46,0% детей вызывала обострение как респираторной, так и кожной аллергии.

У 30,0% больных прослеживалась связь обострения респираторной и кожной аллергией с аллергией к плесневым грибам (Alternaria, Candida, Aspergillus). При сенсибилизации к грибковым аллергенам наблюдалось более тяжелое течение БА и АтД.

Пыльцевая аллергия диагностирована у 53,0% детей и в большинстве случаев была причиной обострения БА.

Аллергия к шерсти домашних животных проявлялась обострением БА. Отмечена четкая связь обострений АтД при контакте с котом/кошкой.

У них выявлялись высокие sIgE антитела к аллергенам кошки. ОРВИ у большинства детей обострение БА, в некоторых случаях – АтД.

У всех детей было тяжелое, непрерывно рецидивирующее течение болезни, с поочередным обострением респираторной или кожной аллергией, короткие ремиссии.

Характерно развитие резистентных к традиционной терапии форм БА и АтД. Для повышения эффективности и преодоления резистентности к традиционной терапии использовался комплексный персонализированный подход.

Выводы. Для детей с БА и АтД характерно поливалентная аллергия, тяжелое течение, короткие ремиссии, подбор индивидуального лечения, направленного на достижение контроля над симптомами болезни.

Мусаева А.Г., Абдураимова Л.М., Нематходжаева Г.Ж.

НЕОНАТАЛЬНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ И ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ: НЕОБХОДИМОСТЬ УНИФИКАЦИИ ОПРЕДЕЛЕНИЙ И КЛАССИФИКАЦИЙ

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

.

Цель исследования. Обобщить существующие подходы к определению и классификации неонатальной энцефалопатии (НЭ) и гипоксически-ишемической энцефалопатии (ГИЭ), а также предложить методы для разработки согласованных определений и подклассификаций.

Материалы и методы. Целевая группа Американских колледжей акушерства, гинекологии и педиатрии (ACOG-AAP) предложила определение ГИЭ как ретроспективно установленного диагноза. В соответствии с их рекомендациями, НЭ следует классифицировать на основе истории родов, результатов магнитно-резонансной томографии (МРТ), признаков полиорганной дисфункции и отсутствии альтернативных диагнозов. Классификация включает нео-

натальные признаки, такие как низкая оценка по шкале Апгар, ацидемия в пуповинной крови, признаки острого повреждения головного мозга на МРТ и наличие полиорганной дисфункции. Pediatric Research (2023) 94:1860–1863; https://doi.org/10.1038/ s41390-023-02775-z

Результаты исследования. Обнаружены значительные расхождения в определении и классификации НЭ и ГИЭ в различных исследованиях и клинической практике. Рекомендации ACOG-AAP акцентируют внимание на серьёзных случаях ГИЭ, что может исключать умеренные случаи с ацидозом. Анализ показал необходимость более детального подхода к классификации, включая неонатальные признаки и факторы риска, такие как патология плаценты.

Выводы. Необходимость в унифицированных определениях и подклассификациях НЭ и ГИЭ очевидна для улучшения диагностики, клинических исследований и разработки методов лечения. Рекомендуется использовать подход Delphi для достижения международного консенсуса. Согласование терминологии и классификаций позволит повысить качество ухода за новорождёнными и поддержать семьи, обеспечивая более точное информирование о прогнозе и лечении.

Мусаева А.Г., Абдураимова Л.М., Нематходжаева Г.Ж.

Bifidobacterium infantis ПРОБИОТИК ДЛЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР И МЕТА-АНАЛИЗ

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

Цель исследования состоит в сравнительном анализе эффективности пробиотиков, содержащих B. infantis, и пробиотиков, не содержащих этот штамм, в снижении риска развития некротического энтероколита (NEC), позднего сепсиса (LOS) и смертности у недоношенных детей. *Педиатрические исследования (2023) 94: 1887-1905; https://doi.org/10.1038/s41390-023-02716-w*

Материалы и методы. Проведён систематический обзор и мета-анализ рандомизированных контролируемых испытаний (РКИ), включающих недоношенных детей и/или младенцев с низкой массой тела при рождении. Были включены исследования, сравнивающие пробиотики с плацебо или отсутствием лечения. Подгруппы анализировались отдельно для пробиотиков, содержащих B. infantis (подгруппа A) и пробиотики без этого штамма (подгруппа B).

Результаты исследования. Из 67 РКИ (n = 14 606) 16 использовали пробиотики с B. infantis (подгруппа A), и 51 исследование использовали пробиотики без B. infantis (подгруппа B). Мета-анализ всех РКИ показал снижение риска NEC, LOS и смертности при применении пробиотиков. Анализ подгрупп выявил более значительное снижение частоты NEC в подгруппе A (относительный риск: 0,38; 95% ДИ 0,27-0,55) по сравнению с подгруппой B (0,67; 95% ДИ 0,55-0,81), с p-значением для различий в подгруппах, равным 0,01.

Выводы. Результаты косвенно указывают на то, что пробиотики, содержащие B. infantis, могут быть более эффективными для предотвращения NEC у недоношенных детей по сравнению с пробиотиками, не содержащими этот штамм. Однако необходимы дополнительные хорошо спланированные РКИ для подтверждения этих данных и оценки безопасности B. infantis у недоношенных детей. Результаты подчёркивают потенциальное преимущество B. infantis в профилактике некротического энтероколита, что может повлиять на будущие исследования и клиническую практику. Однако результаты следует интерпретировать с осторожностью, поскольку в некоторых исследованиях использовались комбинации пробиотических штаммов, что усложняет определение вклада именно B. infantis.

Мусаева А.Г., Абдураимова Л.М., Нематходжаева Г.Ж.

ДОСТИЖЕНИЯ В ОБЛАСТИ НЕОНАТАЛЬНОЙ КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ

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

Цель исследования. Изучить достижения в области клеточной терапии, полученной из пуповинной крови (ПКК), в лечении неонатальных заболеваний, а также проанализировать результаты первого Симпозиума по неонатальной клеточной терапии (2022).

Материалы и методы. На симпозиуме были представлены результаты 12 клинических исследований фазы I/II, которые исследовали применение ПКК в лечении гипоксически-ишемической энцефалопатии (ГИЭ) и бронхолёгочной дисплазии (БЛД). Использовались доклинические модели для оценки нейропротекторного действия клеток ПКК, а также для изучения их влияния на сердечнососудистые патологии, такие как синдром гипопластического поражения левых отделов сердца (HLHS).

Результаты исследования. Клинические исследования подтвердили безопасность применения клеток ПКК, демонстрируя положительное влияние на функциональные исходы у новорождённых с HIE и БЛД. Результаты доклинических испытаний показали, что клетки ПКК уменьшают нейровоспаление и апоптоз, способствуя улучшению состояния мозга. Клеточная терапия также продемонстрировала потенциал в лечении врождённых пороков сердца, что требует дальнейшего изучения.

Выводы. Клинические исследования подтвердили безопасность применения клеток ПКК, демонстрируя положительное влияние на функциональные исходы у новорождённых с ГИЭ и БЛД. Результаты доклинических испытаний показали, что клетки ПКК уменьшают нейровоспаление и апоптоз, способствуя улучшению состояния мозга. Клеточная терапия также продемонстрировала потенциал в лечении врождённых пороков сердца, что требует дальнейшего изучения.

Мухаммаднабиева Ф.А., Исмаилов К.И., Табаров М.С., Ходжаева Н.Н.

ДЕЭНДОТЕЛИЗАЦИЯ СОСУДОВ ПРИ АГРЕССИВНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ

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

Цель исследования. Изучить генез деэндотелизации сосудов при остром лейкозе у детей.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 43 ребёнка в возрасте от 3 до 14 лет. Контрольную группу составили 5 здоровых детей, приближенных к исследуемым группам по возрасту и полу. Комплексное исследование включало в себя общеклиническое и лабораторное обследование и исследованием циркулирующих эндотелиальных клеток (ЦЭК).

Результаты исследования. Проведённое нами исследование крови детей с острым лейкозом, которым была назначена иммунодепрессивная терапия, при этом количество ЦЭК в отличие от исходного уровня снижалось одновременно с форменными элементами крови, и сопровождалось глубокой цитопенией в процессе и после окончания курса лечения, что было связано с длительным воздействием химиопрепаратов на эндотелий сосудов и возрастало уже через месяц после проведенной терапии и в стадии ремиссии болезни. Сопоставимый анализ численных изменений циркулирующих эндотелиальных клеток в периферической крови больных детей с острым лейкозом указывает на степень поврежденности интимы сосудов – эндотелия в зависимости от введенных нами схем иммунодепрессивной терапии. Значительный подъем ЦЭК наблюдался у пятерых пациентов, в терминальной стадии до начала лечения, получавших химиотерапию. Тенденция к снижению циркулирующих эндотелиальных клеток наблюдалась в период выраженного истощения форменных элементов крови после проведённой химиотерапии. В процессе лечения, ремиссии, а также в терминальный стадии количество ЦЭК у всех больных детей в периферической крови снижалось, но сохранялось выше референсных значений, которые были в дебюте заболевания до поступления в стационар.

Выводы. Полученные нами результаты говорят о тотальной деэндотелизации интимы сосудов в процессе иммунодепрессивной терапии. Данные проведенного исследования указывают на высокий уровень повреждения сосудистого эндотелия до начала и в период применения иммунодепрессивной терапии, что приводит к повышению ЦЭК у больных детей с острчм лейкозом и раскрывает представления о развитии сосудистой патологии.

Мухаммаднабиева Ф.А., Табаров М.С., Давлатова С.Н., Джумаева Л.Ф.

НАРУШЕНИЕ СВЁРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ

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

Цель исследования: выявить нарушение в свёртывающей системе крови у детей с острым лейкозом.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 81 детей в возрасте от 3 до 14 лет. Дети были разделаны на 2-группы. Первую группу составили 51 ребенка впервые выявленным с острым лейкозом; во вторую в группу вошли 30 детей с рецидивом болезни. Контрольную группу составили 25 здоровых детей, приближенных к исследуемым группам по возрасту и полу. Комплексное исследование включало в себя общеклиническое и лабораторное обследование.

Результаты исследования. свертываемости при опухолевых заболеваниях системы крови обусловлены самой неоплазией.Геморрагический синдром отсутствовал у 8% детей острым лимфобластном лейкозе. В 15% случаев геморрагический синдром был основным фактором, который привел к гибели пациентов из-за массивных кровотечений и кровоизлияний, так самая частая причина гибели пациентов с острым лейкозом - апоплексический удар, легочное кровотечение. По нашим данным и данных зарубежных источников, такое явление связана с несколькими обстоятельствами. Первое, что ведет 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. Возникновение геморрагического синдрома при острых лейкозах - сложный вопрос, так как имеет прямую связь с самим опухолевым процессом, лечением и осложнениями.В первой стадии болезни и после лечения они вызваны активацией внутрисосудистого свертывания крови с умеренной и высокой тромбоцитопенией. В начале заболевания геморрагический синдром был вызван тромбоцитопенией, а в ходе проведения химиотерапии и использованием факторов свертывания крови и становлением синдрома дессименированного внутрисосудистого свертывания. Учитывая вышеизложенное, необходимо изучать воздействие нарушения системы гемостаза на развитие геморрагического синдрома у пациентов с острым лейкозом.

Мухаммаднабиева Ф.А., Исмаилов К.И., Табаров М.С., Курбонов Н.М.

ТРИГГЕР ПОВРЕЖЕНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ ПРИ ЖЁСТКОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ

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

Цель исследования. Изучить триггера повреждения эндотелия сосудов у детей, которые подвергаются жесткой полихимиотерапии в результате лечения с острым миелолейкозом.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 22 ребёнка в возрасте от 3 до 14 лет. Контрольную группу составили 15 здоровых детей, приближенных к исследуемым группам по возрасту и полу. Комплексное исследование включало в себя общеклиническое и лабораторное обследование.

Результаты исследования. Проведённое нами исследование крови детей с острым миелобластном лейкозом, которым была назначена иммунодепрессивная терапия препаратами Цитазар и Рубомицин по схеме «7+3» констатировало, что количество ЦЭК в отличие от исходного уровня снижалось одновременно с форменными элементами крови, и сопровождалось глубокой цитопенией в процессе и после окончания курса лечения в течении 20 дней, что было связано с длительным воздействием химиопрепаратов на эндотелий сосудов и возрастало уже через месяц после проведенной терапии и в стадии ремиссии болезни. Сопоставимый анализ численных изменений циркулирующих эндотелиальных клеток в периферической крови больных детей с острым лейкозом указывает на степень поврежденности интимы сосудов – эндотелия в зависимости от введенных нами схем иммунодепрессивной терапии. Значительный подъем ЦЭК наблюдался у пятерых пациентов, в терминальной стадии до начала лечения, получавших химиотерапию по схеме "7+3" (в 5 и 14 раз соответственно).

Выводы. Полученные нами результаты говорят о тотальной деэндотелизации интимы сосудов в процессе иммунодепрессивной терапии. Подключение в схему лечения Рубомицина существенно повышает риск нарушения интимы сосудов, что коррелирует с приведёнными ранее результатами нашего исследования у 45 пациентов исследуемой группы in vitro. Данные проведенного исследования указывают на высокий уровень повреждения сосудистого эндотелия до начала и в период применения иммунодепрессивной терапии, что приводит к повышению ЦЭК у больных детей с миелолейкозом и раскрывает представления о развитии сосудистой патологии.

Наврузкулова Ш.Ф.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №1 им. профессора Аминова Х.Дж.
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Оценить течение восстановительного периода у детей разного возраста с черепно-мозговой травмой.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГУ МК «Истиклол» в отделении неврологии. Под наблюдением находились 15 новорождённых детей. Все обследуемые были в возрасте от 1 месяца до 3 лет. Им проводились нейросонография и МРТ головы.

Результаты исследования. Чаще всего дети травмировались при рождении (54%), а также после рождения - 18%. У детей наблюдались закрытые черепно-мозговые травмы (ЗЧМТ) (86%) и открытые черепно-мозговые травмы (ОЧМТ) - (2%). Среди клинических форм ЧМТ встречались: сотрясение головного мозга (34%) и ушиб головного мозга, когда его роняли или он падал с определённой высоты (56%). Часто наблюдалось сочетание ушиба головного мозга с гематомой (39%). При сотрясении головного мозга чаще наблюдались рвота (54%) и головная боль (41%). При ушибе головного мозга на первое место выступала рвота (23%), на второе - вялость и сонливость (15%). Для детей младшего возраста была более характерна яркая общая симптоматика (вялость, сонливость, капризность), независимо от характера повреждения. Все дети находились на консервативном лечении и были выписаны из стационара с улучшением. Сроки пребывания детей в стационаре в среднем составили 7,1±2,2 дня. В младшем возрасте количество мальчиков и девочек, получивших травму, было равным, после трёх лет, среди получивших данную травму, количественно преобладали мальчики. Наиболее часто среди повреждений встречалось сотрясение головного мозга - 64%, на втором месте - ушиб головного мозга (26%), на третьем - сочетание ушиба головного мозга и перелома костей черепа (2%).

Выводы. У детей черепно-мозговая травма чаще возникает в быту. Необходимо проводить с родителями беседы по поводу травм и ушибов головного мозга, так последствия могут быть удручительными, особенно в пубертатный период.

Назарова З.С.,Саидмурадова Г.М.,Исоева М.Ф.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОРИ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ВСПЫШКИ

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Целью исследования. явилось изучение клинической характеристики кори у детей.

Материалы и методы. Из числа госпитализированных больных с корью (391) под наблюдением находились 48 (12,2%) больных детей с корью, госпитализированные в инфекционные отделения ГУ «ГМЦ» №1 г. Душанбе имени Карима Ахмедова. Диагноз кори был выставлен на основании эпидемиологических данных, клинических признаков заболевания и серологических методов.

Результаты исследования. Возрастная структура детей с корью показала, что заболевание относительно чаще отмечалось у детей раннего возраста 22 (45,8%), чем у детей от 3-х до 7 –ми лет 14 (29,2%) и у детей старшего возраста 12(25,0%). Из числа детей до 7 лет, детей до года было 12 (25,0%).

Среди детей непривитых было больше 26 (54,1) соответственно, чем привитых 22 (45,8%), причём 12 (25,0%) детей в возрасте от 2-х месяцев до одного года не получили вакцинацию от кори по возрасту.

Исследование клинической характеристики коревых больных показало, что у большинства детей грудного возраста 10 (20,8%) заболевание имело своеобразное атипичное течение, с коротким (до 7-8 дней) инкубационным периодом, отсутствием интоксикации и катара верхних дыхательных путей в начале болезни у 9(18,7%) и нарушением этапности и укорочением до двух суток времени высыпания, причём пятнисто-папулезная сыпь в первые дни появлялась на туловище и позже переходила на лицо, а также на местах высыпания отмечалось обильное шелушение. В период высыпания у всех детей грудного возраста отмечалась диарея, у 9(18,75%) пневмония, у 4(8,3%) ларинготрахеит, у 3(6,25%) детей бронхит. У большинства 8(16,6%) детей температура тела была стабильно высокой, в 3(6,25%) случаях отмечена

фебрильная лихорадка 38,5-39^{0}С, а у 10(20,8%) больных отмечено отсутствие интоксикации.

У детей от года до 3-х лет часто 10(20,8%) отмечались ранние осложнения со стороны ЦНС, причём в виде нейротоксикоза с превалированием энцефалита у 7 (14,5%). Клиника менингоэнцефалита с проявлениям менигеальных симтомов и потерей сознания отмечено у 3 (6,25%) детей, энтероколита сопровождающийся тяжёлой степенью обезвоживания у 8(17,7%) детей. У 7(14,5%) детей с корью и тяжёлым нарушением питания диагностированы афтозно-язвенные стоматиты. В начале заболевания у 7 (14,5%) детей от 1-3 летвыявлена субфебрильная, у 5 (10,4%) детей фебрильная и высокая лихорадка, причём у 8 (16,6%) из них продромальный период был коротким (до 2 — 3 дней), со слабо выраженными катаральными симптомами, а с продолжением до 5 — 7 дней у 2 (4,1%) детей. Патогномоничный симптом кори в виде пятен Бельского—Филатова—Коплика на слизистой губ и щёк отмечен у большинства 18 (37,5%) детей до 3-х летного возраста. В периоде угасания сыпи у 19 (39,5%) детей оставалась пигментация, которая имела строгую этапность и сохранялась 7 — 15 дней, а у 6(12,5%) детей отмечалось шелушение.

Выводы.В сезон очередной эпидемической вспышки заболевания, клиническая характеристика кори показала, что заболевание у детей первогогода и раннего возраста (45,8%) имело атипичное проявление с сокращением продолжительности периодов болезни, стёртостью клинических проявлений, но в результате раннего присоединения осложнений в виде пневмония у (19%), энтероколит (42%), нейротоксикоза с превалированием судорожного синдрома (8,3%), энцефалита (14,5%), менингоэнцефалита (6,25%) заболевание протекало тяжело.

Назарова З.С., СаидмурадоваГ.М., Комилов И.А.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ОСЛОЖНЕНИЯ КОРИ У ВЗРОСЛЫХ

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Целью исследования. Изучение явилось клинической характеристики кори у взрослых в период эпидемической вспышки в республике Таджикистан.

Материалы и методы. Из числа госпитализированных больных с корью (391) под наблюдением находились 66 (17%) больных с корью, госпитализированные в инфекционные отделения ГУ «ГМЦ» №1 г. Душанбе имени Карима Ахмедова. Диагноз кори был выставлен на основании эпидемиологических данных, клинических признаков заболевания и серологических методов.

Результаты исследования: Среди госпитализированных больных с корью(66), детей было 48 (72,7%), а взрослых 18(27,8%). Среди детей и взрослых непривитых было больше 35 (72,%) и 15(83,3%) соответственно, чем привитых 13(27,1%) и 3(16,7%). Из анамнеза большинства 32 (64%) непривитых больных причины не проведенных вакцинаций не было выяснено.

Из числа взрослых с корью, большинство 17 (94,4%) составили больные до 35 лет и лишь 1((5,6%) больной был в возрасте 45 лет. Заболевание у взрослых протекала типично с продолжительностью инкубационного периода от 8 до 17 дней (в среднем 9-14 дней), катарального периода от 3 до 5 дней с наличием белесоватых пятен Бельского Филатова Коплика. В этом периоде все взрослые жаловались на общую слабость и ломоту в теле, насморк с обильными выделениями из носа, 8(44,4%) больных на высокую лихорадку до 38,5-39,5^0 С, сильную головную боль, мучительный сухой кашель, боль в горле при глотании. Высыпания специфической пятнисто-папулёзной сыпи имели строгую периодичность, этапность, начинались с лица, шеи, распространяясь по всему туловищу и заканчивалась пигментацией. В остром периоде у 6(33,3%) взрослых имеющиеся хронические заболевания ЖКТ в виде гастрита, холецистита, колита, отмечались кишечная диспепсии и диарея.

Следует отметить, что у большинства 15 (83,3%) взрослых с корью заболевание протекало в средне-тяжёлой форме, и только у 3 (16,7%) в тяжёлой форме. Зачастую осложнения отмечались в периоде пигментации в виде поздних осложнений, по причине присоединения вторичной бактериальной инфекции. Осложнения со стороны органов дыхания в виде бронхита проявлялись у 13(72,2%) больных, ларингита у 3 (16,7%) и только у 2 (11,1%) в виде пневмонии.

Кроме того, в периоде пигментации у 5(27,8%) взрослых отмечены поздние осложнения в виде поражение глаз. На фоне проходящей инфекции у 4(22,2%) больных развился конъюнктивит в виде выраженной язвы роговицы, у 1 (5,5%) больного 32 лет диагностирован кератит, что в последующем привело к слепоте и инвалидности.

Выводы. Таким образом, в сезон очередной эпидемической вспышки заболевания, клиническая характеристика кори показала, что заболевание у взрослых корь протекала типично с превалированием поздних осложнений в виде энтероколита 57,1%, с признаками тяжелой дегидратации (62,5%), пневмоний (58,3%), ларингитов (50%), а у 27,8% взрослых с поражением глаз в виде выраженной язвы роговицы (22,2%) и кератита (5,5%), что в последующем привело к слепоте и инвалидности.

Назарова З.С., Саидмурадова Г.М., Юсупов А.О.,

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ИСХОДЫ СКАРЛАТИНЫ У ДЕТЕЙ

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

Цель. Изучение клинического течения и осложнениясскарлатины у детей.

Материал и методы. Из числа госпитализированных больных с скарлатиной под наблюдением находились 40 больных, госпитализированные в инфекционные отделения ГУ «ГМЦ» №1 г. Душанбе имени Карима Ахмедова. Диагноз скарлатины был выставлен на основании эпидемиологических данных, клинических признаков заболевания, который у детей протекало с типичной мелкоточечной сыпью на коже, наличием ангины, лимфаденитом и высокой температуры.

Результаты исследования. Среди госпитализированных больных с скарлатиной(40), мальчиков составляло 22 (55%), а девочек 18(45%). Среди детей с скарлатиной заболевание отмечалось у детей до 0-1 года-4 (10%), от 1-3

лет-9 (22,5%),у детей от 4-х до 7 –ми лет- 17 (42,5%) и детей старшего возраста 7-18 лет- 10(25,0%). Осложнения в виде нефрита отмечено у 12(30%) детей, пневмония у 7(17,5%) с дыхательной недостаточностью у 4(10,0%), токсический миокардит у 10(25,0%), афтозный стоматит у 4(10,0%),менингит у 1(2,5%), гепатит у 1(2,5%), ДВС-синдром у 2(5%), ИТШ у 1 (2,5%) ребёнка в возрасте 3-х лет, который привело к летальному исходу. Большинство детей 25(62,5%) состояние при поступление была тяжелое и у 12(30%) средней тяжести. А у 3-х (7,5%) детей, состояние при поступление была крайне тяжелое, который привело к тяжелым осложнения и в результате у одного пациента была летальный исход. Повышение температуры, который является одним из основных симптомом скарлатины, у 14(35%) детей была субфебрильная, у 7 (17,5%) фебрильная лихорадка, а у 19 (47,5%) стабильная температура. Патогномоничный симптом скарлатины в виде малиновый язык, ангина, симптом Филатова, лимфаденит, мелкоточечный сыпь, шелушение отмечены были у всех детей 40 (100%).Течение скарлатины у детей от 0 до 1года часто 4 (10%) имело атипичный характер, с малым симптомом интоксикации и невысокой температуры. Скарлатина у детей от 4-7лет (42,5%) и младшего школьного возраста протекало типично, с выраженными симптомами интоксикации, высокой температуры и наличием мелкоточечной сыпью на гиперемированном фоне кожи.Заболевание у детей старшего возраста протекала типично с продолжительностью инкубационного периода от 2 до 7 дней, с наличием малинового языка, мелкоточечной сыпью, бледность носогубного треугольника и шелушением. При лабораторном исследовании у детей в общем анализе крови отмечались лейкоцитоз, нейтрофилёз со сдвигом лейкоцитарной формулы, ускоренное СОЭ.

Выводы. Таким образом, **с**карлатина у детей первого года и раннего возраста имело осложнений в виде пневмония у4(10%) с дыхательной недостаточностью у 2(5%) детей, нефрит у 5(12,5%), токсический миокардиту 4 (10%), а также ИТШ и ДВС-синдром у 1(2,5%) ребёнка, который привело к летальному исходу. У детей от 4-7 лет и дети старшего возраста скарлатина протекала типично с осложнением в виде пневмония у 3(7,5%)с дыхательной недостаточностью у 2(5%) детей, нефрит у 7(17,5%), токсический миокардит у 6(15%), а у 1(2,5%) ребёнка в возрасте 9-лет отмечалось осложнение в виде токсический менингит, токсический гепатит и ДВС-синдром.

Насридинова Н.Н.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У НОВОРОЖДЁННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ

Кафедра детских болезней №1 им. профессора Аминова Х.Д.ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Определить заболеваемость у недоношенных новорождённых с экстремально низкой и очень низкой массой тела.

Материалы и методы. Обследованы 67 детей, получавших лечение в отделении реанимации РО ГУ МК «Истиклол». Гестационный возраст - от 27 до 33 недель, масса тела - от 800 до 1900. Детей с внутриутробной инфекцией было выявлено - 39 (58,2%), с внутриутробным сепсисом - 19 (28,3%), и 11 (16,4%) детей - с инфекцией неизвестного генеза.

Результаты исследования. Нами не выявлено значимых различий уровней провоспалительных маркеров в 1-е сутки жизни в группах наблюдения с учётом массы тела. Установлены статистически значимо ($p < 0,05$) более высокие уровни клеточного иммунитета (CD 3, CD4), СРБ (+++), увеличение лейкоцитов и СОЭ у пациентов с воспалительными заболеваниями. На 3-7-е сутки жизни содержание РСТ недоношенных с ЭНМТ было достоверно выше, чем у пациентов с других групп. Различий концентрации клеточного иммунитета и СРБ на 3-7-е сутки между тремя группами не обнаружено. Среди обследованных недоношенных с воспалительными заболеваниями и без инфекционной патологии уровни иммунитета на 3-7-е сутки не различались. Показатели СРБ и РСТ были выше у инфицированных новорождённых.

Выводы. Масса тела недоношенных детей не оказывала значимого влияния на воспалительные состояния в первые сутки жизни. Полученные данные свидетельствуют о статистически значимых различиях у новорождённых с инфекционно-воспалительными заболеваниями.

Насридинова Н.Н.

ОЦЕНКА ДЕТЕЙ, РОЖДЁННЫХ С НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Кафедра детских болезней №1 им. профессора Аминова Х.Дж. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Сравнительная оценка морфофункциональной зрелости и физического развития детей, рождённых с низкой и экстремально низкой массой тела.

Материалы и методы. С 2018 по 2023 годы нами было обследовано 210 детей со сроком гестации 26-35 недель и весом от 850 г до 1,5 кг. В 2018 году проведён катамнез 100 детей в возрасте от 2 до 3 лет. В рамках исследования использовались: шкала определения зрелости по шкале Ballard.

Результаты исследования. Все женщины (90%) имели отягощённый акушерско-гинекологический, соматический анамнез. Было выявлено, что 45% детей соответствуют гестационному возрасту, 3% опережали морфофункциональное развитие, из них опережали на 1 неделю 35,5%, на 3 и 4 недели - по 18,5%. В 51% случаев была выявлена морфофункциональная незрелость. У большинства детей (27,5%) отмечалось незначительное отставание - на 1-2 недели, у 18,0% детей - на 3-4 недели, отставание более 1,5 месяцев отмечалось у 7% детей. При оценке физического развития 44% детей соответствовали сроку гестации, 2,5% - были большими к сроку гестации. Из 100 детей с морфофункциональной незрелостью всего 25 детей имели задержку внутриутробного развития. Выявлена корреляционная взаимосвязь степеней тяжести ЗВУР с неделями отставания морфофункционального развития. Морфофункциональная незрелость коррелировала с такими заболеваниями как анемия, ожирение, врождённые пороки сердца, и др. При катамнезе детей показатели физического развития 74,3% недоношенных детей к 3-м годам укладывались в «средние

величины». Половина детей (55%) к 2-м годам полностью соответствовали должному уровню нервно-психического развития и только 27% - имели глубокую задержку.

Выводы. Все дети, рождённые раньше срока гестации, в анамнезе их матери имели отягощённый акушерско-гинекологический и соматический анамнезы.

Нематходжаева Г.Ж., Абдураимова Л.М., Мусаева А.Г.

ВИДЕОЗАПИСЬ В НЕОНАТОЛОГИИ: НЕОБХОДИМОСТЬ ОБЪЕКТИВНЫХ МЕР И СОТРУДНИЧЕСТВА

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

Цель исследования. Разработка и внедрение межпрофессиональной программы видеообзора неонатальных процедур для выявления областей, требующих улучшения и повышения качества медицинских услуг.

Материалы и методы. Продолжительность исследования**:** 9 месяцев.

Записанные процедуры**:** 48 неонатальных процедур, включая стабилизацию в родильном зале, интубацию, процедуры и установку стерильных трубок, как в родильном зале, так и в отделении интенсивной терапии новорождённых.

Сеансы видеообзора: 18 - 30-минутных сеансов межпрофессионального видеообзора, в которых принимали участие медсёстры и врачи.

Анализ: соображения и точки зрения, высказанные во время сеансов, были проанализированы для определения областей, требующих улучшения. Эти области классифицировались и рассматривались в рамках циклов практических исследований.

Результаты исследования. Исследование охватывало широкий спектр неонатальных процедур, что позволило выявить проблемы в различных областях практики. Совместные обзорные сессии для медсестёр и врачей способствовали улучшению взаимодействия и обмена знаниями между профессионалами. Были разработаны четыре основных типа вмешательств: Корректировка протокола/оборудования. Материалы для исследований. Аспекты разнообразия по уходу. Разработка образовательных программ. Видеозаписи предоставили объективные данные для анализа и оценки эффективности вмешательств, что способствовало улучшению взаимодействия между специалистами и укреплению культуры общения.

Выводы. Видеозапись является мощным инструментом для повышения качества медицинских услуг, особенно в области реанимации и процедур. Данное исследование подчёркивает важность разработки и внедрения структурированных программ видеообзора для повышения качества медицинских услуг. Межпрофессиональное взаимодействие и использование объективных данных видеозаписей могут существенно улучшить результаты лечения пациентов и работу медицинских команд.

Нематходжаева Г.Ж., Нематходжаев Т.А., Мусаева А.Г.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ БИОМАРКЕРЫ ВНТУРИЖЕЛУДОЧКОВОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

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

Цель исследования. Определить биомаркеры, способные предсказать развитие внутрижелудочкового кровоизлияния (ВЖК) у крайне преждевременно рождённых детей, с целью повышения эффективности профилактических мер.

Материалы и методы. В исследование включены образцы пуповинной крови и мочи у 50 недоношенных детей: 25 с диагностированным ВЖК и 25 контрольных. Методы исследования включали тандемную масс-спектрометрию с жидкостной хроматографией для анализа метаболитов, а также оценку биомаркеров с использованием ELISA. Коррекцию данных проводили с учётом гестационного возраста и сопутствующих заболеваний.

Результаты исследования. Анализ показал, что 15 из 40 метаболитов имели статистически значимые различия между группами ($p<0.05$). У детей с ВЖК наблюдалось увеличение уровня белков, связанных с апоптозом и клеточной адгезией, а также снижение содержания ацилкарнитина. Кроме того, обнаружены корреляции между изменениями в метаболическом профиле и клиническими показателями, такими как среднее артериальное давление и мозговой кровоток. Pediatric Research (2024) 96:293-294; https://doi.org/10.1038/s41390-024-03202-7.

Выводы. Результаты подчёркивают значимость метаболических и белковых биомаркеров для предсказания развития ВЖК у недоношенных детей. Дальнейшие исследования с большими когортами необходимы для валидации этих биомаркеров и их потенциального внедрения в клиническую практику, что может привести к разработке эффективных профилактических стратегий и улучшению исходов для данной группы пациентов.

Нематходжаева Г.Ж., Абдураимова Л.М., Мусаева А.Г.

БИОМЕТРИЯ МОЗОЛИСТОГО ТЕЛА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, СВЯЗАННАЯ С КОГНИТИВНЫМИ И ДВИГАТЕЛЬНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ

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

Цель исследования. Оценить долговременные изменения биометрии мозолистого тела (МТ) у очень недоношенных детей и их связь с когнитивными и двигательными показателями.

Материалы и методы. В данном исследовании проанализировали 124 ребёнка, родившихся недоношенными (средний возраст: 8,4 ± 1,1 года). Используя магнитно-резонансную томографию (МРТ), оценивались показатели МТ

и когнитивные/моторные функции, применяя шкалу интеллекта Векслера для детей-V (WPPSI-V) и шкалу оценки движений для детей-2 (MABC-2).

Результаты исследования. Дети с нормальными показателями МТ имели большой рост (10,2 ± 2,1 мм против 9,4 ± 2,3 мм; p = 0,01), фракционную анизотропию селезёнки (895 [680-1000] против 860,5 [342-1000]), а также общую длину МТ (69,1 ± 4,8 мм против 67,3 ± 5,1 мм; p = 0,02) по сравнению с детьми с неблагоприятными исходами.

Все измеренные площади МТ были меньше у детей с неблагоприятными исходами. Модели, включающие измерения задней части МТ, продемонстрировали наивысшую специфичность (83,3% Sp, AUC: 0,65) для прогнозирования неврологических исходов.

Выводы. Биометрия МТ у детей, родившихся очень недоношенными, в школьном возрасте связана с исходами и демонстрирует специфическую картину изменений в субрегионе. Задняя часть МТ может служить важным биомаркером развития нервной системы у этой группы детей. Показатели длины и селезёнки МТ оказывают надёжное влияние на оценку неврологических исходов в данной популяции.

Дальнейшие исследования необходимы для оценки полезности этих показателей в неонатальном периоде как более надёжных биомаркеров белого вещества. Исследование подчёркивает важность оценки биометрии МТ как потенциального инструмента для прогноза когнитивных и двигательных нарушений у детей, родившихся очень недоношенными. В частности, внимание следует уделить задней части МТ, которая может играть ключевую роль в связке с функциональными исходами.

Пирматова М.А., Алишерова Н.А.

УРОВЕНЬ ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ, РОЖДЁННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Кафедра эндокринологии и кафедра детских болезней №1 им. профессора
Аминова Х.Дж. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Анализ уровня витамина D в сыворотке крови детейдо 1 года, родившихся от матерей с ожирением.

Материалы и методы. Проведено лабораторное обследование 75 детей: 32 (41,3%) рождены от матерей с ожирением I степени, 13 (17,0%) - от женщин с ожирением II степени и 4 (6,0%) - от женщин с ожирением III степени. Контрольная группа - 20 (27,8%) детей.

Результаты исследования. В группе детей, рождённых от матерей с ожирением I степени - 20 (70,8%), появились на свет доношенными, 8 (24,2%) - недоношенными; крупными появились на свет - 6 (18,1%); от матерей с ожирением II степени, все дети - доношенные; крупные - 3 (21%); от матерей с ожирением III степени, 6 (85,7%) - доношенные, 1 (14,3%) - недоношенный; крупные - 4 (57,1%) детей. Нарушения углеводного обмена в виде сахарного диабета (СД) 2 типа при ожирении I степени имели 2 (3,0%) женщины, у 10 (26,0%) женщин во время настоящей беременности был диагностирован гестационный сахарный диабет (ГСД). У женщин с ожирением II степени СД 2 типа и ГСД выявлены в 1 (6,8%) и 3 (20,0%) случаях соответственно, а при ожирении III степени ГСД диагностирован у 6 (59,1%) женщин. Уровень витамина Д был меньше в 2 раза, чем в контрольной группе - 5,0 соответственно ($p<0,05$). У детей, рождённых от матерей с ожирением II степени, масса тела в среднем составила - 3140,0 граммов, витамина D - 10,2 нг/мл ($p>0,05$), в сравнении с контрольной группой. У детей, рождённых от матерей с ожирением III степени, масса тела достоверно больше, чем у детей от матерей без ожирения - 25(OH)D - 9,0 нг/мл ($p>0,05$), в сравнении с контрольной группой. При сравнении данных: дети, рождённые от матерей с ожирением III степени имели большую массу тела, чем дети от матерей с ожирением I и II степени ($p<0,05$). У младенцев от матерей с ожирением III степени уровень витамина Д составил 7,7 нг/мл, что в 1,3 раза меньше, чем в контрольной группе ($p>0,05$).

Выводы. Дети, рождённые от матерей с различной степенью ожирения, имели более низкий уровень витамина D, но достоверных различий получено не было.

Пирматова Т.А., Пирматова М.А., Бакоев Ф.С.

ОЖИРЕНИЕ У ДЕВОЧЕК МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА

Кафедра детских болезней №1 им. профессора Аминова Х.Д.
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Выявить ожирение у девочек младшего школьного возраста при проведении профилактического медицинского осмотра.

Материалы и методы. Проведено исследование специально организованной выборки девочек до 15-летнего возраста. Обследовано 159 девочек.

Результаты исследования. Оценка физического развития проводилась антропометрическими методами, включая измерение длины и массы тела, окружности талии (ОТ) и бёдер (ОБ), расчёта индекса массы тела (ИМТ), соответственно возрасту и полу. Проведённая оценка данных антропометрии и расчётного ИМТ показала, что для большинства детей характерны параметры физического развития, характеризующиеся как нормальные. Избыточная масса тела и ожирение, по данным проведённого исследования, встречалась у девочек с частотой 25,5%. При этом избыточная масса тела почти в 2 раза превышала частоту ожирения: 16,8% против 8,7% соответственно. Среди выделенной подгруппы девочек с ожирением в 48,7% случаев отмечена II степень,у 35,3% - III степень и у 30% - I степень.

Выводы. Выявление ожирения у девочек в школьном возрасте до 15 лет требует всестороннего анализа возможных причин, приводящих к их развитию, и пристального внимания педиатров и родителей к организации питания и физической активности детей.

Разокова К.Р., Бабаева Л.А.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Изучение дифференциально-диагностических критериев обструктивного бронхита у детей раннего возраста.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 46 детей раннего возраста с обструктивным бронхитом (ОБ), находившихся на стационарном лечении в отделениях детской аллергологии и иммунологии, пульмонологии ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» за 2023 год. В зависимости от возраста пациенты были подразделены на 4 группы (I группа – дети от 1 до 6 месяцев, II группа – от 6 месяцев до 1 года, III группа – от 1 до 2-х лет, IV группа - от 2 до 3-х лет). Были проведены клинико-анамнестические и лабораторно-инструментальные методы исследования.

Результаты исследования. Показаниями для госпитализации больных послужили – ранний возраст, тяжёлая степень обструкции, тяжёлая сопутствующая патология, отягощённый преморбидный фон. Клинические проявления обструкции начинались с повышения температуры тела (n=29), катаральных явлений. У детей старше 1 года отмечались признаки нарушения пищеварения (15,2%). В 63% случаев заболевание началось остро – родители жаловались на приступ грубого кашля, шумное дыхание и затруднение вдоха. В 37% случаев наблюдалось постепенное развитие заболевания – симптомы появлялись через 2-3 дня на фоне нормальной температуры тела. Затем присоединялась одышка с участием вспомогательной мускулатуры. Постепенно нарастала дыхательная недостаточность с увеличением частоты дыхания до 40-70 в минуту. Больные были беспокойными. Объективно - кожные покровы бледные с мраморным рисунком, выражен цианоз носогубного треугольника. Основными критериями диагностики ОБ послужили следующие симптомы – мучительный кашель со скудно отделяемой мокротой; на фоне шумного дыхания прослушивались свистящие хрипы на выдохе, усиливающиеся при кашле и общем беспокойстве ребёнка; участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания; втяжение уступчивых мест грудной клетки, мышц шеи и плеч; экспираторная одышка, раздувание крыльев носа; нарастание бледности кожи с мраморным рисунком; тахипноэ и тахикардия; увеличение шейных лимфоузлов в 10,9% случаев, симптом «влажного лёгкого». Ведущими механизмами в развитии ОБ у детей до 3-х лет явились - гиперсекреция слизи с отслойкой реснитчатого эпителия и отёк бронхиальной стенки. Поэтому характерной аускультативной картиной с обеих сторон у обследуемых нами детей являлось - на выдохе чаще выслушивались рассеянные сухие свистящие хрипы, на вдохе – влажные крупнопузырчатые (эффект «влажного лёгкого») хрипы, а также звучные или несколько приглушённые тоны сердца, тахикардия. У всех пациентов выдох был удлинён и затруднён. При изменении положения тела дыхание не менялось. Перкуторно в проекции лёгких определялся лёгочный звук с коробочным оттенком. Изменения в периферической крови соответствовали вирусному характеру инфекции, у детей до 6 месяцев наблюдался умеренный лейкоцитоз. Рентгенологически отмечались признаки вздутия лёгочной ткани – повышение прозрачности лёгочных полей, сгущение рисунка в прикорневых отделах.

Выводы. Характерными диагностическими критериями обструктивного бронхита у детей раннего возраста являлись – экспираторная одышка, удлинение выдоха, свистящие хрипы, слышимые на расстоянии, коробочный перкуторный звук над всей поверхностью лёгких, рентгенологически - признаки вздутия лёгочной ткани. Решающим диагностическим приёмом являлся положительный эффект от бронхолитиков.

Расулова С.А., Исмаилов К.И., Якубова М.А., Мирзоев М.Н.

ОСОБЕННОСТИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

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

Цель исследования. Изучить состояние клеточного иммунитета у детей дошкольного и младшего школьного возраста, страдающих пневмонией.

Материал и методы исследования. Обследовано 56 детей, поступивших на стационарное лечение в НМЦ РТ “Шифобахш” с внебольничной пневмонией. Дети были разделены на 2 группы: в первую группу вошли 38 детей в возрасте от 3 до 6 лет, вторую группу составили 28 детей в возрасте от7 до 10 лет. Контрольную группу составили 20 условно здоровых детей в возрасте от 3 до 10 лет. Больные обратились в стационар на 3-5 сутки заболевания. Обследование включило общеклинические методы исследования (оценка данных эпиданамнеза, отягощенности по бронхолегочной и иммуносупрессивной патологии) и лабораторных (общий анализ крови, биохимическое исследование крови, бактериологические мазки из зева, рентгенография органов грудной клетки и по показаниям ЭКГ, ЭХОКГ, КТ) методов. Фенотипирование лимфоцитов проводили с помощью моноклональных антител, определяли состояние клеточного иммунитета у данной категории детей.

Результаты исследования. Состояние клеточного иммунитета определили в день поступления в стационар. В период разгара болезни острой пневмонии на фоне лейкоцитоза и лимфоцитоза отмечалось снижение относительного количества Т-лимфоцитов (51,4±2,14%, что достоверно ниже контроля ($p>0,05$). Выявлено, что при внебольничной пневмонии у детей первой группы отмечается значимое снижение CD3 и CD4 лимфоцитов по сравнению аналогичных показателей здоровых детей данной возрастной категории. Если уровень CD3 составил 1,65±0,68 что на 32% ниже нормативных показателей ($p<0,05$); то показатели CD4 (Т-хелперы) достигали в среднем 0,78±0,02, что на 28,7% ниже таких же показателей здоровых детей ($p<0,05$), что указывает на повышенный инфекционный процесс. Известно, чтоCD8-лимфоциты узнают чужеродный антиген вместе с собственными молекулами этого класса. У детей при острой пневмонии относительное содержание CD8-лимфоцитов статистически не отличалось, но абсолютное количество

было снижено по с контрольной группой (18,6±0,84% и 20,1±0,8%). Соответственно показатели иммунорегуляторного индекса CD4/CD8 также имело тенденцию к снижению (почти в 1,3 раза), что указывает на иммунодефицитное состояние, способствующее развитию сочетанной (микст) инфекции. В этом случае выраженный клеточный иммунодефицит был вызван дисбалансом основных субпопуляций иммунной системы - CD4 иCD8 клеток.

Выводы. Таким образом, при изучении субпопуляционного состава Т-лимфоцитов у обследованных нами детей выявлены изменения функциональной активности и перераспределения лимфоцитов. Выявлено достоверное снижение общего количества Т-лимфоцитов CD3, числа Т-хелперов –индукторов CD4 и Т –хелперовCD8. Полученные данные указывают, что у детей дошкольного и раннего школьного возраста развивается выраженная иммуносупрессия, что создает благоприятный фон для развития острого инфекционного процесса.

Рахманова Г.А., Ходжаева О.Т., Бобоева Х.А.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЛИПОМАТОЗНО-ПАСТОЗНОЙ ФОРМЫ ПАРАТРОФИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра пропедевтики детских болезней, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Душанбе. Таджикистан.

Цель. Обоснование основных принципов лечения и профилактики липоматозно-пастозной формы паратрофии у детей грудного возраста.

Материал и методы исследования. Материалом для данного исследования послужил ретроспективный анализ историй болезни 12 больных детей раннего возраста (от 3-х месяцев до 12 месяцев), которые находились на обследовании и лечении в медицинском комплексе «Истиклол» в аллерлогическом отделении в период с января месяца 2022 года до августа месяца 2024 года. При постановке диагноза, определении принципов лечения и профилактики мы использовали подробный анализ анамнестических данных, результаты клинико-лабораторных методов исследования, а также консультации врачей аллерголога и эндокринолога.

Результаты исследования и их обсуждение. Все обследованные дети были разделены на 3 группы по степени паратрофии. Объективными методами исследования у всех больных определена степень паратрофии, которая у 6 больных (50%) была I степени, у 4 (33,3%) – II и у 2 (16,6%) – III степень. Был подсчитан весо-ростовой индекс, который был выше 90 у всех детей. Со стороны общего анализа крови выявлено снижение уровня Нв до 90-85 г/л, количества эритроцитов до 3,5-3,2 х 10^{12}/л; ускорение СОЭ – 15-21 мм/час. В биохимическом анализе крови отмечено снижение уровня кальция до 1,8-1,6 ммоль/л, Р – менее 0,81 ммоль/л, а также повышение уровня ЩФ свыше 500 Ед/л. Обследование органов пищеварения выявил расстройство стула, а именно стул был жидкий, кашицеобразный, иногда с зеленоватым оттенком(бродильная диспепсия). У пациентов, которых в рационе преобладало белковое питание, стул был с сероватым оттенком, суховат, плотный, 1 раз в 2-3 дня (запоры). С учётом выявленных клинико-лабораторных изменений была назначена терапия, которая включала в себя специальную диету: дети, которые находились на грудном, искусственном или смешанном вскармливании с паратрофией I степени мы рекомендовали уменьшить время пребывания у груди до 4-5 минут. Детям с паратрофией II-III степени кроме уменьшения времени пребывания у груди матери применяли каши и прикормы на овощном бульоне без добавления жиров из расчёта не более 120-140 г в день. Овощные пюре готовились с минимальным количеством жиров, без соли. В этот же период дети занимались лечебной физкультурой и массажем, направленными на восстановление двигательной активности и моторики ребёнка, соответствующие возрасту ребёнка.

Выводы: Таким образом, у детей с липоматозно-пастозной формой паратрофии отмечается снижение уровня Нв, ускоряется СОЭ, повышается количество ЩФ на фоне снижения Са. Основные принципы лечения и профилактики липоматозно-пастозной формы паратрофии у детей грудного возраста должно быть направлено на ограничение пребывания у груди матери, блюда прикормов необходимо готовить на овощном бульоне без жира и соли, обязательны занятия лечебной физкультурой и массаж. Конечным результатом данных мероприятий будет снижение массы тела, улучшится двигательная активность ребёнка, которые в дальнейшем приведут к восстановлению здоровья и улучшению образа жизни детей с паратрофией.

Рахманова Г.А., Ходжаева О.Т., Бобоева Х.А.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЛИПАМАТОЗНО-ПАСТОЗНОЙ ФОРМЫ ПАРАТРОФИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Душанбе. Таджикистан.

Цель исследования. Выявить причины и особенности течения липаматозно-пастозной формы паратрофии у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования. Материалом для данного исследования послужил ретроспективный анализ историй болезни 12 больных детей раннего возраста (от 3-х месяцев до 12 месяцев), которые находились на обследовании и лечении в медицинском комплексе «Истиклол» в аллергическом отделении в период с января месяца 2022 года до августа месяца 2024 года. Методами исследования явились подробный анализ анамнестических данных, включая подробные данные о видах вскармливания, сроках и видах проведения коррекции и прикормов обследуемых детей, а также результатами осмотра и консультации врачей аллерголога и эндокринолога.

Результаты исследования и их обсуждение. Все обследованные дети были разделены на 3 группы по степени паратрофии.

С паратрофией I степени было 6 (50%) детей, II степени 4 (33,3%), III степенью – 2 (16,6%), среди которых 3 (25%) находились на преимущественно грудном вскармливании (ПГВ), 4 (33,3%) на искусственном вскармливании (ИВ) и 5

детей (41,7%) получали смешанное вскармливание (СВ). Из анамнеза жизни выявлено, что у 6 мам (50%) было ожирение различной степени с аллергическими реакциями на пищевые и лекарственные препараты. 2 мамы (16,6%) страдали сахарным диабетом. Также необходимо отметить, что у детей с липаматозно-пастозной формой паратрофии в рационе недостаточно присутствовали блюда богатые витаминами и микроэлементами, такие как кабачки, тыква, брокколи, цветная капуста, репа, свёкла и т.д. и т.п. Все дети страдали от гиподинамии, которое повлекло за собой нарушение пищеварения и снижение активности ребёнка. В группе детей, находящихся на ПГВ, причиной развития паратрофии было чрезмерно частое прикладывание к груди из-за развития инсомнии в ночное время суток. У детей же находящихся на ИВ и СВ причиной возникновения паратрофии II и III степени было нарушение правил введение и дачи прикормов с преимущественно углеводсодержащими продуктами (манная каша и мучные изделия – печенья, хлеб, макароны, картофель). При клинико-лабораторном исследовании выявлены признаки рахита (позднее закрытие большого родничка, деформация костей черепа, позднее прорезывание молочных зубов, снижение тонуса мышц), анемии (бледность и пастозность кожных покровов и видимых слизистых, снижение аппетита); со стороны кожных покровов у 7 детей (58,3%) отмечались явления атопического дерматита и экссудативно-аллергического диатеза. В общем анализе крови снижение Нв до 90-85 г/л, эритроциты – 3,5-3,2 х 10^{12}/л; СОЭ – 15-21 мм/час. В биохимическом анализе крови: уровень Са 1,8-1,6 ммоль/л, Р – менее 0,81 ммоль/л, повышение уровня ЩФ свыше 500 Ед/л.

Выводы. Таким образом, основными предрасполагающими причинами развития липоматозно-отёчной формы паратрофии явились – наличие во время беременности матери ребёнка ожирения, сахарного диабета, аллергии на пищевые продукты и лекарства; со стороны ребёнка – нерациональное питание, ИВ и СВ, которые подтверждаются изменениями со стороны кожных покровов, наличием явлений рахита и анемии, а также снижения уровня Са и повышение уровня ЩФ.

Рахматуллаева М.А.

ЭТИОЛОГИЯ СЕПСИСА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА - ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Кафедра пропедевтика детских болезней ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить этиологию сепсиса у детей с врожденным пороком сердца - дефектом межжелудочковой перегородки.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили 18 детей в возрасте от 1 месяцев до 4 лет, госпитализированных в детское кардиоревматологическое отделение Медицинского Комплекса «Истиклол» и Национального Медицинского Центра «Шифобахш». Основным диагнозом при поступлении был врожденный порок сердца - дефект межжелудочковой перегородки, которому сопутствовал сепсис различной этиологии. Для оценки состояния пациентов были использованы объективные методы исследования, показатели общего анализа крови, бактериологическое и вирусологическое исследование крови, а так же инструментальные исследования (эхокардиография и обзорная рентгенограмма грудной клетки).

Результаты исследования. При обследовании было выявлено, что мальчиков было 8(44,4%) а девочек 10(55,6%). Средняя койко-дней составило 19,5 дней. У всех пациентов основными жалобами были повышение температуры тела, кашель, одышка смешанного характера, цианоз носогубного треугольника. При осмотре была выявлена бледность кожи и видимых слизистых оболочек. Большой акцент был сделан на уровень температуры тела. У 12 (66,7%) пациентов уровень температуры не превышал 39° С, у 6 (33,3%) пациентов уровень температуры тела был более 39°С. При бактериологическом исследовании крови у 8(44.4%) пациентов выявилась смешанная микрофлора а у 10 (55.6%) пациентов был выявлен только один возбудитель. У 1 (5.6%) пациента был выявлен Ковид-19 и другие возбудители. При анализе бактериологического исследования крови у 8 (44.4%) пациентов возбудителем был Staphylococcus Aureus, у 1 (5.6%) пациента возбудителем был Streptococcus pyogenes, а у 15 (83,3%) пациентов при вирусологическом исследовании были выявлены вирус герпеса и цитомегаловирусная инфекция. При анализе общего анализа крови у всех пациентов был выявлен лейкоцитоз с выраженным сдвигом влево в лейкоцитарной формуле, моноцитоз у 6(33.3%) пациентов. Септико-пиемическая форма сепсиса наблюдалась у 14 (77,7%) пациентов. У 15 (83.3%) пациентов была выявлена двусторонняя пневмония, односторонняя пневмония у 2 (11.1%) пациентов, которая была подтверждена обзорной рентгенограммой грудной клетки. Энтероколит был выявлен у 16(88.9%) пациентов, пиелонефрит был выявлен у 3(16.7%) пациентов, инфекционный эндокардит у 1(5.6%) пациента, омфалит был выявлен у 1(5.6%) пациента. Врожденный порок сердца- дефект межжелудочковой перегородки был подтвержден с помощью ультразвукого исследования сердца в режиме допплера у всех пациентов.

Выводы. Таким образом, было выявлено, что у пациентов с врожденным пороком сердца – дефектом межжелудочковой перегородки возбудителями сепсиса являются герпетическая и цитомегаловирусная инфекция (83,3%), золотистый стафилококк (44.4%) и Streptococcus pyogenes (5.6%), что необходимо учитывать врачам при диагностике сепсиса у данной категории пациентов.

Рахмонова М.Р., Рахманова Г.А., Ходжаева О.Т.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ

Кафедра пропедевтики детских болезней, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Душанбе. Таджикистан.

Цель. Изучить особенности течение и диагностика расстройств аутистического спектра у детей.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили 11 детей в возрасте от 2 до 9 лет, находящихся на обследовании и лечении медицинском комплексе «Истиклол» в детском неврологическом отделении. Детей от 2 до 6 лет было 8(72,2%), от 7 до 9 лет 3(27,3%). Все дети предварительно, до поступления в отделение неврологии были

проконсультированы педиатром и сурдологом. Обследование данных пациентов проводилось путём сбора жалоб, анамнеза жизни, который включал в себя подробное изучение данных о течении беременности и родов, перенесенных заболеваниях (особенно вирусной этиологии), полученных профилактических прививках, использовали диагностические тесты на определение аутизма, а также учитывалось заключение медико-педагогической комиссии, результаты ЭЭГ, УЗИ сосудов шеи и головы, метод ADOS.

Результаты исследования. Одного симптома недостаточно для определения аутизма, требуется наличие характерной триады: недостаток социальных взаимодействий; нарушенная взаимная коммуникация; ограниченность интересов и повторяющийся репертуар поведения. Родственники детей с аутизмом предъявляли следующие жалобы: отказ от тактильного контакта с родителями был у 9 детей (81,8%), гиперакузия (гиперчувствительность к высокочастотным звукам путём закрывания ушей) выявлена у 8 (72,7%), отсутствие речи отмечалась у 6 детей до 5 лет (54,5%). Дети с аутизмом предпочитали быть одними, чем с кем-либо, отказывались контактировать с окружающим миром или не проявляли интереса к этому, не играли с детьми и т.д. У 7(63,6%) детей наблюдались стереотипные движения(стимы), у 5(45,4%) пациентов отмечалось недостаточное развитие социального взаимодействия и навыков самообслуживания, 9 (81,8%) детей проявляли гиперактивность и у них отмечался дефицит внимания. Также у данных детей была избирательность в еде, не было совместного внимания, отсутствовали ролевые игры, 8 детей (72,7%) периодически ходили на цыпочках, у 4(36,4%) пациентов выявлена эхолалия(повторение чужих фраз, слов или частей слов), агрессия и самоагрессия была у 1(9,1%) мальчика. Методом ADOS определена форма и степень поведенческих и неврологических отклонений у обследованных детей. ЭЭГ выявила различные степени эпилептической активности головного мозга. УЗИ сосудов шеи и головы выявило нарушения кровообращения голоного мозга. Консультация сурдолога проводилась с целью исключения тугоухости у ребёнка.

Выводы: Таким образом, расстройство аутистического спектра – это изменения, возникающие вследствие нарушения развития головного мозга и характеризующееся выраженным и всестронним дефицитом социального взаимодействия и общения, а также ограничесными интересами и повторяющимися движениями. Характерные симптомы начинают появляться в возрасте до трёх лет, поэтому раннее выявление признаков аутизма диктует необходимость совместной работы педиатра и невролога, а также проведения ряда исследований с целью своевременного выявления и коррекции для успешной социализации ребёнка в обществе.

Рустамова Х.Х., Облокулова Н.Т.

СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С АНЕМИЕЙ

Самаркандский государственный медицинский университет, кафедра фармакологии г.Самарканд, Республика Узбекистан

Цель исследования: Большое количество проведенных и проводимых в настоящее время исследований посвящены изучение уровня рождаемости и распространенности заболеваний беременных, оценка массы тела новорожденных детей.

В исследованиях, изучены показатели уровня гемоглобина и фетального гемоглобина при ЖДА у 80 новорожденного, рожденного у матерей с ЖДА. Исследования показали, что у детей с ЖДА, рожденных у матерей с ЖДА и находящихся в условиях длительной гипоксии в период внутриутробного развития, отмечается снижение концентрации гемоглобина до 116,3±2,07г/л (P<0,021), в отличие от детей, рожденных от матерей без ЖДА (178,8±0,49г/л; P<0,021). При этом отмечена также разница показателя фетального гемоглобина у новорожденных с ЖДА, находящихся в условиях длительной гипоксии в период внутриутробного развития, рожденных у матерей с ЖДА и у детей, рожденных у матерей без ЖДА. У новорожденных с ЖДА, рожденных у матерей с ЖДА, отмечается нарушение доставки кислорода через морфологически и функционально измененную плаценту, что обусловливает развитие внутриутробного гипоксического состояния.

Материалы и методы: Состояние физического и психического развития детей первого года жизни, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела более всего зависит от наличия соматических заболеваниях. Первую группу составили 40 детей, родившихся у матерей с анемией беременных I степени; 2-ю группу – 19 детей, родившихся у матерей с анемией II степени. В контрольную группу вошли 20 детей, родившихся от соматически здоровых женщин, беременность которых протекала без анемии. Диагноз хронической гипоксии плода был поставлен в родовом зале 41,6% новорожденных, родившихся от матерей с анемией беременности , гинекологических заболеваний матери и течения беременности и родов.

Результаты: Наблюдение за состоянием новорожденных рожденных от матерей с анимией, является мультидисциплинарной задачей, которая должна решаться совместно терапевтом, акушером-гинекологом, неонатологом, педиатром и согласно современным представлениям, нутрициологами. Акушерский мониторинг должен проводиться в соответствии с актуализированными рекомендациями для ведения беременности высокого риска и должен учитывать возможные влияния на состояния здоровья новорожденного.

Выводы: Таким образом, конечной целью исследователей является улучшение акушерских и неонатальных исходов с тщательным соблюдением баланса рисков и преимуществ лечения и профилактики анемии у беременных для нормального развития и улучшения состояния здоровья новорожденных детей.

СаидмурадоваГ.М., Саидова А.З.

ТЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С БАКТЕРИАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ

Кафедра детских инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
Государственное учреждение «Городская клиническая больница детских инфекционных болезней» Таджикистан

Цель исследования. Изучить течение пневмонии у детей грудного возраста.сбактериальным сепсисом.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 36 детей грудного возраста, госпитализированные в 4 –е инфекционное отделение ГУ «ГДКБДИБ» г. Душанбе с клиническими синдромами, ассоциированными с высокой вероятностью наличия инфекций (дисфункцией со стороны органов дыхания, почек, печени, ЦНС), а также при проведении микробиологической диагностики крови с выделением типичных патогенных микроорганизмов (S. aureus, S. Epidermidis, Kl. pneumoniae,).

Результаты исследования. Нами выявлено, что 6 (16,7%) детям впервые данный диагноз был выставлен в возрасте до 7 суток жизни, 7 (19,4%) детям от 1 недели до 1 месяца, 23 (63,9%) от 1 месяца до 1 года. У большей части 26 (72,2%) детей в крови был обнаружен S. aureus, у 7(19,5%) S. epidermidis,у 3(8,3%) Kl. Pneumoniae. У большинства наблюдаемых нами детей с сепсисом у 30 (83,3%) центральная температура поднималась свыше >38,5 °С, у 6 (16,7%) наоборот была ниже <36,0 °С. Тахикардия, более 180 ударов, определяемая как средняя ЧСС, превышающая в два и более раза от возрастной нормы в течение более чем от 30 мин до 4 часов была отмечена у 25 (69,4%) детей, у 11 (30,6%) детей младше 2 месяцев – брадикардия, ниже 90 ударов в минуту. У всех детей в лёгких выявлена картина пневмонии, а у 11(30,5%) в сочетании с бронхитом. У всех детей установлена гипоксемическая дыхательная недостаточность, так как уровень SaO2 был ниже 90%, а содержание парциального давления углекислого газа pCO2 у 32 (88,9%) в пределах нормы и только у 4(11,1%) был выше 50 мм.рт.ст. У 24 детей (66,7%) были отмечены признаки тяжёлой дыхательной недостаточности в виде учащения дыхания в два и более раз от возрастной нормы, участия вспомогательной мускулатуры и втяжения нижней части грудной клетки в акте дыхания, центрального цианоза, неспособности ребёнка сосать грудь и кивания головой во время дыхания. Из числа детей с тяжёлой дыхательной недостаточностью у 5 (20,8%) развился острый респираторный дистресс синдром (ОРДС) и была установлена клиника отёка лёгких, причём у 3-х (была установлена 1 стадия ОРДС), при которой одновременно отмечены тахипноэ и тахикардия с тенденцией к артериальной гипертензии, а также PaO2 ниже 50 мм. рт.ст., у 2-х детей II и III стадия ОРДС с угнетением сознания, инспираторной одышкой, что впоследствии привело к смертельному исходу. У детей с ОРДС рентгенологическая картина лёгких отмечена в виде «снежной бури» на фоне снижения прозрачности лёгочного рисунка. У всех детей установлен в крови лейкоцитоз в два и более раз, у 10% детей увеличение незрелых нейтрофилов.

В**ыводы.** Таким образом, заболевание ВГА у детей различных возрастных групп имело свои клинические особенности и было выявлено, что ВГА у детей дошкольного и раннего школьного возраста проходила типично с превалированием лёгких 102(58,3%) и среднетяжёлых 73(41,7%) форм, а у детей подросткового возраста в тяжёлой форме (55,1%) и среднетяжёлой (44,9%) формах, с преобладанием тяжёлых форм (61,9%) у детей от 10 до 14 лет, с печёночной энцефалопатией (14,3%) и затяжным холестазом 9(10,1%).

СаидмурадоваГ.М.,Сафаров Дж.А.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВГА У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Кафедра детских инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
Государственное учреждение «Городская клиническая больница детских инфекционных болезней». Таджикистан

Цель исследования. Изучить клинические особенности ВГА у детей различных возрастных групп.

Материалы и методы исследования. Диагноз ВГА госпитализированным детям был выставлен на основании данных эпид.анамнеза, клиники и определения антител к ВГА (анти-HAVIgM) иммуноферментным методом (ИФА).

Результаты исследования. Из числа (381)детейс ВГА, госпитализированных за 2023 год в ГУ «ГКБДИБ» г. Душанбе, большинство292(76,6%) составили дети дошкольного 175 (59,9%), и раннего школьного 117(40,1%)возраста, чем детей подросткового 89 (23,5%) возраста. Заболевание ВГА у детей дошкольного и раннего школьного возраста проходила типично с превалированием лёгких 102(58,3%) и среднетяжёлых форм тяжести 73(41,7%). Инкубационный период составляет от 7 до 45 дней, в среднем 15—30 дней. Преджелтушный период у большинства 202 (69,2%) детей дошкольного и школьного возраста был коротким (до 3 суток), а у 90(30,8%) от 3 –х до 7 суток. У всех детей с ВГА отмечено острое начало заболевания с проявлениями симптомов интоксикации в виде повышения температуры до 38—39°С в течение 2—4 дней, тошноты, рвоты, болей в животе без четкой локализации, дисфункции кишечника, потемнением мочи и «пятнистого», а затем ахоличного стула, а также у 39(13,3%) с катарального синдрома. При появлении желтухи у большинства 185(63,4%) детей отмечено уменьшение интоксикации, но сохранялись слабость, снижение аппетита, периодические боли в животе. У детей подростков ВГА протекал в среднетяжёлой 40(44,9%) и в тяжёлых49(55,1%) формахзаболевания. Тяжёлые формы болезни доминировали у детей от 10 до 14 лет 39(61,9%), чем с 15 до 18 лет 10(38,5%).У большинства 75(84,3%) подростков с ВГА отмечена поздняя (6-8 сутки от начала болезни) и только у 14 (15,7%) детей отмечена ранняя (3-6 сутки) госпитализация. Острое начало болезни было отмечено у 77 детей (86,5%), постепенное — у 12 (13,5%) детей. Длительность преджелтушного периода у детей подростков составлял от 3 до 8 дней, причём с нарастанием желтухи у 55,1%детей отмечены слабость, у 53,8% -апатия, у 13,5% лихорадка, у 38,5%-понижение аппетита, у 11,2% -тошнота, у 6,7% - рвота, у 10,1% -тупая боль и тяжесть в правом подреберье, у 4,5% детей задержка стула. У всех детей подростков с ВГА отмечено увеличение печени до 2-3 см из-под края рёбеной дуги, а также болезненность при её пальпации и лёгкий дефанс, а увеличение селезёнки пальпаторно обнаруживалось 1\3 (24,7%) детей. Абдоминальные симптомы, интоксикация, диспепсические проявления

чаще (52,4%, 49,2%, 9,5% соответственно) отмечены у детей от 10 до 14 лет с тяжёлыми формами заболевания. Желтушный период у 25(28,1%) детей подростков с ВГА протекал в течении от 1 до 1,5 месяца и имел затяжной характер, причём у 5(5,6%) с хроническим пиелонефритом, у 7(7,8%) с лишним весом, у 2 (2,2%) с аллергическим статусом.

У 7(14,3%) детей с тяжёлой формой ВГА в желтушном периоде были диагностированы признаки печёночной энцефалопатии в виде заторможенности или возбуждения, а у 9(10,1%)детей были отмечены симптомы затяжного холестаза, с интенсивной и длительной до 1,5-2 мес. желтухой и сопровождался мучительным кожным зудом при отсутствии других симптомов печёночной недостаточности. Постжелтушный период у большинства 64(71,9%) детей подростков длился до 2-2,5 недели, в течение которого были отмечены исчезновение всех основных симптомов, но размеры печени оставались увеличенными, а 25(28,1%) детей с относительным улучшением общего состояния и при настоянии родителей были выписаны на 1-1,5 неделе госпитализации под наблюдением участковых врачей.

Выводы. ВГА у детей дошкольного и раннего школьного возраста протекал типично с превалированием лёгких 102(58,3%) и среднетяжёлых 73(41,7%) форм, у детей подростков в тяжёлой форме (55,1%) и среднетяжёлой (44,9%) формах. Тяжёлые формы ВГА чаще (61,9%) отмечены у детей от 10 до 14 лет, протекающие с печёночной энцефалопатией (14,3%) и затяжным холестазом 9(10,1%).

СаидмурадоваГ.М., Мирзоев Л.М.

ПНЕВМОЦИСТНАЯ ПНЕВМОНИЯУ ДЕТЕЙ С ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ

Кафедра детских инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Государственноеучреждение «Городская клиническая больница детских инфекционных болезней» . Таджикистан

Цель исследования. Изучить клиническое течение пнвемоцистной пневмонии у детей с ВИЧ-инфекцией в Республике Таджикистан (на примере г. Душанбе).

Материалы и методы исследования. Под наблюдением были 25 детей с ВИЧ инфекцией (в возрасте до 18 лет), госпитализированных в ГУ «ГДКБДИБ» г. Душанбе Республики Таджикистан. Диагноз ВИЧ был выставлен на основании выявления РНК вируса методом ПЦР, пневмоцистной пневмонии при обнаружении пневмоцист P. jiroveci (carinii) в мокроте, а ренгенологическое исследование и КТ лёгких были проведены на базе МЦ «Истиклол» г.Душанбе.

Результаты исследования. Из числа госпитализированных детей с ВИЧ (25) пневмоцистная пневмония (ПП)выявлена у 9(36%) детей раннего возраста, причём 2(8%) из них были до года. Инкубационный периоду большинства7 (77,8%) составлял 1-2 месяца и только у 2(22,2%) был более продолжительным. У всех детей с ВИЧ и ПП отмечено острое начало болезни, с продолжительностью в среднем 7-10 дней и характеризовалось медленно прогрессирующей одышкой, сопровождалось сухим непродуктивным кашлем, причём симптомы общей интоксикации были незначительными в виде субфебрильной лихорадки и общей слабости, в связи с чем дети в течении 10-15 дней получали амбулаторно антибактериальную терапию. Все дети с ВИЧ и ПП обратились в стадии ателектаза с выраженной одышкой в покое, чаще в ночное время, сопровождающийся кашлем, выделением вязкой пенистой мокроты, у 3(33,3%) детей отмечены вздутие грудной клетки и фебрильная лихорадка. У8(80,9%) детей в лёгких выслушивались жёсткое дыхание с сухими хрипами, у1 (19, 1%) ослабленное дыхание в средней и верхней долях лёгких. У всех детей при прогрессировании болезни отмечались беспокойство и признаки дыхательной недостаточности. У 5(55,5%) детей отмечена сердечно-сосудистая недостаточность с тахикардией и приглушением тонов сердца. Рентгенологически у большейчастидетей7(77,8%) в при корневых отделах лёгких диагностирован о понижение прозрачности в виде облаков, которые располагались симметрично в обоих лёгких в виде крыльев бабочки, с обильными очаговыми тенями, а у 2-х детей компьютерная томография лёгких выявила диффузное снижение воздушности лёгочной ткани в верхних долях по типу матового стекла. Антитела к пневмоцистозукласса IgM у всех детей были установлены в пределах 1:200 -1:400, хелперная активность цитотоксических Т-лимфоцитов была снижена за счёт снижения количества цитотоксических Т- лимфоцитов, Т-хелперов(CD4+) и Т-супрессоров (CD8+) почти в 2 раза (Т-лимфоцитов в пределах 20% - 40%, Т –хелперов 10% - 25%, Т-супрессоров 5% - 10%). В периферической крови всех детей с ПП была выявлена анемия 1-2 степени, лейкоцитоз до12 х 10 х 9 , тромбоцитоз до 450 х 10 х 9, повышение СОЭ 20 - 30 мм/ч, а также снижение общего белка в сыворотке крови до 45-50 г\л. Для лечения детей с ВИЧ и ПП кроме ВААРТ препаратов, применялся триметоприм/сульфаметоксазол (бисептол, ко-тримоксазол) по схеме и проводилась симптоматическая терапия.

Выводы. Таким образом, из числа детей с ВИЧ (25), ПП выявлена у 36% детей раннего возраста, чаще (77,8%) проявляющийся коротким инкубационным периодом, проявляющийся у 100% больных признаками дыхательной, у 55,5% -сердечно-сосудистой недостаточности, а также и снижением иммунитета за счёт цитотоксических Т-лимфоцитов.

СаидмурадоваГ.М., Саидова А.З.

ТЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С БАКТЕРИАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ

Кафедра детских инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
Государственное учреждение «Городская клиническая больница детских инфекционных болезней» Таджикистан

Цель исследования. Изучить течение пневмонии у детей грудного возраста.сбактериальным сепсисом.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 36 детей грудного возраста, госпитализированные в 4 –е инфекционное отделение ГУ «ГДКБДИБ» г. Душанбе с клиническими синдромами, ассоциированными с высокой вероятностью наличия инфекций (дисфункцией со стороны органов дыхания, почек, печени, ЦНС), а также при проведении микробиологической диагностики крови с выделением типичных патогенных микроорганизмов (S. aureus, S. Epidermidis, Kl. pneumoniae,).

Результаты исследования. Нами выявлено, что 6 (16,7%) детям впервые данный диагноз был выставлен в возрасте до 7 суток жизни, 7 (19,4%) детям от 1 недели до 1 месяца, 23 (63,9%) от 1 месяца до 1 года. У большей части 26 (72,2%) детей в крови был обнаружен S. aureus, у 7(19,5%) S. epidermidis,у 3(8,3%) Kl. Pneumoniae. У большинства наблюдаемых нами детей с сепсисом у 30 (83,3%) центральная температура поднималась свыше >38,5 °С, у 6 (16,7%) наоборот была ниже <36,0 °С. Тахикардия, более 180 ударов, определяемая как средняя ЧСС, превышающая в два и более раза от возрастной нормы в течение более чем от 30 мин до 4 часов была отмечена у 25 (69,4%) детей, у 11 (30,6%) детей младше 2 месяцев – брадикардия, ниже 90 ударов в минуту. У всех детей в лёгких выявлена картина пневмонии, а у 11(30,5%) в сочетании с бронхитом. У всех детей установлена гипоксемическая дыхательная недостаточность, так как уровень SaO2 был ниже 90%, а содержание парциального давления углекислого газа pCO2 у 32 (88,9%) в пределах нормы и только у 4(11,1%) был выше 50 мм.рт.ст. У 24 детей (66,7%) были отмечены признаки тяжёлой дыхательной недостаточности в виде учащения дыхания в два и более раз от возрастной нормы, участия вспомогательной мускулатуры и втяжения нижней части грудной клетки в акте дыхания, центрального цианоза, неспособности ребёнка сосать грудь и кивания головой во время дыхания. Из числа детей с тяжёлой дыхательной недостаточностью у 5 (20,8%) развился острый респираторный дистресс синдром (ОРДС) и была установлена клиника отёка лёгких, причём у 3-х (была установлена 1 стадия ОРДС), при которой одновременно отмечены тахипноэ и тахикардия с тенденцией к артериальной гипертензии, а также PaO2 ниже 50 мм. рт.ст., у 2-х детей II и III стадия ОРДС с угнетением сознания, инспираторной одышкой, что впоследствии привело к смертельному исходу. У детей с ОРДС рентгенологическая картина лёгких отмечена в виде «снежной бури» на фоне снижения прозрачности лёгочного рисунка. У всех детей установлен в крови лейкоцитоз в два и более раз, у 10% детей увеличение незрелых нейтрофилов.

Выводы. Таким образом, заболевание ВГА у детей различных возрастных групп имело свои клинические особенности и было выявлено, что ВГА у детей дошкольного и раннего школьного возраста проходила типично с превалированием лёгких 102(58,3%) и среднетяжёлых 73(41,7%) форм, а у детей подросткового возраста в тяжёлой форме (55,1%) и среднетяжёлой (44,9%) формах, с преобладанием тяжёлых форм (61,9%) у детей от 10 до 14 лет, с печёночной энцефалопатией (14,3%) и затяжным холестазом 9(10,1%).

Самиева Н.Ш.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦНС У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж.
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить особенности перинатальных поражений ЦНС у детей первого года жизни.

Материалы и методы. Обследовано 80 детей первого года жизни с поражением ЦНС. Группу контроля составили 25 детей первого года жизни от естественно наступившей беременности.

Результаты исследования. Гипоксически ишемическое поражения ЦНС у детей на первом году жизни диагностировались чаще в основной группе ($p < 0,001$). Основными проявлениями поражения ЦНС были синдром гипертензии ($p = 0,001$), судорожный синдром ($p = 0,05$), цереброастенический синдром ($p = 0,001$). К концу первого года жизни задержка речевого развития определялась чаще у 23,9% детей группы основной. Диагноз перинатального поражения ЦНС был установлен у 73,6% детей первого года жизни с задержкой развития ($p = 0,001$). Последствия перинатального поражения ЦНС у детей характеризовались синдромами гипертензии, нарушением моторного развития, задержкой речевого развития. По данным нейросонографии в течение первого года жизни выявлялись признаки гипоксически-ишемического поражения головного мозга, повышение эхогенности перивентрикулярных зон дилатация желудочковой системы мозга.

Выводы. На первом году жизни у детей, рожденных с перинатальной патологией, выявлен высокий уровень неврологической патологии. Высокая частота перинатальных поражений ЦНС у детей требует разработки программ комплексного неврологического обследования и диспансерного наблюдения на первом году жизни. Проведение реабилитационных мероприятий позволит уменьшить частоту речевых, моторных нарушений и улучшить качество жизни ребенка.

Сатторова А.П., Кузибаева Н.К.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЁННЫХ

Кафедра педиатрии ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет».
ФГАОУВО "Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта».

Цель исследования. Изучить причины и клинико-инструментальные особенности течения судорожного синдрома у новорождённых.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 60 новорождённых, находившихся на стационарном лечении в детском отделении ЦРБ Дангаринского района за период 2015-2017 гг. Все дети поступали с судорожным синдромом, на фоне основного заболевания. Всем детям, поступившим в стационар, были проведены анамнестические клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты исследования. Все дети, поступившие в отделение, находились в тяжёлом состоянии на фоне основного заболевания и судорожного синдрома. При сборе анамнеза у поступивших детей было выявлено, что все дети имели отягощенный перинатальный анамнез. Так, у 90 % детей выявлено гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, 80% детей страдали анемией, у 75 % наличие TORCH – инфекций (внутриутробных инфекций), у 50 % диагностирован респираторный дистресс синдром. У всех детей при поступлении зарегистрирована гипертермия на фоне ОРВИ, брон-

хита, пневмонии. Было выявлено, что матери больных детей страдали как до так и во время беременности соматической патологией. У 75 % матерей было выявлено сочетание 2-х и более патологий. Осложнение течения беременности и родов выявлено у 90 % матерей. Весе эти признаки создали неблагоприятный фон для развития судорожного синдрома у новорождённых. Большая частота судорожного синдрома выявлена у детей первых 10 дней жизни. Клинические признаки судорожного синдрома проявлялись клоническими – у 50%, тоническими- 30%, миоклониями – 25%, моторными автоматизмами – 50%, атипичными неонатальными судорогами – у 20 %. Судорожные сокращения, связанные с метаболическим нарушениями были выявлены у 35% новорождённых, которые проявлялись: гипокальциемией -25%, гипонатриемией – 10 %. При нейросонографическом исследовании головного мозга, выявлено наличие внутричерепных кровоизлияний у 65 % новорождённых.

Выводы. Таким образом, основные причины формирования судорожного синдрома у новорождённых были ГИП ЦНС, TORCH – инфекции, внтуричерепные кровоизлияния, метаболические нарушения. Основными клиническими проявлениями были клонические судороги, моторные автоматизмы, тонические судороги.

Сафаров Дж.М., Талабзода М.С.

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ ПРИ КИШЕЧНЫХ ГЕЛЬМИНТОЗАХ

ГУ городская клиническая детская инфекционная больница, Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. Изучение гематологических показателей крови при кишечных гельминтозах у детей.

Материал и методы. Была проведена изучение гематологических показателей 55 детей инвазированними гельминтами. Определены уровня эозонофилов, содержание лейкоцитов, показатели СОЭ, показатели гемоглобина, эритроцитов, гемотокрита.

Результаты исследования. В крови имело место эозинофилия от 5 до 10%. Численный состав лейкоцитов в крови у девочек и мальчиков при разных видах гельминтозов существенно не различаются и были максимально приближена к допустимым референс показателям для детей данной возрастной группы: 6,1-11,4 х 10^9/л. Отмечался значительные отклонения уровня лейкоцитов при энтеробиозной инвазии и составило 10,6 ± 0,1 х 10^9/л, что на 13,2 % достоверно выше, чем при аскаридозе. Максимальное уровень числа лейкоцитов у мальчиков выявлено при гименолепидозе, где их число было превышало 11,3 ± 0,6 х 10^9/л. Анализируя различие показателя по половым признакам установлено достоверные повышение СОЭ у девочек при энтеробиозе, более чем на 40,1 %, чем у мальчиков. Сравнительный анализ численного состава лейкоцитов при разных видах гельминтозах среди девочек, показал значительные отклонения уровня лейкоцитов при энтеробиозной инвазии и составило 10,6 ± 0,1 х 10^9/л, что на 13,2 % достоверно выше, чем при аскаридозе. Показатель СОЭ у мальчиков при всех рассматриваемых инвазиях было выше относительно референс значений. Показатель концентрации Hb в крови у обследованных детей при разных видах гельминтозов соответствовал допустимым показателям норм 104-146 г/л.

Анализ показателей числа эритроцитов между группами показал, что у детей с гельминтами число красных телец было достоверно ниже, о чем свидетельствует показатель Т/убыл. – 32,0%. Показатель среднего уровня Hb у детей с гельминтозами также был достоверно ниже показатель Т/убыл. – 13,1%, по сравнению с контрольной группы, соответственно, 115,1±0,8 и 132+2,6 г/л (р <0,001). Такая же динамика определена и по показателям гематокрита Т/убыл. -9,7% между анализируемыми группами. Проведя сравнение данных между группами установлено, что у детей с гельминтами определено достоверное снижение величины среднего объема эритроцита (на 6,1%) (р <0,001), среднего содержания гемоглобина в эритроците (на 12,2%) (р <0,001), концентрации гемоглобина в эритроците (на 4,9%) (р <0,001) и значения цветового показателя (р <0,001). Гипохромия о чем свидетельствовало величина ЦП, которое соответствовало снижения величины данного показателя до 0,8 ед. это было характерно именно инвазированным детям (14,8±2,85% детей).

У детей с гельминтами удельный вес анемичных детей был достоверно выше, чем в контроле (р <0,001) и составил 61,29±8,7%. Среди всех детей анемия легкой степени страдали более половины обследованных пациентов в 51,61±8,9%.

Выводы. Результаты проведенных исследований выявили наличие определенных изменения в динамике некоторых показателей крови, в зависимости от вида глистных инвазий, наличие гендерного различия некоторых показателей.

Султонбеков Н.С., Исмаилов К.И., Ходжаева Н.Н.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВРОЖДЁННЫХ ЛЕЙКОЗОВ

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

Цель исследования. Представить особенности клинического и лабораторного проявления лейкозов в неонатальном периоде.

Материалы и методы. В условиях неонатального отделения НМЦ РТ «Шифобахш» с декабря 2023 по июнь 2024 года под нашим наблюдением было 2 пациента в возрасте 11 и 25 дней с диагнозами: врождённый острый миелобластный лейкоз (ВОМЛ) и врождённый острый лимфобластный лейкоз (ВОЛЛ). Были проведены следующие методы исследования: общий анализ крови, миелограмма, коагулограмма, биохимический анализ, кровь на стерильность, ВИЧ-СПИД, гепатит В и С, общий анализ мочи и кала, а также рентген грудной клетки и эхокардиография.

Результаты исследования. Данные акушерского анамнеза: период беременности проходил с токсикозом в 1 триместре, вульвовагинитом, пиелонефритом, анемией, ОРВИ и угрозой прерывания беременности. Родители отрицали наследственные заболевания в роду. Со слов матерей, дети болели с рождения, отмечалось слабое сосание груди, недомогание, тихий крик, заложенность носа, температура, синюшность и наличие высыпаний на коже, выделения

пены изо рта. Из-за ухудшения состояния дети были доставлены в НМЦ «Шифобахш». Пациенты были госпитализированы в отделение неонатологии, в палату интенсивной терапии. Общее состояние больных на момент поступления было крайне тяжёлым. Тяжесть обусловлена основным заболеванием, неврологической симптоматикой, дыхательной недостаточностью и интоксикационным синдромом. Отмечалась оглушённость сознания, дети вяло реагировали на раздражение и осмотр. Цвет кожных покровов и слизистых бледные, с акроцианозом. При ВОМЛ на коже были видны мелкоточечные петехиальные высыпания, а при ВОЛЛ - петехиально-пятнистые высыпания. Также при ВОЛЛ-варианте отмечалась гепатоспленомегалия. После проведения обследования были получены следующее данные: при ВОМЛ в ОАК: Hb-139 г\л, Эр-4.40*10^{12}, Лейк-15.80*10^{9}, Нейт-10*10^{9}, Нейт-32%, Лимф-3%, бласты-50%, миел-3%, юные-3%, коагулограмма без изменений. Биохимия: О.Б-49 мкмоль\л, мочевина-7.9 ммол\л, креатинин-99 мкмоль\л, СРБ-112 мг\л, белок-50г\л, альбумин-30 г\л, К-3.9 ммоль\л, Са-1.97 ммоль\. Миелограмма при ВОМЛ: к\м пунктат клеточный. Количество бластных клеток увеличено до 40%. Бластные клетки выражены в основном микро- и мезогенерациями. Реакция на миелопреоксидазу положительная. ЦМВ-1:250, герпес 1 и 2 типа - отр. ЭХО- Ф\В-60%, ВПС: ДМЖП-7мм, ДМПП-6мм. Недостаточность трикуспидального клапана, декстрапозиция аорты 40%. Дилатация правых отделов сердца Экссудативный перикардит (70-80 мл). При ВОЛЛ в ОАК: Hb-98 г\л, Эр-3,0*10^{12}, Лейк-400*10^{9}, бласты-96%, миел.-2%, юные-2%, коагулограмма: фибрин 8,0, фибриноген 177,6. Биохимия: О.Б-20 мкмоль\л, мочевина-4 ммоль\л, креатинин-45,8 мкмоль\л, СРБ-12 мг\л, белок-48г\л, альбумин-27 г\л, К-3.7 ммоль\л, Са-1.98 ммоль\л. Миелограмма при ВОЛЛ: к\м пунктат клеточный. Клеточный состав тотально 90% представлен бластными клетками, в основном микро- и мезогенерациями. Реакция на миелопреоксидазу отрицательная.

Выводы. ВОМЛ в основном проявлялся интоксикационным, геморрагическим, а ВОЛЛ - анемическим, геморрагическим и гиперпластическими синдромами. Несмотря на то, что врождённый лейкоз в неонатальной практике встречается крайне редко, появление геморрагии и наличие бластов в периферической крови должно насторожить врача в плане онкогематологической патологии, так как на сегодняшний день в педиатрической практике лейкозы занимают одно из ведущих мест среди заболеваний с неблагоприятным исходом.

Табарова Н.М.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Цель работы. Изучить клинические особенности поражения центральной нервной системы у новорожденных.

Материал и методы исследования. Нами были изучены результаты анамнестических, клинических, лабораторных исследований у 100 новорожденных с перинатальным поражением ЦНС, находившихся на стационарном лечении в отделении патологии новорожденных и отделении неонатальной реанимации МК «Истиклол» г.Душанбе. Изучались факторы риска, обследовали соматический и неврологический статус новорожденных, проводили лабораторные и нейросонографические исследования.

Результаты и обсуждения. При обследовании детей I группы у 15 новорожденных с перинатальным поражением центральной нервной системы были выявлены следующие нозологические формы внутриутробных инфекций: у 6 (39,6%) новорожденных обнаружена цитомегаловирусная, у 5 (33,3%) герпес-вирусная, у 6 (39,6%) токсоплазмозная и у 2 (13 ,5%) новорожденных определялась хламидийная инфекции.

При изучении состояний новорожденных I и II групп с перинатальным поражением ЦНС сочетающийся с внутриутробной инфекцией при рождении, оценивались по шкале Апгар низкими баллами от 3-5 баллов – у 10 (52,63%) новорожденных, 5-7 баллами у 9 (47,37%), в отличие от II группы, где только 5 (22,72%) новорожденных оценивались 3-5 баллами, 7 (31,82%) новорожденных 5-7 баллами, 10 (45,45%) новорожденных II группы были оценены 8-10 баллами по шкале Апгар соответственно.

Результаты исследования у новорождённых с перинатальным поражением ЦНС выявили, что имеются изменения в свёртывающей системе крови: снижение уровня фибрина и фибриногена, удлинение тромбинового времени и уменьшение протромбинового индекса у больных IV группы в сравнении с III группой. Данные нейросонографии показали, что у детей 2 и 3 группы часто отмечались признаки ВЖК 1-2 ст., отеки в перинатальных зонах паренхимы мозга и т.д. Признаки незрелости мозговых структур часто отмечались в первой группе исследования.

Выводы:

1. Результаты исследования показали, что наличие внутриутробной инфекции у новорожденных влияет на состояние ребенка при рождении и особенности течения перинатальных поражений центральной нервной системы у новорожденных.
2. У новорожденных с перинатальным поражением центральной нервной системы и нарушением гемостаза особое внимание необходимо обращать на течение беременности матерей и особенности клинической симптоматики характерной для данной категории больных.
3. У новорожденных с гипоксико-ишемической энцефалопатией отягощенный акушерский и гинекологический анамнез у матерей влияет на внутриутробное развитие плода, с последующими изменениями со стороны нервной системы у новорожденных.

Ходжаева Н.М., МаджоноваМ.Дж., Толибов А.Х.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КИШЕЧНОГО АМЕБИАЗА У ДЕТЕЙ

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Изучить клинико-эпидемиологическую особенность амебиаза у детей.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 60детей с кишечным амябиазом. Больные, находились на стационарном лечение в отделениях детской клинической инфекционной больницы. Среди наблюдаемых больных возрастная категория выглядела следующим образом; детей до 2-х лет было 78,7% и до 5 лет - 21,3%%. Дети, которые проживали в городе, удельный весь их составил - 25,5%, а 74,5% больных были жителями сельской местности. Все дети не были не организованные. Всем детям было проведено: лабораторные методы исследования (общий анализы крови, мочи, кала), у всех больных при паразитологическом методе исследования обнаружены в нативном мазке свежесобранного мазка фекалий вегетативные формы амеб-Entameba hystolitika.

Результаты исследования и их обсуждение. Из эпидемиологического анамнеза больных выяснилось, что среди прослеженных больных более 80,8% не соблюдали личную гигиену, дети из сельских регионов в 78,7 % случаях употребляли воду из открытых водоёмов (каналов и арыков), дети же раннего возраста находились как на искусственном, так и на смешанном вскармливании -70,3% и 29,7% случаях. Наряду с этим более91,9% случаях дети использовали пустышку (соски). Кроме этого, в 68,1% случаях за детьми раннего возраста ухаживали старшие дети в семье. При лабораторном обследовании у всех госпитализированных больных при паразитологическом методе исследования обнаружены в нативном мазке свежесобранного мазка фекалий вегетативные формы амеб. На основании комплекса-клинических проявлений диагностировано легкая форма заболевания у 21,3% больных, среднетяжелая у 63,8% и тяжелое течение амебиаза отмечено в 14,9% случаях.В отделении всем больнымбыло назначено комплексная терапия в том числе: этиотропная (антипротозойное) производное 5-нитроамидозола (трихопол (метронидозол) и сочетание антибиотика (ципфаст с тинидазолом), а также патогенетическая терапия. Больнымтакже назначались ферменты, смекта, пре и пробиотики, спазмолитики и витамины. На фоне проведенной вышеуказанной терапии у больных получен положительный терапевтический эффект.

Выводы. Инфицирование амебиазом наблюдалось преимущественно среди детей до 2-х летного возраста-78,7% случаях, пути инфицирования более 80,8% больных не соблюдали личную гигиену, дети из сельских регионов в 78,7 % случаях употребляли воду из открытых водоёмов (каналов и арыков), дети же раннего возраста находились как на искусственном, так и на смешанном вскармливании -70,3% и 29,7% случаях. Более 91,9% случаях дети использовали пустышку (соски). Этиотропная терапия производное 5-нитроамидозола (трихопол (метронидозол) и сочетание антибиотика (ципфаст с тинидазолом) у больных с амебиазом имел довольно хороший клинический эффект.

Умаров А.У.

ФАКТОРЫ РИСКА В РАЗВИТИИ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж.
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить факторы риска развития пневмонии у новорожденных и детей первого года жизни.

Материалы и методы. Всего обследовано 104 ребенка первого года жизни (из них 39 новорожденных) с пневмонией различного генеза, которые находились на стационарном лечении в ГУ МК «Истиклол». Больные дети были разделены на две группы: 1-я группа –51 детей со среднетяжелой формой пневмонии; 2-я группа – 53 детей с тяжелой формой пневмонии. Проведены клинико-анамнестические, лабораторно-инструментальные методы исследования.

Результаты исследования. Исследовали перинатальные факторы риска у 104 детей и сопутствующие заболевания у детей первого года жизни. Матери в подавляющем большинстве (69,8%) страдали анемией различной степени. Острые и хронические инфекционно-воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта и мочевыводящих путей у матерей 2-й группы встречались чаще (26,0%), чем в 1-й группе (18,2%). Простудные заболевания у матерей 2-й группы отмечались в 54,0%, а в 1-й группе в 25,0% случаев. Наличие TORCH-инфекций во 2-й группе у матерей встречалось чаще (47,1%), чем у матерей 1-й группы (20,1%). Преждевременный разрыв плодных оболочек, длительный безводный период, помутнение околоплодных вод также у матерей 2-й группы выявлены значительно чаще, чем у матерей 1-й группы. Обвитие пуповины, также во 2-й группе отмечено в 33,0%, а в 1-й группе – в 17,7% случаев. Далее нами была проанализирована структура и частота встречаемости сопутствующих заболеваний и преморбидных состояний у наблюдаемых детей, заболевших пневмонией с учетом тяжести основного заболевания.

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что тяжесть течения пневмонии у новорожденных и детей первого года жизни среди целого ряда факторов может быть обусловлена инфекционно-воспалительными заболеваниями матери, отягощенным акушерским анамнезом, а также сопутствующими заболеваниями и преморбидными состояниями ребенка.

Умаров А.У.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней № 1 им. профессора Аминов Х.Дж.
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить заболеваемость железодефицитной анемией у детей, по данным ГЦЗ №15 и №7 г. Душанбе.

Материалы и методы. Обследовано 152 ребёнка раннего возраста с железодефицитной анемией при обращении к семейному врачу в период с 2022- 2023гг..

Результаты исследования. Из обследованных нами 152 детей, 75 (49,3%) - было мальчиков и 77 (59,7%) - девочек, В возрасте от 0 до 1 года - 95 (62,5%) больных, от 1 года до 3 лет - 57 (37,5%), обследованных.

Железодефицитная анемия 1 степени тяжести диагностирована у 99 (65,1%) больных, 2 степени тяжести - у 53 (34,9%). При анализе заболеваемости выявлено, что наибольшее количество детей с анемией 1 степени родились от матерей, страдающих анемией, и которые лечились во время беременности. У детей со второй степенью - матери, которые не лечились во время беременности. Между показателями заболеваемости 1-ой и 2-ой степени тяжести статистически значимых различий не выявлено ($p > 0,05$).

Выводы. Наибольшая частота верификации данного диагноза приходится на ранний (от 0 до 3 лет) срок. Заболеваемость ЖДА 1 и 2 степени, которые между собой не имеют достоверных различий, но требует детального подхода к лечению как первой, так и второй степенью тяжести.Особое внимание необходимо уделять профилактике анемии и лечению во время беременности.

Умурзаков С.М., Джаббарова Ю.К.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОКАЗАНИЯ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ В ФЕРГАНСКОМ ОБЛАСТНОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ

ГУ Ферганский филиал Республиканского Специализированного научно-практического медицинского центра здоровья матери и ребенка, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан

Цель исследования: оценить основные качественные и количественные показатели в динамике развития перинатальной службы в областном перинатальном центре.

Материал и методы. Проведен клинико-статистический анализ годовых отчетов Ферганского областного перинатального центра за 15 лет (2009-2023гг).

Результаты исследования. Анализ количества родов показал достоверное увеличение их с 5504 (2010г) до 7491 (2022г). Отмечается достоверный прирост числа преждевременных родов на 14,8% (с 7,9% до 22,7%). В структуре преждевременных родов очень ранние (22-26^{6} нед) составили 1,5 %, ранние (28-33^{6} нед) - 6,9% и преждевременные роды (34-36^{6} нед) -14,3%. Характерным явился постепенный рост патологических родов с 52,5% до 74,4%. Увеличивается число беременных с 2-3 и более рубцами на матке после кесарева сечения, с крайне отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, истмико-цервикальной недостаточностью, антифосфолипидным синдромом, после экстракорпорального оплодотворения, с резус-конфликтом, с тяжелой преэклампсией в 2,2 раза с 4,1% до 9,1% В динамике также отмечается повышение частоты соматической патологией с 17,3% до 51,1% Установлен неуклонный рост кесарева сечения с 13,2 % до 38,8 %, при этом превалировало экстренное КС (88,9-84,8%). Показаниями в большинстве случаев были угрожаемые жизни состояния матери и плода: к тяжелая преэклампсия/эклампсия (7,9-7,1%), дородовое кровотечения (5,2-5,6%), несостоятельность рубца на матке после перенесенного КС (46,8%), тазово-головная диспропорция (5,6-4,3%), дистресс и неубедительное состояние плода (7,2-7,8%). За последние 5 лет, благодаря шефской помощи коллег из РПЦ, в ФОПЦ внедрены современные инновационные методы диагностики и ведения беременных: конфиденциальное исследование случаев материнской смертности, аудит критических ситуаций, УЗ скрининг плода с выявлением ВПР плода, использование цветного допплеровского картирования (ЦДК) для выявления нарушений МППК, несостоятельности рубца на матке, новые органосохраняющие технологии при врастании и предлежании плаценты, органосохраняющие операции при несостоятельности швов на матке после кесарева сечения и др.

Выводы. Становление и развитие перинатальной службы в области повысило качество оказания помощи матерям. Внедрение новых технологий диагностики и лечения акушерских осложнений помогает своевременно выявлять патологию беременных, совершенствовать антенатальную помощь беременным высокого риска и предупредить смертность матерей при больших акушерских осложнениях.

Ушакова Р.А., Малышева А.С., Александров А.А.

СИНДРОМ АЛАЖИЛЛЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра поликлинической педиатрии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

Цель исследования. Изложить современные критерии адекватной диагностики и перспективы лечебной тактики синдрома Алажилля у детей.

Материалы и методы. В обзоре представлен анализ 20 публикаций из базы данных PubMed и РИНЦ, систематизированы данные клинических рекомендаций и тексты диссертаций.

Результаты исследования. Артериопеченочная дисплазия или Синдром Алажилля (СА) – это редкое мультисистемное генетически детерминированное заболевание с аутосомно-доминантным типом наследования (мутации в генах NOTCH2 и JAG1 с дефектом на коротком плече 20-й хромосомы), при котором формируется хронический холестаз вследствие врожденной гипоплазии внутрипеченочных желчных протоков. Из-за фенотипической вариабельности точная эпидемиология данного заболевания остается неустановленной, с СА рождается от 1:30000 до 1:90000 детей. Перинатальными факторами риска для диагностики являются: угроза прерывания беременности, внутриутробная гипотрофия плода и затяжная желтуха. Характерна типичная комбинация 5 мажорных признаков: 1) внутрипечёночный холестаз (98%) в сочетании с мучительным кожным зудом и повышенным содержанием желчных кислот в плазме крови; 2) типичный лицевой дисморфизм (97%), проявляющийся широким выступающим лбом, глубоко посаженными глазами и гипертелоризмом, длинным прямым носом, выступающим подбородком, оттопыренными ушными раковинами; 3) стеноз легочной артерии и/или ее ветвей, другие пороки сердца (85–97%); 4) «бабочкообразная» деформация грудных позвонков (70%); 5) помутнение роговицы в виде заднего эмбриотоксона (89%). Вследствие недостаточного поступления желчи в кишечник нарушаются процессы расщепления и всасывания жиров, жирорастворимых витаминов, микро- и макроэлементов, что ведёт к отставанию в физическом развитии, часто возникают переломы костей.

Характерны гипербилирубинемия с преобладанием прямой фракции билирубина, повышение уровня трансаминаз, щелочной фосфатазы и g-глутамилтрансферазы в 2–7 раз. Для улучшения реологических свойств желчи рекомендуется прием препарата на основе урсодезоксихолевой кислоты, жирорастворимые витамины А, Е, D, К, микро- и макроэлементы (Ca, Zn), противозудная терапия (Холестирамин®, Налтрексон®, Рифампицин®). При формировании билиарного цирроза печени с изнуряющим кожным зудом, отставанием в физическом развитии, выполняют трансплантацию печени (60-70%). В 2019 г. FDA был зарегистрирован препарат Мараликсибат® для устранения холестатического зуда у пациентов с СА: он снижает обратный захват желчных кислот в кишечнике, тем самым снижая их концентрацию в сыворотке крови. Согласно данным научной литературы и первому клиническому опыту применения препарата в ПМГМУ им. И.М. Сеченова, СГМУ им. В.И. Разумовского и в ПОДКБ им. Н.Ф. Филатова, использование лекарственного средства демонстрирует хорошую эффективность и может стать альтернативой трансплантации печени. У пациентов отмечается уменьшение выраженности мучительного кожного зуда в первые три недели от старта терапии, что рассматривается исследователями как регрессия, с дальнейшим снижением холестатического зуда до легкой степени или полным его устранением.

Выводы. Своевременная диагностика синдрома Алажилля и адекватная лечебная тактика, направленная на устранение холестаза и снижение пула желчных кислот в организме за счет ингибирования их энтерогепатической рециркуляции, способствует уменьшению кожного зуда и фиброза ткани печени, что позволяет улучшить качество и продолжительность жизни пациентов.

Файзуллоев Н.Ф., Ходжаева Н.М.,Саидмурадова Г.М.

НЕКОТОРЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОРИ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».Таджикистан

Цель исследования. Изучить течение кори у детей на современном этапе и роль тромбоцитов в патогенезе болезни.

Материал и методы. Проведено клиническое наблюдение за 47 пациентами в возрасте от 6 мес до 17 лет, находившихся на лечении по поводу кори в инфекционных отделениях Городского медицинского центра г. Душанбе в 2017-2020 гг. Диагноз кори подтверждался методом иммуноферментного анализа путем определения в крови IgM к вирусу кори у 100%. Среди больных корью дети до 1 года – 40,4%, от 1 года до 6 лет –21,3%, 7–14 лет – 4,3%, 15 лет и старше – 34%.

Результаты исследования. Случаи болезни регистрировались, преимущественно, среди девочек –58%. Госпитализированы в стационар в первые 3 дня болезни 30% пациентов, на 4–7-й день заболевания – 58%,остальные 12% на второй неделе болезни. Диагноз кори амбулаторно выявлен у 22% заболевших, 53% больных поступали в стационар с диагнозом «Острая респираторная инфекция, сыпь неясного генеза», 5% с ангиной, 2,5%с лихорадкой неясного генеза, 5,0% с ветряной оспой, 2,5% с краснухой, 10% обратились сами. У 53% больных корью установлен контакт, из них: у55% контакт в детской больнице, у 21% в таборе, у 9% в транспорте, у 5% соответственно на работе, учебе и . Большинство заболевших (63%) не привиты против кори, 5% - были вакцинированы за неделю до начала болезни, 32% - привиты согласно национальному календарю. У всех больных коревая инфекция отмечалась в среднетяжелой форме, начиналась остро, с повышения температуры до фебрильных цифр (90%).Катаральные явления наблюдались у всех заболевших ввиде кашля (76%), насморка (41%), конъюнктивита (63%).В начальном периоде у 46% пациентов на слизистой щек определялись пятна Бельского-Филатова-Коплика. Сыпь носила пятнисто-папулезный характер в 85% случаев, сохраняла этапность появления: в течение 1 суток охватывала лицо, шею, верхнюю часть грудной клетки и плеч, на2–3-и сутки полностью покрывала туловище и распространялась на проксимальные отделы рук, на 3–4-е сутки на дистальные части рук и нижние конечности. Пигментация обнаруживалась уже с 3 суток болезни и проходила в том же порядке, как появлялась сыпь.

Выводы. Исследование тромбоцитарного звена гемостаза выявило снижение агрегационной способности тромбоцитов, в среднем, на 15% (контроль 64,8 ± 3,1%). Размер агрегатов, в среднем, 7,8 ± 2,9 отн.ед. (контроль 6,1 ± 2,5отн.ед.). У 32 больных агрегация была повышена до 74,4 ± 5,6 %, а у 15 – снижена до 29,3 ± 8,7%.

Таким образом, в современных условиях корь регистрируется как у непривитых, так и привитых и протекает, преимущественно, в среднетяжелой форме. Наиболее эффективным методом профилактики кори является массовая иммунизация. В патогенезе кори значительную роль играют повреждение сосудистой стенки и нарушение функционального состояния тромбоцитов.

Файзуллоев Н.Ф., Ходжаева Н.М.

КЛИНИКА, ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ ХРОНИЧЕСКИХ HBsAg- ПОЗИТИВНЫХ ГЕПАТИТОВ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ

Национальная академия наук Таджикистана,
Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Определить влияние этнических различий на клинические проявления, течение и исходы хронических гепатитов В и дельта у детей в Республике Таджикистан.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 113 пациентов (56 местных жителей и 57 – европейцев). Диагноз был выставлен с учетом анамнестических, клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования.

Результаты исследования. Хронический гепатит В (ХГВ) минимальной активности констатирован у 38 коренных жителей и у 47 европейцев, ХГВ выраженной активности – у 18 и 10 соответственно.

Хронический гепатит дельта минимальной активности выявлен у 15 коренных жителей и у 10 европейцев, выраженной активности – у 39 и 25. У детей с данной патологией диагностирован цирроз печени у 10 местных жителей и 3-х европейцев.

Вышеизложенные данные позволяют прийти к заключению о том, что у детей коренных жителей Таджикистана хроническая НВ-вирусная инфекция протекает преимущественно с выраженной активностью. У детей европейской популяции доминирует патологический процесс с минимальными клиническими признаками.

Аналогичная ситуация наблюдается у детей с хроническим гепатитом дельта, но с более отчетливой разницей, прежде всего у детей с выраженной симптоматикой заболевания. Это отличие особенно прослеживается когда патологический процесс завершается формированием цирроза печени: из 13 больных только у 3-х европейцев установлен данный диагноз.

Выводы. Ассоциированные с этническими признаками генетические особенности оказывают существенное влияние на клинические проявления, течение и исходы хронических HBsAg-позитивных гепатитов у детей в Таджикистане. Это обстоятельство, возможно, связано с высокой распространенностью гепатовирусов среди коренного населения республики, что способствует инфицированию НВ- и дельта вирусами в раннем возрасте, когда полученные материнские анти-НВс блокируют эуспрессию ядерного антигена вируса на мембране гепатоцитов. На течение инфекции также влияют географические особенности региона. Жителям Азии особенно свойственна пролонгированная фаза виремии с иммунной толерантностью, циркулирующим HBeAg и высоким уровнем ДНК НВ-вируса. Для европейцев типичен длительный бессимптомный период, когда HBeAg не выявляется, биохимические показатели нормальные, а риск развития гепатокарциномы, возможно, снижен.

Файзуллоев Н.Ф., Ходжаева Н.М., МаджоноваМ.Дж.

ОЦЕНКА КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТАУ БОЛЬНЫХ ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ

Национальная Академия наук Республики Таджикистан,
Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить состояние Т-клеточного звена иммунной системы у больных ветряной оспой.

Материал и методы. Нами обследовались пациенты со среднетяжелым течением ветряной оспы, которые находились в детских инфекционных отделениях ГМЦ №1 г. Душанбе в 2018–2023 гг. В исследуемую группу вошли больные ветряной оспой средней степени тяжести (38 человек), в возрасте 3 - 7 лет. В контрольную группу вошли практически здоровые дети (30 человек) данного возраста. Забор крови производился дважды: при поступлении пациента в стационар (1–3-й день болезни) и при выписке из стационара (10–14-й день болезни).Содержание в крови субпопуляций иммунных клеток (CD-4+, CD-8+) определялось с помощью моноклональных антител методом иммунофлюоресценции.

Результаты исследования. В группе больных ветряной оспой при поступлении на фоне нормального количества лейкоцитов периферической крови наблюдалось увеличение количества лимфоцитов ($p < 0{,}001$),преимущественно, за счет популяции Т-клеток ($p < 0{,}001$). Количество В-лимфоцитов(CD19+) также повышалось, но менее значительно ($p = 0{,}006$).Количество активированных Т-лимфоцитов (CD3+)как в абсолютных, так и в относительных значениях по сравнению с группой контроля было выше ($p = 0{,}002$). У подавляющего числа пациентов количество Т-лимфоцитов при поступлении было выше верхней границы референсных значений, а в 20,6% случаев количество Т-клеток в 1,5 раза и более превышало верхнюю границу нормы.

При повторном исследовании на 10–14-й день у наблюдаемых сохранялось повышенное количество лимфоцитов по сравнению с группой контроля ($p < 0{,}001$). Число CD3-лимфоцитов (1,82 и 0,63 х 10^9/л,$p = 0{,}001$), CB19-лимфоцитов (0,32 и 0,13 х 10^9/л, $p = 0{,}005$),CD3+CD8+-клеток (0,88 и 0,37 х 109/л, $p < 0{,}001$)оставалось выше в сравнении с группой здоровых лиц. У четверти пациентов количество CD3-лимфоцитовоставалось выше верхней границы нормальных значений, у 23,3% число CD8+ Т-лимфоцитов превышало эти границы, а у 43,3% сохранялось высокое количество активированных Т-клеток.У больных с присоединением бактериальной инфекции содержание CD-4+ было существенно ниже соответствующих показателей при ветряной оспе, протекающей без осложнений.

Выводы. Таким образом, неосложненная ветряная оспа средней степени тяжести характеризуется активацией, в первую очередь, Т-клеточного звена иммунной системы и появлением в периферической крови большого количества активированных Т-лимфоцитов (CD3+). Характерно формирование слабого иммунного ответа у больных с осложненными формами ветряной оспы, что способствовало активации вторичной инфекции.

Хайдарова О.Ф., Абдуллоева Н.А., Кадырова М.Р.

ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОГО СТАТУСА ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ НА ФОНЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИ ИЗМЕНЕННОЙ РЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить показатели иммунного статуса часто болеющих детей на фоне аллергически изменённой реактивности организма.

Материал и методы исследования. Проведено исследование 30 детей раннего возраста, часто болеющих респираторными заболеваниями. Все больные наблюдались во время заболевания и в периоды 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 содержание сывороточных иммуноглобулинов класса А, М, G по Манчини.

Результат и их обсуждение: Клиническое исследование выявило, что у 50% детей повторные респираторные

заболевания возникли на аллергическом фоне (аллергический диатез, лекарственная аллергия, пищевая аллергия и др.) У большинства детей 12 (40%) различные проявление явились следствием аллергически изменённой реактивности у родственников, чаще по линии матери. При изучении анамнеза больных установлено, что все они получали нерациональное лечение антибактериальными препаратами, что в свою очередь могло способствовать развитию у них вторичной иммунологической недостаточности, о чем свидетельствуют выявленные изменения со стороны показателей клеточного и гуморального звеньев иммунитета, а также со стороны факторов неспецифической защиты. При изучении иммунологических показателей было выявлено, что дети страдающие аллергическими заболеваниями имели более выраженные изменения со стороны клеточного иммунитета и показателей факторов неспецифической защиты. Отмечалось снижение Т-лимфоцитов (52,7%) и фагоцитарной активности нейтрофилов (ФАН) до 35,3%. Наряду с нормальным содержанием В-лимфоцитов, отмечалось значительное снижение их функциональной активности, что проявлялось достоверным снижением содержания в сыворотке крови всех классов иммуноглобулинов (JgA-141,2мг%, JgV-119,0мг%, JgG-979,3мг%). В период клинического благополучия иммунологическая реактивность организма детей, несмотря на незначительные изменения иммунологических показателей находилась в перенапряжённом состоянии. В качестве иммуномодулятора был использован Т- активин, который оказал положительный эффект. После лечения Т-активином отмечалась нормализация клеточного иммунитета (Т-лимфоцитов 68,8%) и повышение ФАН (48,6%).

Выводы. Таким образом, у часто болеющих детей, особенно с аллергически изменённым преморбидным фоном, наблюдаются изменения в иммунитете.

Хайдарова О.Ф., Абдуллаева Н.А., Кадырова М.Р.

ФАКТОРЫ РИСКА, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ФОРМИРОВАНИЮ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить факторы риска, способствующие формированию часто болеющих детей

Материал и методы исследования. Проведено исследования у 146 часто болеющих детей в возрасте 1-7 лет, среди которых преобладали (67,2%) дети раннего возраста. Все больные наблюдались во время болезни и в периоды относительного благополучия. Выявлено 2 возрастного пика формирования часто болеющих детей: первый в пределах 1,5-2,5 лет второй 4-7лет.

Результаты и их обсуждение. При клиническом обследовании детей особое внимание уделялось анамнестическим данным матери и ребёнка, с целью выявить факторы риска, способствующие развитию у детей частых заболеваний. Анализ полученных результатов показал, что у 74% (50%) женщин беременность протекала с ранними и поздними токсикозами 57 (40%) ,имели место хронические заболевания (хронический пиелонефрит, хронический тонзиллит, ревматизм и другие). Практически все женщины во время беременности страдали различной степени выраженной анемии. Таким образом, все матери наблюдаемых больных имели неблагоприятный акушерский анамнез, или экстрогенетальную патологию, что отрицательным образом сказывалось на развитие плода и формирование функции его органов и систем. По-видимому, это являлось одним из основных причин развития частых заболеваний у детей раннего возраста. Характер питания грудных детей также имело прямое отношение к формированию часто болеющих детей. Среди наблюдаемых детей практически у всех на первом году жизни проводилось нерациональное питание (вскармливание): не назначалась коррекция минеральными солями и витаминами, прикормы проводились несвоевременно или вообще не проводились. При искусственном вскармливании адаптированными смесями заболеваемость респираторными инфекциями возрастало в 2,5 раза, а при применении неадаптированными смесями в 6 раз, по сравнению с детьми находившихся на естественном вскармливании. Наряду с этими факторами снижающим резистентность детского организма и создающим благоприятный фон для рецидива заболеваний, отмечалось нарушение правил при проведении профилактических прививок и расширение в детском коллективе контакта с инфекционными агентами, что явились одной из причин частой инфекционной заболеваемости. Существенное влияние на возникновение частых болезней в детском возрасте оказывало хронические заболевания в носоглотке. Большинство детей этой группы рождались от матерей с хроническими заболеваниями (хронический тонзиллит, хронический пиелонефрит).

Выводы. Таким образом, к факторам риска, способствующим формированию часто болеющих детей относятся нарушения здоровья матери.

Хайдарова О.Ф., Кадырова М.Р., Рахмонов Т.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРЫХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРЕМОРБИДНОГО ФОНА

Кафедра пропедевтики детских болезней ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить клинические проявления острых бронхитов у детей раннего возраста в зависимости от преморбидного фона.

Материл и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ 120 историй болезней детей раннего возраста с острыми бронхитами на отягощённом преморбидном фоне. Из них с острым бронхитом было 48 (40%) больных, с обструктивным бронхитом – 57 (47%) больных, с бронхиолитом – 15 (13%) больных.

Результаты и их обсуждение. Из 120 обследованных больных 43 детей страдали аллергическими диатезами, что составляет 36%. Аллергические проявления в основном наблюдались в группе больных обструктивным бронхитом и бронхиолитом. Заболевание наиболее тяжело протекало у детей на фоне хронического расстройства питания по типу паратрофии, что составило 13% (15 детей). Почти у всех больных заболевание началось остро с возникновением катаральных явлений, вслед за которыми быстро развивалась клиническая картина. В анамнезе обращало внимание то, что

дети часто страдали простудными заболеваниями (ОРИ, бронхит), что способствовало снижению реактивности организма и обусловливало возникновение новых заболеваний.

Обструктивный синдром клинически проявлялся навязчивым кашлем, одышкой смешанного характера с преобладанием экспираторной отдышки, участием в дыхании вспомогательной мускулатуры, цианозом носогубного треугольника, вздутием грудной клетки, коробочным оттенком перкуторного звука, обилием разнокалиберных влажных и рассеянных сухих свистящих хрипов в лёгких. Причём явление обструкции дольше держались при наличии аллергического диатеза и хронического расстройства питания по типу паратрофии, и уменьшались к концу недели, а при чистом обструктивном бронхите улучшение отмечались на 2 -3 день заболевания. Изменения деятельности сердечно-сосудистой системы наблюдались у детей с бронхиолитом и выражались в появлении тахикардии, приглушении тонов сердца. При рентгенологическом исследовании грудной клетки, как правило, отмечалось вздутие лёгочной ткани, усиление сосудистого рисунка и отсутствие очагов воспалительной инфильтрации. Продолжительность острого бронхита составила 7 – 10 дней, обструктивного 7-12 дней, бронхиолита 2 недели, причём при наличии неблагоприятного преморбидного фона заболевание протекало более продолжительно.

Выводы. Течение острых бронхитов в значительной мере зависит от преморбидного фона. Проявления аллергического диатеза встречались в основном при обструктивном синдроме и наиболее тяжело протекали при хроническом расстройстве питания по типу паратрофии.

Хамраев А.Ж., Файзуллаев Ф.С.

ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт. РУз.

Цель: Улучшить результаты лечения геморроя у детей, путем изучения особенностей диагностики, тактики комплексного подхода лечения.

Материалы и методы: На клинической базе госпитальной детской хирургии ТашПМИ (1-ГДКБ) за последние 11 лет на стационарном и амбулаторном лечении находились 106 больных с диагнозом геморрой. Больные в возрасте до 1 года было 4 (0,4%); 1–3 лет – 28 (26,4%); 3–6 лет – 48 (45,2%); 7–12 лет – 14 (13,2%); 13–18 лет – 12 (11,3%). Высокая частота геморроя отмечена у больных 1–3 и 3–6 лет, которые составило – 76 (71,6%). Наружный геморрой выявлен – у 101 (95,2%); внутренний – у 4 (3,8%) и комбинированный – у 1 (0,9%) больного. Мальчиков было 70 (66 %), девочек 36 (34%). Оперативный лечение проводилось у 9 больных.

Всем больным проводились обследования: общеклиническое, лабораторное, ректальное пальцевое, аноскопии и ректоскопии. Дополнительно для выявлении причины геморроя у детей, при помощи УЗИ доплером изучали сосудистое нарушение тазового дна, при полипозиционной ирригографии - состояния удлинения, сужения, опущения и дефекты фиксации толстой кишки и при ректороманоскопии состояние слизистое прямой и сигмовидной кишки, приводящей к моторно-эвакуаторному нарушению или двухмоментному акту дефекацию. Нами изучен эффективности результатов консервативного и хирургического лечения у детей.

Результаты и их обсуждение. У детей дошкольного возраста характерными причинами были, периодические и длительные сидение на горшке или унитазе, а в школьном возрасте - упорные запоры и спортивные перенагрузки и перенапряжение. Первичной диагностики при помощи наружного и ректального осмотра ГУ чаще локализовались на 3, 7 и 11 часах условного циферблата на соответствующей локализации геморроидальных подушках (ГП): на 2-5 часах по циферблату – у 27 (35%); на 6-9 часах – у 30 (39%) и на 10-12 часах у 20 (26%). Типичные локализации ГУ больше всего являются доказательством о врожденного генеза заболевания у детей. Размеры ГУ составили от 0,5см до 2,5см в диаметре. Количество ГУ отмечено с одним – у 52 (60%), с двумя – у 25(29%), с тремя – у 8 (9%) и более 3-х - у 2 (2%) больных. Выпячивание ГУ при ортостатической нагрузке больных детей с геморроем транзиторное состояние выявлено у 28 (32%) и постоянный ГУ – у 59 (68%), из которых у 8 (13,5%) больных отмечался тромбоз ГУ.

Геморрой у детей младшего возраста клинически часто протекали в атипичной форме, проявлялся постепенно, незаметно и без кровотечения. У детей школьного возраста к клиническим особенностям присоединился зуд заднего прохода. У детей старшего возраста боли в области ануса появляются позднее других локальных симптомов. У большинства больных заболевание протекал без воспаления или с умеренными воспалениями ГУ.

В комплекс лечения геморроя у детей входили комплекс консервативное и оперативные.

При консервативном лечение больных с геморроем одновременно лечили основного заболевания являющиеся причиной её и местного лечения геморроя. При этом проводился, очистительные и лечебные клизмы с раствором ромашки, вставлялись ректальные свечи антигеморана 2 раза – утром и вечером – в течение 7 дней. Проводился курс расширения ануса с ректоскопом в первых 3 дня, при наличии воспалительного отека в узлах назначали светодиодный лазер (СДЛ) в течение 7 дней. П проведение 1–2 курсов местного лечения дали положительный эффект во всех случаях. При лечение геморроя у детей в возрастном аспекте имели тактические и технические особенности хирургического лечения. В тактическом плане, у детей раннего возраста (1-3 года) в связи отсутствием экстренных клинических проявлений (ректальное кровотечение) угрожающих состояние ребенка, показаний к оперативному лечению не было. Геморрой в этом возрасте в основном было транзиторного характера, поэтому подлежал к неинвазивному (ректальной болонокомпрессия) методу лечению и динамическому наблюдению.

Особенностями лечения геморроя у детей дошкольного возраста почти отличался от предыдущих: лечебные клизмы с раствором ромашки, применение свичей (антигеморан) и мазей (проктозан) местного применения ППЛ или СДЛ на область ГУ. При этом, восстанавливается кровообращение, уменьшается застой в тазовых органах, укрепляется мускулатура тазовой диафрагмы, что приводит к исчезновению ГУ. У детей школьного и старшего возраста при лечении острого тромбофлебита в пищевом режиме предусматривали акцент на профилактику и лечения запора. Консервативное лечение сроком 3-6 месяцев привело излечению

этих больных. Однако у 9 (26%) больных не дали желаемых результатов.

Хирургические лечение геморроя проводили только в условиях стационара у 9 (26%) пациентов. В 2 случаях была выполнена срочная геморройэктомия по поводу острого тромбоза ГУ, в остальных 7 случаях по плановом показаниям. Абсолютной показаниями были при наличие больших и сливающихся варикозных узлов, часто выпадающие узлов вызывающих дискомфорта и болевых ощущений, которые нарушали акта дефекации, наружных ГУ не поддающихся к консервативному лечению. Геморройэктомии в детском возрасте применяли только более щадящие методы.

Выводы: Таким образом, дети с геморроем до 3-х лет, более эффективными является консервативное лечение. К хирургическому лечению более подвержен школьный возраст.

Ходжаева Н.М.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОЧЕТАННЫХ ФОРМ COVID-19 И ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

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

Цель исследования Установить клинические особенности COVID-19 при коинфицировании другими вирусами из группы ОРВИ у детей.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 85 больных в возрасте от 1 месяца до 18 лет с лабораторно подтвержденной инфекцией COVID-19 и клиническими симптомами ОРВИ, госпитализированных в ДКИБг.Душанбе, в период с 2020-2022 гг. Диагноз был верифицирован ПЦР-диагностикой на большинство вирусов из группы ОРВИ: РСВ, аденовирус, риновирус, грипп, парагрипп, сезонный коронавирус.

Результаты исследования. При обследовании 85 пациентов с COVID-19 ко-инфекция выявлена у 12 (14,1%) из них: у 4 (33,3%) – риновирус, у 3 (25%) – аденовирус, у 2 (16,7%) – парагрипп, у 1 (8,3%) – сезонный коронавирус и у 2 (16,7%) - грипп. Больные поступали в среднем на 2,8±0,8 день от начала развития клинической симптоматики с катаральными проявлениями верхних или нижних дыхательных путей. У 4 (33,4%) детей наблюдалось развитие пневмонии, у 3 (25%) – симптомы острого бронхита, у 1 (8,3%) ребенка – острый обструктивный бронхит, 1 (8,3%) ребенок с острым стенозирующим ларинготрахеитом, у 3 (25%) детей – ринофарингит. Среднетяжелая форма болезни констатирована была у 11 (91,7%) пациентов с микст патологией, у 1 (8,3%) – тяжелое с выраженной ДН и отягощенным преморбидным фоном (БА, гипотрофия). Лихорадка до субфебрильных и фебрильных значений отмечена у 11 (91,7%) детей длительностью от 1-го до 11 дней (7,6±1,2 дней). У 10 (83,4%) детей наблюдался слабовыраженный интоксикационный синдром. В трети случаев коинфекции отмечено поражение НДП с развитием пневмонии, что обуславливало тяжесть состояния пациентов. Данные параклинического обследования соответствовали варианту течения инфекции. Все дети получали противовирусную, по показаниям антибактериальную и симптоматическую терапию. Из противовирусных препаратов применялись Анаферон детский, Эргоферон. При тяжелых формах - Виферон в свечах.

Длительность госпитализации составила в среднем 5,2±1,2 койко-дней. Большинство детей (83,4%) были выписаны с улучшением на амбулаторное долечивание.

Средняя длительность вирусовыделения SARS-Cov-2 составила 4,8 дня.

Выводы. При сочетанных формах ко-инфекции COVID-19 и ОРВИ у детей наиболее часто патологический очаг формируется в нижних дыхательных путях с развитием пневмонии или бронхита. Микст-инфекции способствуют утяжелению течения заболевания, а также склонность к затяжному течению COVID-19 при сопутствующих ОРВИ и увеличению длительности пребывания больных в стационаре.

Ходжаева Н.М., Мамадярова М.Г.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Установить по клиническим и лабораторным исследованиям наиболее часто встречаемые вирусные патогены, вызывающие ОРВИ у детей раннего возраста.

Материал и методы. Обследовано 465 детей в возрасте от 6мес до 14 лет в период с 2018 по 2023 гг. Установление этиологической структуры проводили на основании результатов полимеразной цепной реакции в режиме реального времени.

Результаты исследования. Диагноз ОРВИ был выставлен 264 больным(56,8%). По клиническим данным чаще устанавливали респираторно-синцитиальную вирусную инфекцию (РСВ) и риновирусную (РВ), по лабораторным исследованиям -у 26,5% детей и у 22,7% соответственно, реже – вирусы парагриппа (ПГ) (14,3%) иаденовирусы(АдВ) (12,8%), вирусы гриппа А (12,1%). Коронавирусы –(КоВ) – примерно у4%детей. РСВ инфекцией достоверно чаще болели дети первого года жизни, АдВ –пациенты старше года, РВ и гриппом – в возрасте 2–5 лет. Парагрипп регистрировали у больных всех возрастов на одинаковом уровне. Для риновирусной инфекции характерен зимний подъем заболеваемости ($p < 0,001$), для гриппа – в зимне-весенний период ($p < 0,001$), парагрипп иаденовирус не имели четкой сезонности ($p < 0,05$). Для РСВ-инфекции характерна осенне-зимне-весенняя сезонность ($p < 0,05$) с ежегодным смещением начала и окончания сезона на месяц и максимальным подъемом заболеваемости с октября–ноября по апрель-май. У детей первого года жизни отмечали 2 волны регистрации РСВИ: в апреле-мае 2011 г.и с сентября 2011 по март 2012 гг., а у больных второго года она была одинаковой на протяжении всего периода наблюдения, за исключением летних месяцев.

Выводы. Этиологическая расшифровка острых респираторных заболеваний у детей позволяет достоверно верифицировать диагноз и избежать неоправданного назначения антибактериальной терапии и дифференцированно выбирать средства противогриппозного или широкого противовирусного действия.

Ходжаева Н.М.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

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

Цель исследования. Установить клинико-эпидемиологические особенности течения COVID-19 у детей различного возраста.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 44 ребенка с COVID-19 в возрасте от 2 месяцев до 17 лет, которые находились на стационарном лечении в Медицинском комплексе "Истиклол" г. Душанбе с августа по декабрь 2021 года. Диагноз новой коронавирусной инфекции был подтвержден методом ПЦР в мазках из носа и ротоглотки. Всем больны была проведена рентгенография органов грудной клетки. Диагностика и терапия были основаны на методических рекомендациях Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ.

Госпитализированные больные в большинстве случаев, особенно при тяжелых формах болезни, получали ректально свечи "Виферон" - дети первого года жизни до 4 лет - 100%; пациенты от 4 до 9 лет в случае констатирования среднетяжелой формы болезни - рекомбинантный интерферон альфа-2b в свечах - 15% детей; анаферон детский в таблетках - 65% и препарат арбидол - 20% в сочетании с интерфероном альфа-2b интраназально. Большинство детей от 10-17 лет - умифеновир (арбидол) - до 80%, остальные в сочетании с интерфероном альфа-2b интраназально.

Результаты исследования. Среди 44 обследуемых больных, мальчиков было - 19 (43,2%), девочек - 25 (56,8%). Средний возраст больных составил 4,6±1,2 лет. Распределение по возрастам было следующим: первая группа - 10 (22,7%) от 2 месяцев до 3 лет, вторая - 12 (27,3%) от 4 до 9 лет, третья - 11 (25%) от 10-13 лет, четвертая - 11 (25%) от 14 до 17 лет. Из эпидемиологического анамнеза было выяснено, что в 77,3% случаев дети поступили из семейного очага (контакт с больными взрослыми и контакт с больными в образовательных учреждениях). В первые 3 дня болезни за медицинской помощью обратились 75% больных, остальные - на 4-5 день болезни. Легкая форма констатирована у 25 (56,8%) детей, среднетяжелая - у 15 (34,1%) и тяжелая - у 4(9,1%). Тяжелые формы чаще были установлены у детей раннего возраста.

У всех наблюдаемых пациентов наблюдалось острое начало болезни с повышения температуры тела до 38°С - у большинства госпитализированных (75%) и лихорадка свыше 38°С - у 25%. Высокая лихорадка наблюдалась у детей раннего возраста. У большинства детей выявлялись гиперемия задней стенки глотки, ринит, боли при глотании. Сухой кашель отмечался у половины больных. У 25% детей - симптомы поражения желудочно-кишечного тракта в виде жидкого стула до 3-5 раз, тошнота -11,4%, рвота - 9,1% случаев. У всех больных во всех возрастных группах в большинстве случаев отмечались признаки фарингита, тонзиллита. У детей старшего школьного возраста катар верхних дыхательных путей отмечался реже, чем в других возрастных группах. Ринит также чаще встречался у детей раннего и младшего школьного возраста ($P<0,05$). Пневмония чаще встречалась у детей раннего и младшего школьного возраста (до 9 лет) - в 22,7% случаев. В этой же группе достоверно наблюдались и симптомы поражения желудочно-кишечного тракта.

Выводы. Заболевание у детей протекало преимущественно в легкой и среднетяжелой формах. Заболевание начиналось остро, с повышения температуры тедо до субфебрильных цифр, с проявлениями ринита, фарингита, сухого кашля, гатроэнтерита, которые отмечались чаще у детей младшего возраста. Пневмония встречалась у 22,7% детей, в основном, у детей раннего и младшего школьного возрастов. В качестве этиотропной терапии использовали Виферон в свечах, анаферон детский и умифеновир.

Ходжаева Н.Н., **Шарипова М.М**., Содиков Н.М.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ У ДЕТЕЙ

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

Цель исследования. Провести всестороннюю оценку клинических особенностей, возможных этиологических факторов и эффективности лечения при ИТП у детей, а также определить факторы, способствующие прогрессированию и рецидиву заболевания.

Материалы и методы. Изучены 75 случаев ИТП у детей в возрасте от 3 месяцев до 15 лет, проходивших лечение в Гематологическом отделении НМЦ РТ в период с 2022 по 2024 годы. Проведён ретроспективный анализ медицинской документации, включающий оценку этиологических факторов, клинических проявлений, степени тромбоцитопении, эффективности лечения и динамики восстановления тромбоцитов.

Результаты исследования. Острая форма ИТП была диагностирована у 55 детей, хроническая форма - у 24. Наиболее распространёнными клиническими проявлениями острого ИТП являлись экхимозы и петехии; «мокрый» компонент выявлялся у 36% пациентов. Кровотечения из внутренних органов, включая ЦНС, отмечались преимущественно при хронической форме.

Острая ИТП часто развивалась после вирусных (40%) и бактериальных инфекций (11%), включая инфекции мочевыводящих путей, иерсиниоз и простой герпес. В 8 случаях тромбоцитопения возникала на фоне острого цитомегаловирусного инфицирования, в 5 случаях - после применения лекарственных препаратов (антиконвульсанты, противо- грибковые средства). У 40% детей была отмечена аллергическая предрасположенность, в том числе атопический

дерматит и пищевая аллергия. При хронической ИТП факторы рецидивирования, такие как вирусные инфекции и аллергическая реактивность, встречались реже (12% и 6% соответственно).

Стандартное лечение острого ИТП (симптоматическая терапия, глюкокортикоиды, внутривенные иммуноглобулины) было эффективно только у 48% пациентов. Дополнительное обследование выявило активную персистенцию различных патогенов, что позволило достичь полного клинического выздоровления после санации инфекционных очагов у всех пациентов.

Хроническая ИТП лечилась в соответствии с международными протоколами, но эффективность составила лишь 40%. Частичный и кратковременный гематологический ответ наблюдался у большинства пациентов, с последующими рецидивами. Пациенты с резистентной формой ИТП также демонстрировали эндокринные нарушения, что указывает на аутоиммунный генез заболевания.

Выводы. Инфекционные заболевания, гельминтозы и аллергическая предрасположенность являются ключевыми факторами развития острого ИТП у детей. Хеликобактерная инфекция играет значимую роль в патогенезе и рецидивах заболевания. Хроническая ИТП сопровождается более выраженной тромбоцитопенией и снижением количества мегакариоцитов в костном мозге. Эффективная терапия должна включать санацию хронических инфекционных очагов, с особым акцентом на диагностику и лечение хеликобактерной инфекции.

Ходжаева Н.Н., Исмоилов К.И., Содиков Н.М.

ИММУНОСУПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ: ОПЫТ НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

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

Цель исследования. Оценить результаты применения иммуносупрессивной терапии у детей с апластической анемией в условиях Национального медицинского центра Республики Таджикистан.

Материалы и методы. В исследование включены 20 детей в возрасте от 4 до 15 лет с диагнозом апластическая анемия. Все пациенты проходили курс иммуносупрессивной терапии с мая 2021 по август 2024 года. Основными критериями включения в исследование были тяжёлая форма АА и отсутствие удовлетворительного ответа на предыдущее лечение. Применяемая схема включала антитимоцитарный глобулин (АТГ) в комбинации с циклоспорином А.

Результаты исследования. Из 20 детей, включённых в исследование, 82% пациентов дали положительный ответ на лечение. В 74% случаях требовался только один курс АТГ, в то время как для 24% пациентов потребовалось два курса, и лишь 2% нуждались в трёх курсах терапии. Гематологический ответ (увеличение количества клеток крови) наблюдался у 93% пациентов в течение 3-6 месяцев после начала лечения. Повторное назначение курса АТГ у пациентов, не ответивших на первый курс, дало положительный результат в 58% случаев. Анализ выживаемости показал, что 10-летняя общая выживаемость составила 90%, что подтверждает долгосрочную эффективность ИСТ.

Выводы. Иммуносупрессивная терапия является важным и эффективным методом лечения апластической анемии у детей, особенно в тех случаях, когда трансплантация костного мозга невозможна. Протокол лечения с использованием антитимоцитарного глобулина и циклоспорина А показал высокую результативность и значительное улучшение состояния большинства пациентов, что подчёркивает необходимость её применения на ранних стадиях заболевания для достижения лучших результатов.

Ходжаева Н.Н., Мухаммаднабиева Ф.М., Содиков Н.М.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ И ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ МИЕЛОДИСПЛАСТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ

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

Цель исследования. Провести эпидемиологический анализ миелодиспластического синдрома (МДС) у пациентов, получавших лечение в гематологическом отделении.

Материалы и методы. В исследование было включено 45 пациентов (21 мальчик и 24 девочки) с миелодиспластическим синдромом в возрасте от 6 до 14 лет, наблюдавшихся в детском гематологическом отделении Национального медицинского центра Республики Таджикистан с 2020 по 2024 годы. Диагностика МДС основывалась на клинических данных, результатах общего анализа крови, миелограммы и др. Пациентам проводили биопсию костного мозга для оценки клеточного состава и выявления дисплазий. Лабораторные исследования включали анализы на уровень гемоглобина, лейкоцитов и тромбоцитов. Клиническая оценка состояния пациентов проводилась с учётом тяжести симптомов, включая анемию, кровотечения и инфекционные осложнения. Все пациенты получали поддерживающую терапию, в том числе переливание крови и антибактериальные препараты, а также проводилась оценка ответа на лечение.

Результаты исследования. Основной причиной обращения в гематологическое отделение было выявление отклонений в общем анализе крови, чаще всего в виде анемии, которая наблюдалась у 74% пациентов и проявлялась слабостью, утомляемостью, одышкой и головокружениями. Лейкопения была зарегистрирована у 8% пациентов и сопровождалась частыми инфекциями (ОРВИ, синуситы, пневмонии), а панцитопения, выявленная у 8% пациентов, включала симптомы анемии, инфекций и кровотечений. Тромбоцитопения наблюдалась у 6% пациентов, проявляясь кровотечениями и появлением синяков, в то время как тромбоцитоз был отмечен у 5% пациентов.

Пациенты были классифицированы по типам МДС: с линейной дисплазией (15 пациентов), с мультилинейной дисплазией (12 пациентов), с избытком бластов (10 пациентов), с кольцевыми сидеробластами (5 пациентов) и с неклассифицируемыми формами (3 пациента). Пациенты с выраженной анемией и тромбоцитопенией чаще сталкивались с кровотечениями и инфекциями, что негативно влияло на их качество жизни, а у пациентов с панцитопенией

наблюдались наиболее тяжёлые клинические проявления. У 68% пациентов были выявлены множественные рецидивирующие эпизоды инфекций, требовавшие антибактериальной терапии.

Выводы. Существующие алгоритмы оценки индивидуального риска и целеполагания терапии для пациентов с МДС недостаточны, так как прогноз жизни у таких пациентов больше зависит от течения сопутствующих заболеваний.

Холматова Ш.Ш[1]., Зуфарова Ш.А[1]., Камалов Т.Т[2].

ИЗМЕНЕНИЯ СЫВОРОТОЧНЫХ УРОВНЕЙ ГЛОБУЛИНА, ГОМОЦИСТЕИНА И СВЕРХЧУВСТВИТЕЛЬНОГО СРБ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИХ СВЯЗЬ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

[1]Ташкентский Педиатрический медицинский институт,
[2]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии имени Ё.Х. Туракулова

Цель исследования. Изучить раннюю прогностическую ценность воспалительных маркеров (SHBG, Hcy и hs-CRP) для патогенеза ГСД.

Материалы и методы. Данное исследование представляет собой вложенное исследование «случай-контроль». Первородящих одного плода на ранних сроках беременности (11–14 недель) обследовали в амбулаторном отделении акушерства и гинекологии РПЦ (Республиканский перинатальный центр) (в период с января 2018 г. по январь 2023г.). Из 600 включенных беременных женщин 10 не находились под наблюдением, а у 12 случился самопроизвольный аборт. Во втором триместре беременности (24–28 недель) 578 пациенткам был проведен пероральный глюкозотолерантный тест (ОГТТ) с дозой 75 г. Больные без ожирения с диагнозом ГСД были разделены на группу наблюдения (ГСД, n = 60), а в качестве контрольной группы (контроль, n = 60) были выбраны беременные того же возраста и недели гестации без ожирения с нормальной толерантностью к глюкозе. Уровни сывороточного Hcy и hs-CRP измерялись в первом и втором триместре беременности в обеих группах. Все случаи наблюдались до родов, а образцы крови были взяты перед родами в третьем триместре беременности. ИМТ ≥ 30 считался стандартом ожирения, а в третьем триместре были исключены 5 случаев пациентов с ожирением. Были обнаружены сывороточные Hcy, hs-CRP, SHBG, глюкоза натощак (FPG), инсулин натощак (FINS) и другие биохимические показатели. ГСД диагностируется, если одно или несколько измерений уровня глюкозы в плазме соответствуют или превышают следующие пороговые значения: уровень натощак 5,1 ммоль/л, 1-часовой уровень 10,0 моль/л или 2-часовой уровень 8,5 ммоль/л.

Результаты. Сравнение общеклинических данных. Не было выявлено существенных различий в общих данных о возрасте, ИМТ на ранних сроках беременности и среднем сроке беременности при взятии проб крови между двумя группами на трех разных стадиях беременности (ранняя, 11–14 недель; среднесрочная, 24–28 недель; и поздняя, 36–40 недель) ($p > 0,05$).

Сравнение уровней Hcy, hs-CRP и SHBG в сыворотке крови между двумя группами на разных стадиях беременности. Уровни сывороточного Hcy и hs-СРБ в 2 группах увеличивались с увеличением срока беременности, а уровень ГСПГ в сыворотке крови в группе ГСД снижался с увеличением срока беременности ($p < 0,05$). Уровни Hcy и hs-СРБ в сыворотке крови в группе ГСД были значительно выше, чем в контрольной группе на 3 разных стадиях беременности ($p <0,05$). Уровень ГСПГ в сыворотке крови в группе ГСД был достоверно ниже, чем в контрольной группе на 3 разных стадиях беременности ($p < 0,05$).

Выводы. Раннее выявление женщин с ГСД важно для снижения материнской и неонатальной смертности и заболеваемости. В последние годы многие исследования показали, что метаболический синдром связан с медиаторами воспаления; наиболее представительным из которых является hs-CRP. Он также подтверждает наличие низкого воспаления у пациентов с метаболическим синдромом, а также является независимым предиктором сердечно-сосудистых заболеваний, как СРБ [[9]]. ГСД является основным проявлением метаболических нарушений во время беременности. Данное исследование показало, что уровень вч-СРБ в сыворотке крови был достоверно выше в группе с ГСД по сравнению с контрольной группой на разных сроках беременности. Однако исследования показали, что уровень вч-СРБ в группе ГСД на ранних сроках беременности достоверно не отличался.

Хотамова М.Н.

МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ КИШЕЧНЫХ КОЛИК У МЛАДЕНЦЕВ

Кафедра детских болезней №1 им профессора Аминова Х.Дж.
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Определить основные причины младенческих колик и их медикаментозную коррекцию.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 50 детей в возрасте от 1 до 4 месяцев, из них 38 были на исключительно грудном вскармливании, а 12 - на смешанном вскармливании, на адаптированных базисных смесях. У всех детей изучались данные материнского анамнеза, течение беременности, характер их питания в период грудного вскармливания, наличие у близких родственников непереносимости молока и молочных продуктов. Оценивалось физическое и нервно-психическое развитие детей, проводилось копрологические исследования с определением РН кала и микрофлоры кишечника.

Результаты исследования. В ходе наблюдения длительность младенческих колик установлена от 1 до 3 месяцев, чаще от 10 минут до 2-3 часов. Клинические признаки совпадали с типичной клинической картиной в 72% случаях. Тщательно собранный анамнез матерей в сочетании с копрологическими исследованиями при пониженном РН (5,5 и менее) позволили диагностировать лактозную недостаточность у 7% детей. У более 46% детей в кале

были слизь и зелень. Предрасполагающими факторами возникновения младенческих колик были нарушения режима питания и диеты у большинства кормящих матерей.

Лечение младенческих колик начиналось со здорового образа жизни в семье, исключения стрессовых ситуаций, коррекции рационального питания матерей и соблюдения правил техники кормления. В качестве медикаментозной коррекции назначен растительный препарат Плантекс, содержащий сухой водный экстракт плодов фенхеля и эфирное масло фенхеля, которое оказывает спазмолитическое, обезболивающее действие, уменьшает метеоризм, способствует выделению пищеварительного сока и отхождению газов. Препарат назначался по 1 пакетику (5 гр) 3 раза в сутки, продолжительность лечения зависела от положительной динамики клинических проявлений и в среднем составила от 10 дней до 1,5 месяцев. Положительный эффект начинался после 2-3 дней приёма препарата у 88% детей. Дети с лактозной недостаточностью помимо Плантекса получали фермент лактазу (Лактазар), но 4-х младенцев перевели на искусственное вскармливание безлактозной смесью.

Выводы. Только комплексное обследование детей с младенческими коликами и их матерей в сочетании с клиническими проявлениями позволяют выявить причины этого состояния. Растительный препарат Плантекс является одним из эффективных препаратов при коррекции этого состояния в сочетании и исключением нарушения диеты и отдельных элементов, нарушающих здоровый образ жизни матери.

Хотамова М.Н.

ПРОФИЛАКТИКА АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней № 1им. профессора Аминова Х.Дж.
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить оценку эффективности профилактики анемии у детей в зависимости от возраста в городе Душанбе.

Материалы и методы исследования. Анализ проводился на основании отчётной документации, включающей данные диспансерного наблюдения детей с диагнозом анемии в возрасте от 7 месяцев до 15 лет в ГУ МК «Истиклол» ГЦЗ №15. Методом исследования стали стандартные методы описательной и аналитической статистики: абсолютное значение.

Результаты исследования. Для исследования была выбрана группа наблюдения, включавшая 25 детей, состоящих на диспансерном учёте с диагнозом - дефицитная анемия. Возраст детей составил от 7 месяцев до 15 лет. При изучении данных выявлено, что чаще всего ЖДА встречается среди девочек, что составляет 60%. В 78% случаях развитие анемии у детей наблюдалось у матерей, перенесших анемию вовремя, до и после беременности. У большинства из них наблюдали схожие жалобы, включающие в себя: слабость, повышенную утомляемость, бледность кожи и отсутствие аппетита, желание ковырять стены, кушать мел, нюхать краску, есть сырой фарш или землю. У девочек-подростков отмечают обильную менструальную кровопотерю. В профилактике анемии первоочередной задачей является нормализация питания. У детей с лёгкой степенью это является единственным применяемым лечением на данном этапе.

Однако выяснилось, что значительных результатов это не дало. Начиная со средней степени, детям в план лечения включаются препараты железа. У детей первых лет жизни используются жидкие формы, у старшего возраста - таблетированные. В ходе лечения часть исследуемой группы помимо препаратов железа принимала в комплексе витамины С и Д. У этих детей отмечены более высокие темпы усваивания железа и нормализация показателей крови, чем у тех, кто принимал только препараты железа.

Выводы. Проведённое исследование доказывает, что состояние здоровья матери, течение беременности и родов занимает более значимую роль в дальнейшем развитии анемии у детей. Не менее важным фактором являются дефекты в питании. Исходя из этого, нельзя не выявить роль социальных и экономических факторов как причины развития анемии. Для более качественной профилактики необходимо усилить коррекцию пищевого поведения, как у ребёнка, так и у матери, организовать полноценную витаминную поддержку матери во время беременности и ребёнка, соблюдать гигиенические мероприятия.

Худжагелдиева З.У. [1], Рахимова Х.К.[2], Азимов Г.Дж.[3]

АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗОЛЯТОВ СТАФИЛОКОККОВ В КАЛЕ У ДЕТЕЙ

[1]ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины» МЗ и СЗН.
[2]ГУ «Институт Гастроэнтерологии» МЗ и СЗН
[3]ГОУ «Таджикиский национальный университет»

Цель и задачи исследования. Антибиотикочувствительность выделенных изолятов стафилококков в кале у детей.

Материалы и методы исследования. Материалом для бактериологического исследования служили: образцы проб фекалий, отобранных у больных детей с острыми кишечными инфекциями в возрасте до 1 года. Для выявления стафилококков проводились качественные и количественные исследования фекалий (колониеобразующие единицы – КОЕ) с использованием элективных и селективных питательных сред.

Чувствительность микрофлоры к антибиотикам проводилась методом бумажных дисков, пропитанных антибиотиками.

Результаты и их обсуждение. В процессе изучения аутофлоры кишечника 240 больных детей с острыми кишеч-

ными заболеваниями при бактериологических исследованиях обнаружено 156 штаммов стафилококков, из них *Staphylococcus epidermidis* в 82-х случаях (52.6%), *Staphylococcus aureus* в 35 случаях (22.4%) и *Staphylococcus saprophyticus* – в 39 (25.0%). У всех выделенных микробов изучалась чувствительность к следующим группам химических препаратов: фторхинолонов, цефалоспоринов, макролидов, препаратам пенициллинового ряда и аминоглюкозидам.

По результатам исследований можно отметить, что штаммы стафилококка наиболее чувствительными оказались к антибиотикам цефалоспоринового ряда: к цефтриаксону в 92.7 – 94.9% случаев, цефотаксиму 82.0 - 91.5% случаев. Высокая активность проявлена антибиотиком фторхинолонового ряда, такого, как ципрофлоксацин - в 88.6 - 90.2% случаев.

Выводы. Изучение противомикробного действия антибактериальных препаратов показало, что группа фторхинолонов и цефалоспоринов, обладают широким спектром действия на большинство штаммов возбудителей острых кишечных заболеваний.

Подобные исследования представляют исключительный интерес для практических и клинических врачей, при обосновании различных схем лечения детских кишечных заболеваний.

Чабборов С.С.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИДРОЦЕФАЛИИ УДЕТЕЙ РОДИВШИХСЯ С ПАТОЛОГИЕЙ ЦНС

Кафедра детских болезней №1 им. проф. Аминова Х.Дж.
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Выявить особенности течения гидроцефалии у детей родившихся с патологией ЦНС

Материалы и методы. Различают гидроцефалию врожденную и приобретенную. Развитие врожденной гидроцефалии обусловлено действием на мозг неблагоприятных факторов во внутриутробном периоде, таких как воспалительные заболевания, цитомегалия, токсоплазмоз, сифилис, пороки развития мозга и др. Приобретенная форма гидроцефалии развивается под влиянием патологии постнатального периода (менингит, опухоль, ЧМТ).

Результаты исследования. Клиническая картина гидроцефалии разнообразна и складывается из симптомов основного патологического процесса, обусловившего возникновение водянки мозга (чаще очаговые поражения ЦНС), и, собственно, гидроцефального синдрома, который определяет дальнейшее развитие гидроцефалии как самостоятельного заболевания. Ведущим симптомом врожденной гидроцефалии является быстрое, заметно опережающее норму увеличение размеров головы. Увеличение головы сопровождается увеличением размеров родничков, их выбуханием и напряжением, расхождением черепных швов, истончением покровных костей черепа, характерным изменением его конфигурации со значительным преобладанием мозгового отдела над лицевым.

При осмотре ребенка можно заметить синдром «заходящего солнца», то есть расходящееся косоглазие с отведением глазных яблок вниз, резкое усиление рисунка и полнокровие подкожных вен головы, появление симптома Грефе. Симптом Грефе - отставание верхнего века при движении глазного яблока книзу, при котором между верхним веком и верхним краем радужной оболочки видна белая полоска склеры. При перкуссии черепа может выявляться звук треснувшего горшка. В неврологическом статусе у этих больных отмечается развитие парезов, чаще спастического характера. По мере прогрессирования гидроцефалии у ребенка отмечаются нарушения питания, нарастание отставания психомоторного развития. При приобретенной гидроцефалии всегда выражен гипертензивный синдром - сильная головная боль, рвота, застойные соски зрительных нервов, а в дальнейшем их атрофия. Наряду с общими симптомами поражения мозга отмечаются расстройства функций пирамидной системы, судороги.

Выводы. Диагностика основывается на измерении в динамике окружности головы; исследовании глазного дна с целью своевременного обнаружения начальных признаков атрофии зрительных нервов; трансиллюминации черепа; рентгенографии черепа; КТ и МРТ головного мозга; изучении состояния ликвородинамики с помощью введения контрастного вещества.

Шарипов А.Д., Дустов Н.Д., Муродова М.К.

ПОРАЖЕНИЕ ЖКТ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСЁННЫХ ВНУТРИУТРОБНУЮ ГИПОКСИЮ

Кафедра педиатрии, ГОУ ХГМУ.

Цель исследования. Изучить выявляемость поражения ЖКТ у детей, перенесёных различное формы гипоксии плода.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 30 истории развития детей (форма№024), которые находились на диспансерном учёте в Семейном центре Хамадонского района по поводу гипоксическо-ишемического поражения ЦНС.

Результаты исследования. Проведён анализ 30 историй развития детей (форма№024), которые находились на диспансерном учёте в Семейном центре Хамадонского района по поводу гипоксическо-ишемического поражения ЦНС. Из 30 детей, которые находилось на диспансерном учёте, у 24 детей с диагнозом ГИП нервная система с нервно-рефлекторной возбудимостью, у 4 детей с диагнозом ГИП нервная система с гипотонической формой и 2 –х детей поставлен диагноз ГИП нервная система с гипертензивно-гидроцефальным синдромом. У всех детей диагноз был подтверждён осмотром невропатологом, осмотром педиатром, инструментальными методами обследования (нейросонография), общими анализами крови, мочи, капрология, бактериологический посев кала на патогенную и условно патогенная флора. Диагнозом дисбактериоза было поставлено на основании клинических данных и выявление условно патогенная флора при бактериологическом исследовании. У 24 детей, которые были с диагнозом ГИП нервная система срефлекторная возбудимость имело место дисбактериоза кишечника различного стадии у 15 детей. У 4 детей, которые были с иагнозом ГИП нервной системы гипотонической формы у 2-их имела место дисбактериоз кишечника. У 2-х

детей, которые имел место диагнозом ГИП нерная система с гипертензионно- гидроцефалном синдроме имело место дисбактериоз кишечника у 1 ребёнка.

Выводы. Таким образом, среди детей, у которы была тяжёлое поражение нервной системы, пропорционально страдает ЖКТ и в последующем проявляется в виде от язвенно-некротического колита и до дисбактериоз кишечника.

Шарипов А.Д., Дустов Н.Д., Муродова М.К.

ПРЕИМУЩЕСТВА КРЕМОСОДЕРЖАЩИХ АДСОРБЕНТ (ЭНТЕРОСГЕЛЬ) ПЕРЕД ГИДРООКСЕАЛЮМИНИЙ СОДЕРЖАЩИМИ АДСОРБЕНТ (СМЕКТА) ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ЖКТ У ДЕТЕЙ

Кафедра педиатрии, ГОУ ХГМУ.

Цель исследования. Изучать эффективность адсорбента энтеросгеля перед другими адсорбента при кишечном заболевании у детей.

Материалы и методы исследования. Проведён анализ 52 историй болезней детей переносящихразличное формы кишечной инфекции и получивших адсорбенты в виде смекта и энтеросгеля.

Результаты исследования. Проведён анализ 52 историй болезней детей, которые лечились по поводу кишечной инфекции. Кишечная инфекция была подтверждена клиническими данными, лабораторными методами обследования (посев кала на диз. группу и сальмонеллёз), копрологическими данными и общим анализом крови. Из 27 детей наряду с инфузионной терапией, антибактериальная терапия и группа препаратов эубиотиков получили адсорбент в виде энтеросгеля по 5,0 3 раза в день. Из 23 детей, которые наряду с инфузионной терапией, антибактериальная терапия и эубиотиков получали адсорбент в виде смекта 1/3 часть 3 раза в день. Из 27 детей, которые получали адсорбент в виде энтеросгеля, симптомы интоксикации, диарея улучшились на 2-3 день болезни. Из 23 детей, которые получили адсорбент в виде смекта, симптомы диареи и интоксикация улучшились на 4- 5 день болезни.

Выводы. Таким образом, препарат адсорбент энтеросгель лучше связывает токсины и микроорганизмы, воздействуя, чем препарат смекта.

Шарипов Ф.М., Мамаджанова Г.С.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №1 им. профессора Аминова Х.Д.
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить распространённость гастродуоденальной патологии у детей.

Материалы и методы исследования. Исследование было проведено в отделении гастроэнтерологии ГУ МК «Истиклол», обследовано 93 ребёнка с патологией в возрасте от 7 до 18 лет, у которых был подтверждён диагноз - гакстродуоденит и язва двенадцатиперстной кишки. Из них у 18 (19,5%) детей - дошкольного (5-7 лет) возраста, у 22 (24%) - подросткового (12-15 лет), 53 - раннего юношеского (16-18 лет) возраста. Частота гастродуоденальных заболеваний у детей раннего юношеского (16-18 лет) возраста была выше по сравнению с детьми школьного и подросткового возраста в 3 и 2,4 раза соответственно. При детальном обследовании у детей выявлена следующая нозологическая последовательность: хронический гастродуоденит (ХГД) - 79 (96,4%), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) - 3 (3,6%). Среди больных с ХГД эрозивная форма установлена у каждого третьего ребёнка - 28 (35,4%). Поверхностный гастродуоденит с гиперплазией установлен в 1 (1,3%) случае, поверхностный гастродуоденит - в 50 (63,3%) случаях. Среди больных в возрасте 7-15 лет ни в одном случае не установлена ЯБДПК. В 3 случаях обнаружена ЯБДПК у детей раннего юношеского возраста. Хеликобактерный генез заболевания был подтверждён у 47 (51,1%) обследованных детей. Из них: школьного возраста - у 6 (12,7%), подросткового возраста - у 13 (27,7%) и среди детей раннего юношеского возраста - у 26 (55,3%). Среди НР позитивных больных число мальчиков в 2 раза превышало число девочек. В 4,3 раза реже Helicobacterpylori выявлена у детей школьного возраста (7-11 лет) - 6 (12,7%), из них мальчики составили - 4 (8,5%), а девочки - 2 (4,3%). Helicobacterpylori - отрицательная патология гастродуоденальной зоны, выявлена у 45 (49%) обследованных больных.

Выводы. Частота заболеваний у детей раннего юношеского возраста оказалась выше по сравнению с другими возрастными группами. Helicobacterpylori - ассоциированная гастродуоденальная патология, выявлена у 6 (12,7%) - детей школьного возраста, у 13 (27,7%) - подросткового возраста и у 26 (55,3%) детей - раннего юношеского возраста. Анализ эндоскопических проявлений показал различия в формах гастродуоденита у детей с и без Helicobacterpylori ассоциированной патологии. Связь между хеликобактерным генезом заболевания и тяжестью эндоскопической картины была отмечена.

Шарипова М.М., Исмоилов К.И.

ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ И КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО РАВНОВЕСИЯ КРОВИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

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

Цель исследования. Изучение функции внешнего дыхания, газового гомеостаза и кислотно-основного состояния у детей с бронхиальной астмой.

Материалы и методы изучения. Под нашим наблюдением находились 46 больных с бронхиальной астмой в возрасте от 5 до 14 лет. Критерием исключения являлись дети с астматическим статусом. Контрольную группу составили 20 детей соответствующего возраста. Всем больным проведена спирография и определение парциального давле-

ния газов крови, кислотно-основное состояние (КОС) крови исследовали на аппарате ABL 800 Flex (Radiometer Medical ApS, Denmark).

Результаты исследования. Состояние функции внешнего дыхания изучали на основе данных клинической картины, характера осложнений, степени тяжести заболевания и дыхательной недостаточности. Исследование функции внешнего дыхания обнаружило стойкие видоизменения объёмно-скоростных показателей, многообразие и выраженность которых определялось периодом, тяжестью и давностью болезни. В приступном периоде отмечалось превалирование обструктивной вентиляционной недостаточности у пациентов с атопической формой БА. Выраженность закупорки просвета бронхов зависела от степени тяжести течения заболевания и её давности. Обструкция бронхов максимально проявлялась у детей, длительность заболевания которых достигала более 6 лет. В постприступном периоде степень сохраняющейся обструкции в период ремиссии напрямую зависела от длительности и формы болезни.

Выводы. В приступном периоде БА наблюдалось преобладание обструктивной вентиляционной недостаточности, что сопровождалось стойким изменением объёмно-скоростных показателей, многообразие и степень выраженности которых определялась периодом, тяжестью и длительностью заболевания. Уменьшение напряжения кислорода в альвеолярном воздухе и соответственно в крови объяснялось обструктивным синдромом, что способствовало возникновению гипоксемии и гипоксии. Нарушения вентиляционно-перфузионной функции лёгких у детей обеих групп привело к выраженной гипоксемии и смешанному ацидозу. У всех больных в приступном периоде БА эти трансформации носили главный характер, формировался метаболический ацидоз, так как нехватка кислорода усиливалась и ухудшался показатель насыщения гемоглобина кислородом.

Шарипова М.М., Исмоилов К.И., Мирзоев В.И.

СОСТОЯНИЕ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

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

Цель исследования. Изучение особенностей биоэлектрической активности миокарда у детей с обструктивным бронхитом.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением было 44 больных с обструктивным бронхитом, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделение ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» с 2022 по 2023 годы. В зависимости от возраста дети были разделены на 2 группы, контрольную группу составили 20 здоровых детей соответствующего возраста. Обследование ССС осуществляли методом электрокардиографии (ЭКГ) по общепринятой методике на аппарате «BIOCAREECT-1200» 2004 года.

Результаты исследования. Обструктивный бронхит у детей часто начинался на фоне ОРВИ с катаральными проявлениями: насморк, лёгкий кашель и повышение температуры, через день или два кашель усиливался и начиналась одышка (ДН характеризовался тахипноэм, ретракцией или хриплым кашлем). У 30% детей было обезвоживание в результате рвоты или ограничения приёма пищи. При физической нагрузке дыхание становилось поверхностным, что способствовало развитию респираторного ацидоза.

При анализе электрокардиографических данных было выявлено существенное изменение биоэлектрической активности миокарда. Изменения сердечного ритма в виде синусовой тахикардии и тахиаритмии обнаружены у 37 детей во время приступа обструкции. 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. Перегрузка правых отделов сердца была выявлена у 10 - 8,77% больных детей и проявлялась в виде подъёма амплитуды зубца P во II и III стандартных отведениях, avR, V1 и V2 грудных отведениях. Уплощение зубца P обнаружено во время приступа бронхообструкции у 11 детей (9,64%). Выявленные изменения зубца P объясняются присутствием дистрофических изменений в миокарде предсердий в следствии гипоксии.

Также обнаруживались патологические трансформации амплитуды зубца R до 35-40мм, RV5-RV6> RV4, при глубоком зубце S в отведениях V2-V3 (до 30мм) у 90 детей, что составляет 78,94%.

Выводы. Анализ изменений ЭКГ в зависимости от тяжести обструкции и степени ДН показал, что чаще встречается резкое снижение биоэлектрической активности миокарда правого желудочка и увеличение электрической систолы, всё указанное свидетельствует о развитии миокардиодистрофии во время тяжёлой ДН. Таким образом, обнаруженные нами ЭКГ-изменения подтверждают наличие миокардиодистрофии у часто болеющих детей с обструктивным бронхитом.

Юдицкий А.Д., Попова Н.Н., Соловьева Д.В.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ МАЛЫМИ И МАЛОВЕСНЫМИ К ГЕСТАЦИОННОМУ ВОЗРАСТУ

Кафедра педиатрии и неонатологии ФГБОУ ВО «ИГМА» Минздрава России. Российская Федерация

Цель исследования. Изучение характера и частоты патологии недоношенных детей, рожденных малыми и маловесными к гестационному возрасту.

Материал и методы. Проведен экспертный анализ 533 историй развития недоношенных детей (гестационный

возраст 24/0 – 36/6 недель), рожденных в перинатальном центре 3А группы Удмуртской Республики. В группу наблюдения включены новорожденные, рожденные малыми и маловесными для гестационного возраста (n=82), в группу сравнения – с антропометрическими показателями при рождении, соответствующими сроку гестации (n=451). Оценивали частоту и характер заболеваний за период выхаживания в перинатальном центре. Оценку достоверности различий показателей проводили при помощи U-критерия Манна-Уитни (компьютерная программа Statistica 6.0). Критическое значение величины достоверности (p), на основании которой принималось решение о справедливости проверяемой гипотезы, составило 0,05.

Результаты исследования. Недоношенные дети, рожденные малыми и маловесными к гестационному возрасту, имели более высокую частоту асфиксии при рождении (22,0%, в группе сравнения – 12,9%, p<0,05), церебральной ишемии 1-3 степени (50,0%, в группе сравнения – 23,9%, p<0,001), внутричерепных нетравматических кровоизлияний (12,2%, в группе сравнения – 2,4%, p<0,001), судорог новорожденного (7,3%, в группе сравнения – 1,6%, p<0,01). Среди дыхательных нарушений у данной категории детей чаще наблюдались синдром дыхательного расстройства у новорожденного (34,1%, в группе сравнения – 17,1%, p<0,05), пневмоторакс и пневмомедиастинум (6,1%, в группе сравнения – 1,1%, p<0,05), апноэ недоношенных (6,1%, в группе сравнения – 1,8%, p<0,05) и бронхолегочная дисплазия (18,3%, в группе сравнения – 3,5%, p<0,05). Также отмечалась более высокая частота ретинопатии недоношенных (6,1%, в группе сравнения – 1,6%, p<0,05) и ранней анемии недоношенных (31,7%, в группе сравнения – 15,5%, p<0,05).

Выводы. Недоношенные дети, рожденные малыми и маловесными к гестационному возрасту, являются группой риска осложненного течения неонатального периода и формирования широкого спектра патологических состояний. Требуются дальнейшие исследования для разработки программы профилактики заболеваний у данной категории новорожденных.

Якубова З.Х., Бабаева Л.А.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оптимизировать лечение анемии у детей с хронической болезнью почек.

Материал и методы. В детском нефрологическом отделении ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» были обследованы 68 детей с ХБП в возрасте от 2 до 17 лет. Анемией считали снижение уровня Hb ниже 110 г/л. Исследовали уровень Hb, показатели функции почек (мочевина, креатинин, СКФ по Шварцу), показатели обмена железа (сывороточное железо, ферритин, трансферрин). Абсолютный дефицит железа диагностировали по снижению уровня ферритина ниже 100 мкг/л, функциональный дефицит железа по снижению содержания железа в сыворотке крови ниже 9 мкмоль/л.

Результаты исследования. Анемия чаще отмечалась у больных с 3-й (начальная стадия ХПН) стадией ХБП. На сегодняшний день стандартом лечения анемии при ХБП является применение препаратов эритропоэтина (ЭПО) короткого и длительного действия. Однако в некоторых случаях препараты ЭПО не обеспечивают достижение целевого уровня Hb из-за резистентности к ЭПО, причиной которой является дефицит железа, как абсолютный, так и относительный. Повышенные потребности в железе на фоне терапии ЭПО не могут быть обеспечены имеющимися запасами. Основными причинами дефицита железа являются -недостаточное поступление его с пищей и хронические кровопотери у больных, находящихся на хронодиализе. Также для больных с ХБП характерны нарушения обмена железа. Кроме дефицита железа причинами резистентности к ЭПО могут быть хронический воспалительный процесс, гиперпаратиреоидизм, дефицит витамина B_{12} и фолиевой кислоты, побочный эффект терапии и АПФ. В 73,5% случаев распространённость анемии была максимальной у больных с V-й стадией ХБП, у которых уровень Hb был достоверно ниже, чем у пациентов с ХБП III-IV-й стадиями. У больных с V-й стадией ХБП наблюдалось снижение уровня трансферрина ниже 200 мг/дл. По результатам обследования у детей с ХБП III-й стадией в 33,8% случаев была выявлена анемия, в то же время у подавляющего большинства пациентов этой группы отмечались признаки абсолютного дефицита железа, а уровень ферритина был минимальным. Всем детям с анемией (n=41) был назначен препарат Эитропоэтин (от 1000 до 6000 ед/нед). 39,7% пациентов получали препараты железа внутривенно (Гематофер в дозе 0,5-2 мг/кг на введение с кратностью от 1 до 3-х введений в месяц, всего от 20 до 300 мг/мес). 10 пациентов принимали Мальтофер перорально (3-5 мг/кг/сутки). 12 больным, которые поступили в отделение в тяжелом состоянии и ранее не лечились по поводу ХБП, вводили эритроцитарную массу. В ходе наблюдения было выявлено, что распространённость анемии и дефицита железа практически не изменились у детей с ХБП III-V стадии, не получавших гемодиализ (средний уровень Hb существенно не изменился). У пациентов, получающих ЗПТ, было достигнуто достоверное снижение распространённости анемии и функционального дефицита железа (средний уровень Hb достоверно вырос). Средние показатели обмена железа значимо не изменились.

Выводы. Распространённость анемии зависит от стадии ХБП и достигает 73,5% у детей с ХБП V стадии. С целью лечения и профилактики функционального дефицита железа, после изучения показателей обмена железа всем больным с ХБП III стадии целесообразно проводить курсы терапии пероральными препаратами железа. Пациентам с ХБП V стадии необходимо парентеральное введение препаратов железа. При учёте и коррекции факторов, вызывающих резистентность у терапии препаратами ЭПО, при отсутствии осложнений, дозу последних необходимо повысить до достижения клинического эффекта. Адекватная коррекция анемии способствует замедлению прогрессирования почечной недостаточности.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ХИРУРГИЯ ДИСЦИПЛИНЫ 5
Абдужабборов А.А., Юлдошев Х.Ф., Джалилова Ф.М. 5
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ 5
Абдуллаева Р.А., Гафурова Н.Г., Кадырова С.Г. 5
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ОПП ПЕРВОРОДЯЩИМ ЖЕНЩИНАМ 5
Абдуллаева Р.А., Гафурова Н.Г., Шералиева М.Г. 6
СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН С АКУШЕРСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ В СОЧЕТАНИИ С ОСТРЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЧЕК (ОПП) 6
Абдуллаева Х.А., Сабиров М.А. 7
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭКСТРОКОРПОРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ПЛАНОВОГО ГЕМОДИАЛИЗА РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА 7
Абдуллоев С.Х.[1,2], Сангинов Д.Р.[2], Бегов Ш.К.[1] 7
ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ 7
Абдуллоева Р.А., Каримова У.А., Кодирова С.Г. 7
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕСТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА У ЖЕНЩИН С БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИЕЙ 7
Абдуллозода Д.А., Гадоев И.С., Набиев М.Х. 8
НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА КРОВООБРАЩЕНИЯ В СЕМЕННОМ КАНАТИКЕ И ЯИЧКЕ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ГЕРНИОПЛАСТИКИ 8
Абдуллозода Д.А., Гадоев И., Набиев М.Х. 9
ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫУ БОЛЬНЫХ ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ 9
Абдурасулов А.А., Джамилов Р., Зокиров Р.А. 9
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ
Кафедра общей хирургии № 2, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» Таджикистан. 9
Абдурасулов А.А., Зокиров Р.А., Джамилов Р. 10
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТОТАЛЬНОЙ ТИРЕОИДЭКТОМИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕРВНОГО МОНИТОРИНГА В ЛЕЧЕНИИ ЗОБА 10
Абдурахманов Ф.М., Касимов У.К. 10
АНАЛИЗ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ С ПОСТКОВИДНЫМ ТРОМБОЗОМ КАВЕРНОЗНЫХ СИНУСОВ 10
Абдусамадов К.А., Юнусов Х.А., Солиев О.Ф. 11
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА 11
Агзамова С.С., Хикматов М.Н. 11
ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОПТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ 11
Азиззода З.А., Нуруллоева С.А., Сангов М.Б., Холов А.Д. 12
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИТОНИТОВПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ 12
Айниев Б.С., Каримов Д.А., Ғоибзода Н.Б. 13
ТАҲЛИЛИ НАТИҶАИ ТАБОБАТИ ҶАРРОҲӢ ВА КОНСЕРВАТИВИИ ШИКАСТИ БУҶУЛАКҲО 13
Айниев Б.С., Каримов Д.А. , Ғоибзода Н.Б. 13
ТАБОБАТИ ҶАРРОҲИГИИ БАРОМАДҲОИ КУҲНАШУДАИ САРАКИ УСТУХОНИ СОИД ДАР КӮДАКОН 13
Айниев Б.С., Каримов Д.А., Ғоибзода Н.Б. 13
ТАБОБАТИ ҶАРРОҲИИ БАРОМАДҲОИ КУҲНАШУДАИ САРАКИ УСТУХОНИ СОИД ДАР КӮДАКОН 13
Алиева Н.А., Бабаева Т.С., Карим-заде Х.Дж. 14
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕМОДЕКОЗНОГО БЛЕФАРИТА 14
Аль-Шукри А.С., Петров С.Б., Максимова А.В. 14
ПРИМЕНЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ ОБРАТНОГО ЗАХВАТА СЕРОТОНИНА СОВМЕСТНО С АКУПУНКТУРОЙ У МУЖЧИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИЕЙ 14
Аль-Шукри А.С., Петров С.Б., Максимова А.В. 15
ТРАНСОБУТРАТОРНАЯ ПЕТЛЕВАЯ ПЛАСТИКА УРЕТРЫ У ЖЕНЩИН С ПОВЫШЕННЫМ ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА 15
Аль-Шукри А.С., Коломийцева М.Р., Петров С.Б. 15
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ТАДИМАКС» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМАМИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 15
Амиршоев Н.Н[1]., Нажмидинов Х.Н[2]., Сидиков А.Ш[1,2]. 16
РОЛЬ МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ (МСКТ) В ДИАГНОСТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МОЧЕТОЧНИКА 16
Амонов Ш.Ш., Лочинов Б.А., Юлдошев Х.Ф., Сухроби Рустам 16
МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ДОСТУП МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ПРИ ПОВТОРНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА МИТРАЛЬНОМ КЛАПАНЕ 16
Аскаров А.Т., Хасанов Б.Н., Назаров И.Р. 17

НАШ ПЫТ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ.....17
Ахмадов С.А., Холов А.Д., Отахонов Ф.Х. 17
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ МАЛОИНВАЗИВНОЙ АППЕНДЭКТОМИИ.....17
Ахмедова Н.Д., Остонаева П.М., Сулейманова Ф.А.....18
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ФОГТА-КОЯНАГИ-ХАРАДА.....18
Ахориён З.А., Хамрокулзода Ф.Х. 18
ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ВРОЖДЁННОЙ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ: АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ 18
Ахорова З.А., Холматов Д.И., Исупова Ш.Ф. 19
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЁННОЙ ТУГОУХОСТИ В ТАДЖИКИСТАНЕ, ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СКРИНИНГОВЫХ ПРОГРАММ.....19
Ахорова З.А., Пиров Т.А., Исмоили У. 19
РЕЗУЛЬТАТЫ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С НОСОВЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ НЕУСТАНОВЛЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ 19
Ахорова З.А., ХолматовД.И., Исупова Ш.Ф. 20
ХАРАКТЕРИСТИКА СЛУХА ПРИ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ УХА 20
Аюбов Дж.К., Назаров Ш.К., *Давлатов Дж.Ё.* 20
ХАРАКТЕРИСТИКА И ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ТЯЖЁЛЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА 20
Аюбов Дж.К., Назаров Ш.К., Давлатов Дж.Ё.....21
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ.....21
Аюбов Дж.К., Асадуллоева Э.И., Давлатов Дж.Ё. 22
РАННЕЕ ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ И ДРЕНИРОВАНИЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ.....22
Бабаева Т.С., Алиева Н.А., Кадырова Н.А.....22
АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОНЪЮНКТИВИТ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ.....22
Багаев Б.М.....23
МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПОЗВОНОЧНИКА.....23
Базаров Н.И., Усмонов Х.С., Сафарзода Н.А. 23
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛИЗАЦИИ, МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КЛАЦКИНА.....23
Базаров Н.И., Усмонов Х.С., Икроми З.....24
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ЭТИОЛОГИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КЛАЦКИНА (ЗОК) ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ГУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР» МЗ И СЗН РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН 24
Бегаков У.М., Иноятзода Д.Н. 24
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.....24
Бобоалиев А.М., Рахимов Н.Г., Нуров А.П. 25
ПОЛИТРАВМА В СТРУКТУРЕ БОЛЬНЫХ, ПОСТУПИВШИХ В ОТДЕЛЕНИЕ РЕАНИМАЦИИ.....25
Бобоалиев А.М., Рахимов Н.Г., Хокироев Т.....25
ОСОБЕННОСТИ ВОЗРАСТНЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ АСПЕКТОВ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ СЕПСИСОМ 25
Бобоев А.Р., Худойдодов О.М., Салимова С.А. 26
ПРИМЕНЕНИЕ СПОСОБА Square-flap-plasty, ПРЕДЛОЖЕННОГОА.А. ЛИМБЕРГОМ ПРИ УСТРАНЕНИЕ МЕЖПАЛЬЦЕВОГО ПРОМЕЖУТКА БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА КИСТИ С ДВУМЯ ИЛИ ТРЕМЯ РУБЦОВЫМИ СТЯГИВАЮЩИМИ ГРЕБНЯМИ.....26
Бобоев К.Х., Касимов У.К.....26
ИННОВАЦИОННЫЕ ПЕРЕВЯЗОЧНЫЕ СРЕДСТВА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХИРУРГИЧЕСКИМИ ИНФЕКЦИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА. 26
Бобожонов М.Н., Бердиев Р.Н., Рахмонов Х.Дж. 27
СПОСОБ ДРЕНИРОВАНИЯ НАГНОИВШЕГОСЯ ЭХИНОКОККОЗА ГОЛОВНОГО МОЗГА.....27
Бокиев Ф.Б.[1], Маликов М.Х.[1,2], Худойдодов О.М.[2].....28
ПРОТЕЗИРУЮЩАЯ ПЛАСТИКА ПРИ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ГРЫЖАХ ЖИВОТА.....28
Бокиев Ф.Б[1], Маликов М.Х[1,2], Камолов А.Н[2], Махмадкулова Н.А[3]. 28
КОРРЕКЦИЯ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ГРЫЖ ЖИВОТА 28
Бори Б.Т., Бисалиев Б.Н., Роскидайло Е.В.....29
ОСТРЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ПОД МАСКОЙ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА. 29
Ботиров Ш.Р. 29
ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИИ СЛУХОВЫХ ТРУБ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ СРЕДНИХ ОТИТОВ.....29
Бурхонов Ш.Ш., Юлдошев Х.Ф. Джалилова Ф.М. 29
ОЦЕНКА ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ С ТЕТРАДОЙ ФАЛЛО 29
Бурхонов Ш.Ш., Абдуджабборов А.А., Джалилова Ф.М.....30
СОСТОЯНИЕ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ТЕТРАДОЙ ФАЛЛО.....30

Валдошова С.Ш., Ашурова Н.М. 30
АКУШЕРСКИЕ ИСХОДЫ ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗЕ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ..... 30
ВалдошоваС.Ш., Додхоева М.Ф., Абдуллаева Р.А. 31
ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПОСЛЕДОВ РОДИЛЬНИЦ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ..... 31
Валдошова С.Ш., Додхоева М.Ф., Мирзоева М.Б. 32
ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ Д БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ БЕРЕМЕННЫХ 32
Гаибов А.Д., Бурхонов Ш.Ш., Юлдошев Х.Ф. 32
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО 32
Галустян А.В., Черняев М.В., Файбушевич А.Г. 33
КЛИНИЧЕСКОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТАНДЕМНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ..... 33
Гапоник А.М., Петрова Т.О. 33
ЗАВИСИМОСТЬ РИСКА РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ОТ НЕКОТОРЫХ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ..... 33
Гасанов Р.Ф., Асабутаев Ш.Н., Гасанов Р.Ф. 34
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМ ПЕЧЕНИ: КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 34
Гафуров М.М., Аминов З.А., Насриддинов Л.Э. 34
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ЛЕЧЕНИЕ КРИПТОРХИЗМА У ДЕТЕЙ: АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ 34
Гафуров М.У., Гафурзода С.М., Нарзиев Б.Х. 35
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОАКАРНОЙ ЦИСТОСТОМИИ ПРИ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКЕ МОЧИ, ВЫЗВАННОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРОСТАТЫ..... 35
Гиёсиев И.К., Тохиров Ф.С., Джураев Ш.М. 36
ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ..... 36
Гулов М.К., Салимов Дж.С., Холматов П.К. 36
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ..... 36
Гуломов М.Ш., Восизода А.С., Сайдалиев Ш.Ш. 37
УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ПУНКЦИОННЫЙ МЕТОД В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ЭХИНОКОККЭКТОМИЙ..... 37
Давлатов Д.А., Абдувохидов Б.У., Юлдошев Х.Ф. 37
ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОРОКОВ С УНИВЕНТРИКУЛЯРНЫМ КРОВООБРАЩЕНИЕМ 37
Давлатов Дж.Ё., Назаров Х.Ш. Аюбов Дж.К. 38
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРИ РЕЦИДИВНОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ 38
Давронзода М.Д., Туйдиев Ш.Ш., Махамадиев А.А. 38
ОМӮЗИШИ САМАРАНОКИИ МАВОДҲОИ ДОРУГИИ РАСТАНИГӢ БАЪД АЗ СЕПТОПЛАСТИКА 38
Давронзода М.Д., Муродов Ш.Д., Саидов Д.Х. 39
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИМ РИНИТОМ 39
Давронзода М.Д., Махмудназаров М.И., Бекназарова Г.М. 39
АҲАМИЯТИ ЭЪТИЛОЛИЯТҲОИ УЗВҲОИ ДОХИЛА ДАР ПАЙДОИШИ ФАРИНГИТИ БОДИГАРМӢ..... 39
Дадамов А.Д.[1], Абдурахманов К.Ф. [2] 40
К РОЛИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ В РАЗВИТИИ И ЛЕЧЕНИИ КАРЦИНОМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ..... 40
Дадамов А.Д[1]., Дадамова С.А.[2] 40
АНГИОГЕНЕЗ ПРИ КАРЦИНОМАХ И СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ 40
Дадамов А.Д., Олимжонов Т.А. 41
ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ШКОЛЬНИКОВ С ПРОВЕДЕНИЕМ ОРТОПАНТОМО-ГРАФИИ, КАК РАННЯЯ ПРОФИЛАКТИКА КОСТНОЙ ПАТОЛОГИИ..... 41
Дадоджонов Ж.Ю., Курбон У.А., Джафаров Б., Хомидзода И.Дж. 42
МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЦЕЛЕ 42
Дадоджонов Ж.Ю., Курбон У.А., Холзода Ш.И., Муродов Дж.К. 42
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НАЗОЛАБИАЛЬНОГО ЛОСКУТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ДЕФЕКТАХ ЛИЦА . 42
Даминова Н.М., Боймуродов О.С., Зиёев Ш.Х. 43
ДИАГНОСТИКА ГЛУБИНЫ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ В СТЕНКЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕСИСТИТЕ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА..... 43
Даминова Н.М., Зиёев Ш.Х., Хамроев Б.М. 43
ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА..... 43
Джаборов У.У., Холов Д.Д., Достиев У.А. 44
ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ..... 44
Кафедра общей хирургии № 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» 44
Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» 44

Джаборов У.У., Холов Д.Д., Достиев У.А. 44
ОСОБЕННОСТИ КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ И ТАКТИКА ИХ ЛЕЧЕНИЯ 44
Кафедра общей хирургии № 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»....44
Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»....44
Джаборов У.У., Холов Д.Д., Достиев У.А. 45
КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ 45
Кафедра общей хирургии № 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»....45
Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУт им. Абуали ибни Сино» 45
Джалилова Ф.М., Бурхонов Ш.Ш., Юлдошев Х.Ф. 45
ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОРОКАМИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА 45
Джамилов Р., Холов Д.Д., Абдурасулов А.А....46
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ И ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ 46
Джобиров Ш.И., Тошпулатов У.Т., Хамидов Д.Б. 46
НЕБУЛАЙЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА ОПЕРИРОВАННЫХ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ 46
Джураев Ш.М., Элтаназаров М.Д., Зулфалиев Ш. 47
ИЗМЕНЕНИЯ СЕГМЕНТА ST ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ 47
Домлоджонов И.А., Халимова Ф.Т. 47
ВЛИЯНИЕ ОПЕРАЦИИ ПО УДАЛЕНИЮ КАТАРАКТЫ НА УРОВЕНЬ СТРЕССА И САМООЦЕНКУ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА 47
Зайнутдинов Н.О. 48
ТРАДИЦИОННАЯ И ГИПОФРАКЦИОНИРОВАННАЯ ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ....48
Зиёзода С.С.[1], Ходжамурадов Г. М.[1], Шарипова М. Б.[2] 49
ЗАМЕЩЕНИЕ ДИСТАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ УРЕТРЫ ПРИ ГИПОСПАДИИ 49
Зокиров Р.А. 50
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНЫМИ РАНАМИ ПОСЛЕ ОЖОГОВ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА....50
Зокиров Р.А., Холов Д.Д., Достиев У.А. 50
ОЖОГОВАЯ ТРАВМА У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И РИСК ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ....50
Зокиров Р.А., Холов Д.Д., Достиев У.А. 51
ВЛИЯНИЕ ГИПЕРГЛИКЕМИИ НА РИСК РАЗВИТИЯ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖОГАМИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА....51
Зоҳир Наримон 51
ҲОЛАТИ ГАРДАНАКИ БАЧАДОН ДАР ЗАНОНЕ, КИ ДАР ДАВРАИ РЕПРОДУКТИВӢ ИХТИЛОЛИ ҲАЙЗ ДОРАНД 51
Зоҳир Наримон 52
ҲОЛАТИ ГАРДАНАКИ БАЧАДОН ДАР МАВРИДИ ЗАНҲОИ ГИРИФТОР БА ИХТИЛОЛОТИ ДАВРИ ҲАЙЗ ДАР ДАВРИ ТАЪХИРАФТОДАИ РЕПРОДУКТИВӢ....52
Зоҳир Наримон 52
ТАСВИРҲОИ КОЛПОСКОПӢ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ HPV 52
Иброхимов Ю.Х., Хакимов М.Х., Кахорова Р.А. 52
К ВОПРОСУ О СОЗДАНИИ НЕОСФИНКТЕРА У ПАЦИЕНТОВ С КИШЕЧНЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ....52
Иброхимов Ю.Х., Кахорова Р.А., Хакимов М.Х. 53
ПРОФИЛАКТИКА АНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ....53
Исмоилзода С.С., Розиков М.С., Зокиров Р.А. 53
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИСФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ....53
Исмоилова М.А., Даврон зода М.Д., Муродова П.Ф. 54
УСУЛҲОИ МУОСИРИ МУОЛИҶАИ БЕМОРОИҲОИ ФУНКСИОНАЛИИ ХАНҶАРА 54
Исмоилова М.А., Холматов Д.И, Муродова П.Ф. 55
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ЛАРИНГО-ФАРИНГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА....55
Исмоилова М.А., Холматов Д.И, Муродова П.Ф. 55
КОМБИНИРОВАННЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АФОНИИ 55
Исраилова З.А., Омуралиева Ч.Э., Маманова В.А. 55
СИТУАЦИЯ С ОПЕРАЦИЕЙ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ г. ОШ....55
Исупова Ш.Ф., Холматов Д.И., Муродова П.Ф. 56
ИССЛЕДОВАНИЕ ОТОТОПИКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ 56
Исупова Ш.Ф., Холматов Дж. И., Муродова П.Ф. 56
СЛУХОВЫЕ НАРУШЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕНЕЗА, ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ...56
Исупова Ш.Ф., Холматов Д.И., Муродова П.Ф. 57
РАЗБОРЧИВОСТЬ ВОСПРИНИМАЕМОЙ РЕЧИ НА РАЗНЫХ ЯЗЫКАХ В НОРМЕ....57

Кадырова Н.А., Юнусова З.И., Бабаева Т.С. ... 57
ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ В СТАБИЛИЗАЦИИ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ КОМПЕНСИРОВАННОЙ ГЛАУКОМОЙ ... 57
Камбар Н.А., Досмагамбетов С.П., Ли Д.В. ... 58
МНОЖЕСТВЕННЫЙ ЭХИНОКОККОЗ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ ... 58
Карим-заде Г.Д., Маликов М.Х., Хасанов М.А. ... 59
КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СРЕДИННОГО И ЛОКТЕВОГО НЕРВОВ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ... 59
Карим-заде Х.Дж.[1], Холматов С.Х. [2] ... 59
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНССКЛЕРАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ЦИКЛОКОАГУЛЯЦИИ В МИКРОПУЛЬСОВОМ РЕЖИМЕ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ СТАДИЯМИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ . 59
Карим-заде Х.Дж.[1], Останаева П.М.[1], Эргашева М.М.[2] ... 60
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ И ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАВМ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ... 60
Каримов К.К., Наимов А.М., Амонов А.И. ... 60
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ ... 60
Каримов К.К., Наимов А.М. ... 61
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ДИАГНОСТИКИ И ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ У ПАЦИЕНТОВ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ... 61
Каримов К.К., Наимов А.М., Парпиев Ф.М. ... 62
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ И ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ... 62
Каримов М.Б., Махмадзода Ш.К., Рахимова З.И. ... 62
ЗНАЧЕНИЕ СЛОЯ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТАДИИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ ... 62
Каримов М.Б., Махмадзода Ш.К., Юнусова З.И. ... 63
ИЗМЕНЕНИЯ СЛОЯ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН СЕТЧАТКИ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ ... 63
Каримов П.Ш., Гуломов М.Ш., Сайдалиев Ш.Ш. ... 63
ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ ... 63
Каримов Ш.З., Джураев Ш.М., Одил Саидолим ... 64
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ПРИ НЕКОТОРЫХ ФОРМ НАРУШЕНИЙ РИТМА ... 64
Каримова У.А., Ашурова Н.М., Раджабзода Н.Ф. ... 64
ВЛИЯНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ... 64
Кобилбеков Б.И.[2], Гаибов А.Д.[1,2], Султанов Д.Д.[1,2], Неъматзода О.[1,2] ... 65
ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АОРТОАРТЕРИИТА У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ СОСУДОВ ... 65
Кодиров З., Султанов Д.Д., Кодиров А.Р. ... 66
ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ СО СЛОНОВОСТЬЮ ДО И ПОСЛЕ КОРРИГИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ... 66
Кодиров З., Кодиров А.Р. ... 66
РЕЗЕКЦИОННО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ СЛОНОВОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ... 66
Коломийцева М.Р., Аль-Шукри А.С., Петров С.Б. ... 67
ВЫЯВЛЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ РЕЦИДИВА СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ОТ ПРОВОЦИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ, ВОЗНИКАЮЩИХ У ПАЦИЕНТОВ В ПЕРИОД РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ СЛИНГОВОЙ УРЕТЕРОПЕКСИИ ... 67
Кафедра урологии с курсом урологии с клиникой ФГБОУ ВО ПСПБГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России ... 67
Колоцей В.Н., Страпко В.П. ... 67
ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ... 67
Конунова Д.М.[1], Султанов Д.Д.[1,2]. ... 68
ПЕРИАРТЕРИАЛЬНАЯ ДИГИТАЛЬНАЯ СИМПАТЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ФЕНОМЕНА РЕЙНО ... 68
Косяник Д.О., Труханов Г.А., Панасюк О.В. ... 69
ОЦЕНКА УРОВНЯ СЕРОСОДЕРЖАЩИХ АМИНОКИСЛОТ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОСТИРОВАННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСЛЕ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОГО ШУНТИРОВАНИЯ ... 69
Курбанов Н.Р.[1,2], Султанов Д.Д.[1,2], Камолов А.Н.[1,2] ... 69
ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ АМПУТАЦИЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ТРАВМАХ ПОДКОЛЕННОЙ И БЕРЦОВЫХ АРТЕРИЙ ... 69
Курбанов Н.Р.[1,2], Рахмонов Дж.А.[1,2], Солиев О.Ф.[1] ... 70
КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ БОЛЕЗНИ И СИНДРОМЕ РЕЙНО ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ... 70
Курбанов У.А., Саидов И.С., Муродов Дж.К. ... 70
МЕСТНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ ОПЕРАЦИИ ПРИ УСТРАНЕНИИ ПЛОСКОСТНЫХ, СТЯГИВАЮЩИХ РУБЦОВ ... 70
Курбанов У.А., Саидов И.С., Холов Ш.И. ... 71

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ КОНТРАКТУР И ДЕФОРМАЦИЙ КРУПНЫХ СУСТАВОВ КОНЕЧНОСТЕЙ 71
Курбанов Э.Ю., Касимов У.К., Курбанова З.П. 71
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ЛОКАЛЬНОГО ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН 71
Курбанова Р.Т., Мирзоева С.М., Мираков Б.Т. 72
ПЕРЕЛОМЫ ВНУТРЕННЕГО НАДМЫЩЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ В СОЧЕТАНИИ С ВЫВИХОМ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ 72
Курбон У.А.[1,2,3], Холов А.И.[3], Холзода Ш.И.[1,2], Саидов И.С.[1,3] 72
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕЦИЗИОННОЙ ТЕХНИКИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ КОКЦИГОДИНИИ 72
Курбон У.А.[1,2,3], Хомидзода И.Дж[1,2], Холзода Ш.И.[1,2,3], Махмудзода И.Х.[1,2] 73
РИНОПЛАСТИКА И СЕПТОПЛАСТИКА В СОЧЕТАНИИ С КОНХЭКТОМИЕЙ 73
Курбон У.А.[1,2,3], Холзода Ш.И.[1,2,3], Дадоджонов Ж.Ю[2,3]., Муродов Дж.К.[1] 74
РЕДУКЦИОННАЯ МЕНТОПЛАСТИКА ПРИ ГИПЕРТРОФИРОВАННОМ ПОДБОРОДОЧНОМ ВЫСТУПЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ 74
Курбон У.А.[1,2,3], Холзода Ш.И.[1,2], Саидов И.С.[1], Холов А.И.[1,2] 74
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕВРИЛЕММОМЫ (ШВАННОМЫ) ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЛОКТЕВОЙ КОСТИ 74
Курбонов Дж.Дж., Холов И.Ш., Джураева Н.Х. 75
МИНИИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ 75
Курбонов С.Р., Хусейнова Ш., Пиров.Б.С. 75
НАТИҶАИ МУҚОИСАВИИ ХОЛЕСИСТЭКТОМИЯИ МАЪМУЛӢ ВА ЛАПАРОСКОПӢ 75
Курбонов Ф.Ш.[1], Чобулов С.А.[1], Шоев С.Н.[2], Хабибов И.М.[1] 76
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЗВОНОЧНИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРАСПЕДИКУЛЯРНОЙ КОНСТРУКЦИИ 76
Кухарчик Ю.В. 76
БИОГЕННЫЕ АМИНЫ В ГЕНЕЗЕ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ 76
Лочинов Б.А., Давлатов Д.А., Юлдошев Х.Ф. 77
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ ФОРМ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 77
Мавлонова С.Н., ХайритдиноваДж.А., Хусаинова М.Б. 77
КОЛЬПОСКОПИЯ КАК ЭКСПЕРТНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ 77
Магомедова С.М., Габибуллаев А.Ф., Алиев Б.О. 78
ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ, КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА 78
Маликов М.Х[1,2], Давлатов А.А[2], Махмадкулова Н.А[3] 78
СУХОЖИЛЬНО-МЫШЕЧНАЯ ТРАНСПОЗИЦИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КОНТРАКТУРЫ ФОЛЬКМАНА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ 78
Мардонзода К.М., Курбон У.А., Абдурахимзода Ш.Р., Холзода Ш.И. 79
РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРЕДНЕЗАДНЕЙ КОЛЬПОРАФИИ С ПЕРИНЕОЛЕВАТОРОПЛАСТИКОЙ У ЖЕНЩИН 79
Маризоева М.М., Рустамова М.С., Неъматзода О. 79
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН С КОРТИЗОЛ-ПРОДУЦИРУЮЩИМИ АДЕНОМАМИ НАДПОЧЕЧНИКОВ 79
Махамадиев А.А., Муродов Ш.Д., Норов К.Н. 80
ВЛИЯНИЕ АДЕНОИДНЫХ РАЗРАСТАНИЙ НА СОСТОЯНИЕ ЕВСТАХИЕВОЙ ТРУБЫ У ДЕТЕЙ 80
Махамадиев А.А., Холматов Д.И., Эгамов М.А. 80
КОМПЛЕСКНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ 80
Махамадиев А.А., Юсупов А.Ш., Саидов Д.Х. 81
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО МАСТОИДИТА У ДЕТЕЙ 81
Махмаджонов Б.К., Юнусов И.А., Хасанов Б.Н. 81
СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ АРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА НА РАННИХ СТАДИЯХ 81
Махмадзода Ф.И., Рахмонзода К. Р., Султонов Р. Б. 82
АНАЛИЗ МАКРОСКОПИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАХОВОЙ СВЯЗКИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП 82
Махмадзода Ф.И., Рахмонзода К.Р., Султонов Р.Б. 82
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА – МЕТОД ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И ТРАЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 82
Махмадкулова Н.А., Ибрагимов Э.К. 83
УСТРАНЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ СРАЩЕНИЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ 83
Махмадкулова Н.А., Ибрагимав Э.К., Ашуров А.С. 83
ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ СИНДАКТИЛИИ 83
Махмудзода И.Х., Махмудов М.М., Хомидзода И.Дж., Джафаров Б. 84
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ В УХЕ 84
Махмудзода И.Х., Хомидзода И.Дж., Холзода Ш.И., Абдурахимзода Ш.Р. 84

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМЫ НОСА И НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ 84
Махмудзода И.Х., Хомидзода И.Дж., Дадоджонов Ж.Ю., Холзода Ш.И. 85
ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ 85
Махсумов С.М., Ризоев Х.Х., Рабиев К.Р. 85
КОЖНО-ФАСЦИАЛЬНЫЙ ЛОСКУТ ГЕНИТАЛИЙ: УНИВЕРСАЛЬНАЯ ЗАМЕНА ПЕРЕДНЕЙ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ 85
Меридиншоев О.А., Шарипов Дж.Т., Назаров Х.Ш. 86
ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ 86
Меридиншоев О.А., Назаров Ш.К., Алимов С.У. 87
ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ 87
[1]МехмондустовС.Г., [2]ЭргашевМ.А., [3]Исмоилова С.С. 87
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «БАУМЕ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ 87
[1]Мехмондустов С.Г., [2]Ахунова З.А., [3]Эргашев М.А. 88
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА СОЧЕТАННОГО С ОСТРЫМРИНОСИНУСИТОМ 88
[1]Мехмондустов С.Г., [2]Худойдодов Ё.Б., [3]Ахунова З.А. 88
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАНДАРТНЫХ НОСОВЫХ ТАМПОНОВ ПРИ ВАЗОТОМИИ НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН 88
Мираков Р.С., Садулоев А.М, Набиев Б.И. 89
ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ УРОВНЕМ ВИТАМИНА D И РАЗВИТИЕМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН СТАРШЕГО ВОЗРАСТА 89
[1]Мираков Р.С., [1]Мухаббатов Х.Дж., [2]Набиев Б.И. 89
МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОБСТРУКЦИИ ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ АДЕНОМЭКТОМИИ 89
Мирахмедова П.К., Останаева П.М., Юлдашева С.А. 90
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ TELEGRAM-БОТА ДЛЯ ОТСЛЕЖИВАНИЯ ДИНАМИКИ РАЗРЕШЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ УВЕИТЕ 90
Миргозиев М.К., Мавлонов Ф.Б., Зокиров Р.А. 90
ЭТИОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА МАЛОГО ПО РАЗМЕРУ ПЕЧЕНОЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА 90
Миргозиев М.М., Мавлонов Ф.Б., Зокиров Р.А. 91
МОДУЛЯЦИЯ ПОРТАЛЬНОГО КРОВОТОКА КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА МАЛОГО ПО РАЗМЕРУ ПЕЧЕНОЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА 91
Миргозиев М.М., Мавлонов Ф.Б., Зокиров Р.А. 92
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КРИТЕРИЕВ ПОДБОРА РАЗМЕРА ПЕЧЕНОЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МАЛОГО ПО РАЗМЕРУ ТРАНСПЛАНТАТА 92
Миргозиев М.М., Мавлонов Ф.Б., Зокиров Р.А. 92
ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА МАЛОГО ПО РАЗМЕРУ ТРАНСПЛАНТАТА 92
Мирзоева Г.Б., Нурзода З.М., Сирочов Д.Н., Гулзода М.К. 93
ПРИМЕНЕНИЕ КРЕМА ПРОКТОГЛИВЕНОЛ (PROCTO-GLIVENOL) В КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ 93
Мирзоева Г.Б., Нурзода З.М., Гулзода М.К. 93
ВЛИЯНИЕ ДОНАТОРА ОКСИДА АЗОТА НА ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ОЖИРЕНИЕМ 93
Мирзоева М.Б., [1]Вафоева Н.В [1]., Исхокова Ш.М.[2] 93
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКА ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИУ БЕРЕМЕННЫХ С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ АНАМНЕЗОМ 93
Мирзоева М.Б.[1], Ашурова Н.М.[1], Киличева Г.Н.[2] 94
НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПРИ ГЕРПЕМВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОК С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ 94
Мирзоева С.М., Курбанова Р.Т., Мираков Б.Т. 95
АСЕПТИЧЕСКИЙ НЕКРОЗ ГОЛОВКИ БЕДРА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА 95
Мирзозода Г.С.,Додхоева М.Ф.Салохиддинова Г.Н. 95
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН 95
Мукарамшоева М.Ш., Курбанов Ш.М., Сафарова З.Р. 96
ПРОГРАММ ВРТ ЗА ПЕРИОД 2015-2023ГГ В МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ «НАСЛ» 96
Муродов М., Рахмонов Дж.А., Султанов Д.Д. 96
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ШЕЙНО-ГРУДНУЮ СИМПАТЭКТОМИЮ 96
Муродов Ш.Д., Даврон зода М.Д., Киматов М.Р. 97
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ НАЗАЛЬНОГО СЕКРЕТА ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ: КЛЕТОЧНЫЕ И МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ 97

Муродов Ш.Д., Махмудназаров М.И., Юсупов А.Ш. 98
ВЛИЯНИЕ ДЕФОРМАЦИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА НА ТЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ 98
Муродов Ш.Д., Махмудназаров М.И., Юсупов А.Ш. 98
ЩАДЯЩИЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У ДЕТЕЙ С УЧЕТОМ ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ 98
Муродов Ш.Д., Махамадиев А.А., Абдумуминзод Ф.А. 99
СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА: ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ 99
Муродов Ш.Д., Махамадиев А.А., Саидов Д.Х. 99
ОБЩИЙ IgE КАК МАРКЕР АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА: ДИАГНОСТИКА И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ 99
Муродова П.Ф., Исмоилова М.А, Холматов Дж.И. 99
КОМБИНИРОВАННЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ АФОНИЙ 99
Муродова П.Ф., Исмоилова М.А., Холматов Дж.И. 100
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОРТАНИ У ЛИЦ ГОЛОСО-РЕЧЕВЫХ ПРОФЕССИЙ 100
Муродова П.Ф., Исмоилова М.А, Холматов Дж.И. 100
ВОССТАНОВЛЕНИЕ ГОЛОСА ПОСЛЕ РИНОСЕПТОПЛАСТИКИ 100
Муродова Ш.М., Ёрова Х.Х. 101
ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА 101
Муродова Ш.М. 101
ПРОЛАПС ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА 101
Муродова Ш.М., Ёрова Х.Х. ВЛИЯНИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЫШЦ 101
Мусоев Д.А., Холбаев С.А., Джураева Н.Х. 102
МЕТОДЫ ДЕКОМПРЕССИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ 102
Мустафакулов С.С., Мустафакулова Н.И., Мирзокаримова Н.С. 102
ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЛЕЙКЕМИИ 102
Мустафакулов С.С. 103
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ УЗИ-ИССЛЕДОВАНИЯ И УРОВНЯ ПРОСТАТСПЕЦИФИЧЕСКОГО АНТИГЕНА ПРИ АДЕНОМЕ ПРОСТАТЫ 103
Мустафакулов С.С., Сидиков А.Ш., Салимов Х.Г. 103
РОЛЬ ГОРМОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ МУЖСКОМ БЕСПЛОДИИ 103
Мухаббатов Дж.К., Хамроев Б.М., Давлатов Дж.Дж. 104
ЗНАЧЕНИЕ УЗИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СТЕНОЗА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПРЯМОЙ КИШКИ 104
Мухаббатов Дж.К., Хамроев Б.М., Нозимов Ф.Ҳ. 104
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ СТЕНОЗЕ АНУСА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ТКАНЕЙ АНАЛЬНОГО КАНАЛА, СФИНКТЕРА ПРЯМОЙ КИШКИ И ПАРАРЕКТАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКИ 104
Мухаббатов Х.Дж.[1], Саъдуллозода Ф.С.[1], Набиев Б.И.[2] 105
ЛЕЧЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ АДЕНОМЭКТОМИИ 105
Мухаббатов Х.Дж.[1], Саъдуллозода Ф.С.[1,2], Абдувохидов А.А.[3] 106
ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОБСТРУКТИВНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО УРОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА 106
Мухамедова И.Г., Хасанов Б.Н., Мирзокаримов У.М. 106
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИРЕЗОРБТИВНОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИЗМЕНЕНИЙ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ ПЕРИОД 106
Мухамедова И.Г., Юнусов И.А., Курбанова Р.Т. 107
ЛОКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ 107
Набиев М.Х., Джойлобов М.Р. 108
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ 108
Набиев М.Х., Султонов Х.К. 108
ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНАЯ СИСТЕМА ПРИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ 108
Набиев М.Х., Джойлобов М.Р. 109
АУТОДЕРМОПЛАСТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ 109
Нажмидинов Х.Н.[1], Одинаев Х.С.[2], Саъдуллозода Ф.С.[1] 109
ВОЗМОЖНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ КОНТАКТНОЙ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИЯ У БЕРЕМЕННЫХ 109
Нажмидинов Х.Н.[1], Сидиков А.Ш.[1,2], Сафаров Н.Х.[1] 110
ВЛИЯНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОЦЕЛЕ НА ПОКАЗАТЕЛИ СПЕРМОГРАММЫ 110
Нажмудинов А.Х., Хусензода З.Х., Мухиддинов У.Р. 110
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАКЕ ПОЧКИ 110

Махмудназаров М.И.[1], Юсупов А.Ш.[1], Назаров З.Х. [2]..... 111
О ВОЗМОЖНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ОДНОМОМЕНТНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ПОЛОСТИ НОСА И В НОСОГЛОТКЕ У ДЕТЕЙ 111
Назаров И.Р., Аскаров А.Т., Хасанов Б.Н. 111
ПРИМЕНЕНИЕ БЛОКИРУЮЩЕГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ..... 111
Назаров Х.Ш., Сараев А.Р., Факиров Х.З..... 112
СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УРГЕНТНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ 112
Назаров Х.Ш., Сайдалиев Ш.Ш. Джонов Б.Н. 112
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЗАВОРОТОМ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ 112
Назаров Х.Ш., Али Заде С.Г., Давлатов Дж.Ё. 113
РОЛЬ ОЦЕНКИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ..... 113
[1]Назаров Ш.К., [1]Аюбов Дж.К., [2]Махмудов Н. 114
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ОСТРЫЙ ДЕСТРУКТИВНЫЙ ПАНКРЕАТИТ 114
[1]Назаров Ш.К., [1]Аюбов Дж.К., [2]Махмудов Н. 114
ВЫПОЛНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ..... 114
Назаров Ш.О.[1,2], Сангинов Д.Р.[1], Абдукахоров П.М.[2] 115
РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕВЫХ ВЕК 115
Назаров Ш.О[1,2]. Сангинов Дж.Р[1]., Махмудова Л.Ш[2]. 115
РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ РАКЕ ВЕРХНЕГО ВЕКА ПО МЕТОДУ CATLER-BEARD FLAP..... 115
Наимов А.М., Парпиев Ф.М., Каримов К.К. 116
ОСОБЕННОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИСХОДОВ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЛЕТАЛЬНОСТИ 116
Намозова З.С..... 116
АНТЕНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ПОВЛИЯВШИЕ НА ВЫБОР КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН 116
Низамова Э.С., Маматова Ш.Х., Карабаев Х.Э. 117
ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ 117
Низамова Э.С., Маматова Ш.Х., Карабаев Х.Э. 117
СРАВНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ И КЛАССИЧЕСКОЙ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ..... 117
Ниязов И.К., Хусейнзода З.Х. 118
РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЁННОГО РАКА ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ 118
Норматова М.А..... 119
РОЛЬ ИММУНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТРОЙНЫМ НЕГАТИВНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 119
Норматова М.А..... 119
ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ HER2-ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО РАКА ЖЕЛУДКА..... 119
[1]Носирова Ф.Т., [1]Умарзода С.Г., [2]Ходжиева М.М. 119
ОЦЕНКА ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯИЧНИКОВ..... 119
Нуриддинов Й.М., Хусейнзода З.Х., Баротов З.З..... 120
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ (МРСМТ)..... 120
Нуридинов Й.М., Сангинов Д.Р., Хусейнзода З.Х. 120
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ГУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР» МЗ И СЗН РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН 120
Нуридинов Й.М.[1], Сангинов Д.Р.[1], Салимов Ф.И. [2]. 121
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ, РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И РЕЦИДИВЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ (ЗОМТ) 121
Нуридинов Й.М., Сангинов Д.Р., Ғафаров К.А. 121
ИЗУЧЕНИЕ ЦИТОКИНОВ В ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИИ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ САРКОМЫ МЯГКЕХ ТКАНЕЙ..... 121
Обидов Дж.С., Хусейнзода З.Х., Раджабова С.Г. 122
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 122
Обидов Ш.Ш.[1], Аминов З.А.[2], Саъдуллозода Ф.С.[1] 122
ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФУНКЦИЮ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ..... 122
Обидов Ш.Ш.[1], Гафуров М.М.[2], Мухаббатов Х.Дж.[1]..... 123

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ОЖИРЕНИЯ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНГИБИТОРОВ ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ-5 123
Одилов А.Ю.1,2, Одинаев Х.С.1, Саъдуллозода Ф.С.2 123
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНУТРЕННЕЙ ОПТИЧЕСКОЙ УРЕТРОТОМИИ ПРИ СТРИКТУРАХ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА 123
Одинаева М.С., Файзуллоева М.Ф., Муродов Дж.К. 124
КОРРЕКЦИЯ СПИНКИ НОСА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КИЛЛИАНА (KILLIAN H) 124
Олимов Р.Х., Нажмидинов Х.Н., Каримов И.А., ... 124
ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ – 5 (ТИГРАЛИС) НА СИМПТОМЫ НИЖИНХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ (СНМП) И ЭРЕКТИЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ У БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННой ГИПЕРПЛАЗИИЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ) 124
Олимов Р.Х., Футуров Н.П., Нажмидинов Х.Н. 125
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ТИВОРТИНА В ЛЕЧЕНИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ 125
Олимова Ф.З., Додхоева М.Ф., Неъмонова Н.Д. 125
АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ПОВТОРНОЙ ТЯЖЁЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ 125
Олимова Ф.З., Додхоева М.Ф., Цой В.Ю. 126
АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОК С ТЯЖЁЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ С УЧЁТОМ ПАРИТЕТА 126
Олимова Ф.З., Додхоева М.Ф. 127
ФАКТОРЫ РИСКА РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ ТЯЖЁЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ 127
Отаев Ш.З., Валиев Б. Назаров Ш.К. 128
ТЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ПЕЧЁНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ 128
Отахонов Ф.Х., Абдулов М.А., Холов А.Д. 128
ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ ОТИТҲОИ ШАДИД ВА МУЗМИНИ ФАСОДӢ 128
Парпиев Ф.М., Аскаров А.Т., Хасанов Б.Н. 129
ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ 129
Парпиев Ф.М., Наимов А.М., Раззоков А.А. 129
ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ВЫБОРУ МЕТОДОВ ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ 129
Пирматова Д.А., Кодирова С.Г., Шералиева М.Г. 130
КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИХ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ 130
Пирматова Д.А., Додхоева М.Ф., Салохиддинова Г.Н. 130
СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 130
Пирматова Д.А., Додхоева М.Ф., Абдусаматзода З.М. 131
ОЦЕНКА ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В СОЧЕТАНИИ С АНЕМИЕЙ 131
Полвонов Ш.Б. 131
ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ГРУДНОГО ВЫХОДА 131
Полюхович Н.П. 132
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА. 132
Пономарева Ю.А., Костюков С.В., Аль–Шукри А. С. 132
КИШЕЧНАЯ ПЛАСТИКА ПРОТЯЖЕННОЙ СТРИКТУРЫ МОЧЕТОЧНИКА, ПОСЛЕ УСТАНОВКИ СТЕНТА ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА 132
Пономарева Ю.А., Манченко А.А., Аль–Шукри А.С. 133
ИДИОПАТИЧЕСКИЙ СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ ЧЛС ПОЧКИ 133
Пономарева Ю.А., Костюков С.В., Аль-Шукри А.С. 133
СПОНТАННЫЕ РАЗРЫВЫ ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ С ОБРАЗОВАНИЕМ ГЕМАТОМЫ В ПАРАНЕФРАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКЕ 133
Пулатов Д.П., Абдулсаидов С.К., Мирзабоев А.М. 134
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫМИ СПОСОБАМИ 134
Рабиев К.Р., Ризоев Х.Х., Махсумов С.М. 134
АНАСТОМОТИЧЕСКАЯ УРЕТРОПЛАСТИКА БЕЗ ИССЕЧЕНИЯ СПОНГИОЗНОЙ ТКАНИ ПРИ СТРИКТУРАХ БУЛЬБОЗНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР 134
Раджабзода Н.Ф., Кодирова С.Г. 135
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ОПОРОЖНЕНИЯ МАТКИ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ 135
Раджабзода Н.Ф. 136
ВЛИЯНИЕ ПОТЕРИ ПЛОДА НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИН 136
Раджабзода Н.Ф., Абдуллаева Р.А., Каримова У.А. 136
АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ 136
Раджабов Д.Р., Султанов Д.Д., Одинаев Ш.М. 137

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 137
Раджабова С.Г., Хусейнзода З.Х. 137
ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ДЕСИМИНИРОВАННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С МЕТАСТАЗАМИ В КОСТИ 137
Раимзода Х.Б.[1], Дадабоев Д.У.,[1] Хамидов Д.Б.[1,2] 138
ВЛИЯНИЕ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА 138
Райхонов Ф.Х.[1], Сангинов Д.Р.[2], Джаборова Б.Ш. [1,2] 138
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ, КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ РАКА КОЖИ СВОДА ЧЕРЕПА 138
Расулов Ж.Д., Аълоханов Л.Б., Муродуллаев Ж.С. 139
ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ 139
Расулов Н.А., Хофизова Г.А., Нарзулоев В.А. 139
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАТИВНЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ 139
Расулов Н.И., Бахромов М.Б., Мансуров Ҳ.Н. 140
НУҚТАИ ИНТИХОБИ ХАЛҚАИ ПРУДКОВ ДАР ДЕВОРАИ ПЕШИ ШИКАМ ҲАНГОМИ ХОЛЕСИСТЭКТОМИЯИ МИНИЛАПАРОТОМӢ 140
Расулов Н.И., Абдуллоев З.Р., Солехов Дж. 140
ОТКРЫТАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА 140
Расулов Н.И., Бахромов М.Б., Солехов Р.Дж., Абдуллоев З.Р. 141
ТОПОГРАФО АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПУЗЫРНОЙ АРТЕРИИ И ПРОТОКА ПРИ ОБЗОРНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ 141
Рафиев Ф.Р., [1,2] Камолов А.Н., [1,2] Солихов Р.Дж.[2] 141
ОБОСНОВАНИЕ ПОЭТАПНОЙ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РУДИМЕНТАРНОГО ШЕЙНОГО РЕБРА 141
Рахимов Д.А.[1,2], Азимов Д.А.[3], Махмудов Дж.О.[3],Сатторов Д.Д.[3] 142
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ МЕТОДОМ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПО ЛИХТЕНШТЕЙН 142
Рахимов Д.А.[1,2], Джураев М.А.[2], Турдалиев С.Х. [2], Рахими Ш.Д.[2] 142
ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА ПРИ НЕФРОПТОЗЕ ОСЛОЖНЕННОЙ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 142
Рахимов Р.И., Мустафаев А.Л.,Отажонов Ж.Х. 143
ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА 143
Рахматов М.Т., Усмонов Х.С., Кадырова З.У. 143
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В УТОЧНЕНИИ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ 143
Рахматов М.Т., Усмонов Х.С., Кодирова З.У. 144
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В ГУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР» МЗСЗН РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН . 144
Рахматова Ф.К. 145
РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ ПАЦИЕНТОК С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИ ДИСФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 145
Рахматуллаев Р.Р. 145
ДИАГНОСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ДОБАВОЧНОМ ШЕЙНОМ РЕБРЕ 145
Рахмонов Дж.К.[2], Курбанов Н.Р.[1,2], Абдусамадов К.А.[2] 146
НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СТЕНТИРОВАНИЯ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 146
Рахмонов С.У., Шерматов З.Т., Бустонов М.О. 146
ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОДОНТОГЕННЫХ СИНУСИТОВ ГРИБКОВО- БАКТЕРИАЛЬНОГО ГЕНЕЗА 146
Рахмонов У.Х., Бердиев Р.Н. 147
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЭНДОНАЗАЛЬНОЕ ТРАНССФЕНОИДАЛЬНОЕ УДАЛЕНИЕ АДЕНОМ ГИПОФИЗА ... 147
Рахмонов Х.Дж., Наимов С.Р., Коситов Д.Д. 147
ОСОБЕННОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ 147
Ризоев Х.Х., Рофиев И.Д., Рабиев К.Р. 147
АУГМЕНТАЦИОННАЯ ИЛЕОЦИСТОПЛАСТИКА ПРИ НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ: АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ 147
Ризоев Х.Х., Рабиев К.Р., Азизи Н. 148
СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОСУДОСОХРАНЯЮЩИХ МЕТОДОВ УРЕТРОПЛАСТИКИ БУЛЬБО-МЕМБРАНОЗНОЙ ЧАСТИ УРЕТРЫ 148
Ризоев Х.Х., Рабиев К.Р., Азизи Н. 148
АНАСТОМОТИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА УРЕТРЫ: АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИ ДИСТРАКЦИОННЫХ ДЕФЕКТАХ ЗАДНЕЙ УРЕТРЫ 148
Розиков М.С., Холов Д. Зокиров Р.А. 149

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА, ВЛИЯЮЩИХ НА РАННЮЮ ФУНКЦИЮ И ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПЕЧЕНОЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА....149
Розиков М.С., Достиев У.А., Зокиров Р.А. 149
АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РАННЕЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ПЕЧЕНОЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ....149
Рофиев И.Д., Ризоев Х.Х., Рабиев К.Р....150
ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПОСЛЕ ОДНОЭТАПНОЙ УРЕТРОПЛАСТИКИ ПРИ СТРИКТУРАХ БУЛЬБОЗНОЙ УРЕТРЫ: ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ И ВЕРОЯТНОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ 150
[1]Рузибоев С.А., [2]Янгиев Б.А., [1]Ачилов М.Т....150
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА 150
[1]Рузибоев С.А., [2]Садыков Р.А., [1]Аллабердиев Н.А. 151
МОДИФИЦИРОВАННЫЙ СПОСОБ АЛЛОПЛАСТИКИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ 151
[1]Рузибоев С.А., [2]Янгиев Б.А., [2]Мардонов В.Н. 152
СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ....152
Саидов М.С., Ходжамурадов Г.М., Шаймонов А.Х....152
ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕДУКЦИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ...152
Сайдалиева Д.А., Додхоева М.Ф., Шералиева М.Г....153
ФАКТОРЫ РИСКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ НА ФОНЕ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ....153
Салахиддинова Г.Н., Раджабзода Н.Ф., Юлдашева М.У. 153
ВЛИЯНИЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ И ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ....153
Салимов Дж.С., Салимова З.Д., Гулов Ф.М. 154
РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОППЛЕГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ 154
Салимов Дж.С., Кобилов И.И. Достиева З.А....155
МАРКЕРЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ И РОЛЬ ВИЗУАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЫБОРЕ 155
Салимов Ф.М., Султанов Д.Д., Неъматзода О....155
ВРОЖДЁННЫЕ АРТЕРИОВЕНОЗНЫЕ МАЛЬФОРМАЦИИ ГОЛОВЫ И ШЕИ: ВЫБОР лечебной ТАКТИКИ И ближайшие результаты....155
Салимова З.Дж., Додхоева М.Ф., Абдуллаева Р.А....156
КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ....156
Сангинов Д.Р.[1], Ниязов И.К.[1,2] Пахлавонов А.Д. [1]....156
КЛУБ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ОНКОЛОГОВ – КООРДИНАТОР И МОТИВАТОР НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ156
Сангинов Д.Р.[1], Салимов Ф.И.[1], Ниязов И.К.[1,2]....157
ИЗУЧЕНИЕ ЦИТОКИНОВ В ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИИ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. НОВЫЕ ШАГИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ....157
Сангинов Ҷ.Р.[1], Ниязов И.К.[1,2], Паҳлавонов А.Ҷ.[1] 157
МАҲФИЛИ ОЛИМОНИ ҶАВОНИ САРАТОНШИНОС – ҲАМОҲАНГСОЗ ВА ҲАВАСМАНДКУНАНДАИ ТАДҚИҚОТҲОИ ИЛМӢ 157
Сараев А.Р., Алимов С.У., Назаров Ҳ.Ш. 158
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ....158
Сараев А.Р., Назаров Ҳ.Ш., Шарипов Ҷ.Т. 158
ТАКТИКАИ ҶАРРОҲӢ ҲАНГОМИ ШАКЛҲОИ ВАЗНИНИ ПЕРИТОНИТИ ПАҲНГАШТА....158
Сараев А.Р., Джонов Б.Н., Факиров Х.З. 159
СОВРЕМЕННАЯ ГРАДАЦИЯ СТАДИЙ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА 159
Саросек В.Г....160
АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВАРИАНТОВ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В СЕМЬЯХ Г.ГРОДНО....160
Сафаров Х.А.3, Саъдуллозода Ф.С.1,2, Сафаров Н.Х.1 160
МЕТАФИЛАКТИКА МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ 160
Сафаров Х.А.[3], Саъдуллозода Ф.С.[1,2], Сафаров Н.Х.[1]....161
ЛЕЧЕНИЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ 161
Сафаров Х.А., Каримов М.Б., Саъдуллаева Б.Х....161
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СОДРУЖЕСТВЕННОГО СХОДЯЩЕГОСЯ АЛЬТЕРНИРУЮЩЕГО КОСОГЛАЗИЯ У ДЕТЕЙ С БОЛЬШИМ УГЛОМ ДЕВИАЦИИ....161
Сафарова З.Р.,Мухамадиева С.М., Курбанов Ш.М....162
ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ 162
Сафарова З.Р., Мухамадиева С.М., Курбанов Ш.М....162
ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ 162
Саъдуллозода Ф.С.[1], Рашидов Б.Дж.[1], Олимов О.З.[2] 163

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ КОНТАКТНОЙ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ В ЛЕЧЕНИИ КАМНЕЙ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА 163
Саъдуллозода Ф.С.[1,2], Нажмидинов Х.Н.[1], Хасани А.[1] 164
ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ 164
Сидиков А.Ш., Мустафакулов С.С., Салимов Х.Г. 164
ВЛИЯНИЕ ТЕСТОСТЕРОНА НА СОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ МУЖЧИН 164
Сидиков И.И., Камолов Р.С., Шахсаворбеков А.Ш. 165
ЭМБОЛИЯ АРТЕРИЙ ЛЕВОЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ХИТИНОВОЙ ОБОЛОЧКОЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ РАЗРЫВА ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА 165
Солиев О.Ф[1]., Султанов Д.Д[1,2]., Неъматзода О[2]. 165
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕННОЙ СКЛЕРОТЕРАПИИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНЫХ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН В ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ 165
Солихов Д.Н., Ризоев Х.Х., Салимов Х.Г. 166
ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ У БОЛЬНЫХ СУЖЕНИЕМ УРЕТРЫ 166
Солихов Д.Н., Ризоев Х.Х., Салимов Х.Г. 166
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ СУЖЕНИИ УРЕТРЫ 166
Страпко В.П., Колоцей В.Н. 167
ЗНАЧЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТРУДНЫМ ДИАГНОЗОМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА 167
Сулейманова Ф.А., Остонаева П.М., Амоншоева Ф. Ш., Ахмедова Н.Д. 168
СОСТОЯНИЕ ЭПИТЕЛИЯ РОГОВИЦЫ ГЛАЗ ПРИ ПЕРВОМ МЕСЯЦЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОРТОКЕРАТОЛОГИЧЕСКИХ НОЧНЫХ ЛИНЗ 168
Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. 168
Клиника хирургии глаз «НИГОХ». Таджикистан. 168
Цель исследования. Изучить влияние кератопротекторной терапии у пациентов при первом месяце использования, ортокератологических ночных линз. 168
Султонов Х.К., Набиев М.Х. 168
СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 168
Султонов Х.К., Набиев М.Х. 169
ТАКТИКАИ ҶАРРОҲӢ ВА ҶАРРОҲИҲОИ БАРҚАРОРСОЗӢ ҲАНГОМИ СИРОЯТҲОИ НЕКРОЗИИ БОФТАҲОИ НАРМ 169
Набиев М.Х., Султонов Х.К. 169
ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНАЯ СИСТЕМА ПРИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ 169
Суфиев Л.А., Мирзоева Д.С., Усмонов Х.С. 170
ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ БИОМАРКЕРОВ ПРИ РЕЦИДИВЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 170
Сухроби Рустам, Амонов Ш.Ш., Юлдошев Х.Ф. 170
КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИ ПОРОКАХ РЕВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА 170
Тагайбаева Г.К., Исмонова М. 171
ПРИМЕНЕНИЕ КОЛЬПОСКОПИИ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МЕТОД ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ 171
ГУ Городской центр здоровья №1, 3. Таджикистан 171
Тетелютина Ф.К., Кондрахина И.В. 171
СОЦИАЛЬНО-МОРФОАНТРОПОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С ДИСФУНКЦИЕЙ ТАЗОВОГО ДНА 171
Тешаев О.Р., Бабажонов А.Б., Югай Д.И. 172
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ 172
Тохиров Ф.С., Джураев Ш.М., Ґиёсиев И.К., Одил С. 172
РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ ДЕВАЙСОВ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА 172
Туйдиев Ш.Ш., Мехмондустов С.Г., Эргашев М.А[1]. 173
ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕНЗИДАМИНА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ 173
Туйдиев Ш.Ш., Юсупов А.Ш., Давронзода М.Д. 173
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫВИХА ЧЕТЫРЁХУГОЛЬНОГО ХРЯЩА ПЕРЕГОРОДКИ НОСА 173
Туйчибаева Д.М., Адхамова Л.А. 174
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИКРОИМПУЛЬСНОГО ЛАЗЕРНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕРОЗНОЙ ХОРИОРЕТИНОПАТИИ 174
Узакова Н.И. 174

ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ НАТРИЙ-ГЛЮКОЗНОГО КОТРАНСПОРТЕРА 2 –ТИПА НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ....174
Умарзода С.Г., Ахмедова Т.А. 175
ИССЛЕДОВАНИЕ СТАТУСА PD-L1 ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ 175
Урунбаева М.Г., Мехмондустов С.Г., Раджабов Н.С....175
ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА 175
Урунбаева М.Г.[1], Махмудназаров М.И.[1], Сангинов А.Б.[2] 176
ФУНКЦИЯ СЛУХА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ МИКОБАКТЕРИЙ....176
Усманова Г.К., Миноваров А.А., Ходжиахматова Р.Ю....177
РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МУЖЧИН ...177
Усмонов Б.Н., Шамсиев Дж.А., Саъдуллоев Ф.С. 177
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И МЕТАФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С УРЕТЕРОЛИТИАЗОМ....177
Усмонов И.М., Сафаров И.М., Достиев У.А. 178
ПРОФИЛАКТИКА ГУМОРАЛЬНОГО ОТТОРЖЕНИЯ У ВЫСОКОСЕНСИБИЛИЗИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН С ХБП 5 СТАДИИ 178
Национальный научный центр трансплантации органов и тканей Министерства здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан 178
Усмонов И.М., Достиев У.А., Сафаров И.М. 178
РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА ПОДБОРА ДОНОРА ДЛЯ ВЫСОКОСЕНСИБИЛИЗИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН С ХБП 5 СТАДИИ 178
Национальный научный центр трансплантации органов и тканей Министерства здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан 178
Усмонов И.М., Достиев У.А., Сафаров И.М. 179
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИИ У ВЫСОКОСЕНСИБИЛИЗИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН С ХБП 5 СТАДИИ ПЕРЕД ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ПОЧКИ 179
Национальный научный центр трансплантации органов и тканей Министерства здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан 179
Усмонов И.М., Сафаров И.М., Достиев У.А. 179
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У ЖЕНЩИН С ХБП 5 СТАДИИ ПЕРЕД ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ПОЧКИ 179
Национальный научный центр трансплантации органов и тканей Министерства здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан 179
Усмонов Х.С., Холматова Х.К., Сангинов С.Х. 180
ЛЕЧЕНИЯ ДУКТАЛЬНЫХ ПАПИЛЛОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ГАММА ИНТЕРФЕРОНА 180
Файзиев З.Ш., Мусоев С.Ш., Амонов Ш.Ш. 180
РОЛЬ ЛЕЧЕБНОЙ ФИБРОБРОНХОСКОПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ВЕДЕНИИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ....180
Файзов Ф.Э., Холов Д.Д., Ашуралиев Н.К. 181
РОЛЬ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ....181
Файзов Ф.Э., Холов Д.Д., Ашуралиев Н.К. 182
ВЛИЯНИЕ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И КОНТРОЛЯ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ....182
Кафедра общей хирургии № 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»....182
Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»....182
Файзов Ф.Э., Холов Д.Д., Ашуралиев Н.К. 182
ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНЫМ КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМОМ ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ 182
Файзуллоева М.Ф., Курбанов У.А., Одинаева М.С. 183
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОТРОФИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ СТОПЫ МЕСТНО-ПЛАСТИЧЕСКИМ СПОСОБОМ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ. 183
Фурохов И.Ё., Саидзода К.И. 183
КОЛОНОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ....183
Фурохов И.Ё. 183
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 183
Хайдаров З.Б., Остонаева П.М., Юнусова З.И. 184
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ СВЯЗЬ ПТЕРИГИУМА И СИНДРОМА СУХОГО ГЛАЗА 184
Хайдаров З.Б., Сулейманова Ф.А., Остонаева П.М. 185
ПРИМЕНЕНИЕ ОРТОКЕРАТОЛОГИЧЕСКИХ ЛИНЗ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ РЕФРАКЦИИ....185
Хайдаров З.Б., Махмадзода Ш.К., Каримов М.Б....185

ОФТАЛЬМОТРАВМАТИЗМ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РТ 185
Хайдаров М.М.[1], Маликов М.Х.[1,2], Махмадкулова Н.А.[3] 186
УСТРАНЕНИЕ РУБЦОВЫХ КОНТРАКТУР И ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 186
Хакназаров Х.Ш., Зикирзода А.Х., Хакназарова Ф.Х., Хакназарова Ф.Б. 186
ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХВЛИЯНЫЕ ЛЕЧЕБНОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ 186
Хакназаров Х.Ш., Зикирзода А.Х., Хакназарова Ф.Х. 187
ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРЫХ МАССИВНЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ 187
Халимов Дж.С., Сайдалиев Ш.Ш., Назаров Х.Ш. 187
ПЕРСОНИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРЫХ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ 187
Халимов Дж.С., Сайдалиев Ш.Ш., Хуршеди Х. 188
ОСТРЫЕ ЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ: ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ 188
Халимова З.С., Фучаджи Е.В., Курбанова Р.С. 188
АНАЛИЗ ПРИОБРЕТЕННОЙ НЕОБРАТИМОЙ СЛЕПОТЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА 188
Халимова З.С., Курбанова Р.С., Фучаджи Е.В. 189
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ АТРОПИНИЗАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИОПИИ СЛАБОЙ СТЕПЕНИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ 189
Хамроев Б.М., Мухаббатов Дж.К., Аннаев М.Б. 189
АНАЛИЗ МЕСТНЫХ И ОБЩИХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ СУЖЕНИЕМ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПРЯМОЙ КИШКИ 189
Хасани А., Нажмидинов Х.Н., Шамсиев Дж.А. 190
ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕРНАЛУРЕТРОТОМИИ 190
Хасанов Б.Н., Аскаров А.Т., Мираков Б.Т. 190
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАРАЛИЧОМ ЯГОДИЧНЫХ МЫШЦ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ПОЛИОМИЕЛИТА 190
Хасанов Б.Н., Мухамедова И.Г., Мираков Б.Т. 191
РАННИЙ ОСТЕОСИНТЕЗ И ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПОЛИТРАВМЫ 191
Хасанов Н., Назаров Ш.К., Сафаров Ш.Ф. 192
РЕЛАПАРОТОМИИ ПО ТРЕБОВАНИЮ 192
Хасанов Н., Назаров Ш.К., Сафаров Ш.Ф. 192
МЕСТО ПРОГРАММИРОВАННЫХ РЕЛАПАРОТОМИЙ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЁННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА 192
Хасанов Н., Зокиров Р.А., Достиев У.А. 193
ИШЕМИЧЕСКО-РЕПЕРФУЗИОННОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ: ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОГНОЗ 193
Хасанова Х.Т., Мираков Б.Т. 193
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА С ПРИМЕНЕНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 193
Хасанова Х.Т., Мираков Б.Т. 194
ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ. СТАТИСТИКА 194
Холбаев С.А., Курбанов Дж.Д., Джураева Н.Х. 195
ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛОПАРАСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ 195
Холбаев С.А., Мансуров Х.Н., Юнусов Х.А. 195
НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ЯИЧЕК ПОСЛЕ ГЕРНЕОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ В ОТДЕЛЕННОМ ПЕРИОДЕ 195
Холзода Ш.И.[1,2,3], Курбон У.А.[1,2,3], Абдурахимзода Ш.Р.[2], Дадоджонов Ж.Ю.[1,2] 196
СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДВУХСТОРОННЕЙ ПОЛИМАСТИИ 196
Холзода Ш.И., Курбон У.А., Дадоджонов Ж.Ю., Зоирова Г.Х. 196
ПЕРВИЧНАЯ ХЕЙЛОПЛАСТИКА ПРИ ОДНОСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНЕ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ 196
Холматов Д.И., Ахророва З.А., Исупова Ш.Ф. 197
СПОСОБ ИГРОВОЙ АУДИОМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА 197
Холматов Д.И. 197
ПРОБЛЕМА ВРОЖДЁННОЙ ТУГОУХОСТИ В ТАДЖИКИСТАНЕ 197
Холматов Д.И., Махамадиев А.А., Исупова Ш.Ф. 197
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ СЛУХУЛУЧШАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ 197
Холматов П.К., Курбонов Х.Х. 198
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА 198
Холматов С.Х.[1], Карим-заде Х.Дж.[2] 198

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОМОМЕНТНОЙ СИНУСТРАБЕКУЛЭКТОМИИ И ЛАЗЕРНОЙ ЦИКЛОКОАГУЛЯЦИИ В МИКРОПУЛЬСОВОМ РЕЖИМЕ 198
Холмуродов М.М.[2], Чобулов С.А[1]., Шоев С.Н[2]. 199
МИКРОВАСКУЛЯРНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ КОРЕШКА ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОСКОПА 199
Холов А.Д., Иброхимов Р.А., Назарзода Ф.Н. 199
ЧАСТО ПРОВОДИМЫЕ ОПЕРАЦИИ В ПЛАНОВОМ ПОРЯДКЕ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ И УРОЛОГИИ 199
Холов Д.Д., Зокиров Р.А. 200
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ У ПАЦИЕНТОВ С РОЖИСТЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ И СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 200
Холов Д.Д., Зокиров Р.А. 200
КОРРЕЛЯЦИЯ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ДОПЛЕРОГРАФИЧЕСКИХ И КТ ПРИЗНАКОВ С ЛАБОРАТОРНЫМИ МАРКЕРАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 200
Хомидзода И.Дж., Курбон У.А., Холзода Ш.И., Камолов А.С. 201
ОСЛОЖНЕНИЯ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С РАНЕЕ ПЕРЕНЕСЁННОЙ ПОДСЛИЗИСТОЙ ОПЕРАЦИЕЙ НА ПЕРЕГОРОДКЕ НОСА ПО G.KILLIAN 201
Хомидзода И.Дж.[1,2], Холзода Ш.И.[1,2,3], Камолов А.С.[2,3] , Махмудзода И.Х.[1,2] 201
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РИНОМАНОМЕТРА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ИСКРИВЛЕНИЯ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА 201
Хужамкулов А.А. [2], Сангинов Д.Р.[1,2], Максудова О.С.[3] 202
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛИ КЛАЦКИНА 202
Хукумзода М.З. [1], Махмудназаров М.И. [2], Холиков З.Х. [3] 202
ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ МЕРЦАТЕЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ НОСА ПОСЛЕ АДЕНОТОМИИ 202
Хурсанов Ё.Э., Холмирзаев О.Ф., Пулатов Д.П. 203
ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА 203
Хурсанов Ё.Э., Абдулсаидов С.К., Мирзабоев А.М. 204
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАСТИКИ ОБШИРНЫХ И ГИГАНТСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ 204
Хусейнзода З.Х., Салимов Ф.И., Нуриддинов Й.М. 205
ИЗУЧИТЬ ЛЕЧЕНИЕ, ДИАГНОСТИКУ И НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЛИМФАНГИОМ У ДЕТЕЙ 205
Хушвахтов У.М., Шамсиев Дж. А., Нажмидинов Х.Н. 205
ЧАСТОТА РАСПРОСТРАНЁННОСТИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ 205
Ҳамрокулзода Ф., Ахрориён З.А. 206
САМАРАНОКИИ ДОРУҲОИ ПРОТЕОЛИТИКӢ ДАР ТАБОБАТИ ОТИТИ ШАДИДИ РАВИШАШ СУСТ 206
Черняев М.В., Гительзон Е.А., Файбушевич А.Г. 206
ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ. 206
Ҷойлобов М.Р., Набиев М.Х. 207
ИНТИХОБИ САТҲИ АМПУТАТСЯ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ШАКЛҲОИ ОРИЗАДОРИ АЛОИМӢ ПОПАНҶАИ ДИАБЕТӢ 207
Шаймонов А.Х., Шамсов Н.Х., Саидов М.С. 207
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ РЕКОНСТРУКЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ОЖОГОВ 207
Шаймонов А.Х., Раджабов М.Ф., Шамсов Н.Х. 208
ВЫБОР АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПОВТОРНОМ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОТДАЛЁННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЖОГОВ 208
Шамсиев Д.А., Абдурахмонов А.А., Мустафокулов С.С. 209
ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ГИДРОНЕФРОЗА 209
Шарипов М.А., Салимова С.А., Джомахмадова Г.Р. 209
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ДЕТЕЙ 209
Шарипов Ф.К., Гаибов А.Дж., Неъматзода О. 210
К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ ТАКТИКИ РЕКОНСТРУКЦИИ БИФУРКАЦИИ АОРТЫ ПРИ ЕЁ АНЕВРИЗМАТИЧЕСКОМ РАСШИРЕНИИ 210
Шарифов С.А., Назаров Ш.К. 210
ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЗАЖИМ ДЛЯ ФИКСАЦИИ И ПОДНЯТИЯ МАТКИ, ПРИДАТКОВ И ПОЧКИ 210
Шарифов С.А., Назаров Ш.К., Сафаров Ш.Ф. 211
КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭВЕНТРАЦИЙ И ГНОЙНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН БРЮШНОЙ СТЕНКИ 211
Шаяхметов Ш.К., Сакуов Ж.Н., Оспанов М.М. 212
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО СВИЩА ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА 212
Шералиева М.Г., Раджабзода Н.Ф., Мирзоева М.Б. 212

ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ 212
Шоев С.Н[2]., Чобулов С.А[1]., Хушвахтов М.Х[2]., Кодирзода С.К[2]. 213
ПЕРКУТАННАЯ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКА ПРИ ПАТОЛОГИИ ПОЗВОНОЧНИКА 213
Шокири У.Г., Хакимова М.М., Шокирова М. Н. 213
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕНЩИН С ГИПОТОНИЧЕСКИМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ 213
Шоназаров И.Ш., Хурсанов Ё.Э., Рузиев П.Н. 214
ОПТИМИЗАЦИЯ ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ И МЕТОДОВ УСТАНОВКИ ПРОТЕЗА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ 214
Шукуров Ф.И., Базаров Н.И., Юльчиев Р.И. 214
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ, ЭТИОЛОГИИ, ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СОСУДИСТЫХ ОПУХОЛЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, ШЕИ И СВОДА ЧЕРЕПА 214
Шукуров Ф.И., Базаров Н.И., Юльчиев Р.И. 214
К ВОПРОСУ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СОСУДИСТЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, ШЕИ, СВОДА ЧЕРЕПА И ДРУГИХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ 214
Эгамов М.Х., Рахимова У.Дж. 215
ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ, МЕДИЦИНСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ И ОПТИЧЕСКАЯ НЕЛИНЕЙНОСТЬ ПОЛИМЕРНО-ЖИДКОКРИСТАЛЛИЧЕСКИХ СИСТЕМ 215
Эшпулатова С.С., Парпиев Т.Р., Камолова М.В. 215
ГЛАЗНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ У ДЕТЕЙ В ДАНГАРИНСКОМ РАЙОНЕ 215
Юлдошев У.Р., Юлдошев Р.З., Насимов Б.Б. 216
РЕЗУЛЬТАТЫ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, АССОЦИИРОВАННОМ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА 216
Юлдошев У.Р., Юлдошев Р.З., Гайратова Н.К. 216
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАММОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БЕРЕМЕНЫХ ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА. 216
Юлдошева М.У., Раджабзода С.Р., Рафиева З.Х. 217
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АКУШЕРСКИХ ДАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ ГОРОДСКИХ ЖЕНЩИН 217
Юлдошева М.У., Хусайнова М.Б., Азимова З.М. 217
ВЛИЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН 217
Юлдошева М.У., Раджабзода Н.Ф., Юлдошева М.У. 218
ТЕНДЕНЦИЯ РОСТА ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРОДЕ ДУШАНБЕ 218
Юмашева В.А., Мошхоева Л.Б., Семененко И.А. 219
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РЕЦИДИВА ОСТРОГО ЖЕЛУДОЧНОГО-КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕВЕНТИВНОГО ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ГЕМОСТАЗА КАК МЕТОДА ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ 219
Неъматзода О., Юнусов Х.А., Солиев О.Ф. 219
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ КОМБИНИРОВАННОЙ МИНИИНВАЗИВНОЙ ФЛЕБЭКТОМИИ И PRP-ТЕРАПИИ ПРИ СОЧЕТАНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ С ГОНАРТРОЗОМ 219
Юнусов Х.А., Султанов Д.Д., Неъматзода О. 220
ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В РЕКОНСТРУКЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТИ ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ 220
Юнусова З.И., Кадырова Н.А., Алиева Н.А. 221
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПИГМЕНТНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ СЕТЧАТКИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН 221
Махмудназаров М.И.[1], Юсупов А.Ш.[1], Назаров З.Х.[2] 221
СПОСОБ ФИКСАЦИИ МЯГКОГО НЁБА ПРИ П ОДНАРКОЗНОЙ АДЕНОТОМИИ У ДЕТЕЙ 221
[1]Юсупов А.Ш., [2]Ахунова З.А.,[3]Хусейнов З.М. 222
АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ РИНОСИНУСИТОВ 222
Янгиева Н.Р. 222
ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛОДИСТРОФИИ 222
Янгиева Н.Р., Туйчибаева Д.М., Урманова Ф.М. 223
КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА СЕМАКС В ЛЕЧЕНИИ НЕПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ 223
Янгиева Н.Р., Сулейманов И.Н., Туйчибаева Д.М. 224
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СУХОЙ ФОРМЫ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ 224
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ 225
Абдиева Д.Х., Валиева М.С., Дырда Н.И. 225
ЛЕЧЕНИЕ ДЕРМАТОЗОВ МИНЕРАЛЬНЫМИ ВОДАМИ ТАДЖИКИСТАНА 225
Абдулаева Д.Ю., Кароматова Т.И., Исохонов Б.М. 225
МЕГАЛОБЛАСТНАЯ АНЕМИЯ У ВЕГЕТАРИАНЦЕВ: ПРИЧИНЫ, ПРФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ 225
Абдулаева Д.Ю., Кароматова Т.И., Камолова Г.Н. 226
ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА: ОПТИМАЛЬНЫЕ СХЕМЫ И ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ 226

[1,2]Абдуллоев Н.Н., [2]Рустамзода Ш.Дж., [2]Сатторов Б.А. 226
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН НОВОГО ИННОВАЦИОННОГО ПОДХОДА ПО ПРИМЕНЕНИЮ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ДЛЯ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕНТГЕНОГРАММ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ....226
Абдуллоева С.Н., Махмудзода Х.Р....227
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ ПРИ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗАХ ОТ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДО ГЕНЕТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА....227
Абдурахимов А.А., Розиков Ш.И., Хафизов Х.М. 228
ТУБЕРКУЛЁЗНАЯ ИНФИЦИРОВАННОСТЬ СРЕДИ РАБОТНИКОВ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ: ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ....228
[1]Авазов А.А., [2]Шакиров Б.М. 228
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ САНДАЛОВЫХ ОЖОГОВ КИСТИ И СТОПЫ....228
Аджит Кумар, Мухамадиева К.М., Алиев Х.И....229
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРНОЙ ДЕРМАБРАЗИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВ РАЗНЫХ ФОТОТИПОВ КОЖИ 229
Аджит Кумар, Мухамадиева К.М., Абдуллаева М.А. 229
ВЛИЯНИЕ НЕОДИМОВОГО ЛАЗЕРА И УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТЕРАПИИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ И КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ КОЖИ ЛИЦА....229
Айтиева А.К....230
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ 230
Кафедра терапевтических дисциплин медицинского факультета Ошского государственного университета. Ош, Кыргызстан....230
Набиева Д.А., Акрамова Н.Т., Адитья Куш....231
ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОАГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПОДАГРОЙ 231
Алиева Е.Г., Фаттоева Н.В. 231
ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТЕРАПИИ С ГИДРОКОРТИЗОНОМ ПРИ ДЕФОРМИРУЮЩЕМ ОСТЕОАРТРОЗЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА....231
Алиева Е.Г., Фаттоева Н.В. 231
ПРИМЕНЕНИЕ СРЕДСТВ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ И ФИЗИОПРОЦЕДУР ПРИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА 231
Али-заде Н.А., Мухамадиева К.М., Шокирова У.С. 232
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ВИРУСНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ КОЖИ 232
Али-заде Н.А., Мухамадиева К.М., Шокирова У.С. 233
ВИРУСНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ У ДЕТЕЙ С ПСОРИАЗОМ....233
Анисимов А.Ю., Яглы С.И., Петров А.И. 233
КОМПРЕССИОННЫЙ ГЕМОСТАЗ СТЕНТОМ ДАНИША ПРИ РЕФРАКТЕРНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА....233
Анисимов А.Ю.[1], Мавлонов Ф.Б.[2], Сафина Ю.Р.[1]....234
ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ....234
Асилова Н.Г., Курбонова М.Н., Фирузаи И....235
ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП С ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ ПРИСТУПАМИ....235
Асилова Н.Г., Ганиева М.Т., Курбонова М.Н....235
ФАКТОРЫ РИСКА ДЦП У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА....235
Асилова Н.Г., Ганиева М.Т., Фирузаи И. 236
НЕЙРОСОНОГРАФИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ НЕВРОПАТИЕЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА 236
Асоев М.М., Асоева М.М. 236
АПНОЭ СНА У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ....236
Асоев М.М., Асоева М.М. 237
СНИЖЕНИЕ НЕЙРОПИСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТИВИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ. 237
Ахмадзода А.П., Ятимова Р. М., Аминчонов Х. А....237
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ....237
Ахмедов М.М., Бозоров С.С., Мадалиев К.А. 238
ЛЕЧЕНИЕ ПИОДЕРМИЙ У ДЕТЕЙ 238
Ахмедов М.М., Саидзода Б.И., Косимзода А.М....238
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛЫЕ СТЕПЕНИ ПСОРИАЗА 238
Бабаходжаева З.Б., Холикова Н.Н. 239
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ (COVID-19) У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ....239
Бакиев С.А., Ашурова М.Дж., Хушкадамова О.Х....240
СОПРОВОДИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТАНЕННОМ РАКЕ ПИЩЕВОДА 240
Баротов И.И., Бандаев И.С. 240
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ ЯВАНСКОГО РАЙОНА 240

Баротов И.И., Бандаев И.С. 241
ФАКТОРЫ ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ НАПРАВЛЕННОСТЬ УЛУЧШЕНИЮ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ..... 241
Баротов И.И., Бандаев И.С. 241
ПОДХОДЫ ВНЕДРЕНИЯ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ (СЕМЕЙНОЙ) ПРАКТИКИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ 241
Рустемов Д.З., Сакуов Ж.Н., Бауыржан К.Б. 242
ВЛИЯНИЕ НЕДОНОШЕННОСТИ НА ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА ТИПА С В АСТАНЕ 242
Бездетко Г.И., Шкатова Е.Ю., Васильева Л.П. 242
УРОВЕНЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОЖИРЕНИЕМ ДЕТЕЙ 15-17 ЛЕТ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ 242
Бессарабова А.О. 243
РОЛЬ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ВОССТАНОВЛЕНИИ ФУНКЦИИ ЛЁГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ: РЕЗУЛЬТАТЫ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА 243
Биек А.Ю., Саитов А.Р., Арямкина О.Л. 243
ОЦЕНКА ГИПЕРАММОНИЕМИИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ 243
Бобиева Н.Х., Набиев П.З. 244
СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ БЕРЕМЕННЫХ 244
Бобоев Б.Д., Ахмедова М.Р. 245
РОЛЬ МРХПГ В ДИАГНОСТИКЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ ВАРИАНТАХ СТРОЕНИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ 245
[1]Бобоев М.У., [2]Сохибов Д.К., [1]Нуруллозода У. 245
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА: ОПЫТ СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ 245
[1]Бобоев Ф.Д., [1]Сохибов Р.Г., [2]Одинаев Ш.Ф. 246
ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА И ИХ ДИНАМИКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ МЕЛАТОНИНОМ 246
[1]Бобоев Ф.Д., [1]Соҳибов Р.Г., [2]Одинаев Ш.Ф. 246
ТАҒЙИРЁБИИ ФОСИЛАИ QT ДАР БЕМОРОНИ ПИРОНСОЛ БО ФИШОРБАЛАНДИИ ШАРАЁНӢ ДАР ЗАМИНАИ ТАБОБАТИ КОМПЛЕКСӢ БО МЕЛАТОНИН 246
Бобоходжаев О.И., Рустамзода Ш.Дж, Сатторов Б.А. 247
УРОВЕНЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ СРЕДИ УЯЗВИМЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ 247
Бобоходжаев О.И., Розиков Ш.И., Шукуров С.Г. 248
УВЕЛИЧЕНИЕ ВЫЯВЛЕНИЯ СЛУЧАЕВ ТУБЕРКУЛЁЗА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН: ПОКАЗАТЕЛЬ УХУДШЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ИЛИ УЛУЧШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ К ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНЫМ УСЛУГАМ 248
Боев С.Н., Махмадов М.И, Саидов Ё.У. 248
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ УРОВНЯ СУММАРНОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗВЕРНУТЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 248
Боев С.Н., Махмудзода Х.Р.., Мизонов А.А. 249
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ТРАНСМИТРАЛЬНОГО ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ПОТОКА У БОЛЬНЫХ АКТИВНЫМ РАЗВЕРНУТЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 249
Боев С.М., Гайратова Н.Н., Нодирова З.С 249
УЛУЧШЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И БОЛЕЕ РЕАЛИСТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ КОМОРБИДНОГО ФОНА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСТЕОАРТРИТЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ 249
Бозоров С.С., Ахмедов М.М., Бободжонов А.Р. 250
ТОПИЧЕСКИЕ РЕТИНОИДЫ В ЛЕЧЕНИИ ВУЛЬГАРНЫХ УГРЕЙ 250
Боймуродов А.А., Хакимова З.Ф. 250
ПЕЧЕНОЧНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ У ДЕТЕЙ С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А 250
Бораджабова Н.Б. 251
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА В ВОЗРАСТЕ 20-25 ЛЕТ 251
Валиева М.С., Абдиева Д.Х., Дырда Н.И. 251
КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗАМИ 251
Вохидова А.П., Иронов О.С., Гадойбоев М.Р. 252
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭРИЗИПЕЛОИДНОЙ И БУЛЛЕЗНОЙ ФОРМЫ КОЖНОЙ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ 252
Вохидова А.П., Гадойбоев М.Р. 252
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕПАТИТА А У ПОДРОСТКОВ 252
Ганиев Б.Б., Жаббаров О.О., Турсунова Л.Д. 253
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЯ ПЕРЕНЕСШИХ ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА 253
Ганиева М.П., Хочиева Г.Б., Шарифов М.М. 253
ИЗМЕНЕНИЯ КОАГУЛОГРАММЫ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ 253

Ганиева М.П., Ибрагимов А.Ф., Шамсов А.Т. 254
ЗНАЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ВИТАМИНА Д БОЛЬНЫМ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ....254
Ганиева М.Т., Давлатмирова Г.Ш., Асилова Н.Г. 255
АНАЛИЗ СИНДРОМА ОФТАЛЬМОПАРЕЗА В СТРУКТУРЕ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ 255
Ганиева М.Т., Холматова Г.К., Рахимзода О. 255
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ 255
Ганиева М.Т., Гофилова М.З., Давлатмирова Г.Ш. 256
ПОСТИНСУЛЬТНАЯ ГЕМИХОРЕЯ....256
Ганиева М.Т., Холматова Г.К., Рахимзода О. 256
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ГИЙЕНА-БАРРЕ У ДЕТЕЙ....256
Гаран Г.М., Савш П.А., Арямкина О.Л. 257
ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ И КОВИД-19-ИНФЕКЦИИ У КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ....257
Гаран Г.М., Савш П.А., Арямкина О.Л. 257
ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ ПРИ COVID-19-ИНФЕКЦИИ У КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ, ЖИТЕЛЕЙ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА 257
Гафоров А.А., Мухамадиева К.М., Бозоров С.С. 258
ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВОЙ АЛОПЕЦИИ МЕТОДОМ ПЛАЗМАТЕРАПИИ....258
Гафоров А.А., Мухамадиева К.М., Бозоров С.С. 258
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АУТОЛОГИЧНОЙ ПЛАЗМЫ КРОВИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ 258
Глуткина Н.В. [1], Норик С.Ф.[2], Зинчук Вл.В. [2] 259
РОЛЬ МЕЛАТОНИНА В РАЗВИТИИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ 259
Кадырова З.Д., Гончарова М.С. 259
ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ У ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН....259
Гончарова М.С. 260
ПЕРСПЕКТИВА ЛЕЧЕНИЯ РЕЗИСТЕНТНОЙ ДЕПРЕССИИ КЕТАМИНОМ НА ОПЫТЕ ЗАРУБЕЖНЫХ КОЛЛЕГ 260
Гофилова М.З., Ганиева М.Т., Давлатмирова Г.Ш. 260
ПОСТИНСУЛЬТНАЯ ГЕМИХОРЕЯ....260
Гулова Р.М., Турсункулов З.Ч., Сулаймонова Ш.А. 261
ЧАСТОТА И ТЯЖЕСТЬ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19 У МЕДРАБОТНИКОВ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПРИЁМОМ МЕЛАТОНИНА 261
Гулова Р.М., Шарипова Х.Ё., Рахимов Дж.Дж. 262
ПРЕДИКТОРЫ ЧАСТОТЫ И ТЯЖЕСТИ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19 У МЕДРАБОТНИКОВ ОБЩЕЙ ГРУППЫ РИСКА 262
[1]Гуломзода Б.З., [1]Расулов Ё.Ф., [2]Нуруллозода У. 262
РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОСБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЁЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН 262
Давлатмирова Г.Ш., Ганиева М.Т., Фирузаи И. 263
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ С ПОРАЖЕНИЕМ СПИННОГО МОЗГА....263
Давлатмирова Г.Ш., Ганиева М.Т., Исрофилов М.О. 263
ВАРИАНТЫ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ДИЗИММУННЫХ НЕЙРОПАТИЙ: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ 263
Дадабаев Р.Д., Ҳомидзода Х.Х. 264
СПЕКТРОСКОПИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПСОРИАЗА В СОЧЕТАНИИ С МИКОЗАМИ 264
Джаборов М.К. 264
ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПРИВОДЯЩЕЕ К ИНФАРКТУ МИОКАРДА У МУЖЧИН СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА 264
Джалилзода М.С., Наджмиддинова М.Н., Урунова Ш.Д. 265
ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ ПРИ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 265
Джалилзода С.С., Гарибшоев З.Ш. 265
ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ПОЛИКИСТОЗОМ ПОЧЕК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА 265
ДжалилзодаС.С., Рахимова Р.К. 265
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ МУРГАБСКОГО РАЙОНА....265
Джобирзода А.Б., Саидов П.А. Зарипов Н.Р. 266
КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ И ДИАГНОСТИКА НОРМОТЕНЗИВНОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) 266
Джобирзода А.Б., Исрофилов М.О., Ганиева М.Т. 266

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОГО ИНСУЛЬТА И ВЕСТИБУЛЯРНОГО НЕЙРОНИТА 266
Джобиров А.Р., Хакимов В.Б. 267
ХРОНИЧЕСКИЙ СТРЕСС И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ..... 267
Джонназарова Д.Х..... 267
ХРБС В СТРУКТУРЕ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ 267
Джонназарова Д.Х..... 268
ЧАСТОТА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ 268
Джумахонова С.Т., Саидмурадова Ф.Л. 268
ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ КАК ФАКТОР УХУДШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ 268
Джумахонова С.Т. 269
ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В СОЧЕТАНИИ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ..... 269
Дододжони А. 269
НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ..... 269
Дододжони А., Эшонкулова Г.А..... 270
ПРИВЕРЖЕННОСТИ К МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ..... 270
Дониёров Б.Б., Мавлянова З.Ф., Джурабекова А.Т. 270
ВЛИЯНИЕ ТИПОВ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И УРОВНЯ ТРЕНИРОВАННОСТИ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У СПОРТСМЕНОВ Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан 270
Дроздова М.В., Ларионова С.Н., Шаповалов Л. Е. 271
СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ АДЕНТОНЗИЛЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ 271
Дырда Н.И., Абдиева Д.Х., Валиева М.С. 271
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ДЕРМАТОЗОВ В ТАДЖИКИСТАНЕ 271
Ёдгорова М.Ҷ., Ғайратзода Т.Ғ., Зулфиқоров Ш.М. 272
ТАҲЛИЛИ МУҚОИСАВИИ ҲИСОБОТИ 9-МОҲАИ СОЛҲОИ 2023-2024 ОИД БА БЕМОРИҲОИ ДИЛУ РАГҲОИ ХУНГАРД дар МД МСШ №15 272
Ёдгорова М.Ҷ., Иномзода Ҷ.И., Ҳакимова С.Б. 272
ТАҲЛИЛИ СОХТОРИИ БЕМОРИҲОИ МАЪЮБОНИ КАЛОНСОЛИ МД МСШ №3 ДАР СОЛИ ҲИСОБОТИИ 2024 272
Ёдгорова М.Ҷ., Мукарамова Д.А., Шамсутдинова Г.А..... 273
СОХТОРИ НОЗОЛОГИИ МАЪЮБОНИ КАЛОНСОЛИ МД МСШ №15 ДАР СОЛИ 2024..... 273
Зайниддинов О.А., Зайниддинова У.О. 273
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА КАРМЕТАДИН В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 273
Замунов О.А., Одинаев Ш.Ф., Файзиева Д.Ш. 274
УРОВЕНЬ ДЕСКВАМИРОВАННЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК..... 274
Зарипов Н.Г., Ганиева М.Т., Асилова Н.Г..... 274
ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ И ТРАНССПИНАЛЬНАЯ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ 274
[1,3]Зиёзода З.К., [3]Закирова К.А., [2]Розиков У.И. 275
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ С ПЕРОРАЛЬНЫМ ВВЕДЕНИЕМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗНЫМ МЕНИНГИТОМ 275
Зоидбоева Н.З., Холикова Н.Н. 275
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ..... 275
Зоирова Н.П., Саидзода Б.И., Гадоев Б.Ш. 276
ЭФФЕКТИВНОСТИ МАЗЬ МИВАЛА И ТИМОЦИНА НА РОСТ ШЕРСТИ МОРСКИХ СВИНОК (экспериментальное исследование) 276
Зубайдов Р.Н., Маҳмудзода Х.Р., Джаборов М.К. 276
ОБЪЁМНЫЕ И ГЕОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА 276
Ибрагимов А.Ф., Ганиева М.П., Тамара Саид Али 277
РОЛЬ АНТИУРЕМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК (ХБП) У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ 277
Ибрагимов А.Ф., Ганиева М.П., Тамара Саид Али 278

ОСОБЕННОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРОДАХ ДУШАНБЕ И ЗАНЗИБА 278
Икрамов Ш.Б., Гайбиев А.А. 278
ХАРАКТЕРИСТИКА ИШЕМИИ СПИННОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 278
Исматуллоева С.С. 279
НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ КОЖИ У ДЕТЕЙ С ВИТИЛИГО 279
Исматуллоева С.С. 279
НАРУШЕНИЯ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ ВИТИЛИГО 279
Исрофилов М.О., Ганиева М.Т., Курбанова М.Н. 280
ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ: РИСК РАЗВИТИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА 280
Исрофилов М.О., Ганиева М.Т., Зарипов Н. А. 280
ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ У МОЛОДЫХ: ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ 280
Исрофилов М.О., Ганиева М.Т., Исаева М.Б. 281
ОСНОВНЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И ОСОБЕННОСТИ ИНСУЛЬТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА 281
Исрофилов М.О., Шарпов Ш.А., Мирзоев Ф.Т. 281
ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОГЛОБУЛИНА ОКТАГАМ ПРИ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ ГИЙЕНА-БАРРЕ: ОПЫТ ТАДЖИКСКИХ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ 281
Исрофилов М.О., Ганиева М. Т., Нуралиев Н.М. 282
ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ И РИСК ИНСУЛЬТА: РОЛЬ ШКАЛЫ CHA2OБ2-УАБС В СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА И ВЫБОРЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ 282
Исрофилов М.О., Ганиева М.Т., Точидинов Т.Б. 282
КАРДИОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНСУЛЬТА 282
Кабиров К.М., Гуломова М.О., Салимова М.Д. 283
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В СОЧЕТАНИИ С COVID-19 ЗА ПЕРИОД 2020-2022 гг. У ПАЦИЕНТОВ ГЦЗ№1 г. ДУШАНБЕ 283
Кадырова З.Д., Одинаев А.Г. 283
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ ПОЛУЧАЮЩИМ МЕТАДОН В АМБУЛАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ 283
Кадырова З.Д., Юлдошев С.А., Хакимов В.Б. 284
МОДЕЛИ ИҶТИМОИИ МУТОБИҚШАВӢ ВА БОЗ ҲАМ ШОМИЛ НАМУДАНИ ШАХСОНИ БЕХОНА («БОМЖ») ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН 284
Камолова Г.Н., Шамсов А.Т. 284
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СПЛЕНЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ 284
Камолова Г.Н., Шамсов А.Т. 285
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПРИАПИЗМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МИЕЛОЛЕЙКОЗЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНГИБИТОРОВ ПРОТЕИНТИРОЗИНКИНАЗЫ 285
Каримова Г.Н., Шукурова Р.А., Шокирзода Ш.А. 285
РИСК ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОРТРОЗОМ 285
Кароматова Т.И., Абдулаева Д.Ю., Курбонова К.О. 286
СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА 286
Кароматова Т.И., Абдулаева Д.Ю., Курбонов А.А. 286
ТЕЧЕНИЕ ВОЛОСАТОКЛЕТОЧНОГО ЛЕЙКОЗА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ 286
[1]Киёмидинов Х.Х., [1]Шарвонова Г.Б., [2]Зиёзода З.К. 287
СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЁЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН ЗА ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ПЕРИОД, В 2014 И В 2023 ГОДАХ 287
Киёмов И.Э. 287
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОЛУПРОВОДНИКОВОЙ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 287
Куватзода Г.Х., Ураков К.З., Ходжиева Г.Б. 287
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА 287
Курбонова М.Н., Ганиева М.Т., Толибова Л.Н. 288
НЕЙРОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ТАДЖИКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ 288
Курбонова М. Н., Ганиева М.Т., Асилова Н.Г. 289
ВЛИЯНИЕ COVID-19 НА ТЕЧЕНИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА 289
Курбонова М.Н., Ганиева М.Т., Гофилова М.З. 289
АКТУАЛЬНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА 289
Курбонова М.Н., Исрофилов М.О., Шарипов Ш.А. 290
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ БОКОВОМ АМИОТРОФИЧЕСКОМ СКЛЕРОЗЕ 290
Қаҳоров И.М., Абиийров Ф.А., Рачабов З.А. 290

ИСТИФОДАИ УСУЛИ КРИОДЕССТРУКТИВӢ БО МАҲЛУЛИ АЗОТИ МОЕЪ ДАР МУОЛИҶАИ БЕМОРОНИ ОЗАХҲОИ ВИРУСӢ ДАР НОҲИЯИ ДАНҒАРА 290
Мавиа Н.С.Х., Боймуродов А.А., Рахманова З.Э. 290
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА В СЕВЕРНОМ СУДАНЕ 290
Мадалиев К.А., Зигангирова Д.И., Бозоров С.С. 291
ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ 291
Мамаджонов И.М., Махкамов Н.Дж. 292
ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ СПОНДИЛИТЕ ПОЗВОНОЧНИКА, ВЫЗВАННЫЕ ВЛИЯНИЕМ COVID-19 292
Мамажонов И.М., Махкамов Н.Ж. 292
ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГРУДО-ПОЯСНИЧНОГО СПОНДИЛИТА ПОЗВОНОЧНИКА ПОСЛЕ COVID -19 292
Мансуров Т.Т., Умедов Х.А., Шомуродов Х.А. 292
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МНОГОЭТАПНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ 292
Маукаева С.Б., Узбекова С.Е., Кудайбергенова Н.К. 293
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕТНЕЙ ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ СЕССИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ШКОЛЫ МЕДИЦИНЫ 293
Махмадшоев Ф.А., Пирмахмадзода Б.П, Чумаев Ф.Х 293
ТРЕНДЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ГОРОДСКОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ БОЛЬНИЦЕ, 2023-2024 293
Махматмурадова Н.Н., Исокжонова Г. 294
ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ 294
Махмудзода Х.Р., Боев С.Н., Махмадов М.И. 295
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ АКТИВНОЙ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ, ОСНОВАННОЙ НА ПРИНЦИПАХ СТРАТЕГИИ «TREAT TO TARGET» - T2T - «ЛЕЧЕНИЕ ДО ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ» У ПАЦИЕНТОВ С АКТИВНЫМ РАЗВЕРНУТЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В СОЧЕТАНИЕ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 295
Махмудзода Х.Р., Боев С.Н., Саидов Ё.У. 295
ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ «СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПО МНЕНИЮ ПАЦИЕНТА» У БОЛЬНЫХ РАЗВЕРНУТЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ АКТИВНОЙ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ 295
Махмудзода Х.Р., Боев С.Н., Махмадов М.И. 296
СПЕКТРАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ТИПИЧНЫХ И АТИПИЧНЫХ КОРОНАРОГЕННЫХ СИМПТОМОВ У БОЛЬНЫХ РАЗВЕРНУТЫМ АКТИВНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В СОЧЕТАНИЕ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 296
Мехмонов П.Х., Бобоходжаева З.Б. 296
ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС В ОТДАЛЁННОМ ПЕРИОДЕ 296
Мехмонов П.Х. 297
СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС, СПУСТЯ 37 ЛЕТ 297
Мехмонов П.Х. 297
СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ, ПРИНИМАВШИХ УЧАСТИЕ В ЛИКВИДАЦИИ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ 297
[1]Мирзоалиев Ю.Ю., [2,3]Пулатова С.Дж., [2,3]Саидова С.Н. 297
ВНЕДРЕНИЕ НАЦИОНАЛЬНОГО ПЛАНА РЕАГИРОВАНИЯ НА ПАНДЕМИИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН 297
Мирзоева М.М., Холов Ф.Р., Джурабеков А.Х., Иззатуллозода С.К., Карликова Х.Ф. 298
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА В АКУШЕРСТВЕ И РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА 298
Мирзокалонова М.Дж. 299
ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ С САХАРНОМ ДИАБЕТОМ В РАБОТЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА 299
Мирзокалонова М.Ҷ. 299
СОХТОРИ БЕМОРИҲОИ ШАДИДИ РОҲҲОИ НАФАС ДАР СИННИ КӮДАКОНИ СИННИ ТО 17 ДАР МД МСШ №15 СОЛҲОИ 2023 ВА 2024 299
МирзокаримоваН.С., Мустафакулова Н.И., Камолова Г.Н. 300
СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ЛИМФОИДНОЙ ЛЕЙКЕМИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ТОКСАКОРОЗОМ 300
[1]Мирзочонов О.Н., [2]Шарипов Х.Ю. 300
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 300
Миркосимова М., Ганиева М.Т., Зарипов Н.Р. 301
НАРУШЕНИЕ СНА ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА 301
Миркосимова М., Ганиева М.Т., Исрофилов М.О. 301

КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ АКИНЕТИКО-РИГИДНОЙ И ТРЕМОР-ДОМИНАНТНОЙ ФОРМАМИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА В ТАДЖИКИСТАНЕ 301
Анварова Ш.С., Музафарова М.Э. 301
ДИНАМИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ПО ОЦЕНКЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА (ПРИМЕНЕНИЕ ДЕНОСУМАБА У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА) 301
Мукарамова Д.А., Ёдгорова М.Ҷ., Мансурова Н.М. 302
НУҚСОНИ МОДАРЗОДИИ ДИЛ ВА ОМИЛҲОИ ХАТАРИ ОН ДАР ТАҶРИБАИ ТАБИБИ ОИЛАВӢ 302
Муродов Н.М. 303
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ПНЕВМОНИЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА 303
Муродов Н.М., Шомирзоева М.А. 303
ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ С АНЕМИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ 303
Мурти Хеманат 304
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЁЗОМ В МИРЕ в 2018-2022 гг 304
Мустафакулова Н.И., Абдулаева Д.Ю., Кароматова Т.И. 304
ФАКТОРЫ РИСКА заражения микотическИМИ и вирусныМИ инфекциЯМИ,меры их профилактики 304
Мустафакулова Н.И.,Кароматова Т.И., Мустафакулов С.С. 305
ВЛИЯНИЕ МОЧЕПОЛОВЫХ МИКОЗОВ И ГЕЛЬМИНТОЗОВ НА ТЕЧЕНИЕ ЛЕЙКЕМИИ 305
Мустафакулова Н.И., МухторзодаА.Н., Хакими Мохаммад Ага 306
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕМОФИЛИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ 306
Мустафакулова Н.И., Мухторзода А.Н., Хакими Мохаммад Ага 306
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕМОФИЛИИ У ЖЕНЩИН В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН (СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИКИ) 306
Мустафакулова Н.И., Абдуллаева Д.Ю., Мирзокаримова Н.С. 307
СОСТОЯНИЕ КОМОРБИДНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С МЕГАЛОБЛАСТНОЙ АНЕМИЕЙ 307
Мустафакулова Н.И., Мирзокаримова Н.С., Абдуллаева С.Н. 307
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МИЕЛОМНОЙ НЕФРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ 307
Мустафакулова Н.И., Мирзокаримова Н.С., Кароматова Т.И., Мустафакулов С.С. 307
ВЛИЯНИЕ МОЧЕПОЛОВЫХ ГЕЛЬМИНТОЗОВ И МИКОЗОВ НА ТЕЧЕНИЕ ЛЕЙКЕМИИ 307
Мустафакулова Н.И., Мирзокаримова Н.С., Камолова Г.Н., ... 308
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕЙРОЛЕЙКЕМИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ГЕЛЬМИНТНОЙ ИНВАЗИЕЙ,В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТНОГО АСПЕКТА 308
Муҳаммадюсуфи Ё. 309
ПАҲНШАВИИ БЕМОРИИ СИЛ ДАР ҶУМҲУРИИ ИСЛОМИИ АФҒОНИСТОН 309
Набиев П.З., Бобиева Н.Х. 309
КОРРЕКЦИЯ ПОБОЧНОГО ЭФФЕКТА МЕТФОРМИНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 309
Нажмидинова М.Н., Урунова Ш.Д., Исрофилов М.О. 310
ЛИЧНОСТНАЯ И РЕАКТИВНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ БОЛЬНЫХ С НЕВРОЗОМ ПРИ ЭМОЦИАЛЬНОМ СТРЕССЕ 310
Нажмидинова М.Н., Урунова Ш.Д., Мирзокулов М.У. 310
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕЛАТОНИНА ПРИ НАРУШЕНИИ СНА У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ 310
Нажмидинова М.Н., Урунова Ш.Д., Джалилзода М.С. 310
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМИНЕНИЯ ЭТОСЕРТА У БОЛЬНЫХ С БОЛЬЮ В СПИНЕ 310
Нажмидинова М.Н., Урунова Ш.Д., Мирзокулов М.У. 311
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕЛАТОНИНА ПРИ НАРУШЕНИИ СНА У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ 311
Нажмидинова М.Н., Урунова Ш.Д., Джалилзода М.С. 311
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМИНЕНИЯ ЭТОСЕРТА У БОЛЬНЫХ С БОЛЬЮ В СПИНЕ 311
Нажмидинова М.Н., Урунова Ш.Д., Исрофилов М.О. 311
ЛИЧНОСТНАЯ И РЕАКТИВНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ БОЛЬНЫХ С НЕВРОЗОМ ПРИ ЭМОЦИАЛЬНОМ СТРЕССЕ 311
Назаров Б.Дж. 312
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНЕГО ОТРЕЗКА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 312
Назаров Б.Дж. 312
ВЛИЯНИЕ МЕЛАТОНИНА НА ДИСФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 312
Назаров Т.Ш. 313
РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ У МОЛОДЫХ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) 313
Назаров Т.Ш., Ганиева М.Т., Исрофилов М.О. 313
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ КЛАССИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) 313
Назарова М.К. 313
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ 313
Назарова М.К. 314

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ 314
Назарова М.К., Расулов У.Р. 314
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ С ПРИЗНАКАМИ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 314
Нисанбаева З.Х., Мисоков С. Дж., Тагоев А.А. 314
ВЛИЯНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ 314
Нисанбаева З.Х.[1], Шарипов Р.М. [2], Гончарова М.С. [1] 315
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ – ОТ ТРАДИЦИЙ К НОВАЦИЯМ 315
Нодирова З.С., Холикова Н.Н. 316
РОЛЬ ИНГИБИТОРОВ SGLT2 В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 316
Нодирова З.С., Холикова Н.Н. 316
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С АТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ 316
Номозова Г.К. 316
ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛИЗАЦИИ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ ФИБРОМИОМЫ МАТКИ 316
Нормаматова С.С. 317
ОСОБЕННОСТИ МЕНИНГИОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА 317
Носирова М.П., Иномзода Д.И., Рахимова Г.Х. 317
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ФИБРОЗА ЛЁГКИХ НА ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ 317
Носирова М.П., Ёдгорова М.Дж., Одилов У.М. 318
ИНТЕГРИРОВАННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА ... 318
Нуралиев Н.М., Саидов П.А., Мирзоев Ф.Т. 319
ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ, ЛЕЧЕНИИ И ДОСТУПЕ К МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН 319
Нуралиев Н.М., Саидов П.А., Шарипов Ш.А. 319
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОГЛОБУЛИНА ОКТАГАМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩЕЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ (ХВДП) У ПАЦИЕНТОВ ИЗ ТАДЖИКИСТАНА 319
Обидова Ш.В. 319
РОЛЬ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА В ПРОФИЛАКТИКЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ КАК ОСНОВНОГО ФАКТОРА РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ 319
Обидова Ш.В., Ходжиматова З.Ф., Хакимова С.Б. 320
ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИЧИН И ПОСЛЕДСТВИЕ ОЖИРЕНИЕ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА 320
Одинаев А.Г., Кадырова З.Д. 320
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ 320
Одинаев Ш.Ф., Файзиева Д.Ш., Навджуанов И.М. 321
ЭНДОКРИНОПАТИЯ ПРИ КАРДИАЛЬНО Х-СИНДРОМЕ 321
Ортикова М.М., Давлятова Д.Дж. 321
ВЛИЯНИЕ КОЛИЧЕСТВЕННОГО СОСТАВА ЧЛЕНОВ СЕМЬИ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ЛЕЧЕНИЕ ГЕЛЬМИНТОЗОВ 321
Остякова Е.Д., Утумисов Н.Н., Арямкина О.Л. 322
АНЕВРИЗМЫ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ МУЛЬТИСИСТЕМНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 322
Пирмахмадзода Б.П., Киёмидинов Х.Х., Нурова Г.М. 323
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА У ДЕТЕЙ С ПОМОЩЬЮ ИССЛЕДОВАНИЯ ИНДУЦИРОВАННОЙ МОКРОТЫ И КАЛА НА XPERT MTB/RIF ULTRA В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН ... 323
Пирмахмадзода Б.П., Абдурахимов А.А., Махмудов М.О. 323
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА СЕКВЕНИРОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН С ЦЕЛЬЮ ИДЕНТИФИКАЦИИ ШТАММОВ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЁЗА 323
Половиков И.П., Каратеев Д.Е., Буеверов А.О. 324
ДЕБЮТ IGA-НЕФРОПАТИИ ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ COVID-19. АНАЛИЗ СЕРИИ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ 324
Раджабзода С.Р., Джонова Б.Ю., Дустов Дж.Х. 324
ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА НА НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПИЛОТНЫХ СЕЛЬСКИХ ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ 324
Расулов У.Р., Назарова М.К., Хадарова Х.Х. 324
ЗНАЧЕНИЕ СВОЕВРЕМЕННОЙ ОЦЕНКИ РИСКА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ЛОР-ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ 324
Рахимзода О.Ш., Исоева М.Б., Муминов Ш.Р. 325
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПИТЬЕВОЙ ВОДОЙ НАСЕЛЕНИЯ В РАЙОНЕ АБДУРАХМАНА ДЖАМИ ЗА 2019-2024 ГОДЫ 325

Рахимзода О.Ш., Урунова Ш.Д., Саидов П.А. 325
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АСТЕНО-ИПОХОНДРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ОСТАТОЧНЫМИ ЯВЛЕНИЯМИ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА 325
Рахимов Дж.Дж., Султонов Х.С., Якубов Д.С.....326
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЕЛОЭРГОМЕТРИИ НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ФОНЕ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 326
Рахимова М.С., Ниязова Н.Ф. 326
ВЛИЯНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 326
Рахматуллоева З.Р., Ходжаева З.Г., Каримова М.Дж., ...327
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЖЕЛЕЗОДДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА.....327
Рахматуллоева З.Р.[1]., Хайдарова С.Ф.[1], Ходжаева З.Г.[2] 328
АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА 328
Рахматуллоева З.Р., Ходжаева З.Г., Каримова М.Дж. 328
ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.....328
Рахматуллоева З.Р., Хайдарова С.Ф., Каримова М.Дж. 329
ПОСТНАТАЛЬНОЙ ПРИОБРЕТЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ 329
Рахмонов Дж.Т., Джамолова Р.Дж., Расулов У.Р.....329
ХАРАКТЕР СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЁЛЫМИ ФОРМАМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА 329
Рахмонов Дж.Т., Абдуллаева Д.Ю., Расулов Б.Э. 330
РАЗВИТИЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА (ЯК) ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЁННОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19.....330
Рахмонов Дж.Т., Джамолова Р.Дж., Эшбоева Д.А.....330
ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 330
Рахмонов Ф.М., Исматуллоева С.С., Мухамадиева К.М. 331
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОЛОГИЧНОЙ ПЛАЗМЫ КРОВИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВИТИЛИГО 331
Рахмонов Ф.М., Исматуллоева С.С., Мухамадиева К.М. 331
ВЛИЯНИЕ БОГАТОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ КРОВИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ КОЖИ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО.....331
Рузиев Х.Б.[1,2], Бобоходжаева М.О.[1].....332
ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ СОМАТОФОРМНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У МОЛОДЁЖИ.....332
Садыков Р.Р., Турсунова Ж.А., Пулатова Б.Ж. 332
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИК ЛАЗЕРОВ РАЗЛИЧНОГО СПЕКТОРАЛЬНОГО ДИАПАЗОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ ЛИЦА 332
Садыкова Ш.Н., Эльмурадова Д.Б.....333
СОМАТОТИПИРОВАНИЯ ЖЕНЩИН С ОСТЕОАРТРИТОМ РАЗНОЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ 333
Саидзода Б.И., Гадоев М.А., Ḱулмадов А.Ш.....333
КЛИНИКА ХРОНИЧЕСКИХ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, У МУЖЧИН 333
Саидмуродова Ф.Л., Джумахонова С.Т. 334
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ.....334
Саидмуродова Ф.Л., Джумахонова С.Т., Воронецкая К.Р.....334
ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ.....334
Саидов П.А., Ганиева М.Т., Исрофилов М.О. 335
ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНЫМ ТРЕМОРОМ В ВЫБОРКЕ ИЗ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ 335
Саидов П.А., Ганиева М.Т., Исрофилов М.О. 335
ХАРАКТЕРИСТИКИ УСТАЛОСТИ ПРИ БОЛЕЗНИ ПРАКИНСОНА.....335
Асилова Н.Г., Ганиева М.Т., Саидов П.А. 336
ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ИНСУЛЬТ И ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ (ДЦП) 336
Саитов А.Р., Биек А.Ю., Арямкина О.Л.....336
ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ ВИТАМИНА D У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ.....336
[1]Салихов О.Х., [2]Укуматшоева Л.Ш., [2]Рахматшоева П.Ш. 337
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НЕКОТОРЫМИ ДЕСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЁГКИХ И ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН 337
Салихова А.Х., Гончарова М.С.....337

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ДОЛГОТЕКУЩЕМ РЕВМАТИЗМЕ 337
Салихова А.Х., Гончарова М.С. 338
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТАДОНОВОЙ ТЕРАПИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН 338
Сангова Ф.Р. 338
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИММУНОДЕФИЦИТОМ 338
Сангова Ф.Р. 339
КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ СРЕДИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА 339
Саттарова С.З., Шарипова О.А., Азизова Р.Б. 339
ОЦЕНКА ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ГИЙЕНА-БАРРЕ 339
Сафаров Ш.А., Мухамадиева К.М., Баротов А.З. 340
ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У ДЕТЕЙ С ПСОРИАЗОМ 340
Сафаров Ш.А., Мухамадиева К.М., Абдуллаева М.А. 340
КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ С ПСОРИАЗОМ 340
Сафонова Ю.А. [1,2], Гарова Я.Р.[2] 341
НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ СКЕЛЕТНЫХ МЫЩЦ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЗДНИМ ДЕБЮТОМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА 341
Сироджидинова У.Ю., Розиков У.И., Курбоналиева Т.М. 341
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СТУДЕНТОВ, ВЫЯВЛЕННЫХ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ НА КАФЕДРЕ ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ 341
Сохибов Р.Г., Шарипова Х.Ё., Нурализода А.Н. 342
ТРЕВОЖНО ДЕПРЕССИВНЫЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ 342
Сохибов Р.Г., Шарипова Х.Е., Нурализода А.Н. 342
ЧАСТОТА И ВЫРАЖЕННОСТЬ КОГНИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ 342
Сохибов Р.Г., Шарипова Х.Ё., Шарифбоев А.Х. 342
ЧАСТОТА АССОЦИИРОВАННЫХ С ОКС ЗАБОЛЕВАНИЙ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ У ПАЦИЕНТОВ ОБЩЕЙ ГРУППЫ 2 ПЕРИОД, ГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП 342
Сохибов Р.Г.Шарипова Х.Ё., Мусоева З.Б. 343
ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА И ПУТЕЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ НАБЛЮДЕНИЯ 343
Сохибов Р.Г., Шарифова Н.Дж., Точиева З.А. 343
ВЛИЯНИЕ КАРВИДИЛА НА ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР БОЛЬНЫХ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 343
Сохибов Р.Г., Шарипова Х.Ё. Хакимов Ё.В. 344
КОМОРБИДНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ 344
Субханова З.И. 344
КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ В ДОСТИЖЕНИИ КОНТРОЛЯ НАД БРОНХИАЛЬНОЙ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ 344
Субханова З.И. 344
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И БЕРЕМЕННОСТЬ 344
Сулаймонова Ш.А., Бобоев Ф.Д., Шарифбоев А.Х. 345
ПРИМЕНЕНИЕ МЕЛАТОНИНА В КОМБИНАЦИИ С ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИЕЙ У ПОЖИЛЫХ ЛИЦ ДЛЯ СИНХРОНИЗАЦИИ ЦИРКАДНЫХ РИТМОВ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ 345
Сулаймонова Ш.А., Бобоев Ф.Д., Хурсанов Б.Ш. 345
ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА 345
Сундукова Е.А., Аскерова А.А., Аббасова С.Г. 346
РОЛЬ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ТЕЧЕНИИ И ИСХОДАХ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ 346
Сундукова Е.А., Аббасова С.Г., Арямкина О.Л. 347
ДИСФУНКЦИЯ ПОЧЕК ПРИ ОСТРОМ ТЕЧЕНИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ 347
Сундукова Е.А., Аскерова А.А., Арямкина О.Л. 347
ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ COVID-19-ИНФЕКЦИЕЙ У КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ 347
Табаров Э.М., Замонов З.А. 348
СТРУКТУРА ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА 348
Тагабаева Г.К., Исмонова М. 348
ПРИМЕНЕНИЕ КОЛЬПОСКОПИИ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МЕТОД ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ 348
ГУ Городской центр здоровья №1, 3. Таджикистан 348
Таджиддинов Т.Б.[1], Абдуллозода С.М.[2], Исоева М.Б.[1] 349
СТРУКТУРА И ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА В ГИССАРСКОМ РАЙОНЕ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН 349

Таджидинов Т.Б., Точиддинов У.А., Раҳимзода О.Ш. 349
МУАЙЯН КАРДАНИ ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКИИ ИХТИЛОЛИ АСАБ ДАР БЕМОРОН ҲАНГОМИ ТАБОБАТИ СТОМАТОЛОҶӢ....349
Таджидинов Т.Б., Исоева М.Б., Камарова М.А. 350
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЛИЦ ЖЕНСКОГО ПОЛА В ГИССАРСКОМ РАЙОНЕ 350
Таджидинов Т.Б., Абдуллозода С.М. 351
КОРРИГИРУЕМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ИНСУЛЬТА В ГОРОДСКОЙ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ 351
Таджидинов Т.Б., Ганиева М.Т., Давлатмирова Г.Ш. 351
КРИТЕРИИ РАНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕМЕНЦИИ 351
Таджиева З.А., Шарифова Н.Дж., Мангитова Ч.Г. 352
ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ....352
Тиллоева З.Х., Джувашев А. 352
ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА СМЕРТЕЛЬНЫЙ ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ, ДУШАНБЕ, 2017-2021 352
Тиллоева З.Х.[1], Мирзоев А.С. [2,3] 353
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ СРЕДИ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19, ДУШАНБЕ 353
Толибова Л.Н., Ганиева М.Т., Курбонова М.Н. 353
ХРОНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ СНА И ИХ СВЯЗЬ С КОГНИТИВНОЙ ДЕГРАДАЦИЕЙ: БИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ....353
ТошеваШ.А....354
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИИ ПРОФИЛАКТИКИ БРУЦЕЛЛЁЗА У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН....354
Трубникова И.И.[1], Подорванов А.А.[2]....354
ТАБЛЕТ-ПИТАНИЕ В СТАЦИОНАРЕ КАК ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ И НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 354
Тулеметов С.К. 355
СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ СПЛЕНЭКТОМИИ....355
Тулеметов С.К. 355
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСТНАТАЛЬНОГО ОНТОГЕНЕЗА НАДПОЧЕЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПОТОМСТВА В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ МАТЕРИНСКОГО ОРГАНИЗМА....355
Турсунбаев А.К., Каримова Н.А. 356
РОЛЬ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ В АРТЕРИАЛЬНОМ ДАВЛЕНИЕ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ПОДРОСТКОВ 356
Укуматшоева Л.Ш., Курбоналиева Т.М. 356
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ЖИТЕЛЕЙ Г. ДУШАНБЕ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН ЗА 2022-23 гг. 356
Умаров А.А., Умарова С.А., Гайратов Д.А. 357
НЕЙРОГУМОРАЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА 357
Умаров А.А., Хакимов Ё.В., Ибрагимова Х. 357
ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 357
Ураков К.З[1]., Ходжиева Г.Б[1]., Мухиддинов А.И[2]. 358
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ИНФАРКТА МИОКАРДА....358
Уроқов К.З., Ҳочиева Г.Б., Ғаниева М.П. 358
РАВИШИ ВАЗНИНИ ПУРПУРАИ ТРОМБОСИТОПЕНИЯИ АУТОИММУНӢ....358
Ураков К.З., Ходжиева Г.Б., Шамсов А.Т. 359
БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ГЕМОБЛАСТОЗАХ....359
Урунова Ш.Д., Нажмидинова М.Н., Мирзокулов М.У. 359
ХАРАКТЕРИСТИКА СОСУДИСТОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИВ СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА....359
Урунова Ш.Д., Нажмидинова М.Н., Мирзокулов М.У. 360
ХАРАКТЕРИСТИКА СОСУДИСТОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ В СОЧЕТАНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 360
Усаров Т.А., Хурсанов Ё.Э., Умедов Х.А. 360
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРАВМАХ ПЕЧЕНИ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ СПОСОБОМ....360
Усаров Т.А., Кодиров Д.А., Исоков Х.А....361
ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА 361
Файзиева Д.Ш....361
НАРУШЕНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК....361

Файзиева Д.Ш. 362
КАЛЛИКРЕИН-КИНИНОВАЯ СИСТЕМА КРОВИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ 362
Файзиева Д.Ш., Джалилзода С.С. 362
КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТОЛОГИЯ КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК 362
Фаттоева Н.В., Алиева Е.Г. 362
ПРИМЕНЕНИЕ РАДОНОВЫХ ВАНН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА 362
Фаттоева Н.В., Алиева Е.Г. 363
ДЫХАТЕЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА ПО К.П. БУТЕЙКО ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ 363
Фроленкова Л.А. 364
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ФОНЕ COVID-19 364
Хайдарова С.Ф., Рахматуллаева З.Р., Каримова М.Дж. 364
ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ХЛАМИДИОЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА 364
Хайдарова С.Ф., Рахматуллаева З.Р.,Джалгашева С.Х 365
ДИАРЕЯ У ДЕТЕЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА 365
ХакимоваЗ.Ф., Гадойбоев М.Р., Холматов З.В. 365
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА 365
Халикова Н.А. 366
ВОЗДЕЙСТВИЕ ЭСЦИТАЛОПРАМА НА УРОВЕНЬ ЛИПИДОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ТРЕВОЖНО ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ 366
Халикова Н.А. 366
ВОЗДЕЙСТВИЕ ИНГИБИТОРОВ АПФ НА УРОВЕНЬ ЛИПИДОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СТАРШИХ ВОЗРАСТОВ 366
Халилова Д.А., Алимова Н.А., Латипов М.А 367
АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ОСТЕОАРТРОЗОМ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ВОЛЬТАРЕНОМ. 367
Халилова Д.А., Холова Х.Т., Касиров И.Т. 367
АНАЛИЗ И ОЦЕНКИ ИЗМЕНЕНИЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 367
Хасанов Дж.М., Шамсов А.Т., Шарифов М.М. 368
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ 2 И 3-Х ВАЛЕНТНОГО ЖЕЛЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЙ 368
Хасанова Х.Т. 368
ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ 368
Хидиров М.С., Абдулсаидов С.К., Мирзабоев А.М 369
ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АНАЭРОБНОГО ПАРОПРОКТИТА 369
Ходжиева Г.Б., Ураков К.З., Якубова Ф.Б. 369
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА (обзор) 369
Ходжиматова З.Ф., Обидова Ш.В., Газиева М.Х. 370
НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ МАТЕРЕЙ ПО ПИТАНИЮ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА. 370
Холикова Н.Н. 370
МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛЁГОЧНОЙ ТКАНИ РАКОВЫМИ КЛЕТКАМИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 370
Холматова Г.К., Ганиева М.Т., Рахимзода О. 371
ОСОБЕННОСТИ ПРОГНОЗА ТЕЧЕНИЕ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ 371
Холов С.М., Нодирова З.С, Гайратова Н.Н. 371
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ СТРУКТУРНО-МОДИФИЦИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ БЕЗ И В СОЧЕТАНИЕ С ПРЕПАРАТАМИ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ 371
Хусейнова М. М. 372
ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ ПРИ МИГРЕНИ 372
Хусейнова М.М. 372
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ 372
Хусейнова М.М. 372
МРТ У ПАЦИЕНТОВ С МИГРЕНЬЮ: РЕЗУЛЬТАТЫ НЕОБОСНОВАННОГО НАЗНАЧЕНИЯ 372
Хусейнова М.М. 373
ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПЕРВИЧНЫМИ ФОРМАМИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ 373
Царёва В.М., Осипова М.С., Царёв С.А. 373
НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ У ЖЕНЩИН С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ. ЗНАЧЕНИЕ ШКАЛЫ «NOSAS» 373
Цой В.Н., Хурсанов К.А., Кобиров М.А. 374

КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ПО ДАННЫМ ГКИБ г. ДУШАНБЕ 374
Ҷалилзода С.С., Ғарибшоев З.Ш. 374
БАЪЗЕ ҶАНБАҲОИ ТАШАККУЛЁБИИ БЕМОРИИ ГУРДА ДАР БАЙНИ СОКИНОНИ НОҲИЯИ МУРҒОБ 374
Ҷалилзода С.С., Раҳимова Р.К. 375
ЭҲТИМОЛИЯТИ РУШДИ МАРҲИЛАИ ТЕРМИНАЛИИ БЕМОРИИГУРДА ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ПОЛИКИСТОЗИ ГУРДАҲО ВОБАСТА БА ҶИНС ВА СИННУ СОЛ 375
Шамсов А.Т., Ураков К.З., Ходжиева Г.Б. 375
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ТАДЖИКИСТАНА 375
Шамсов А.Т., Ганиева М.П., Хасанов Д.М. 376
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕНОКРИТА В ЛЕЧЕНИИ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ МИЕЛОИДНЫМ ЛЕЙКОЗОМ В УСЛОВИЯХ ТАДЖИКИСТАНА 376
Шамсов А.Т., Ураков К.З., Ходжиева Г.Б. 376
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АГОНИСТОВ ТРОМБОПОЭТИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ПРИ РЕЗИСТЕНТНОЙ ИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ 376
Шарипов А.А., Ґуломова М.О., Худойназарова Ш.С. 377
ХУСУСИЯТҲОИ ЭПИДЕМИОЛОГӢ ВА КЛИНИКИИ АЛОИМИ БАЪДАЗКОВИДӢ 377
Шарипов Ш.А., Исрофилов М.О., Нуралиев Н.М. 377
НЕЙРОВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА: КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И ЦИРКАДНЫЕ РИТМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ 377
Шарипова Х.Ё., Сохибов Р.Г., Рахимова Д.З. 378
ЧАСТОТА ОТДАЛЁННЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ НАБЛЮДЕНИЯ 378
Шарифзода Х.С., Ёдгорова М.Ҷ., Қурбонов А.Д. 378
ТАҲЛИЛИ ОМОРИИ СОХТОРИ БЕМОРИҲОИ РОҲҲОИ ПЕШОБРОН ДАР СОЛҲОИ 2021-2023 378
Шарифов М.М., Хасанов Дж.М., Ганиева М.П. 379
ПРОФИЛАКТИКА ЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ ЭНТЕРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ 379
Шарифова Н.Дж., Таджиева З.А., Назарова Г.О. 379
ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СТАРШИХ ВОЗРАСТОВ 379
Шарофиддинов И.А., Муҳиддинов Ш.А., Ғаниева М.Т. 380
ХУСУСИЯТҲОИ НЕЙРОФИЗИОЛОҶИИ СИНДРОМИ ИХТИЛОҶӢ ДАР КӮДАКОНИ ХУРДСОЛ 380
Шарофиддинов И.А., Муҳиддинов Ш.А., Исрофилов М.О. 380
МУАЙЯН КАРДАНИ ХУСУСИЯТҲОИ САБТИ БАРҚИИ МАҒЗИ САР ДАР БЕМОРОНИ МУБТАЛОИ ИХТИЛОЛИ ХУНГАРДИШИ МАҒЗИ САР 380
Шкляев А.Е., Хамидуллина В.А. 381
ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НА СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ 381
Шкляев А.Е., Дударев В.М., Горбунов Ю.В. 381
ГЭРБ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВКЛЮЧЕНИЯ ПИТЬЕВОЙ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДОЙ «УВИНСКАЯ» В СТАНДАРТНУЮ ТЕРАПИЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ 381
Шкляев А.Е., Максимов К.В., Шутова А.А. 382
ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОСТПРАНДИАЛЬНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА В ПРОЦЕССЕ ПИТЬЕВОЙ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ 382
Шодиева М.О., Мухамадиева К.М., Дырда Н.И. 382
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ТРЕНТАЛ В ТЕРАПИИ АТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ КОЖИ 382
Шукурова Р.А., Каримова Г.Н., Самадова М.Г. 383
АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ БИСОПРОЛОЛА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ 383
Шукурова Р.А., Каримова Г.Н., Самадова М.Г. 384
ВЛИЯНИЕ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С УМЕРЕННОЙ И ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ, ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИЕЙ АМЛОДИПИНА И ЛИЗИНОПРИЛА 384
Эгамкулов Д.У. 384
ПЕЧЕНОЧНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛНЫХ С ОЖОГОВЫМ СЕПСИСОМ 384
Юлдашев Т.Р. 385
ПРОЯВЛЕНИЕ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК НА РАННЕЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК 385
Юлдошев С.А., Кадырова З.Д. 385
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕЖЕНЦАМ СО СТОРОНЫ ПСИХОЛОГА 385
Юлдошева М.У., Ниязова Н.Ф. 386
УРОВНИ ВИТАМИНА Д И ЛЕПТИНА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ 386
Юсупова М.Х. 386

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ 386
Юсупова М.Х. 387
РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК 387
Язданкулов М.М. 387
НОВЫЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ 387
Язданкулов М.М. 388
СВОЙСТВА ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ, ВЫСЕВАЕМОЙ ИЗ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ 388
Якубова Т.М., Ишков С.В., Апрелев В.Е. 388
ОПУХОЛИ СПИННОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ СО СКОЛИОЗОМ 388
Якубова Т.М., Ишков С.В., Апрелев В.Е. 389
НАРУШЕНИЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ЭПИЛЕПТИФОРМНОЙ АКТИВНОСТЬЮ НА ЭЭГ 389
Ятимова С.А., Хайдарова Ф.Ф., Шарипова М.А. 389
КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ УСПЕХ СТЕНТИРОВАНИЯ 389
Ятимова С.А., Асламова М.М., Джаборов М.К. 390
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ СТЕНОЗОВ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 390
Ятимова С.А., Шарипова М.А. 391
СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 391

ПЕДИАТРИЯ 392
Абдиева С.А., Джаббарова Ю.К. 392
ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ РВОТЫ БЕРЕМЕННЫХ 392
Абдукодирова Ш.Б. 392
ВАЖНОСТЬ ПРОБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ 392
Абдуллаев Н.Ч., Ўрозалиев С.Ю. 393
СПЕКТР ПРИЧИННО-ЗНАЧИМЫХ АЛЛЕРГЕНОВ, ВЫЗЫВАЮЩИХ ПОЛЛИНОЗ У ДЕТЕЙ ГОРОДА ТЕРМЕЗА 393
Абдуллаева М.Н., Абдуллаев Н.Ч., Абдуллаева Л.Н. 393
АСПЕКТЫ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА И ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА НЕЙРОДЕРМИТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ 393
Абдуллаева Н.А., Кадирова М.Р., Хайдарова О.Ф. 394
ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДИАТЕЗОМ 394
Абдуллаева Н.А., Кадирова М.Р., Хайдарова О.Ф. 395
СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЛАРИНГОТРАХИИТА У ДЕТЕЙ 395
Абдураимова Л.М., Нематходжаев Т.А., Нематходжаева Г.Ж. 395
ЛАКТОФЕРРИН КАК КЛЮЧЕВОЙ ФАКТОР В РАЗВИТИИ МОЗГА НЕДОНОШЕННЫХ МЛАДЕНЦЕВ: КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 395
Абдураимова Л.М., Нематходжаев Т.А., Нематходжаева Г.Ж. 396
ОБУЧЕНИЕ ПО БОРЬБЕ С ЛИХОРАДКОЙ ДЛЯ ЛИЦ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ УХОД В ОТДЕЛЕНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ: ИНТЕРВЕНЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 396
Абдураимова Л.М., Нематходжаев Т.А., Нематходжаева Г.Ж. 396
ЭПИГЕНЕТИЧЕСКИЕ МОДИФИКАЦИИ В РАЗВИТИИ БРОНХОЛЁГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ 396
Абдурахманов К.Х., Набиев У.Н. 397
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА 397
Абдурахманова У.Ш., Ходжаева Н.Н., Мухаммаднабиева Ф.А. 397
ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ: ПРОБЛЕМЫ И ПОДДЕРЖКА 397
Абдурахманова У.Ш., Ходжаева Н.Н. 398
ВЛИЯНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ И ВНЕШНИХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У ДЕТЕЙ 398
Алишерова Н.А. 399
ПРИЧИНЫ И ЛЕЧЕНИЕ ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ 399
Бабаева Л.А., Ходжаева О.Т., Нагзибекова Д.Д. 399
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГИПОТРОФИИ У ДЕТЕЙ 399
Бабаева Л.А., Сайдалиев Ш.Ш., Шарифзода З.У. 400
КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ МАЛЬЧИКА 7 ЛЕТ С ИДИОПАТИЧЕСКИМ ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛИЦЕВОГО НЕРВА 400
Бабаева Л.А., Шарифзода З.У., Сайдалиев Ш.Ш. 400

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОЯСНО-КОНЕЧНОСТНОЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ....400
Бадалова З.А. 401
КРИТЕРИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ....401
Бакоев Ф.С., Додхоев Дж.С., Абдуллозода С.М. 401
ФАКТОРЫ РИСКА ДЕТСКОГО ОЖИРЕНИЯ: ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ....401
Валиев М.Н. 402
ЧАСТОТА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ОСОБЕННОСТЬ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА....402
Давлатова Дж.Дж. 402
РОЛЬ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D В РАЗВИТИИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ 402
Давлатова Дж.Дж. 403
ОЦЕНКА ПРОФИЛАКТИКИ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА 403
Давлатова Дж.Дж. 403
ОЦЕНКА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА....403
Давлатова С.Н., Ҳусенова М.С., Фирузова Ф.Ф....403
АЛОҚАМАНДИИ КОРРЕЛЯТСИОНИИ НИШОНДИҲАНДАҲОИГЕМОДИНАМИКАИМАРКАЗӢ ВАКОРШОЯМИИҷИСМОНӢ ДАРКӮДАКОНИГИРИФТОРИКАМХУНИИ КАМОҲАН....403
Давлатова С.Н., Абдурахманова У.Ш. 404
РОЛЬ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ДИАГНОСТИКЕ ГИПОАПЛАСТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ КРОВЕТВОРЕНИЯ У ДЕТЕЙ....404
Давлатова С.Н., Файзуллоев Ф.А., Абдурахманова У.Ш. 405
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МУКОЛИПИДОЗА I ТИПА (СИАЛИДОЗ) В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 405
Даминов А.Б. 405
ЭНДОТЕЛИЙ ЗАВИСИМАЯ ВАЗОДИЛАТАЦИЯ У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОГРАММНЫЙ ГЕМОДИАЛИЗ 405
Джаббарова Л.А., Рузиева Н Х. 406
ФАКТОРЫ РИСКА РАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПО ДАННЫМ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА В УЗБЕКИСТАНЕ....406
Джаббарова Ю.К., Умурзаков С.М....406
РАЗВИТИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН....406
Жамолова А.У. 407
ИЗУЧЕНИЕ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТВОЛА ВОРОТНОЙ ВЕНЫ, ЕЕ КОРНЕЙ И ВЕТВЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА У ДЕТЕЙ....407
Исмаилов К.И., Хусенова М.С., Давлатова С.Н. 407
ВЛИЯНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТА ЖЕЛЕЗА НА ГАЗОВЫЙ СОСТАВ И КИСЛОТНО-ОСНОВНОЕ СОСТОЯНИЕ КРОВИ ДЕТЕЙ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ 407
Исоева М.Ф., Саидмурадова Г.М., Шарипов М.Ш. 408
ТЕЧЕНИЕ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД СЕЗОННОГО ПОДЪЁМА ЗАБОЛЕВАНИЯ (на примере г. Душанбе)....408
Ишмирзоев Ч.Р. 409
ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАПОРЫ У ДЕТЕЙ 409
Кабилова Б.Х., Салихова Д.С. 409
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ 409
Кабилова Б.Х., Раджабова Д.Х. 409
ВЛИЯНИЕ ФОНОВЫХ СОСТОЯНИЙ НА ЧАСТОТУ РОЖДЕНИЯ МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ....409
Кабилова Б.Х., Негматуллаева С.М....410
ВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ТЯЖЁЛОЙ ФОРМОЙ ГИПОТРОФИИ 410
Каримова М.Б., Саидмурадова Г.М., Назирова М.И. 410
ИНФЕКЦИОННО -ТОКСИЧЕСКИЙ ШОК У ДЕТЕЙ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ФОРМАХ МЕНИГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ....410
Коваленко Т.В., Мочакова М.А., Ашрафуллина В.Р. 411
КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ....411
Комилов И.А., Саидмурадова Г.М., Умарова Дж.Ш. 412
СИНДРОМ КРУПА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ 412
Кузибаева Н.К., Таджибаева З.А., Сатторова А.П. 412
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВПС У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗМЕРА И ЛОКАЛИЗАЦИИ ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ....412
Курбонов Н.Б.,Қурбонова Р.Н. 413
ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АЛЛЕРГЕНАМ КОРОВЬЕГО МОЛОКА, БЕЛКА И ЖЕЛТКА КУРИНЫХ ЯИЦ У ДЕТЕЙ С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЭКССУДАТИВНО-КАТАРАЛЬНОГО ДИАТЕЗА 413

Мамаджанова Г.С. 413
НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ НА ВАКЦИНАЦИЮ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ 413
Мамаджанова Г.С. 414
ЭКЗОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ В РАЗВИТИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ 414
Мамаджанова Г.С. 414
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ШКОЛЬНИКОВ 414
Маматкулов Ж.Г., Каримова Ш.Б. 415
ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ 415
Махмудова М.М., Мирсаидов У.М. 415
РАДОНОВАЯ АКТИВНОСТЬ В СЕВЕРНОМ ТАДЖИКИСТАНЕ: ОЦЕНКА РИСКОВ ДЛЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ 415
Мегедь Е.С., Юлдашев М.А. 415
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ДЖИЗАКСКОЙ ОБЛАСТИ 415
Мельникова И.Ю., Буряк В.Н., Шаповалов Е.Г. 416
ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ Кафедра педиатрии и детской кардиологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России. Россия, Санкт-Петербург 416
Миноваров А.А., Усманова Г.К., Ходжиахматова Р.Ю. 416
ВОЗДЕЙСТВИЕ ГЕЛЬМИНТОВ НА ОРГАНИЗМ РЕБЕНКА 416
Миноваров А.А., Ходжиахматова Р.Ю., Усманова Г.К. 417
РОЛЬ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ 417
Миноваров А.А., Усманова Г.К., Ходжиахматова Р.Ю. 418
ПРОФИЛАКТИКА ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ 418
Мирзоева З.Э. 418
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ 418
Мирзоева З.Э. 419
ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 419
Музаффаров Ш.С., Исмоилов К.И. 419
ЗНАЧИМОСТЬ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ 419
Муминов Р.Д., Абдурахманов К.Х., Назаркулова Ш.У. 420
ОСОБЕННОСТИ РЕСПИРАТОРНОЙ И КОЖНОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ ТАКТИКА ВВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ 420
Мусаева А.Г., Абдураимова Л.М., Нематходжаева Г.Ж. 420
НЕОНАТАЛЬНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ И ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ: НЕОБХОДИМОСТЬ УНИФИКАЦИИ ОПРЕДЕЛЕНИЙ И КЛАССИФИКАЦИЙ 420
Мусаева А.Г., Абдураимова Л.М., Нематходжаева Г.Ж. 421
Bifidobacterium infantis ПРОБИОТИК ДЛЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР И МЕТА-АНАЛИЗ 421
Мусаева А.Г., Абдураимова Л.М., Нематходжаева Г.Ж. 421
ДОСТИЖЕНИЯ В ОБЛАСТИ НЕОНАТАЛЬНОЙ КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ 421
Мухаммаднабиева Ф.А., Исмаилов К.И., Табаров М.С., Ходжаева Н.Н. 422
ДЕЭНДОТЕЛИЗАЦИЯ СОСУДОВ ПРИ АГРЕССИВНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ 422
Мухаммаднабиева Ф.А., Табаров М.С., Давлатова С.Н., Джумаева Л.Ф. 422
НАРУШЕНИЕ СВЁРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ 422
Мухаммаднабиева Ф.А., Исмаилов К.И., Табаров М.С., Курбонов Н.М. 422
ТРИГГЕР ПОВРЕЖЕНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ ПРИ ЖЁСТКОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ 422
Наврузкулова Ш.Ф. 423
ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ У ДЕТЕЙ 423
Назарова З.С.,Саидмурадова Г.М.,Исоева М.Ф. 423
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОРИ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ВСПЫШКИ 423
Назарова З.С., СаидмурадоваГ.М., Комилов И.А. 424
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ОСЛОЖНЕНИЯ КОРИ У ВЗРОСЛЫХ 424
Назарова З.С., Саидмурадова Г.М., Юсупов А.О., ... 424
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ИСХОДЫ СКАРЛАТИНЫ У ДЕТЕЙ 424
Насридинова Н.Н. 425
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У НОВОРОЖДЁННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ 425
Насридинова Н.Н. 425
ОЦЕНКА ДЕТЕЙ, РОЖДЁННЫХ С НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА 425
Нематходжаева Г.Ж., Абдураимова Л.М., Мусаева А.Г. 426
ВИДЕОЗАПИСЬ В НЕОНАТОЛОГИИ: НЕОБХОДИМОСТЬ ОБЪЕКТИВНЫХ МЕР И СОТРУДНИЧЕСТВА 426
Нематходжаева Г.Ж., Нематходжаев Т.А., Мусаева А.Г. 426

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ БИОМАРКЕРЫ ВНТУРИЖЕЛУДОЧКОВОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ....426
Нематходжаева Г.Ж., Абдураимова Л.М., Мусаева А.Г. 426
БИОМЕТРИЯ МОЗОЛИСТОГО ТЕЛА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, СВЯЗАННАЯ С КОГНИТИВНЫМИ И ДВИГАТЕЛЬНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ....426
Пирматова М.А., Алишерова Н.А. 427
УРОВЕНЬ ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ, РОЖДЁННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ....427
Пирматова Т.А., Пирматова М.А., Бакоев Ф.С. 427
ОЖИРЕНИЕ У ДЕВОЧЕК МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА....427
Разокова К.Р., Бабаева Л.А. 428
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 428
Расулова С.А., Исмаилов К.И., Якубова М.А., Мирзоев М.Н....428
ОСОБЕННОСТИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА 428
Рахманова Г.А., Ходжаева О.Т., Бобоева Х.А. 429
ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЛИПОМАТОЗНО-ПАСТОЗНОЙ ФОРМЫ ПАРАТРОФИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА 429
Рахманова Г.А., Ходжаева О.Т., Бобоева Х.А. 429
ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЛИПАМАТОЗНО-ПАСТОЗНОЙ ФОРМЫ ПАРАТРОФИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА....429
Рахматуллаева М.А. 430
ЭТИОЛОГИЯ СЕПСИСА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА - ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ 430
Рахмонова М.Р., Рахманова Г.А., Ходжаева О.Т. 430
КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ....430
Рустамова Х.Х., Облокулова Н.Т. 431
СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С АНЕМИЕЙ 431
СаидмурадоваГ.М., Саидова А.З. 432
ТЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С БАКТЕРИАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ 432
СаидмурадоваГ.М.,Сафаров Дж.А. 432
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВГА У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП....432
СаидмурадоваГ.М., Мирзоев Л.М. 433
ПНЕВМОЦИСТНАЯ ПНЕВМОНИЯУ ДЕТЕЙ С ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ 433
СаидмурадоваГ.М., Саидова А.З. 433
ТЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С БАКТЕРИАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ 433
Самиева Н.Ш. 434
ОСОБЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦНС У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ....434
Сатторова А.П., Кузибаева Н.К. 434
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЁННЫХ 434
Сафаров Дж.М., Талабзода М.С. 435
ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ ПРИ КИШЕЧНЫХ ГЕЛЬМИНТОЗАХ....435
Султонбеков Н.С., Исмаилов К.И., Ходжаева Н.Н. 435
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВРОЖДЁННЫХ ЛЕЙКОЗОВ....435
Табарова Н.М. 436
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ....436
Ходжаева Н.М., МаджоноваМ.Дж., Толибов А.Х. 436
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КИШЕЧНОГО АМЕБИАЗА У ДЕТЕЙ 436
Умаров А.У. 437
ФАКТОРЫ РИСКА В РАЗВИТИИ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ..437
Умаров А.У. 437
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ У ДЕТЕЙ 437
Умурзаков С.М., Джаббарова Ю.К. 438
РЕЗУЛЬТАТЫ ОКАЗАНИЯ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ В ФЕРГАНСКОМ ОБЛАСТНОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ 438
Ушакова Р.А., Малышева А.С., Александров А.А. 438
СИНДРОМ АЛАЖИЛЛЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ....438
Файзуллоев Н.Ф., Ходжаева Н.М.,Саидмурадова Г.М. 439
НЕКОТОРЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОРИ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ....439
Файзуллоев Н.Ф., Ходжаева Н.М. 439
КЛИНИКА, ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ ХРОНИЧЕСКИХ HBsAg- ПОЗИТИВНЫХ ГЕПАТИТОВ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ 439
Файзуллоев Н.Ф., Ходжаева Н.М., МаджоноваМ.Дж. 440
ОЦЕНКА КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТАУ БОЛЬНЫХ ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ....440
Хайдарова О.Ф., Абдуллоева Н.А., Кадырова М.Р. 440

ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОГО СТАТУСА ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ НА ФОНЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИ ИЗМЕНЕННОЙ РЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА 440
Хайдарова О.Ф., Абдуллаева Н.А., Кадырова М.Р. 441
ФАКТОРЫ РИСКА, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ФОРМИРОВАНИЮ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ 441
Хайдарова О.Ф., Кадырова М.Р., Рахмонов Т. 441
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРЫХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРЕМОРБИДНОГО ФОНА 441
Хамраев А.Ж., Файзуллаев Ф.С. 442
ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ У ДЕТЕЙ 442
Ходжаева Н.М. 443
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОЧЕТАННЫХ ФОРМ COVID-19 И ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ 443
Ходжаева Н.М., Мамадярова М.Г. 443
ХАРАКТЕРИСТИКА ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 443
Ходжаева Н.М. 444
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ 444
Ходжаева Н.Н., Шарипова М.М., Содиков Н.М. 444
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ У ДЕТЕЙ 444
Ходжаева Н.Н., Исмоилов К.И., Содиков Н.М. 445
ИММУНОСУПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ: ОПЫТ НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН 445
Ходжаева Н.Н., Мухаммаднабиева Ф.М., Содиков Н.М. 445
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ И ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ МИЕЛОДИСПЛАСТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ 445
Холматова Ш.Ш[1]., Зуфарова Ш.А[1]., Камалов Т.Т[2]. 446
ИЗМЕНЕНИЯ СЫВОРОТОЧНЫХ УРОВНЕЙ ГЛОБУЛИНА, ГОМОЦИСТЕИНА И СВЕРХЧУВСТВИТЕЛЬНОГО СРБ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИХ СВЯЗЬ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 446
Хотамова М.Н. 446
МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ КИШЕЧНЫХ КОЛИК У МЛАДЕНЦЕВ 446
Хотамова М.Н. 447
ПРОФИЛАКТИКА АНЕМИИ У ДЕТЕЙ 447
Худжагелдиева З.У. [1], Рахимова Х.К.[2], Азимов Г.Дж.[3] 447
АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗОЛЯТОВ СТАФИЛОКОККОВ В КАЛЕ У ДЕТЕЙ 447
Чабборов С.С. 448
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИДРОЦЕФАЛИИ УДЕТЕЙ РОДИВШИХСЯ С ПАТОЛОГИЕЙ ЦНС 448
Шарипов А.Д., Дустов Н.Д., Муродова М.К. 448
ПОРАЖЕНИЕ ЖКТ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСЁННЫХ ВНУТРИУТРОБНУЮ ГИПОКСИЮ 448
Шарипов А.Д., Дустов Н.Д., Муродова М.К. 449
ПРЕИМУЩЕСТВА КРЕМОСОДЕРЖАЩИХ АДСОРБЕНТ (ЭНТЕРОСГЕЛЬ) ПЕРЕД ГИДРООКСЕАЛЮМИНИЙ СОДЕРЖАЩИМИ АДСОРБЕНТ (СМЕКТА) ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ЖКТ У ДЕТЕЙ 449
Шарипов Ф.М., Мамаджанова Г.С. 449
ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ У ДЕТЕЙ 449
Шарипова М.М., Исмоилов К.И. 449
ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ И КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО РАВНОВЕСИЯ КРОВИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 449
Шарипова М.М., Исмоилов К.И., Мирзоев В.И. 450
СОСТОЯНИЕ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ 450
Юдицкий А.Д., Попова Н.Н., Соловьева Д.В. 450
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ МАЛЫМИ И МАЛОВЕСНЫМИ К ГЕСТАЦИОННОМУ ВОЗРАСТУ 450
Якубова З.Х., Бабаева Л.А. 451
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК 451

КОНФЕРЕНЦИЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ ПОДДЕРЖКЕ:

ГЕНЕРАЛЬНЫЕ СПОНСОРЫ:

ОФИЦИАЛЬНЫЕ СПОНСОРЫ:

Отпечатано в типографии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Подписано к печати 28.10.2024 г. Формат 60x84 1/16.
Объём 32 п.л. Тираж 100.