

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ИЖЕВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

УДК 617-001.17-089-036.82:616.018.2-007.17

На правах рукописи

**Емельянова
Альбина Миннегаязовна**

**Оптимизация комплексного лечения и реабилитации пациентов с
ожоговыми ранами с учетом дисплазии соединительной ткани**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук по специальности
14.01.17 - Хирургия

Душанбе – 2023

Работа выполнена на кафедре факультетской хирургии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель: **Стяжкина Светлана Николаевна**
доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России

Официальные оппоненты: **Власов Алексей Петрович** - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии с курсами топографической анатомии и оперативной хирургии, урологии и детской хирургии Медицинского института Мордовского государственного университета (МГУ) им. Н.П. Огарева, г. Саранск.

Маликов Мирзобадал Халифаевич — доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой хирургических болезней №2 им. Академика Усманова Н.У. Государственного образовательного учреждения «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Оппонирующая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2023 г. в «_____» часов на заседании диссертационного совета 6D.КOA-040 при ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Адрес: 734003, г. Душанбе, улица Сино, 29-31, www.tajmedun.tj, +992907908250

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан «_____» _____ 2023 года.

**Ученый секретарь
диссертационного совета
д.м.н.**

Шарипов А.М.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. В последние десятилетия актуальной становится проблема диагностики и лечения раневых процессов при ожоговых травмах. Количество травматизма неуклонно растет, как среди городского, так и среди сельского населения, что указывают данные исследования ряда ученых. Наиболее тяжелыми для лечения являются пациенты с ожоговыми ранами, в том числе с комбинациями травматических повреждений других органов. Ведутся поиски улучшения результатов лечения ожоговых ран с учетом дисплазии соединительной ткани [Земсков В.М., Земцовский Е.В., 2017].

Дисплазия соединительной ткани является проблемой 21 века. Ежегодно увеличивается количество травматизма, в том числе за счет ожогов. В связи с этим остро встает вопрос о влиянии дисплазии соединительной ткани на процессы регенерации инфицированных ран, в особенности вызванных воздействием высоких температур, что ежегодно обсуждается на съездах и конференциях в России и в других странах.

В России ежегодно регистрируется около 400 тыс. случаев ожоговой травмы [Шабанов В.Э., 2015; Алексеев А.А., 2020].

В последние полвека проблема ожогов является одной из самых сложных в современной медицине. Это обусловлено существенным распространением ожогов среди населения, в связи с чем, их можно назвать травматической эпидемией современных густонаселенных городов промышленно-развитых стран мира. Так, в США ежегодно получают ожоги 2 млн человек, в России – 500 тысяч. Из числа последних госпитализируются 150 тыс. пострадавших. Кроме того, летальность от ожогов не только остаётся значительной (в целом по России – 3-3,3% в 2000-2010 гг.), но и в современных социально-экономических условиях имеет тенденцию к дальнейшему росту [Алексеев А.А., 2020]. Наибольший её уровень, до 30-50% и более, наблюдается тогда, когда общая площадь ожогов превышает 40% поверхности тела (п.т.), а глубоких – 30% п.т. [Жегалов В.А., 2019, Тюрников Ю.И., 2020].

Структура ожогового травматизма менялась с течением времени, а к настоящему времени выявилась тенденция к увеличению ожогов IIIA, IIIB и IV степеней [Мартыненко Е.Е., 2017; Rowan, 2015].

Данный вид травмы характеризуется высокой смертностью, инвалидизацией и длительным лечением, что делает его острой медико-социальной проблемой. [Унижаева А.Ю., 2012; Brusselaers N., 2010].

Ожоги находятся на 4 месте среди видов травм, следующие за дорожно-транспортными происшествиями (данные ВОЗ) [Gunning A.C., 2015]. Ежегодно медицинская помощь при ожогах оказывается примерно 6 миллионам пострадавшим, а около 195000 в год умирают.

В структуре травматизма в Российской Федерации термические ожоги находятся на 3 месте, и ежегодно такую травму получает более 250 тысяч граждан [Пономарева Н.А., 2009; Ганиева Р.Р., 2019; Данные статистического сборника Министерства здравоохранения России, 2018]. Дополнительно к

этому высока доля госпитализации, а именно 100 тыс. пациентов и около 50 тыс. из с глубокими ожогами. При этом, самые тяжелые виды ожогов IIIБ и IV степени занимают более 20% площади тела у 15-17% пациентов [Brusselaers N., 2010; Зиновьев Е.В., 2019].

Смертность пациентов при глубоких ожогах тела составляет 6,0%, средний оборот койки для лечения больных ожогами – 13,0% [Алексеев А.А., 2017; Тюрников Ю.И., 2017]. Хотя видна тенденция к снижению летальности по сравнению с 2009г., когда она составляла 8,7%, а средний оборот койки был 11,9% [Алексеев А.А., 2013].

Степень научной разработанности изучаемой проблемы

Активная коррекция urgentных состояний на данный момент позволяет снизить смертность в ближайшее время от момента получения травмы у лиц трудоспособного, молодого возраста, но вместе с этим произошло увеличение числа отсроченных осложнений среди тяжелобольных [Мартыненко Е.Е., 2017].

Инвалидизация после перенесенной ожоговой травмы составляет 1-2,3%, высока потребность в дальнейших реконструктивных оперативных вмешательствах, составляющая 40% у всех пациентов с глубокими ожогами [Gauglitz G.G., 2013; Pauparviparong K., 2015; Karppinen S.M., 2019].

Около 30% пациентов с ожоговой травмой являются людьми трудоспособного возраста, что делает эту проблему общественно значимой для общества и здравоохранения в частности [Бобровников А.Э., 2017].

Последние тенденции в изучении ожоговой болезни состоят в изучении связи с коморбидной патологией [Оганов Р.Г., 2017; Шабаева Е.Н., 2017].

Коморбидность – сосуществование у одного пациента двух или более заболеваний, синдромов, этиопатогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени появления вне зависимости от активности каждого из них. Относительно практически любой хирургической патологии весомый вклад в коморбидность вносит наличие ДСТ у пациента, так как она является утяжеляющим фактором, влияющим на время, эффективность и исход лечения как хирургических заболеваний в целом так и ожоговой болезни в частности [Мурга В.В., 2017].

Не смотря на разработанные алгоритмы лечения ожогов в случае наличия у пациентов дисплазии соединительной ткани возникают вопросы касательно влияния на подготовку и результат лечения пациентов [Trisso A.C., 2015]. В связи с этим остро стоит потребность в улучшении диагностики и комплексного лечения у пациентов с тяжелыми формами ожогов и дисплазией соединительной ткани.

Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой. Диссертационная работа является составляющей частью плановых исследований ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ и выполнена согласно отраслевой научно – исследовательской программе МЗ РФ №3 «Диагностика и лечение гнойно-воспалительных осложнений в хирургии с применением детоксикации и иммунокоррекции».

Представленное диссертационное исследование выполнено в рамках государственного задания НИР: «Оптимизация комплексной диагностики, лечения и реабилитации больных с ожогами в Удмуртской Республике». Предмет исследования – пациенты, получившие ожоговую травму, проживающие в Удмуртии.

Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом НИР ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, на кафедре факультетской хирургии. Номер государственной регистрации АААА-А20-120111790013-2. Работа выполнена на кафедре факультетской хирургии ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России на базе БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» г. Ижевска в ожоговом отделении за период с 2017 по 2021 годы. Диссертационная работа основывается на принципах доказательной медицины.

Общая характеристика работы

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов с ожоговыми ранами с учетом дисплазии соединительной ткани.

Задачи исследования:

1. Изучить влияние ронколейкина на микроорганизмы в стендовом эксперименте и его воздействие на патогенную микрофлору и динамику регенерации при ожоговых ранах в эксперименте на лабораторных животных.

2. Проанализировать особенности регенерации ожоговых ран у больных с синдромом дисплазии соединительной ткани с учетом включения в комплексную терапию препарата ронколейкин.

3. Изучить частоту и характер периоперационных осложнений, длительности лечения при применении комплексного лечения пациентов с глубокими раневыми процессами при использовании ронколейкина с учетом дисплазии соединительной ткани.

4. Проанализировать показатели качества жизни у пациентов с глубокими ожогами и дисплазией соединительной ткани, получающими комплексную терапию с включением ронколейкина в динамике по отношению к группе сравнения.

Объект исследования. Объектом исследования являлись 157 пациентов с ожоговой травмой III степени, в том числе 107 с осложненным коморбидным фоном в виде дисплазии соединительной ткани. Среди наблюдаемых больных пациентов мужского пола было 104 человека (66,3%), женщин – 53 человека (33,7%) со средним возрастом $52,6 \pm 15,2$ года.

Предмет исследования. Изучение особенностей течения раневого процесса у пациентов с глубокими ожогами и дисплазией соединительной ткани, лечения, реабилитации этой группы больных.

Научная новизна исследования

1. Изучены особенности микробной флоры у пациентов с глубокими раневыми процессами, а также влияние ронколейкина на наиболее часто встречающуюся патогенную микрофлору при раневых инфекциях.

2. Впервые для лечения глубоких ожогов применен препарат ронколейкин, доказана его эффективность при местном и внутривенном введении.

3. Изучены иммунологические, токсикологические изменения, возникающие в результате комплексного применения ронколейкина.

4. Впервые изучены ближайшие и отдаленные результаты лечения и реабилитации и качества жизни у пациентов в основной группе и группе сравнения с глубокими раневыми процессами с учетом дисплазии соединительной ткани.

5. Разработана и внедрена локорегиональная методика лечения инфицированных термических ожогов с раствором ронколейкина (Получено свидетельство регистрации интеллектуальной собственности № 02.20 от 20.03.2020г.).

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования проявляется в возможности использования данных диссертационного исследования в качестве подтверждения ряда гипотез в научной среде, относительно влияния дисплазии соединительной ткани на раневой процесс. Помимо этого, результаты диссертационной работы могут применяться в обучении студентов, ординаторов, врачей на кафедрах хирургического профиля.

Отображены доступные методы определения клинических признаков дисплазии соединительной ткани в медицинских организациях, не требующие применения дорогостоящих методов исследования. Показано влияние дисплазии соединительной ткани на течение раневых процессов при глубоких ранах различной этиологии. Комплексное лечение глубоких ран у пациентов с признаками дисплазии с применением ронколейкина позволяет улучшить результаты лечения данной категории пациентов, сократить сроки лечения пострадавших с глубокими ранами, уменьшить число местных осложнений в виде лизиса пересаженных аутодермотрансплантатов и генерализации инфекции.

Положения, выносимые на защиту:

1. Выявлено выраженное бактериостатическое действие ронколейкина по отношению к наиболее встречающейся микрофлоре при раневых инфекциях, улучшение регенераторных процессов в экспериментальных условиях модели по созданию раневых инфекций.

2. Выявленная у пациентов дисплазия соединительной ткани ухудшает динамику заживления глубоких ожогов, влияет на качество проводимого лечения, повышает частоту инфицирования и увеличивает число осложнений, что доказано клиническими, лабораторными, морфологическими и иммунологическими исследованиями.

3. Предложенный вариант иммунотерапии препаратом ронколейкина при местном и внутривенном введении в дозе 500000 ЕД в 2-3 раза по отношению к группе сравнения улучшает динамику раневого процесса при гнойных и ожоговых ранах.

4. Цитокиноterapia в комплексе проводимого лечения у пациентов с раневой инфекцией гнойной и ожоговыми ранами с признаками дисплазии в 1,5-2 раза уменьшает частоту периоперационных осложнений, улучшает показатели лабораторных и иммунологических исследований, уменьшает время стационарного лечения, а также его ближайшие и отдаленные результаты.

Степень достоверности результатов подтверждается подлинными данными, внушительным объемом материалов исследования, статистической обработкой результатов исследований и публикациями. Выводы и рекомендации основаны на результатах проведения научного анализа результатов исследований.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертация по поставленной цели, решенным задачам и полученным результатам соответствует пунктам 3, 4, 8 паспорта специальности 14.01.17- Хирургия. Согласно «Паспорта специальности «Хирургия» в диссертационном исследовании проанализированы особенности глубокой ожоговой травмы у пациентов с дисплазией соединительной ткани: влияние дисплазии на длительность лечения, развитие периоперационных осложнений, качество жизни в ближайших и отдаленный период после травмы, иммунологические показатели крови. Наблюдаемым пациентам проводились клинические, лабораторные, иммунологические, морфологические и биохимические методы исследования.

Клиническая хирургия соответствует по паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.17 - Хирургия: подпункт 3.1. – изучение причин и механизмов развития ожоговых травм у пациентов, госпитализированных в ожоговое отделение БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» за 2017-2021 г.г.; 3.2. – разработка и усовершенствование методов диагностики и предупреждение ожоговых травм с учетом региональных особенностей Удмуртской Республики; 3.3. – изучены иммунологические показатели у пациентов с ожоговыми ранами на всех этапах проводимого лечения; 4.1. – обобщен опыт лечения гнойных и ожоговых ран в Удмуртской Республике; 4.2. – в стендовом эксперименте изучены антимикробные свойства препарата ронколейкин; 8.1. – усовершенствованы методы лечения ожоговых ран с внедрением их в клиническую практику.

Личный вклад соискателя ученой степени в исследования. При планировании, организации и проведении исследований по всем разделам работы доля личного участия автора составляла не менее 80%. Автору принадлежит формулирование проблемы, постановка цели, задач и разработка дизайна исследования, анализ фактического материала и обобщение результатов, подготовка научных публикаций. Автором лично производился прием пациентов, поступающих с ожоговой травмой, диагностика их состояния, определение степени тяжести и площади ран, проводилось лечение в условиях стационара, оперативные вмешательства.

Апробация и реализация результатов диссертации. Материал и основные положения работы доложены и обсуждены в рамках VII межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых и

студентов, с международным участием «Современные аспекты медицины и биологии» (Ижевск, 2018), на втором съезде хирургов Приволжского Федерального Округа (Н. Новгород, 2018), XIV международной научно-практической конференции «Фундаментальные и прикладные науки сегодня» (North Charleston, США, 2018), на международной конференции «Research transfer» (Китай, 2018), на республиканской научно-практической конференции «Избранные вопросы эндокринологии в работе врача первичного звена» (Ижевск, 2019), на XI всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики синдрома диабетической стопы» (Казань, 2019), на VII международном молодежном научном медицинском форуме «Белые цветы» (Казань, 2020), на международной научной конференции «Высокие технологии и инновации в науке» и всероссийской научно-практической конференции «Национальная безопасность России: актуальные аспекты» (Санкт-Петербург, 2021), на III Съезде хирургов Приволжского федерального округа (г. Нижний Новгород 2022) на Республиканской научно-практической конференции (III годовщина) ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет», посвященной 30-летию XVI-ой сессии Верховного Совета Республики Таджикистан «Актуальные вопросы современной медицины: проблемы и их решение». (Таджикистан, Дангара, 2022). Материал диссертационной работы внедрен в практику лечения пациентов с глубокими ожогами в комбустиологическое отделение БУЗ УР «1 РКБ» МЗ УР.

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации опубликовано 33 научных работ, из них 7 статей в рецензируемых научных изданиях, включенных в перечень ВАК при Президенте РФ, получено 1 рационализаторское предложение.

Структура и объем диссертации

Работа изложена на 145 страницах компьютерного набора (шрифт Times New Roman, 14, интервал-1,5), состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы, главы с изложением материала и методов исследования, четырех глав собственных результатов исследований, обсуждения полученных результатов, выводов, рекомендаций по практическому использованию результатов исследования и списка используемой литературы. Список литературы включает 161 источник, в том числе 115 отечественных и 46 зарубежных авторов. Диссертация иллюстрирована 39 рисунками и 34 таблицами

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Основные результаты исследования были получены на базе комбустиологического отделения БУЗ УР «1 РКБ» МЗ УР с кафедрой факультетской хирургии ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России в период с 2017 по 2021 годы.

Нами было выполнены диагностические исследования, оперативные вмешательства, локальная и общая терапия, которая зависела от группы пациентов, по итогам которых производили сравнительный анализ полученных

клинических, морфологических и лабораторных данных 157 пациентов с глубокими ожогами со средним возрастом $52,6 \pm 15,2$ и гендерным составом: мужчин – 104 человека (66,3%), женщин – 53 человек (33,7%).

Лабораторные опыты проводили на кафедре микробиологии и вирусологии ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России.

Критерии включения пациентов: Возраст пациентов от 18 включительно; площадь глубоких ожогов до 10%; закрытие раневых дефектов в исходе.

Критерии исключения пациентов: поверхностные ожоги; ожоги IV степени; ожоги дыхательных путей; пациенты с заболеваниями психики; беременность и период лактации;

При проведении настоящего исследования были проанализированы результаты лечения пациентов с глубокими ожогами III степени. В первую контрольную группу вошло 50 пациентов с площадью ожога 0,5-10% возраст которых составлял $48,4 \pm 11,8$ лет. Вторую группу сравнения составили 57 пациентов с признаками дисплазии соединительной ткани в возрасте $52,8 \pm 16,4$ лет. Третья группа (основная), в которой к стандартной терапии пациентам был добавлен раствор ронколейкина, насчитывала 50 человек со средним возрастом $53 \pm 14,4$ года. Сравнение отобранных групп не выявило достоверной разницы по исследуемым параметрам (Таблица 1).

Таблица 1. – Сравнительная характеристика пациентов I, II и III групп

Параметр	I группа (n=50)	II группа (n=57)	III группа (n=50)	*p	**p	***p
Средний возраст, лет	$48,4 \pm 11,8$	$52,8 \pm 16,4$	$53 \pm 14,4$	0,074	0,068	0,08
Ср. площадь глубоких ожогов % п.т.	$4,4 \pm 2,6$	$4,4 \pm 3,2$	$3,9 \pm 5,7$	0,089	0,081	0,077
Ср. площадь ожогов % п.т.	$11,1 \pm 7,6$	$13,6 \pm 12,2$	$11,5 \pm 2,8$	0,087	0,093	0,086

Примечание: *p – уровень значимости достоверности различий показателей между I и II группами пациентов, **p – уровень значимости достоверности различий показателей между I и III группами пациентов, ***p – уровень значимости достоверности различий показателей между II и III группами пациентов (по U-критерию Манна-Уитни)

Анализ качества жизни (КЖ) производился по результатам опросника SF-36. Пациентам III группы проводилось лечение рекомбинантным интерлейкином-2. Для системной терапии применялся раствор вводился внутривенно по 250-500 тыс. ЕД. Ронколейкин начинали вводить через 3 дня от момента госпитализации 1 раз в 2 дня. В последующем, в очищенный раневой дефект подкожно локорегионально вокруг раны вводили рекомбинантный интерлейкин-2. Авторский метод местного лечения заключался в обкалывании краев раны 0,5% раствором новокаина до появления инфильтрата, внутрь которого вводился ронколейкин в разведении с физиологическим раствором NaCl 0,9%.

Методология работы одобрена этическим комитетом ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, протокол № 707 от 24.02.2021 г. Каждый пациент подписывал бланк информированного согласия на участие в исследовании. Область исследования.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием компьютерных программ Microsoft Excel 2016 и STATISTICA 10.0. Вид распределения исследуемых признаков определяли с помощью критериев Колмогорова-Смирнова и Шапиро-Уилка. Показатели представлены в виде среднего арифметического и его ошибки ($M \pm m$). Достоверность отличий определяли по критерию Стьюдента (t). Различия считали достоверными при $p \leq 0,05$. В случае, если распределение в выборке не могло характеризоваться как нормальное, рассчитывали медиану (Me). Для выявления значимых различий двух зависимых выборок использовали непараметрический критерий Вилкоксона (W -test). Достоверность отличий двух независимых выборок определяли по критерию Манна-Уитни (U -test). Различие показателей считали значимым при $p < 0,05$. Для исследования связи двух признаков вычисляли коэффициент корреляции Пирсона (r) или Спирмана (R) в зависимости от нормальности распределения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Воздействие ронколейкина на патогенные микробные колонии

Бактериологическое исследование направлено на изучение характера действия Ронколейкина на грамотрицательные бактерии *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*.

Получение суточных культур микроорганизмов: *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis* путем посева на питательные среды (мясопептонный агар МПА). Из суточных культур (*Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*) готовили микробную взвесь по стандарту мутности 10 ЕД. Из микробной взвеси по методу Коха готовили десятикратные разведения. Метод Коха заключается в приготовлении ряда разведений в стерильном 0,9% NaCl. Таким образом, получали десятикратное разведение микробной взвеси 10^{-1} , 10^{-2} , 10^{-3} , 10^{-4} . Последнее разведение 10^{-4} – это рабочее разведение.

1 мл рабочего разведения (10^{-4}) смешивали с 1 мл Ронколейкина, разведенного 1:10 физиологическим раствором (0,9% NaCl) и оставляли на 24 часа. Смесь рабочего разведения и Ронколейкина в объеме 0,1 мл помещали на питательную среду.

В качестве контроля использовали микробную взвесь в разведении 10^{-4} .

Результаты посевов представлены на таблице 2.

Таблица 2. - Действие Ронколейкина на микроорганизмы

Название микробов	Опыт	Контроль
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	400-600 колоний	Сплошной рост
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	Рост отсутствует	Сплошной рост
<i>Proteus mirabilis</i>	100-200 колонии	Сплошной рост

Результаты эксперимента показали, что Ронколейкин обладает антибактериальным эффектом лишь по отношению к *Klebsiella pneumoniae*, так как характерного роста не было выявлено. К двум другим культурам: *Pseudomonas aeruginosa* и *Proteus mirabilis* Ронколейкин проявил меньшее антимикробное действие.

Воздействие ронколейкина на раневые процессы у животных

Определение бактериостатического действия раствора ронколейкина, применяемого в комплексной системе лечебных мероприятий у хирургических больных, проводили на здоровых лабораторных белых крысах обоего пола живой массы 200-220г. Эксперименты выполнены с соблюдением принципов гуманности, изложенных в директивах Европейского сообщества (86/609/ЕЕС) и Хельсинкской декларации.

Гнойная рана моделировалась крысам под накроем в стерильных условиях по методу П.И. Толстых с последующей инъекцией *Escherichia coli* ATCC 25922. Для опыта было сформировано 2 группы крыс по 5 голов каждой. перевязки ран в обеих группах осуществлялись ежедневно. Первой опытной группе крыс рану санировали раствором «Ронколейкина», а второй опытной группе крыс - физиологическим раствором 0,9% 3 раза в сутки в течение 10 дней. перевязки производили трижды в день на протяжении 10 суток.

Течение раневого процесса у экспериментальных животных оценивали микробиологическим, гистологическим методами. Выведение из эксперимента производилось на 1-й и 10-й день. Осуществлялся забор тканей для гистологического исследования.

Во всех группах микробная флора ран на день начала лечения составляла в среднем $13,6 \pm 1,56 \times 10^7$ КОЕ/г, в последующем наблюдалась тенденция к снижению. На 10-е сутки микробная обсемененность ран 1-ой группы составила $1,5 \pm 0,36 \times 10^4$ КОЕ/г, а 2-ой - $9,3 \pm 1,12 \times 10^4$ КОЕ/г, что свидетельствует о высокой противомикробной активности раствора «Ронколейкин».

В обеих группах к 1-ому дню моделирования гнойной раны отмечалось обильное гнойно-некротическое отделяемое с множеством неактивных лейкоцитов, инфильтрация окружающих тканей лейкоцитами и фагами, дилатация микроциркуляторного русла, отечность глубоких слоев дермы (рисунок 1).

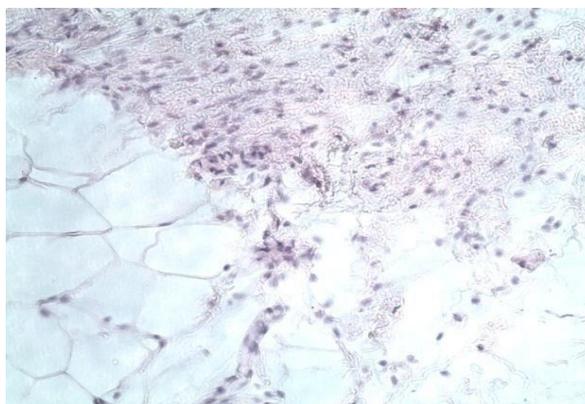


Рисунок 1. - Опытная группа № 1. Васкуляризация соединительной ткани. Воспалительные изменения менее выражены. Микропрепарат раны. 10 день

эксперимента. Ув × 400. Окраска гематоксилином и эозином.

На 10 сутки в группе №1 отмечается наличие эпителиального вала на краях раны. Грануляции инфильтрированы и отграничены от здоровой ткани. Во всех препаратах тканей животных опытной группы грануляции были покрыты эпителиальной тканью и дермой. На микропрепаратах тканей ран лабораторных крыс из группы В отмечалась хорошая эпителизация дефекта, при этом инфильтрированность верхних слоев дермы еще присутствовала. Регенерат структурен и обильно кровоснабжен вновь образованными сосудами (рисунок 1), (рисунок 2).

На микропрепаратах животных группы сравнения №2 на 10 сутки поверхность раны выстилает гнойный струп, под которым находятся инфильтрированные лейкоцитами грануляции, покрытые фибрином, без признаков эпителизации. Помимо этого, в грануляционную ткань активно прорастают новые сосуды. Виден отек глубоких слоев дермы (рисунок 2.).

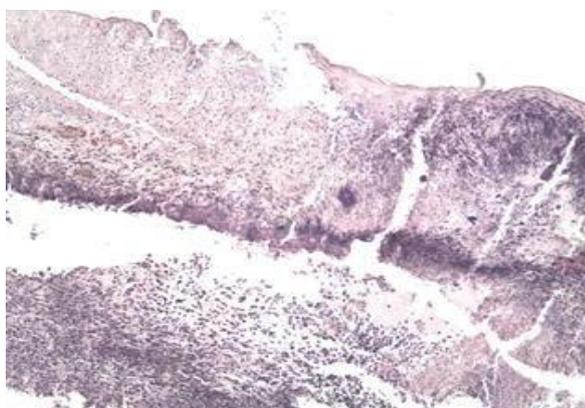


Рисунок 2. - Опытная группа № 2. На поверхности раны определяется засохший детрит, под которым находятся грануляции. При этом рост эпителиальных клеток не наблюдается. Микропрепарат раны. 10 день эксперимента. Ув × 400. Окраска гематоксилином и эозином.

Полученные в ходе исследования данные показали, что раствор препарата «Ронколейкин» обладает бактериостатическим действием особенно в отношении *Escherichia coli*, что указывает на возможность его использования в комплексной терапии гнойных ран. Полученные нами результаты микробиологических и гистологических исследований гнойных ран свидетельствуют о более выраженном положительном эффекте, ускорении раневого процесса при санации ран разработанным раствором «Ронколейкин».

Ранее в исследованиях А.А. Акимова были доказаны антимикробная активность ронколейкина по отношению к патогенной микрофлоре, кишечной палочке и золотистому стафилококку. В проведенных нами экспериментах получены результаты, указывающие на антимикробную активность в отношении клебсиеллы патогенной флоры, часто встречающаяся в раневых процессах при ожоговых ранах. В эксперименте на животных – белых беспородных крысах – выявлен эффект при построении модели гнойной раны в отношении золотистого стафилококка, где отмечается уменьшение

воспалительного процесса, отека, некроза при применении для местного лечения препарата ронколейкин. Полученные данные позволяют применять ронколейкин для местного лечения гнойных и ожоговых ран.

Результаты традиционного лечения пациентов с глубокими ожогами без дисплазии соединительной ткани.

50 пациентам из контрольной группы I (без признаков ДСТ) в сумме выполнено 53 операции по пересадке собственной кожи, при этом размер перекрываемого дефекта различался. Из 50 пациентов у 45 (90%) для закрытия раны потребовалась единичная аутодермопластика. В 5 (10%) случаях выполнялась повторная операция. Площадь ожогов III степени у пациентов с повторным вмешательством было $9,2 \pm 1,3\%$. В одном случае произошел лизис аутотрансплантата кожи. Операции в среднем проводились на $14,7 \pm 5,1$ сутки после поступления и $23,4 \pm 7,6$ сутки после момента травмы.

Отмечен только частичный лизис кожных лоскутов в подгруппе с дефектами свыше 5% от площади тела при 3-х (5,6%) операциях. Пребывание в лечебном учреждении составило $26 \pm 11,8$ дней.

Результаты традиционного лечения пациентов из группы сравнения

Лечение назначалось в рамках действующих стандартов в отрасли медицины. 78 аутодермопластик. 41 (70,1%) пациентам единичной манипуляции было достаточно для заживления и восстановления кожи. Еще для 17 (30,0%) больных выполнялись повторные аутодермопластики: из них 2 операции потребовались 14 (24,5%) больным, 3 – для 3 (5,5%). От момента начала лечения в данной группе пересадка собственной кожи выполнялась на $20,3 \pm 9,4$ день после поступления и $27,8 \pm 9,5$ сутки после травмы.

В исследуемой группе для заживления дефектов в среднем уходило $17, \pm 12,5$ дней. Общая продолжительность лечения в комбустиологическом отделении была равной $38,1 \pm 16,0$ дням. Осложнения в виде расплавления пересаженной кожи встречались в 9 (11,5%) случаях. В дополнение к этому, в подгруппе с ограниченными ожогами это осложнение происходило в 10% случаев, что меньше, чем в подгруппе с ожогами от 5 до 10% поверхности тела.

Результаты лечения пациентов основной группы. Группа III характеризовалась наличием у пациентов признаков ДСТ, однако, в комплексную терапию которых мы включили схему применения препарата ронколейкин.

В группу входило 50 человек, и у всех, при проведении аутодермопластики, положительного эффекта удалось добиться однократной операцией. В среднем, подготовка пациента к аутодермопластике занимала $18,1 \pm 5,0$ дней от травматизации. В случае отсчета от момента госпитализации этот срок был $16,6 \pm 5,1$ дней.

Время от момента проведения аутодермопластики до восстановления целостности эпидермиса было $13,9 \pm 4,9$ дней. В подгруппе с ограниченной поверхностью ожогов период заживления занял $13 \pm 5,4$ дней, в среднем это на 3,5 дня короче в сравнении с подгруппой, где у пациентов ожог занимал от 5 до 10% поверхности тела, при статистической достоверности различий. Срок госпитализации насчитывал $30,5 \pm 9,6$ дней. Закономерно, при меньшей площади

ожогов в 0,5-5% лечение достоверно занимало меньшие сроки, а именно $27,8 \pm 9,6$ дней. В группе с ожоговыми ранами 5-10% данный показатель оказался равен $38,5 \pm 3,5$ дням. Некрозов пересаженных лоскутов не встречалось.

При сравнении результатов лечения в 3-х группах отмечена более высокая частота осложнений в II группе по сравнению с остальными: Лизис трансплантатов кожи наступил в 9 случаях, при одном в контрольной группе и отсутствии данного осложнения в основной. В группе сравнения 17 (30,0%) пациентам из 57 выполнялись повторные вмешательства по пересадке собственной кожи. В это время потребность в повторных операциях в контрольной группе была ниже, насчитывая всего 10%. В дополнение к этому, в группе пациентов, получающих терапию ронколейкином, необходимость в этапных пересадках кожи вовсе отсутствовала.

У пациентов, получающих цитокинотерапию в подгруппе с ограниченными ожогами на 12 дней сокращался срок подготовки к вмешательству в сравнении с аналогичной подгруппой группы сравнения II, отсчитывая от момента травмы. С начала госпитализации до аутодермопластики в основной группе основной группе до 5% п.т проходило $14,8 \pm 4,5$ дней. Аналогично, этот период занимал больше времени в соответствующей подгруппе II группы, насчитывая $19,7 \pm 10,1$ суток. Средний срок восстановления кожного покрова после оперативного лечения у пациентов, в лечение которых был включен ронколейкин, был меньше на четверо суток, в сравнении с пациентами, получавшими стандартное лечение и имевшими дисплазию соединительной ткани. Лечение пациентов из группы сравнения достоверно занимало больше времени. Так, в среднем он был равен $38,1 \pm 16,0$ суткам. В основной группе длительность лечения в комбустиологическом отделении составляло $30,5 \pm 9,6$ дней.

Полученные нами в ходе исследования данные, свидетельствуют о том, что дисплазия соединительной ткани действительно утягощает течение раневого процесса, увеличивает риски осложнений при проведении оперативного лечения. Предложенная схема применения ронколейкина подходит для компенсации проявлений дисплазии при лечении глубоких ожогов. Благоприятно сказывается на снижении сроков лечения в стационаре, ускорению подготовки к аутодермопластике, снижает риски лизиса кожных лоскутов и потребность в повторных операциях.

Гистологические особенности глубоких ожогов у пациентов с дисплазией соединительной ткани.

У пациентов из III и II группы на протяжении лечения были взяты биопсийные материалы кожи в области ожоговых ран, проведена их гистологическая оценка.

Глубокие ожоги III степени у пациентов группы сравнения имели тенденцию к удлинению процесса регенерации, а также склонны были образовывать в исходе грубую рубцовую ткань. Помимо этого, закрытие раневых дефектов занимало большие сроки, а именно от 27 ($37,5 \pm 19,2$) до 56

дней, отмечено, что удлинение процесса заживления сочеталось с инфицированием.

У пациентов из группы III в комплексную терапию которых включался рекомбинантный интерлейкин человека, на 8-10 сутки гистологически определялись воспалительные изменения с наличием участков расплавленной ткани (рисунок 3). Лечение продолжалось с применением локорегионарного введения ронколейкина, морфологически это отразилось в виде появления инфильтрации тканей лимфоцитами, а также неоангиогенезом (рисунок 4). Помимо этого, значительно возросло количество соединительнотканых волокон в ткани ран. Окончательное заживление происходило на сроке $30,1 \pm 9,2$ суток. Данный показатель показывает ускоренное заживление ран по сравнению с группой сравнения II.

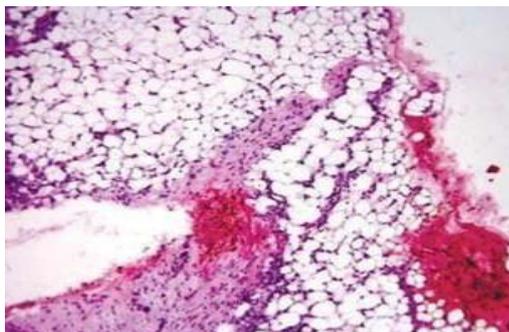


Рисунок 3. - Тканевой детрит с лейкоцитарной инфильтрацией. Окраска гематоксилином и эозином. Ув.об. x 40, окуляр 10

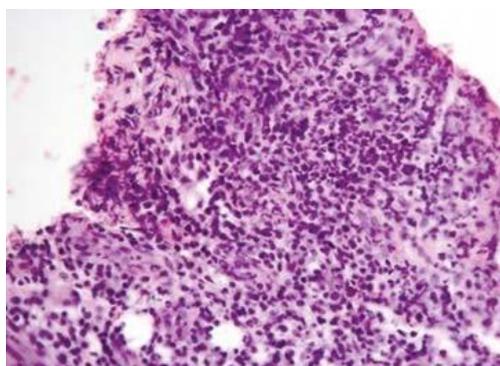


Рисунок 4. - Формирование грануляционной ткани и лимфоцитарная инфильтрация в дерме и гиподерме. Окраска гематоксилином и эозином. Ув.об. x 40, окуляр 10

Было обнаружено, что включение в комплексную терапию рекомбинантного интерлейкина влияет на ускорение перехода из острого воспаления в фазе регенерации, сроки появления грануляций, уменьшает риск инфицирования ран.

Иммунологические изменения при дисплазии соединительной ткани у пациентов с глубокими ожогами.

Важнейшим элементом процесса регенерации тканей организма человека является иммунная система. Она участвует не только в элиминации

возбудителей и очищения раневых дефектов, но и в основных процессах заживления: делении новых клеток, а также их созревании. На данную систему могут влиять различные эндогенные и экзогенные факторы, к первым, в частности, относится и ДСТ. Поэтому, для улучшения качества лечения и диагностики необходимо изучение иммунной системы и ее положении в системе гомеостаза, в том числе и при различных заболеваниях соединительной ткани.

Нами проводилась комплексная терапия с включением препарата Ронколейкин ожогов III степени у пациентов с ДСТ.

В схему лечения в период ожогового шока и токсинемии добавлялся курс препаратов рекомбинантного интерлейкина-2. Показатели иммунной системы определялись путем анализа периферической венозной крови (Таблица 3).

Таблица 3. - Показатели клеточного и гуморального иммунитета

Показатель	До лечения	После лечения	*p
CD3	64,6±8,3	72,4±5,6	0,029
CD4	38,5±7,8	42,4±4,7	0,026
CD8	19,1±6,0	22,4±6,8	0,031
CD19,	12,9±2,8	17,2±3,54	0,034
CD16,56 (NK-клетки)	27,4±2,3	18,5±1,34	0,001
Фагоцитоз	40,4±4,8	61,3±6,54	0,001
Адгезия нейтрофилов	28,4±3,54	42,2±2,45	0,001
Иммуноглобулин А	1,7±0,28	1,7±0,45	0,690
Иммуноглобулин G	11,2±1,51	10,6±2,34	0,036
Иммуноглобулин М	1,5±0,39	1,3±0,29	0,048
ЦИК	1,0±0,65	0,55±0,23	0,032

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей до и после лечения (по Т-критерию Вилкоксона)

Как видно из таблицы использование в лечении «Ронколейкина» улучшает показатели иммунной системы, что соответственно влияет на качество подготовки ран к аутодермопластике и улучшает приживление аутоотрансплантатов.

На практике мы видим, что отражение повреждения звеньев иммунного процесса находит в нагноении ран, появляется особо вирулентная бактериальная флора, которая не поддается лечению современными антибиотиками. Также отмечаются токсические и иммунологические последствия применения антибиотиков в виде тяжелой иммунологической недостаточности. В некоторых при обширных гнойных процессах наблюдаются осложнения в виде сепсиса и полиорганной недостаточности с последующей генерализацией инфекции.

Качество жизни больных с глубокими ожогами при дисплазии соединительной ткани. Анализ качества жизни (КЖ) производился по результатам опросника SF-36. Наблюдение за данным показателем выполнялось на момент поступления, во время стационарного лечения и при последующем восстановительном лечении.

Показатели КЖ измеренные в течение нескольких суток от госпитализации в специализированное отделение отличались низкими значениями по всем признакам опросника, при этом статистически значимых отклонений между основной и группой сравнения не выявлено. Подобные изменения связаны с тяжестью состояния в начале стационарного лечения, наличия у пациентов ургентной патологии (ожоговый шок) (Таблица 4).

Таблица 4. – Показатели качества жизни при поступлении

Признак	Пациенты основной группы n=50	Пациенты группы сравнения n=57	*p
ФФ – физическое функционирование	22,9±12,9	17,9±11,3	0,045
РФ – роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	12,8±4,0	10,8±3,0	0,048
Б – боль	33,7±4,4	33,7±5,6	0,074
ОЗ – общее здоровье	30,4±9,5	30,4±10,2	0,072
Ж – жизнеспособность	29,4±7,4	29,6±6,6	0,069
СА – социальная активность	28,3±10,1	28,3±9,8	0,081
РЭ – роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	27,3±8,1	29,2±6,2	0,052
ПЗ – психическое здоровье	36,2±6,6	31,4±9,4	0,041

Примечание: *p – уровень значимости достоверности различий между показателями (по U-критерию Манна-Уитни)

В динамике показатели КЖ через 1 месяц после окончания стационарного лечения показали улучшение в основной и группе сравнения. Вместе с этим, по некоторым показателям пациенты из группы III обгоняли группу II по темпам восстановления (Таблица 5).

Таблица 5. - Показатели качества жизни через 1 месяц

Признак	Пациенты основной группы n=50	Пациенты группы сравнения n=57	*p
ФФ – физическое функционирование	44,9±11,0	22,4±8,6	0,019
РФ – роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	46,4±12,7	28,4±12,1	0,023
Б – боль	46,6±6,2	34,6±12,7	0,038
ОЗ – общее здоровье	40,6±9,4	37,9±21,2	0,047
Ж – жизнеспособность	36,5±4,9	30,3±9,5	0,048
СА – социальная активность	32,6±8,2	30,2±8,8	0,044
РЭ – роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	34,4±5,1	32,4±11,6	0,045
ПЗ – психическое здоровье	44,3±5,5	38,9±5,1	0,041

Примечание: *р – уровень значимости достоверности различий между показателями (по U-критерию Манна-Уитни)

Через 6 месяцев от момента лечения у пациентов основной группы повышение достигло значимых достоверных чисел по всем критериям КЖ (Таблица 6).

Таблица 6. – Динамика показателей качества жизни больных с глубокими ожогами через 6 месяцев

Признак	Пациенты основной группы n=50	Пациенты группы сравнения n=57	*р
ФФ – физическое функционирование	72,7±9,8	44,4±16,9	0,021
РФ – роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	70,6±5,1	30,2±14,5	0,018
Б – боль	76,0±8,2	44,0±22,1	0,032
ОЗ – общее здоровье	67,7±5,1	47,7±8,2	0,029
Ж – жизнеспособность	64,2±9,6	44,7±12,2	0,036
СА – социальная активность	48,3±6,3	22,1±8,7	0,037
РЭ – роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	54,4±5,1	32,9±16,8	0,043
ПЗ – психическое здоровье	78,2±8,8	32,0±24,4	0,025

Примечание: *р – уровень значимости достоверности различий между показателями (по U-критерию Манна-Уитни)

На момент 12 месяцев от начала лечения выявились достоверные различия между группами по всем показателям, где на фоне общего улучшения в обеих группах наблюдения, в основной группе КЖ был выше по всем критериям при $p < 0,05$ всех показателей (Таблица 7).

Таблица 7. – Динамика показателей качества жизни больных с глубокими ожогами через 12 месяцев

Признак	Пациенты основной группы n=50	Пациенты группы сравнения n=57	*р
ФФ – физическое функционирование	52,7±8,2	50,5±12,9	0,063
РФ – роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	52,7±3,3	36,7±12,3	0,041
Б – боль	82,3±3,3	32,3±21,9	0,017
ОЗ – общее здоровье	74,0±7,3	50,0±5,7	0,035
Ж – жизнеспособность	74,2±7,7	50,1±9,6	0,039
СА – социальная активность	78,1±11,5	40,1±21,6	0,031
РЭ – роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	58,9±6,8	44,8±12,7	0,046
ПЗ – психическое здоровье	84,4±7,6	42,0±6,7	0,029

Примечание: *р – уровень значимости достоверности различий между показателями (по U-критерию Манна-Уитни)

Пациенты основной группы, по истечению 1 месяца, были уже социально адаптированы, указывали на улучшение жизненных показателей и желание вернуться к трудовой деятельности. Уже через месяц после выписки из стационара начала мониторинга пациенты основной группы отмечали повышение активности, настроения, желание работать. Практически во всех случаях (более 85%) регистрировалось повышение аппетита, улучшение сна и параметров качества жизни.

В настоящее время изучение, анализ КЖ является наиболее перспективным методом для улучшения качества лечения, его динамического контроля, поскольку он представляет собой субъективное ощущение самого пациента о состоянии своего здоровья, и исходя из этого метод позволяет повысить показатель удовлетворенности лечению. Создаваемые для больных, перенесших термическую травму и операции, условия предусматривают широкое внедрение в реабилитационные программы пациентов восстановительного лечения.

При анализе результатов, полученных в ходе выполнения диссертационного исследования нами было выяснено, что термические ожоги и их последствия остаются значимой проблемой в современной медицине и обществе, так как могут приводить к различным ургентным состояниям, стойкой утрате трудоспособности, вызывают у пациентов выраженные косметические дефекты, требующие выполнения оперативных вмешательств. Дисплазия соединительной ткани у пациентов с глубокими ожогами усложняет процесс лечения и последующей реабилитации, а до настоящего времени нет стандартов по лечению пациентов комбустиологического профиля с осложненным дисплазией коморбидным фоном. Данные авторского исследования показывают, что при ожогах у пациентов с ДСТ процесс регенерации кожных покровов происходит медленнее, чаще возникает лизис кожных трансплантатов, затягиваются сроки стационарного лечения и подготовки к аутодермопластике.

На основании данных проведенного эксперимента нами была выдвинута гипотеза о том, что применение иммуномодулирующей терапии с рекомбинантным интерфероном-2 человека может улучшать качество лечения у пациентов с глубокими ожогами и ДСТ, что было подтверждено в ходе исследования: у пациентов, получавших терапию сокращались сроки подготовки к операции и сроки госпитализации, не замечено осложнений в виде лизиса кожных перфорантов, что дало возможность к закрытию дефектов при единичной аутодермопластике. Найдены объективные гистологические доказательства положительного влияния ронколейкина на раневой процесс. Улучшение параметров качества жизни в ближайших и отдаленный периоды лечения пациентов также наблюдалось в группе пациентов, получающих иммунокорректирующую комплексную терапию. Иммунологический анализ также подтвердил наше предположение о том, что применяемый препарат компенсирует повреждения в иммунной системе при ДСТ.

ВЫВОДЫ

1. В стендовом эксперименте с наиболее часто встречающейся патогенной микрофлорой и в условиях модели раневой инфекции на лабораторных животных выявлен высокий бактериостатический эффект ронколейкина, его положительное влияние на процессы регенерации в ранах. [1-А, 7-А, 14-А, 26-А, 30-А].

2. Определено, что у пациентов с дисплазией соединительной ткани заживление ожоговых ран происходит в длительные сроки, повышается тенденция к развитию гнойного воспаления, а в исходе возрастает процент инвалидизации после перенесенных ожогов, возрастает потребность в реконструктивной пластике кожи. [2-А, 3-А, 12-А, 13-А, 15-А, 16-А, 17-А, 19-А, 22-А, 23-А, 27-А, 29-А].

3. Цитокиноterapia с применением препарата ронколейкин улучшает иммунологический профиль пациентов с ожоговыми и гнойными ранами и дисплазией соединительной ткани, на что указывают показатели клеточного и гуморального иммунитета: в 2-2,5 раза уменьшаются циркулирующие иммунные комплексы, на 12,4% возрастает количество CD3 клеток. [4-А, 10-А, 28-А, 31-А].

4. В условиях комплексного лечения с использованием ронколейкина у пациентов с гнойными и ожоговыми ранами при дисплазии соединительной ткани в 1,5-2 раза уменьшаются периоперационные осложнения, улучшается приживаемость ткани при аутодермопластике, уменьшается длительность лечения, улучшается качество жизни и ближайшие и отдаленные результаты лечения. [5-А, 6-А, 8-А, 9-А, 11-А, 18-А, 20-А, 21-А, 24-А, 25-А, 32-А, 33-А].

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ

1. Цитокиноterapia для восстановления иммунологической защиты пациентов с глубокими ожогами рекомендовано включать в программу комплексного лечения.

2. Показанием к применению иммунотерапии является малая эффективность традиционных методов лечения, длительность воспалительного процесса, сопутствующая патология, дисплазия соединительной ткани, сахарный диабет, бронхиальная астма, хронический гепатит и другие.

3. Противопоказанием для иммунотерапии является наличие несанируемых гнойных очагов, индивидуальная непереносимость, где эффект иммунотерапии не может быть реализован.

4. Препарат ронколейкин в дозировке 500 ед. вводится подкожно или внутривенно при разведении на 100 мл изотонического раствора NaCl, кратностью от 3 до 5 раз с интервалом 2-3 суток, при тяжелых состояниях доза увеличивается до 1 мл ед. 2-3 раза в течение 7 суток.

5. При особо опасных вирусных инфекциях, в том числе COVID-19 целесообразно применение ронколейкина для лечения и профилактики

постковидного синдрома в дозировке 500 тыс. ЕД кратностью 5-7 подкожных или внутривенных инъекций.

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в рецензируемых журналах:

[1-А]. Емельянова, А.М. Взаимосвязь гистологической картины и степени клинических проявлений дисплазии у пациентов с глубокими ожогами [Текст] / А.М. Емельянова, С.Н. Стяжкина, В.Г. Федоров, А.М. Осипова, В.В. Царев // Современные проблемы науки и образования. – 2019. - № 2. - С. 142-150.

[2-А]. Емельянова, А.М. Случай лечения термического ожога 3 степени у пациента с дисплазией соединительной ткани [Текст] / А.М. Емельянова, С.Н. Стяжкина, В.Г. Федоров // Дневник казанской медицинской школы. – 2019. - № 2 (24). – С. 63-65.

[3-А]. Емельянова, А.М. Актуальные проблемы лечения ожоговых ран у пациентов с синдромом дисплазии соединительной ткани [Текст] / С.Н. Стяжкина, В.Г. Федоров, А.М. Емельянова, А.Е. Матусевич, Е.А. Иноземцева, Ф.Ф. Субаев // Здоровье и образование в XXI веке. – 2019. – Т.1. - №1. – С. 99-102.

[4-А]. Емельянова, А.М. Современные методы лечения гнойных и ожоговых ран [Текст] / А.М. Емельянова, С.Н. Стяжкина, В.Г. Федоров, А.В. Субботин // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». – 2020. -№ 1 (43). – С. 27-34.

[5-А]. Емельянова, А.М. Лечение пострадавших с обширными ожогами: тяжелый клинический случай [Текст] / А.М. Емельянова, С.Н. Стяжкина, В.М. Шепелева, О.Г. Тугбаева // Медицина в Кузбассе. – 2020. – Т.19. - №1. – С. 52-56.

[6-А]. Емельянова, А.М. Сложный клинический случай тяжелого травматологического повреждения конечности у молодой пациентки с положительной динамикой [Текст] / А.М. Емельянова // Пермский медицинский журнал. – 2023. – Том 40. – № 2. – С.118-122.

[7-А]. Емельянова, А.М. Хусусиятҳои таъхис ва таъботи сироятҳои ҷароҳатӣ бо дисплазияи бофтаи пайвастананда [Матн] / А.М. Емельянова, С.Н. Стяжкина // Авҷи Зӯҳал. – 2023. –№3. – С.49-53.

Статьи и тезисы, опубликованные в сборниках и материалах конференций:

[8-А]. Емельянова, А.М. Термические ожоги и методы хирургического лечения [Текст] / С.Н. Стяжкина, А.М. Емельянова, И.Ф. Мияссарова, Р.И. Иванюшкина // Удмуртский медико-биологический вестник. – 2018. – Т.1, № 1. – С. 29-33.

[9-А]. Емельянова, А.М. Clinical manifestations of connective tissue dysplasia in patients with 3rd degree burns [Text] / А.М. Емельянова, С.Н. Стяжкина, В.Г. Федоров // Research transfer: international conference, Beijing, PRC, 28.11.2018. / Minzu University of China. - Beijing, PRC, 2018. – Part 2. – P. 100-103.

[10-А]. Емельянова, А.М. Клинический случай лечения хронических трофических язв с использованием аутоплазмолифтинга у пациента с дисплазией соединительной ткани [Text] / А.М. Емельянова, С.Н. Стяжкина, В.Г. Федоров // *Fundamental science and technology – promising developments XVII: Proceedings of the Conference, North Charleston, 26-27.11.2018.* / North Charleston, Cary, USA: Lulu Press, 2018. - Vol. 1. – P. 21-24.

[11-А]. Емельянова, А.М. Дисплазия соединительной ткани в практике врача-комбустиолога [Текст] / А.М. Емельянова, С.Н. Стяжкина, В.Г. Федоров // *Fundamental and applied sciences today XIV: Proceedings of the Conference, North Charleston, 20-21.02.2018.* / North Charleston, SC, USA: CreateSpace, 2018. - Vol. 1. – P. 12-15.

[12-А]. Емельянова, А.М. Дисплазия соединительной ткани у больных ожогового профиля [Текст] / С.Н. Стяжкина, Е.Т. Колесникова, А.Н. Люкина, А.М. Емельянова // *Удмуртский медико-биологический вестник.* – 2018. – Т.1, № 2. – С. 40-43.

[13-А]. Емельянова, А.М. Комбинированная травма в практике врача-комбустиолога: клинический случай [Текст] / А.М. Емельянова, С.Н. Стяжкина, В.Г. Федоров // *Здоровье, демография, экология финно-угорских народов.* – 2018. - № 4. – С. 44-47.

[14-А]. Емельянова, А.М. Местное лечение гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей препаратами «Ронколейкин» и «Димексид» [Текст] / М.Э. Кулемин, А.А. Чернова, С.Н. Стяжкина, А.М. Емельянова // *Academy.* – 2019. - №1(40). – С. 75-76.

[15-А]. Емельянова, А.М. Эпидемиология ожогового травматизма у взрослого населения за 2015 год [Текст] / Р.Р. Ганиева, А.Р. Гилязова, Г.М. Киямова, А.М. Емельянова // *Форум молодых ученых.* – 2019. - №3(31). – С. 251-255.

[16-А]. Емельянова, А.М. Анализ ожогового травматизма в Удмуртской Республике [Текст] / А.И. Сафиуллина, Н.А. Мартихина, А.М. Емельянова // *Журнал «Биология ва тиббиёт муаммолари».* - 2019. - № 1 (108).

[17-А]. Емельянова, А.М. Эпидемиология ожогового травматизма у детей за 2015 год [Текст] / Р.Р. Ганиева, А.Р. Гилязова, Г.М. Киямова, А.М. Емельянова // *Форум молодых ученых.* – 2019. - №3(31). – С. 256-260.

[18-А]. Емельянова, А.М. Лечение глубоких ожогов при сахарном диабете [Текст] / А.М. Емельянова, С.Н. Стяжкина, В.Г. Федоров // *Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики синдрома диабетической стопы : сб. материалов XI Всерос. науч.-практ. конф., Казань, 2019 г.* / Казан.гос. мед. ун-т, М-во здравоохранения РТ, Управление здравоохранения г. Казани, Центр «Диабетическая стопа» г. Казани ; под ред. К.А. Корейба. – Казань: «АртПечатьСервис», 2019. – 244 с.

[19-А]. Емельянова, А.М. Комплексное лечение и профилактика инфекционных осложнений при ожогах [Текст] / А.М. Емельянова, С.Н. Стяжкина, В.Г. Федоров // *Mauritius: LAP Lambert Academic Publishing RU,* 2019. – 53 с.

[20-А]. Емельянова, А.М. Комплексное лечение глубокого ожога туловища и верхней конечности: клинический случай [Текст] / В.М. Шепелева, О.Г. Тугбаева, А.М. Емельянова, С.Н. Стяжкина // Международный полиязычный научный журнал «Modern science». – 2020. - №5. – С. 270-273

[21-А]. Емельянова, А.М. Комплексное лечение пациентов с ожогами 3 степени: клинический случай [Текст] / В.М. Шепелева, О.Г. Тугбаева, А.М. Емельянова, С.Н. Стяжкина // Журнал «Modern science». - 2020. - №4-3. – С. 299-302.

[22-А]. Емельянова, А.М. Применение иммуномодуляторов в системной терапии ожоговых ран: клинический случай [Текст] / В.М. Шепелева, О.Г. Тугбаева, А.М. Емельянова, С.Н. Стяжкина // Журнал «Modern science». – 2020. - №4-1. - С. 294-297.

[23-А]. Емельянова, А.М. Дисплазия соединительной ткани пациентов ожогового отделения и ее влияние на регенерацию тканей и формирование рубца после термических ожогов [Текст] / С.Н. Стяжкина, А.М. Емельянова, А.Р. Мухамадиева, Ю.Н. Николаева // Student. – 2020. - № 12. – С. 1423-1432.

[24-А]. Емельянова, А.М. Термический ожог 2 степени грудной клетки, живота, спины и бедер, осложненный некротическим целлюлитом, гнойным артритом правого коленного сустава и множественными пролежнями туловища [Текст] / С.Н. Стяжкина, А.М. Емельянова, М.И. Камалова, И.И. Зарипов // Журнал «Modern science». – 2020. - №4-3. - С. 129-131.

[25-А]. Емельянова, А.М. Особенности течения раневого процесса при применении «Ронколейкина» и мази «Левомеколя» при лечении гнойных ран [Текст] / А.Р. Николаева, С.Н. Стяжкина, А.М. Емельянова // Сборник избранных статей по материалам научных конференций ГНИИ «Нацразвитие». – Санкт-Петербург, 2021. – С. 55-58.

[26-А]. Емельянова, А.М. Частные вопросы дисплазии соединительной ткани [Текст] / Е.Г. Бутолин, М.Ю. Сметанин, И.В. Друк, Г.И. Нечаева, Е. Логинова, Е.А. Лялюкова, М.В. Вершинина, Т.Е. Чернышова, Н.Ю. Кононова, С.Н. Стяжкина, И.С. Маслова, Р.Р. Кильдиярова, А.М. Емельянова; под ред. Т. Е. Чернышовой. – Ижевск, 2022. – С. 152-173.

[27-А]. Емельянова, А.М. Тяжелый клинический случай ожоговых ран обширной площади поражения [Текст] / В.М. Шепелева, О.Г. Тугбаева, С.Н. Стяжкина, А.М. Емельянова // Сборник тезисов VII Международного молодежного научного медицинского форума «Белые цветы». – Казань, 2020.

[28-А]. Емельянова, А.М. Современные методы лечения гнойных и ожоговых ран [Текст] / С.Н. Стяжкина, М.Д. Байрамкулов, А.М. Емельянова, Х.С. Кутбединов, А.А. Абрамович, А.В. Субботин, А.А. Киршин, З.А. Антропова, В.В. Тихонова, Г.Р. Зиганшина, А.С. Шарыпова // Практика в медицинском вузе и пандемия: реалии и перспективы: сборник научных трудов / отв. ред. С.Н. Стяжкина, А.Р. Поздеев. - Ижевск: ИГМА, 2022. - С. 171-179.

[29-А]. Емельянова, А.М. Дисплазия соединительной ткани как проблема XXI века [Текст] / С.Н. Стяжкина, А.М. Емельянова, Ю.А. Черепанова, С.А. Зыкина, З.Ф. Гараева, А.В. Алексеева // Актуальные проблемы современного образования: опыт и инновации: материалы всероссийской научно-

практической конференции с дистанционным и международным участием: 21-22 декабря 2022 г. Часть 2 / отв. ред. А.Ю. Нагорнова. – Ульяновск: ЗЕБРА, 2022. – С. 77-74.

[30-А]. Емельянова, А.М. Лечебно-профилактические мероприятия при гнойной инфекции и сепсисе в хирургической клинике [Текст] / С.Н. Стяжкина, А.М. Емельянова, Л.П. Сарапулова // StudNet. - 2022. - №5. - С. 4018

[31-А]. Емельянова, А.М. Детоксикационная иммунокоррекция при сепсисе [Текст] / С.Н. Стяжкина, А.М. Емельянова, Г.Ф. Имамова, С.Ю. Медведева // Сборник тезисов III съезда хирургов Приволжского Федерального Округа. - Н.Новгород, 2022.

[32-А]. Емельянова, А.М. Анализ диагностики, лечения политравм в Удмуртской Республике [Текст] / А.М. Емельянова, А.Р. Бадыкова, А.А. Свидерская // Материалы Республиканской научно-практической конференции (III годовичная) ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет», посвященной 30-летию XVI-ой сессии Верховного Совета Республики Таджикистан «Актуальные вопросы современной медицины: проблемы и их решение». – 16 декабря 2022. – Таджикистан, Дангара. - С. 52-53.

Рационализаторское предложение

[33-А]. Емельянова А.М., Акимов А.А., Стяжкина С.Н., Кирьянов Н.А., Федоров В.Г. Способ лечения гнойных и ожоговых ран (удостоверение на интеллектуальную собственность № 02.20 от 12.03.2020).

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АДП – Аутодермопластика

ВКМ – Внеклеточная матрица

ВОЗ — Всемирная организация здоровья

ДСТ – Дисплазия соединительной ткани

МАР – Малые аномалии развития

ММП - Матриксные металлопротеиназы

нДСТ – недифференцированная дисплазия соединительной ткани

П.т. – Поверхность тела

ПЭГ — полиэтилен гликолевый

РВП – Росто-весовой показатель

рИЛ-2 — рекомбинантный интерлейкин-2

СТ – Соединительная ткань

ФНО- фактор некроза опухоли

ХимНЭ – Химическая некрэктомия

ЭКГ - электрокардиография

ЭХН – Этапная хирургическая некрэктомия

**МУАССИСАИ ТАЪЛИМИИ ФЕДЕРАЛИИ ДАВЛАТИИ БУЧЕТИИ
ТАҲСИЛОТИ ОЛИИ «АКАДЕМИЯИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ИЖЕВСК»
ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТИИ ФЕДЕРАТСИЯИ РОССИЯ**

УДК 617-001.17-089-036.82:616.018.2-007.17

Бо ҳукуки дастнавис

Емелянова

Албина Миннегаязовна

**Оптимизатсияи таботати комплексӣ ва реабилитатсияи беморони дорони
чароҳатҳои сӯхтагӣ бо дар назардошти дисплазияи
бофтаи пайвасткунанда**

АВТОРЕФЕРАТИ

**диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии
номзади илмҳои тиб аз рӯйи ихтисоси
14.01.17 - Ҷарроҳӣ**

Душанбе – 2023

Таҳқиқот дар кафедраи ҷарроҳии факултативии Муассисаи таълимии федералии давлатии бучетии таҳсилоти олии «Академияи давлатии тиббии Ижевск» Вазорати тандурустии Федератсияи Россия иҷро карда шудааст.

Роҳбари илмӣ:

Стяжкина Светлана Николаевна - доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи ҷарроҳии факултативии Муассисаи таълимии федералии давлатии бучетии таҳсилоти олии «Академияи давлатии тиббии Ижевск» Вазорати тандурустии Федератсияи Россия.

Муқарризи расмӣ:

Власов Алексей Петрович - доктори илмҳои тиб, профессор, мудири кафедраи ҷарроҳии факултативӣ бо курси анатомияи топографӣ ва амалияи ҷарроҳӣ, урология ва ҷарроҳии кӯдакони Донишкадаи тиббии Донишгоҳи давлатии Мордова ба номи Н.П. Огарев, ш. Саранск.

Маликов Мирзобадал Халифаевич — доктори илмҳои тиб, дотсент, мудири кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 ба номи Академик Усмонов Н.У. Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муассисаи тақриздиханда:

Муассисаи таълимии федералии давлатии бучетии таҳсилоти олии «Донишгоҳи давлатии тиббии Саратов ба номи В. И. Разумовский» Вазорати тандурустии Федератсияи Россия

Ҳимояи рисола рӯзи «_____» моҳи _____ соли 2023 соати «___» дар ҷаласаи Шурои диссертатсионии 6D.КOA-040–и МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» баргузор мегардад. Суроға: 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, кӯчаи Сино, 29-31, www.tajmedun.tj, +992907908250.

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «_____» _____ с. 2023 ирсол гардид.

**Котиби илмии
шурои диссертатсионӣ,
д.и.т.**

Шарипов А.М.

Муқаддима

Мубрамии мавзуи таҳқиқот. Дар даҳсолаҳои охир проблемаҳои таъхир ва таъбири протсессҳои ҷароҳати осебҳои сӯхтагӣ масъалаи мубрам гаштаанд. Миқдори травматизм ҳам дар байни аҳолии шаҳр ва ҳам сокинони деҳот пайваста зиёд мешавад, ки таҳқиқотҳои баъзе муҳаққиқон инро тасдиқ мекунанд, Таъбири вазнинтарин таъбири беморони дорони ҷароҳатҳои сӯхтагӣ, аз ҷумла омезиш ёфтани осебҳои травмикии узвҳои дигар ба шумор меравад. Қовишҳо ҷиҳати беҳтар намудани натиҷаҳои таъбири ҷароҳатҳои сӯхтагӣ бо назардошти дисплазияи бофтаҳои пайвасткунанда идома доранд [Земсков В.М., Земцовский Е.В., 2017].

Дисплазияи бофтаҳои пайвасткунанда проблемаи асри ХХІ мебошад. Миқдори травматизм, аз ҷумла аз ҳисоби сӯхтагӣҳо ҳамасола менафзояд. Вобаста аз ин, масъалаи таъбири дисплазияи бофтаҳои пайвасткунанда ба протсессҳои регенератсияи ҷароҳатҳои сироятнок, аз ҷумла ҷароҳатҳои дар зери таъбири ҳарорати баланд рухдода, масъалаи мубрам боқӣ мемонад, ки ҳамасола дар сӯзҳо ва конференсияҳои Федератсияи Россия ва дигар кишварҳо мавриди баҳсу баррасӣ қарор мегирад.

Дар Россия ҳамасола анқариб 400 ҳолати осебҳои сӯхтагӣ ба қайд гирифта мешаванд [Шабанов В.Э., 2015; Алексеев А.А., 2020].

Дар ин асри охир проблемаи сӯхтагӣ яке аз мушкилоти мураккабтарин дар тибби муосир ба ҳисоб меравад. Боиси ин хеле паҳн шудани сӯхтагӣҳо дар байни аҳолии мегардад, ки дар робита аз ин онҳоро эпидемияи травмикии шаҳрҳои муосири зичии аҳолиашон зиёди кишварҳои аз ҷиҳати саноатӣ мутараққии ҷаҳон ном гузоштан мумкин аст. Чунинчун, дар ИМА ҳамасола 2 млн нафар, дар Россия – 500 ҳазор нафар ҷароҳати сӯхтагӣ мегиранд. Аз ин миқдор 150 ҳазор нафари осебдида бистарӣ карда мешавад. Ғайр аз ин, ғайри аз сӯхтагӣ на танҳо баланд боқӣ мемонад (дар маҷмуъ дар Россия – 3-3,3% дар солҳои 2000-2010), балки дар шароити муосири иҷтимоӣ-иқтисодӣ ба инкишофи минбаъда майл дорад [Алексеев А.А., 2020]. Сатҳи нисбатан баланди он, то 30-50% ва бештар, дар ҳолате мушоҳида мешавад, ки агар майдони (сатҳи) умумии сӯхтагӣ аз 40%-и сатҳи бадан, амиқии он – 30% зиёд бошад [Жегалов В.А., 2019, Тюриков Ю.И., 2020].

Сохтори травматизми сӯхтагӣ бо гузашти вақт тағйир меёбад, имрӯз тамоюли зиёдшавии сӯхтагӣҳои дараҷаҳои IIIA, IIIB ва IV муайян карда шудаанд [Мартиненко Е.Е., 2017; Rowan, 2015].

Барои ин намуди осеб ғайри зиёд, маъҷубшавӣ ва таъбири тӯлонӣ хос аст, ки онро проблемаи мубрами тиббӣ – иҷтимоӣ мегардонад [Унижаева А.Ю., 2012; Brusselaers N., 2010].

Сӯхтагӣҳо дар байни намудҳои осебҳо дар ҷои 4-ум меистанд, баъди ҳодисаҳои роҳу нақлиёт (маълумоти ТУТ) [Gunning A.C., 2015]. Ҳамасола ҳангоми осебҳои сӯхтагӣ ба тақрибан 6 миллион осебдида ёрии тиббӣ расонида мешавад, анқариб 195000 нафар дар як сол вафот мекунанд.

Дар сохтори травматизми Федератсияи Россия сӯхтагӣҳои термкӣ дар ҷои 3-юм меистанд ва ҳамасола зиёда аз 250 ҳазор нафар шаҳрвандон

дучори чунин осеб мегарданд [Пономарева Н.А., 2009; Ганиева Р.Р., 2019; Маълумотҳои маҷмуаи омории Вазорати нигоҳдории тандурустии Россия, 2018]. Илова бар ин, бистарикунонӣ низ баланд аст, маҳз 100 ҳазор бемор ва тақрибан 50 ҳазор нафар бо сӯхтагиҳои амиқ. Дар ин маврид, намудҳои вазнинтарини сӯхтагиҳои дараҷаҳои ШБ ва IV зиёда аз 20% майдони бадани 15-17% -и беморонро фаро гирифтаанд [Brusselaers N., 2010; Зиновьев Е.В., 2019].

Фавти беморон ҳангоми сӯхтагиҳои амиқи бадан 6,0%-ро ташкил медиҳад, гардиши миёнаи катҳо барои табобати беморони гирифтори сӯхтагӣ – 13,0% аст [Алексеев А.А., 2017; Тюрников Ю.И., 2017]. Гарчанде назар ба соли 2009 тамоюли пастшавии фавт ба мушоҳида мерасад, дар он вақт фавт 8,7%, ва гардиши миёнаи катҳо 11,9% буд [Алексеев А.А., 2013].

Дараҷаи азхудшудаи масъалаи илмӣ. Ислоҳи фаъолони вазъиятҳои фаврӣ дар айни замон имконият медиҳанд, ки дар наздиктарин муддатҳои пас аз лаҳзаи осеб бардоштан дар шахсони осеббардоштаи синну соли қобилияти қорӣ ва ҷавонон имконпазир аст, аммо дар баробари ин, миқдори оризаҳои таъхиркарда дар байни беморони ҳолаташон вазнин ба амал омадааст [Мартыненко Е.Е., 2017].

Маъюбшавӣ баъди осеби сӯхтагиро аз сар гузаронидан 1-2,3%-ро ташкил медиҳад, талабот ба амалиётҳои минбаъдаи ҷарроҳии реконструктивӣ зиёд аст ва дар ҳамаи беморони дорой осеби амиқи сӯхтагӣ 40% -ро ташкил медиҳад [Gauglitz G.G., 2013; Pauparviparong K., 2015; Karppinen S.M., 2019].

Тақрибан 30%-и беморони дорой осеби сӯхтагӣ одамони синну соли қобилияти қорӣ ҳастанд, ки ин проблемаи мазкурро барои ҷомеа ва нигоҳдории тандурустӣ аз ҷумла аз ҷиҳати иҷтимоӣ муҳим месозад [Бобровников А.Э., 2017].

Тамоюлҳои охирин дар омӯзиши бемориҳои сӯхтагӣ аз омӯхтани алоқамандии бемориҳои коморбидӣ иборатанд [Оганов Р.Г., 2017; Шаббаева Е.Н., 2017].

Коморбидӣ – ҳамзистии ду ё зиёда беморӣ ва синдром мебошад, ки аз ҷиҳати этиопатогенетикӣ байни якдигар алоқаманд ҳастанд ва ё аз рӯйи замони пайдошавӣ, новобаста аз фаъолнокии ҳар яки онҳо мувофиқат мекунанд. Тақрибан дар ҳама гуна бемориҳои ҷарроҳишаванда саҳми асосиро дар бемориҳои коморбидӣ мавҷуд будани дисплазияи бофтаҳои пайвастанандаи (ДБП) беморон касб кардааст, чунки вай вазнинтарин омили ба вақт, самаранокӣ ва натиҷаи табобат дар маҷмуъ ва аз ҷумла дар бемориҳои сӯхтагӣ таъсиркунанда маҳсуб мегардад. [Мурга В.В., 2017].

Ба алгоритмҳои таҳияшудаи табобати сӯхтагиҳо нигоҳ накарда, ҳангоми дар бемор мавҷуд будани ДБП масъалаи марбут ба таъсири он ба омодагӣ ва натиҷаи табобати беморон ба миён меояд [Tricco A.C., 2015]. Дар робита аз ин, талабот ба беҳтар сохтани таҳхис ва табобати комплекси беморони дорой шаклҳои вазнини сӯхтагӣ ДБП ниёзи таъҷили мебошад.

Иртиботи таҳқиқот бо барномаҳои илмӣ (лоиҳаҳо) мавзӯҳо

Таҳқиқоти диссертатсия чузъи таркибии таҳқиқотҳои нақшавии Муассисаи таълимии федералии давлатии бучетии таҳсилоти олии «Академияи давлатии тиббии Ижевск» Вазорати нигоҳдории тандурустии Федератсияи Россия буда, мувофиқи барномаи илмии соҳавӣ-таҳқиқотии ВТ ФР «Ташхис ва табобати оризаҳои фасодноку илтиҳобӣ дар чарроҳӣ бо истифода аз детоксикатсия ва иммунокоррекция» иҷро карда шудааст.

Таҳқиқоти диссертатсияи пешниҳодшуда дар доираи супориши давлатии КИТ иҷро карда шудааст: «Оптимизатсияи ташхис, табобати комплексӣ ва реабилитатсияи беморони грифтори сӯхтагӣ дар Ҷумҳурии Удмуртия». Мавзӯи таҳқиқот – беморони гирифтаи осеби сӯхтагӣ, ки дар Удмуртия ба сар мебаранд.

Таҳқиқоти диссертатсия мувофиқи нақшаи КИТ- и Муассисаи таълимии федералии давлатии бучетии таҳсилоти олии «Академияи давлатии тиббии Ижевск» Вазорати нигоҳдории тандурустии Федератсияи Россия, дар кафедраи чарроҳии факултативӣ иҷро карда шудааст. Рақами қайди давлатӣ АААА-А20-120111790013-2. Таҳқиқоти диссертатсия дар кафедраи чарроҳии факултативии Муассисаи таълимии федералии давлатии бучетии таҳсилоти олии «Академияи давлатии тиббии Ижевск» Вазорати нигоҳдории тандурустии Федератсияи Россия, дар дар шӯъбаи бемориҳои сӯхтагии пойгоҳи РБТ ҶУ «1 БҶК ВТ ҶУ» ш. Ижевск дар давраи солҳои 2017-2021 иҷро карда шудааст. Таҳқиқоти диссертатсия дар асоси принципҳои тибби исботшуда таълиф шудааст.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот: Беҳтар сохтани натиҷаҳои табобати беморони гирифтаи осебҳои сӯхтагӣ бо дар назардошти дисплазияи бофтаҳои пайвастананда (ДБП).

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Омӯзиши таъсири ронколейкин ба микроорганизмҳо дар эксперименти стендӣ ва таъсири онҳо ба микрофлораи патогеникӣ ва динамикаи регенератсия ҳангоми ҷароҳатҳои сӯхтагӣ дар эксперимент дар ҳайвонҳои озмоишгоҳӣ.

2. Таҳлил кардани хусусиятҳои регенератсияи ҷароҳатҳои сӯхтагӣ дар беморони дорои синдроми дисплазияи бофтаҳои пайвастананда бо дар назардошти ба табобати комплексӣ дохил намудани препарати ронколейкин.

3. Омӯختани басомад ва хусусиятҳои оризаҳои пасазҷарроҳӣ, давомнокии табобат ҳангоми истифода намудани табобати комплексӣ дар беморони дорои протсессҳои ҷароҳатҳои амиқ ҳангоми истифода намудани ронколейкин бо дар назардошти дисплазияи бофтаҳои пайвастананда.

4. Таҳлил кардани нишондиҳандаҳои сифати ҳаёт дар беморони дорои сӯхтагиҳои амиқ ва дисплазияи бофтаҳои пайвастананда, ки табобати комплексӣ гирифтаанд бо дохил намудани препарати ронколейкин дар динамика нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ.

Объекти таҳқиқот. Объекти таҳқиқот 157 бемори дорои осеби сӯхтагӣ дараҷаи III, аз ҷумла 107 нафар бо оризаҳои кокомбридии намуди дисплазияи бофтаҳои пайвастананда буданд. Дар байни беморони муоинашуда ҷинси мардро 104 нафар (66,3%), занро – 53 нафар (33,7%) ташкил дод, синну соли миёна ба $52,6 \pm 15,2$ сол баробар буд.

Мавзуи таҳқиқот. Мавзуи таҳқиқот омӯзиши хусусиятҳои протесси ҷароҳат дар беморони дорои сӯхтагӣҳои амиқ ва дисплазияи бофтаҳои пайвастананда, табобат ва реабилитатсияи ин гурӯҳи беморон аст.

Навгонии илмӣ таҳқиқот.

6. Омӯзиши хусусиятҳои флораи микробӣ дар беморони дорои протессҳои ҷароҳатҳои амиқ, ҳамчунин таъсири ронколейкин ба микрофлораи патогении нисбатан зиёд дучоршаванда ҳангоми сироятҳои ҷароҳат.

7. Бори нахуст барои табобати сӯхтагӣҳои амиқ препарати ронколейкин истифода, самаранокии таъриқи мавзей ва дарунӣ исбот карда шуд.

8. Тағйиротҳои иммунологӣ, токсикологӣ, дар натиҷаи истифодаи комплекси ронколейкин пайдо шудаанд, омӯхта шуд.

9. Бори нахуст натиҷаҳои наздиктарин ва дури табобат ва реабилитатсия ва сифати ҳаёт дар беморони гурӯҳи асосӣ ва гурӯҳи муқоисавии дорои протессҳои ҷароҳатҳои амиқ, бо назардошти дисплазияи бофтаҳои пайвастананда омӯхта шуд.

10. Методикаи минтақавии табобати сӯхтагӣҳои термикии сироятнок бо маҳлули ронколейкин таҳия ва татбиқ карда шуд (Шаҳодатномаи қайди моликияти зеҳнӣ № 02.20 аз 20.03. соли 2020 гирифта шудааст).

Аҳамияти назариявӣ ва илмӣ амалии тадқиқот дар имконпазир будани истифода намудани таҳқиқоти диссертатсияи мазкур ба сифати тасдиқи як миқдор фарзияҳо (гипотезаҳо) дар доираҳои илмӣ оид ба таъсири дисплазияи бофтаҳои пайвастананда ба протесси ҷароҳат зоҳир мешавад. Бар иловаи ин, натиҷаҳои таҳқиқоти диссертатсияро метавон дар раванди таълими донишҷӯён ординаторҳо, табибон дар кафедраҳои соҳаи ҷарроҳӣ мавриди истифода қарор дод.

Усулҳои дастраси муайян кардани аломатҳои клиникии дисплазияи бофтаҳои пайвастананда дар муассисаҳои тиббӣ, ки ба истифодаи усулҳои гаронарзиши таҳқиқот ниёз надоранд, инъикос ёфтаанд. Таъсири дисплазияи бофтаҳои пайвастананда ба ҷараёни протесси ҷароҳат ҳангоми ҷароҳатҳои амиқи этиологияшон гуногун нишон дода шудааст. Табобати комплекси ҷароҳатҳои амиқ дар беморони дорои аломатҳои дисплазияи бофтаҳои пайвастананда бо истифодаи ронколейкин имконият медиҳад, ки натиҷаҳои табобати ин категорияи беморон беҳтар, муҳлати табобати беморони дорои ҷароҳатҳои амиқ кӯтоҳтар ва миқдори оризаҳои мавзей дар шакли лизиси (ҳал шудани) аутодермотрансплантатҳои пайванд кардашуда ва умумӣ гаштани сироят, камтар карда шавад.

Нуқтаҳои ҷумлашавандаи диссертатсия:

3. Таъсири возеҳи бактериостатикии ронколейкин нисбат ба микрофлораи ҳангоми сироятҳои ҷароҳат дучоршаванда муайян карда шуд, беҳтар сохтани протсессҳои регенераторӣ дар шароити эксперименталии модел барои сохтани сироятҳои ҷароҳат.

4. Дисплазияи бофтаҳои пайвастанандаи дар беморон муайян кардашуда динамикаи шифоёбии сӯхтагиҳои амикро бад месозад, ба сифати табобати гузаронидашуда таъсир мерасонад, басомади сироятнокшавиро баланд бардошта, миқдори оризаҳои зиёд мекунад, ин тавассути таҳқиқотҳои клиникӣ, лабораторӣ, морфологӣ ва иммунологӣ исбот карда шудааст.

3. Варианти пешниҳодшудаи иммунотерапия бо препарати ронколейкин ҳангоми таъриқи мавзӣ ва дарунӣ бо дозаи 500000 ЕД нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ 2-3 маротиба динамикаи протсесси ҷароҳатро ҳангоми ҷароҳатҳои сӯхтагӣ беҳтар месозад.

4. Ситокинотерапия дар табобати комплекси гузаронидашуда дар беморони дорои сирояти ҷароҳатҳои фасоднок ва сӯхтагӣ бо аломатҳои дисплазия 1,5-2 маротиба миқдори оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ кам мешаванд, нишондиҳандаҳои таҳқиқотҳои лабораторӣ ва иммунологӣ беҳтар, ҳамчунин вақти табобати статсионарӣ ва натиҷаҳои дуру наздики он камтар мешавад.

Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо. Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо эътимоднокии маълумотҳо, ҳаҷми кофии маводи таҳқиқот, коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот ва нашрияҳо тасдиқ мекунад. Хулоса ва тавсияҳо дар заминаи таҳлилҳои илмӣ натиҷаҳои табобати ҷарроҳии деформатсияҳои постринопластикии бинӣасоснок карда шудаанд.

5. **Мувофиқати рисола ба шиносномаи ихтисоси илмӣ.** Таҳқиқоти диссертатсия мақсади дар пеш ӯгузошташуда, ҳаллу фасли вазифаҳо в натиҷаҳои ҳосилшуда ба бандҳои 3, 4, 8-и ба шиносномаи ихтисоси 14.01.17 – Ҷарроҳӣ мувофиқат мекунад. Мутобиқи «Шиносномаи ихтисоси «Ҷарроҳӣ» дар таҳқиқоти диссертатсия хусусиятҳои осебҳои амиқи сӯхтагӣ дар беморони дорои дисплазияи бофтаҳои пайвастананда, таъсиридисплазия ба давомнокии табобат, пайдо шудани оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ, сифати ҳаёт дар давраҳои наздиктарин ва дури пас аз осеббинӣ, нишондиҳандаҳои иммунологии хун таҳлил карда шудааст. Дар беморони муоинашаванда таҳқиқотҳои клиникӣ, лабораторӣ, иммунологӣ, морфологӣ ва биохимиявӣ гузаронида шудааст.

Ҷарроҳии клиникӣ бо шиносномаи КОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 14.01.17 – Ҷарроҳӣ мувофиқат мекунад: зербанди 3.1. – омӯхтани сабабҳои ва механизмҳои пайдошавии осебҳои сӯхтагӣ дар беморони дар шӯъбаи сӯхтагиҳои БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» дар давраи солҳои 2017-2021 бистаришуда; зербанди 3.2. – коркард ва такмил додани усулҳои ташхис ва пешгирии осебҳои сӯхтагӣ бо дар назардошти хусусиятҳои минтақавии Ҷумҳурии Удмуртия; зербанди 3.3. – нишондиҳандаҳои иммунологӣ дар беморони дорои осебҳои сӯхтагӣ дар ҳама марҳалаҳои табобати гузаронидашуда омӯхта шуданд 4.1. – таҷрибаҳои табобати ҷароҳатҳои фасоднок ва сӯхтагӣ дар Ҷумҳурии

Удмуртия чамъбаст карда шуданд; зербанди 4.2. – дар эксперименти стендӣ ҳосиятҳои зиддимикробии препарати ронколейкин омӯхта шуд; зербанди 8.1. – усулҳои табобати ҷароҳатҳои сӯхтагӣ такмил дода ва дар фаъолияти амалии клиникӣ татбиқ шуданд.

Саҳми шахсии доктараби унвони илмӣ. Дар тарҳрезӣ, ташкил ва гузаронидани таҳқиқот дар ҳама фаслҳои рисола на камтар аз 80%-ро ташкил медиҳад. Баёни проблемаҳо, мақсадгузорӣ, вазифа ва коркарди дизайни таҳқиқот, таҳлили маводи воқеӣ ва чамъбасти натиҷаҳо, омода кардани таълифоти илмӣ ба соҳибрисола тааллуқ доранд. Диссертант беморони бо осеби ҷарроҳӣ дохилшударо мустақилона қабул карда, ҳолати онҳоро ташхис, дараҷаи вазнинӣ ва майдони ҷароҳатро муайян намуда, дар шароити статсионартабобат-амалиёти ҷарроҳиро гузаронидааст.

Таъйид ва татбиқи натиҷаҳои рисола. Мавод ва нуктаҳои асосии диссертатсияи мазкур дар доираи конференсияи байниминтақавии илмӣ-амалии VII-и олимони ҷавон ва донишҷӯён бо иштироки намояндагони байналмилалӣ «Ҷанбаҳои муосири тиб ва и биология» (Ижевск, 2018), дар съезди дуҷуми ҷарроҳони Округи Федералии Приволже (Н. Новгород, 2018), дар конференсияи XIV-уми илмӣ-амалии байналмилалӣ «Илмҳои бунёдӣ ва амалӣ имрӯз» (NorthCharleston, ИМА, 2018), дар конференсияи байналмилалии «Researchtransfer» (Чин, 2018), дар конференсияи илмӣ-амалии ҷумҳуриявӣ «Масъалаҳои барҷастаи эндокринология дар фаъолияти табибии звенои якум» (Ижевск, 2019), дар конференсияи илмӣ-амалии XI –уми умумироссиягии «Масоили мубрами ташхис, табобат ва профилактикаи синдроми попанҷаи диабетӣ» (Қазон, 2019), дар форуми VII –уми байналмилалии илмӣ тиббии ҷавонон «Гулҳои сафед» (Қазон, 2020), дар конференсияи илмӣ байналмилалии «Технологияи олий ва инноватсия дар тиб» ва конференсияи илмӣ-амалии умумироссиягии «Беҳатарии миллӣ дар Россия: ҷанбаҳои актуалӣ» (Санкт-Петербург, 2021), дар Съезди III –и ҷарроҳони Округи Федералии Приволже (Н. Новгород, Приволжского федерального округа (ш. Н. Новгород, 2022); дар конференсияи илмӣ-амалии ҷумҳуриявӣ (III-юми солони), МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон», бахшида ба 30-солагии сессияи XVI-уми Шурои олии Ҷумҳурии Тоҷикистон «Масъалаҳои мубрами тиббии муосир: мушкилот ва ҳалли онҳо». (Тоҷикистон, Данғара, 2022). Маводи таҳқиқоти рисола дар амалияи табобати беморони дорои сӯхтагӣҳои амиқ дар шӯбаи комбустиологии РБТ ҶУ «1 БҶК ВТ ҶУ» татбиқ шудаанд.

Интишори натиҷаҳои диссертатсия. Муаллиф аз рӯи натиҷаҳои мавзӯи диссертатсия 33 таълифоти илмӣ, аз ҷумла 7 мақолаи илмӣ дар маҷаллаҳои тақризшавандаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон нашр кардааст, 1 пешниҳоди ратсионализаторӣ ба даст овардааст.

Соҳтор ва ҳаҷми рисола. Диссертатсия дар ҳаҷми 145 саҳифаи матни компютерӣ (хуруфи Times NewRoman, 14, фосила-1,5) таълиф шуда, аз муқаддима, тавсифи умумии таҳқиқот, 4 боби натиҷаҳои таҳқиқоти ҳуди

муаллиф, муҳокимаи натиҷаҳои ҳосилшуда, хулоса, тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳо ва феҳристи адабиёти истифодашуда иборат аст. Феҳристи адабиёт 161 сарчашмаро дар бар гирифтааст, аз он ҷумла 115 сарчашма аз муаллифони ватанӣ ва 46 сарчашма аз муаллифони хориҷӣ мебошанд. ро бо забони русӣ ва 129 сарчашма бо забони англисӣ мебошанд. Дар рисола 39 расм ва 34 ҷадвал оварда шудааст.

МУҲТАВОИ АСОСИИ ТАҲҚИҚОТ

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Натиҷаҳои асосии таҳқиқот дар пойгоҳи шуъбаи комбустиологии БУЗ УР «1 РКБ» МЗ УР бо кафедраи ҷарроҳии факултативии Муассисаи таълимии федералии давлатии бучетии таҳсилоти олии «Академияи давлатии тиббии Ижевск» Вазорати нигоҳдории тандурустии Федератсияи Россия дар давраи солҳои 2017 - 2021 ба даст оварда шудаанд.

Мо таҳқиқоти ташхисӣ, амалиёти ҷарроҳӣ, табобати маҳдуд ва умумиро гузаронидем, ки аз гурӯҳи беморон вобаста буд, аз рӯйи ҷамъбасти онҳо таҳлили муқоисавии маълумотҳои ҳосилшудаи клиникӣ, морфологӣ ва лаборатории 157 бемори дорои сӯхтагиҳои амиқ, синну соли $52,6 \pm 15,2$ ва таркиби гендерии: мардҳо – 104 нафар (66,3%), занҳо – 53 нафар (33,7%) анҷом дода шуд.

Таҷрибаҳои лабораторӣ дар кафедраи микробиология ва вирусологияи Муассисаи таълимии федералии давлатии бучетии таҳсилоти олии «Академияи давлатии тиббии Ижевск» Вазорати нигоҳдории тандурустии Федератсияи Россия иҷро карда шуданд.

Меъёрҳои дохил кардани беморон: Синну соли беморон тол 18-сола; майдони сӯхтагиҳои амиқ то 10%; дар натиҷа пӯшонидани нуқсонҳои ҷароҳат.

Меъёрҳои хориҷ кардани беморон: сӯхтагиҳои сатҳӣ (рӯякӣ); сӯхтагии дараҷаи IV; сӯхтагии роҳҳои нафаскашӣ; беморони дорои бемориҳои раванӣ (рӯҳӣ); ҳомилаҳо ва давраи лактатсия (ширдихӣ).

Ҳангоми гузаронидани таҳқиқоти мазкур натиҷаҳои табобати беморони дорои сӯхтагиҳои амиқи дараҷаи III таҳлил карда шуданд. Ба гурӯҳи якуми назоратӣ 50 бемори майдони сӯхтагиашон 0,5-10% дохил карда шуд, ки синну солашон $48,4 \pm 11,8$ солро ташкил дод. Ба гурӯҳи дуюми назоратӣ 57 бемори дорои аломатҳои дисплазияи бофтаҳои пайвастананда бо синну соли $52,8 \pm 16,4$ сол ворид шуданд. Гурӯҳи сеюм (асосӣ), ки дар онҳо ба табобати стандартии беморон маҳлули ронколейкин илова карда шуда буд, 50 нафар буданд, синну соли миёнаи онҳо ба $53 \pm 14,4$ сол баробар буда. Муқоисаи гурӯҳҳои интихобшуда фарқияти саҳеҳи параметрҳои таҳқиқшавандаро муайян накард (Ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. – Хусусиятҳои муқоисавии беморони гурӯҳҳои I, II ва III

Параметр	Гурӯҳи I (n=50)	Гурӯҳи II (n=57)	Гурӯҳи III (n=50)	*p	**p	***p
Синну соли миёна	$48,4 \pm 11,8$	$52,8 \pm 16,4$	$53 \pm 14,4$	0,074	0,068	0,08

Майдони миёнаи сӯхтагиҳои амиқ % п.т.	4,4±2,6	4,4±3,2	3,9±5,7	0,089	0,081	0,077
Майдони миёнаи сӯхтагиҳо % п.т.	11,1±7,6	13,6±12,2	11,5±2,8	0,087	0,093	0,086

Эзоҳ: *p – сатҳи аҳамияти эътимоднокии фарқиятҳои нишондиҳандаҳои байни беморонир гурӯҳҳои I ва II, **p – сатҳи аҳамияти эътимоднокии фарқиятҳои нишондиҳандаҳои байни беморонир гурӯҳҳои I ва III, ***p – сатҳи аҳамияти эътимоднокии фарқиятҳои нишондиҳандаҳои байни беморонир гурӯҳҳои II ва III (тибки U-критерияи Манн-Уитни)

Таҳлили сифати ҳаёт (СХ) мувофиқи натиҷаҳои саволномаи SF-36 гузаронида шуд. Дар беморони гурӯҳи III таъбибат бо интерлейкином-2 – и рекомбинантӣ сурат гирифт. Барои таъбибати системавӣ маҳлул истифода шуда, 250-500 ҳазор ЕД ба таври дохиливаридӣ тазриқ карда шуд. Ронколейкинро баъди 3 рӯзи бистарӣ кардан 1 маротиба дар 2 рӯз тазриқ карданд. Минбаъд, дар нуқсонҳои ҷароҳати тоза кардашуда ба таври зерипӯстӣ дар атрофии ҷароҳат локарегионалӣ бо интерлейкин-2 – и рекомбинантӣ ворид карданд. Усули муаллифии таъбибати мавзӣ аз канорҳои ҷароҳатро сӯзан задан бо маҳлули 0,5%-и новокаин то пайдо шудани инфилтрат иборат буд, ки ба даруни он ронколейкинро дар маҳлули физиологии NaCl 0,9% омехта кардашуда дохил карда буданд.

Методологияи таҳқиқот аз тарафи комиссияи этикии Муассисаи таълимии федералии давлатии бучетии таҳсилоти олии «Академияи давлатии тиббии Ижевск» Вазорати нигоҳдории тандурустии Федератсияи Россия, протоколи № 707 аз 24.02. соли 2021 маъқул доништа шудааст. Ҳар як бемор ба бланкаи ризоияти огоҳонидашуда барои иштирок дар таҳқиқот имзо кардааст.

Соҳаи таҳқиқот. Коркарди омории маълумотҳои ба даст овардашуда бо истифода аз барномаи компютерии Microsoft Excel 2016 ва STATISTICA 10.0. гузаронида шудааст. Намуди гурӯҳбандӣ кардани аломатҳои таҳқиқшаванда бо ёрии меъёри Колмогоров-Смирнов ва Шапиро-Уилка муайян карда шуданд. Нишондиҳандаҳо дар намуди миёнаи арифметикӣ ё ғалатҳои он ($M \pm m$) пешниҳод карда шудаанд. Эътимоднокии фарқиятҳои мувофиқи меъёри Стюдента (t) муайян карда шуданд. Фарқият хангоми $p \leq 0,05$ будан, эътимоднок ҳисобида шуд. Дар ҳолати муътадил арзёбӣ нагаштани гурӯҳбандии интиҳоби тасодуфӣ, медиана (Me)-ро ҳисоб карданд. Барои муайян кардани фарқиятҳои муҳимми ду интиҳоби тасодуфии тобеъ аз меъёри ғайрипараметрии Вилкоксон (W-test) истифода карда шуд. Эътимоднокии ду интиҳоби тасодуфии новобаста мувофиқи меъёри Манн-Уитни (U-test) муайян карда шуд. Фарқияти нишондиҳандаҳоро хангоми $p < 0,05$ будан, муҳим ҳисобиданд. барои

тахқиқ кардан иду аломат коэффитсиенти коррелятсияи Пирсон (r) ё Спирмана (R) вобаста аз муътадил будани гурӯҳбандӣ ҳисоб карда шуд.

НАТИЧАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Таъсири ронколейкин ба колонияҳои патогении микробӣ

Таҳқиқоти бактериологӣ ба омӯзиши хусусиятҳои таъсири Ронколейкин ба бактерияи грамманфии *Pseudomonasaeruginosa*, *Klebsiellapneumoniae*, *Proteusmirabilis* бо роҳи кишти муҳити ғизоӣ (агари усораи (экстракти) гӯшт АУГ) равона карда шудааст.

Аз киштҳои шабонарӯзӣ (*Pseudomonasaeruginosa*, *Klebsiellapneumoniae*, *Proteusmirabilis*) моддаи микробии ҳалнашуда тайёр карданд, тибқи тирашавии стандартӣ 10 ЕД. Аз моддаи микробии ҳалнашуда бо усули Кох маҳлулҳоро тайёр карданд. Усули Кох аз тайёр кардани як қатор маҳлулҳо дар маҳлули физиологии NaCl 0,9% муқаттар иборат мебошад. Ҳамин тавр, моддаи микробии ҳалнашудаи даҳқарата 10^{-1} , 10^{-2} , 10^{-3} , 10^{-4} . ба даст оварда шуд. Маҳлулҳои охири 10^{-4} –маҳлулҳои корӣ мебошанд.

1 мл маҳлулҳои корӣ (10^{-4})-ро бо 1мл Ронколейкини дар маҳлули физиологии NaCl 0,9% 1:10 омехта карданд ва муддати 24 соат гузоштанд. 0,1мл омехтаи маҳлулҳои кории Ронколейкинро ба муҳити ғизоӣ омехта карданд.

Ба сифати назорат моддаи микробии ҳалнашударо дар разведени 10^{-4} ба кор бурданд.

Натиҷаҳои кишт дар ҷадвали 2 оварда шудаанд.

Ҷадвали 2. – Таъсири Ронколейкин ба микроорганизмҳо

Номи микробҳо	Таҷриба	Назорат
<i>Pseudomonasaeruginosa</i>	400-600 колония	Сабзиши пурра
<i>Klebsiellapneumoniae</i>	Сабзиш нест	Сабзиши пурра
<i>Proteusmirabilis</i>	100-200 колония	Сабзиши пурра

Натиҷаҳои эксперимент нишон доданд, ки Ронколейкин танҳо нисбат ба *Klebsiellapneumoniae* дорои таъсири зиддибактериалӣ мебошад, чунки хусусиятҳои сабзиш муайян карда нашуда буданд. Ба ду кишти дигар: *Pseudomonasaeruginosa* ва *Proteusmirabilis* Ронколейкин таъсири нисбатан камтари зиддимикробӣ зоҳир кард.

Таъсири ронколейкин ба протсессии ҷароҳати ҳайвонот

Муайян кардани таъсири бактериостатикии ронколейкин, ки дар системаи комплекси чорабиниҳои табобатии беморони ҷарроҳишаванда истифода мешаванд, дар каламушҳои сиҳати лаборатории сафеди ҳарду чинс бо массаи 200-220г. гузаронида шуд. Экспериментҳо бо риоя намудани принципҳои гуманистӣ, ки дар директиваҳои Ҷамъияти Аврупоӣ (86/609/ЕЕС) ва декларатсияи Хелсинки гузаронида шуданд.

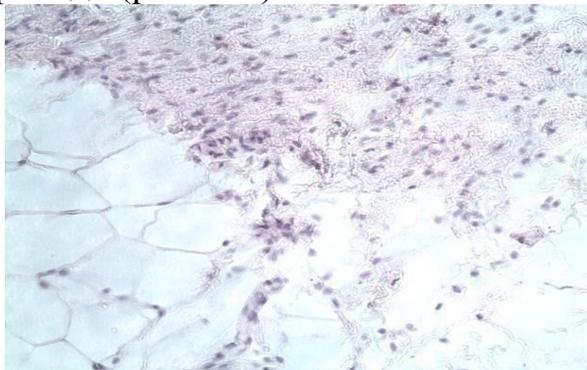
Ҷароҳати фасоднок дар каламушҳо таҳти наркоз дар шароити муқаттар бо усули П.И. Толстих ва баъдан тазриқ намудани *Escherichiacoli*

АТСС 25922 моделсозӣ карда шуд. Барои таҷриба ду гурӯҳи мушҳо бо 5 сарӣ дар ҳар кадом гурӯҳ таъсис дода шуд. Захмбандии ҷароҳат дар ҳарду гурӯҳ ҳамарӯза иҷро карда шуд. Дар гурӯҳи якуми таҷрибавии каламушҳо ҷароҳатро бо маҳлули «Ронколейкин», дар гурӯҳи дуюми таҷрибавии каламушҳо – бо маҳлули физиологии 0,9% дар як шабонарӯз 3 маротиба дар муддати 10 рӯз шӯстанд. Захмбандӣ дар давоми 10 шабонарӯз рӯзе 3 маротиба гузаронида шуд.

Ҷараёни протесси ҷароҳатро дар ҳайвоноти эксперименталӣ бо усулҳои микробиологӣ ва гистологӣ баҳогузорӣ карданд. Хориҷ кардан аз эксперимент дар трӯзҳои 1-ум ва 10-ум сурат гирифт. Ҷамъовариҳои бофтаҳо барои таҳқиқоти гистологӣ анҷом дода шуд.

Дар ҳамсаи гурӯҳҳо флораи микробии ҷароҳат дар трӯзи сар кардани табобат ба ҳисоби миёна $13,6 \pm 1,56 \times 10^7$ КОЕ/г-ро ташкил дод, минбаъд тамоюли пастшавӣ ба мушоҳида расид. Дар шабонарӯзи 10-ум тухмгузориҳои микробҳо дар ҷароҳати гурӯҳи 1-ум $1,5 \pm 0,36 \times 10^4$ КОЕ/г, дар гурӯҳи 2-юм $9,3 \pm 1,12 \times 10^4$ КОЕ/г-ро ташкил дод, ки ин аз фаъолнокии баланди зиддимикробии маҳлули «Ронколейкин» дарак медиҳад.

Дар ҳарду гурӯҳ дар рӯзи 1-уми моделсозии ҷароҳати фасоднок ифрозоти фаровони фасодиву некрозӣ бо лейкоцитҳои сершумори нофаёл, тарашухоти бофтаҳои атроф бо лейкоцитҳо ва фағҳо, дилататсияи маҷрои микросиркуляторӣ, варамидагии қабатҳои амиқи дерма ба мушоҳида расид (расми 1).

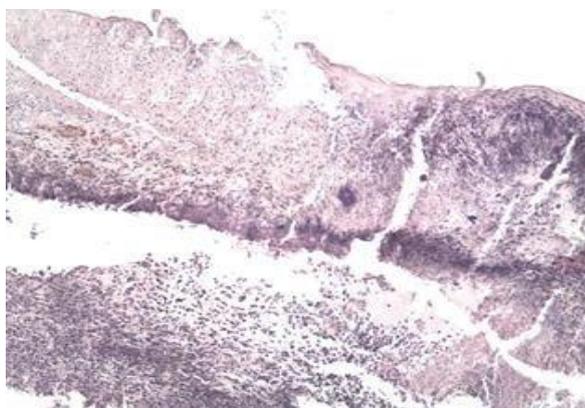


Расми 1. – Гурӯҳи таҷрибавии №1. Васкуляризатсияи бофтаҳои пайваस्तкунанда. Тағйиротҳои илтиҳобии камтар возеҳанд. Микропрепаратҳои ҷароҳат. 10 рӯзи эксперимент. Удар×400. Рангкунӣ бо гематоксилин ва эозин.

Дар шабонарӯзи 10-ум дар гурӯҳи №1 дар канорҳои ҷароҳат мавҷуд будани тӯдаҳои эпителиалӣ ба назар расид. Гранулятсияҳо аз бофтаҳои солим инфилтратсия ва ҷудо карда шудаанд. Дар ҳамаи препаратҳои бофтаҳои ҳайвоноти гурӯҳи таҷрибавӣ гранулятсия бо бофтаҳои эпителиалӣ ва дерма пӯшонидани шуда буд. Дар микропрепаратҳои бофтаҳои ҷароҳати мушҳои лабораторӣ аз гурӯҳи В эпителизатсияи хуби нуқсон ба мушоҳида расид, дар ин маврид тарашухоти қабатҳои болоии дерма ханӯз мавҷуд буд. Регенерат сохторӣ ва тавассути рағҳои аз нав бавучудомада ба таври фаровон бо хун таъмин мешавад (расми 1), (расми 2).

Дар микропрепаратҳои ҳайвоноти гурӯҳи №2 -и муқоисавӣ дар шабонарӯзи 10-ум сатҳи ҷароҳатро карахши фасоднок мепӯшонанд, дар

зери он гранулятсия бо лейкоцитҳо инфилтратсияшуда қарор доранд, к
ибо фибринҳо пӯшонида шудаанд, бидуни аломатҳои эпителизатсия. Бар
иловаи ин, дар бофтаи гранулятсияшуда рағҳои нав фаёлона нумууъ
мекунад. Варамии қабатҳои амики дерма дида мешавад (расми 2.).



**Расми 2. – Гурӯҳи таҷрибавии №2. Дар болои чароҳат детрити хушкшуда дида
мешавад, ки дар зери он гранулятсия қарор дорад. Дар ин маврид сабзиши хучайраҳои
эпителиалӣ ба мушоҳида намерасад. Микропрепаратҳои чароҳат. 10 рӯзи эксперимент.
Удар×400. Рангкунӣ бо гематоксилин ва эозин.**

Маълумотҳои дар ҷараёни таҳқиқот ба даст овардашуда нишон
медиханд, ки маҳлули препарати «Ронколейкин» махсусан нисбат ба
Escherichiacoli дорои таъсири бактериостатикмебошад, ки ин аз
имконпазирии истифода кардани он дар табобати комплекси чароҳатҳои
фасоднок дарак медиҳад. Натиҷаҳои аз таҳқиқотҳои микробиологӣ ва
гистологии чароҳатҳои фасоднок ба даст овардаи мо аз таъсири мусбати
нисбатан возеҳтар, тезонидани процесси чароҳат ҳангоми шӯстани
(санатсия) чароҳат бо маҳлули коркардшудаи «Ронколейкин» дарак
медиханд.

Қаблан дар таҳқиқотҳои А.А. Акимов фаёлнокии зиддимикробии
ронколейкин нисбат ба микрофлораи патогенӣ, қаламчаи рӯдаҳо ва
стафилоккоки тиллоранг исбот карда шуда буд. Дар экспериментҳои
гузаронидаи мо натиҷаҳои ба даст оварда шуданд, ки аз фаёлнокии
зиддимикробии нисбат ба клебсиеллаҳои флораи патогенӣ дарак медиҳанд,
ки дар процесси чароҳат ҳангоми чароҳатҳои сӯхтагӣ зиёд дучор
мешаванд. Дар эксперименти ҳайвонот – каламушҳои безоти сафед
самаранокӣ ҳангоми сохтани модели чароҳати фасоднок нисбат ба
стафилоккоки тиллоранг муайян карда шуд, ки дар ин ҳолат шудани
процесси илтиҳобӣ, варам, некроз ҳангоми истифода намудани препарати
ронколейкин барои табобати мавзӣ ба мушоҳида расид. Натиҷаҳои
ҳосилшуда имконият медиҳанд, ки ронколейкин дбарои табобати мавзӣ
чароҳатҳои фасоднок ва сӯхтагӣ истифода гардад.

**Натиҷаҳои табобати анъанавии беморони дорои сӯхтагиҳои амик
бидуни дисплазияи бофтаҳои пайвастркунанда (ДБП).**

Дар 50 бемор аз гурӯҳи I –и назоратӣ (бидуни аломатҳои
контрольной группы (без признаков ДБП) дар маҷмуъ 53 ҷарроҳӣ оид ба
трансплантатсияи пӯсти худ гузаронида шуд, дар ин ҳолат андозаи нуқсонии

пӯшонидашаванда гуногун буд. Аз 50 бемор дар 45 нафар (90%) барои маҳкам кардани ҷароҳат ягон-ягон аутодермопластика зарур шуд. Дар 5 (10%) ҳолат ҷарроҳии такрорӣ сурат гирифт. Майдони сӯхтагии дараҷаи III дар бемороне, ки такроран ҷарроҳӣ шудаанд, $9,2 \pm 1,3\%$ буд. Дар як ҳолат лизиси ауто трансплантанти пуст рух дод. Ҷарроҳӣ ба ҳисоби миёна дар тшабонарӯзи $14,7 \pm 5,1$ пас аз ворид шудан ба беморхона ва дар шабонарӯзи $23,4 \pm 7,6$ -и пас аз лаҳзаи осеб бардоштан гузаронида шудааст.

Танҳо лизиси ҷузъии порчаҳои пӯст дар гурӯҳи беморони дорои нуқсонҳои зиёда аз 5% аз майдони бадан ҳангоми 3 (5,6%) ҷарроҳӣ ба қайд гирифта шуд. Дар муассисаи табобатӣ будан $26 \pm 11,8$ рӯзро ташкил дод.

Натиҷаҳои табобати анъанавии беморон аз гурӯҳи муқоисавӣ.

Табобат дар доираи стандартҳои амалкунанда дар соҳаи тиб таъйин карда шуданд. 78 аутодермопластик. Дар 41 (70,1%) бемор манипулятсияи ягона барои шифо ёфтани ва барқарор шудани пӯст кофӣ буд. Боз барои 17 (30,0%) бемор аутодермопластикаи такрорӣ иҷро карда шуд: аз онҳо 2 ҷарроҳӣ дар 14 (24,5%) бемор, 3 ҷарроҳӣ – барои 3 (5,5%) нафар. Аз лаҳзаи сар кардани табобат дар ин гурӯҳ трансплантатсияи пӯсти худ дар рӯзи $20,3 \pm 9,4$ – и пас аз ворид шудан ва шабонарӯзи $27,8 \pm 9,5$ -уми пас аз осеб бардоштан иҷро карда шуд.

Дар гурӯҳи таҳқиқшуда барои шифо ёфтани ҷароҳат ба ҳисоби миёна 17, $\pm 12,5$ рӯз сарф шуд. Давомнокии умумии табобат дар шӯбаи комбустиологӣ ба $38,1 \pm 16,0$ рӯз баробар буд. Оризаҳо дар шакли об шудан (ҳал шудани) пӯсти пайвандшуда дар 9 (11,5%) ҳолат ба мушоҳида расид. Илова бар ин, дар зергурӯҳи дорои сӯхтагиҳои маҳдуд ин ориза дар 10 %-и ҳолатҳо ба амал ки назар ба зергурӯҳи дорои сӯхтагии аз 5 то 10%-и сатҳи бадан камтар аст.

Натиҷаҳои табобати беморон аз гурӯҳи асосӣ. Барои беморони гурӯҳи III мавҷуд будани аломатҳои ДБП хос аст, аммо дар табобати комплекси онҳо мо схемаи истифодаи препарата ронколейкинро ворид намудем.

Дар гурӯҳ 50 нафар дохил шуда буд ва дар ҳамаи онҳо ҳангоми гузаронидани аутодермопластика, таъсирбахшии мусбат бо ҷарроҳии якқарата муяссар гашт. Ба ҳисоби миёна, барои тайёр кардани беморон ба аутодермопластика баъди травматизатсия $18,1 \pm 5,0$ рӯзро дар бар гирифт. Дар ҳолати ҳисоб кардан аз лаҳзаи бистаришавӣ ин муҳлат $16,6 \pm 5,1$ рӯз буд.

Замони аз гузаронидани аутодермопластика то барқарор шудани бутунии эпидермис $13,9 \pm 4,9$ рӯз буд. Дар зергурӯҳи дорои сатҳи маҳдуди сӯхтагӣ давраи шифоёбӣ $13 \pm 5,4$ рӯз буд, ба ҳисоби миёна ин 3,5 рӯз камтар аст назар ба зергурӯҳи муқоисавӣ, ки дар онҳо сӯхтагӣ аз 5 то 10% -и сатҳи баданро фаро гирифта буд, ҳангоми аз ҷиҳати омӯрӣ эътимоднок будани фарқиятҳо. Муҳлати бистарӣ будан $30,5 \pm 9,6$ рӯз ҳисоб карда шуд. Тибқи қонун ҳангоми то 0,5-5% кам будани майдони сӯхтагӣ барои табобат вақти кам, маҳз $27,8 \pm 9,6$ рӯз сарф мешавад. Дар гурӯҳи бемороне, ки ҷароҳати сӯхтагӣ аз 5 то 10% аст, ин нишондиҳанда ба $38,5 \pm 3,5$ рӯз баробар аст. Некрозҳои порчаҳои кӯчат кардашуда ба назар нарасид.

Ҳангоми муқоиса кардани натиҷаҳои табобат дар 3 гурӯҳ басомади баланди оризаҳо назар ба дигар гурӯҳҳо дар гурӯҳи II ба назар расид. Лизиси трансплантантҳои пӯст дар 9 ҳолат рух дод, дар гурӯҳи назорати I адад ва ин ориза дар гурӯҳи асосӣ дида нашуд. Дар гурӯҳи муқоисавӣ дар 17 (30,0%) бемор аз 57 нафар амалиёти ҷарроҳии такрорӣ оид ба кӯчаткунии пӯсти худӣ анҷом дода шуд. Дар ин муддат талабот ба амалиёти такрорӣ дар гурӯҳи назоратӣ паст, ҳамагӣ 10% буд. Илова бар ин, дар гурӯҳи бемороне, ки бо ронколейкин табобат гирифтаанд, зарурати кӯчаткунии марҳилавии пӯст умуман вучуд надошт.

Дар бемороне, ки ситокинотерапия қабул кардаанд, дар зергурӯҳи дорои сӯхтагиҳои маҳдуд муҳлати тайёр кардан барои ҷарроҳӣ аз оғози осеб бардоштан, дар муқоиса аз ҳамин гуна зергурӯҳи муқоисавии II, то 12 рӯз кам карда шуд ҷанб. Аз оғози бистарикунонӣ то аутодермопластика дар гурӯҳи асосӣ то 5% п.т ҳамагӣ $14,8 \pm 4,5$ рӯз гузашт. Ҳамин тартиб, ин давра дар зергурӯҳи марбутатаи гурӯҳи II вақти зиёдро гирифт, ки ба $19,7 \pm 10,1$ рӯз баробар аст. Муҳлати миёнаи барқарор шудани қабатҳои пӯст дар беморон пас аз амалиёти ҷарроҳӣ, ки дар табобати онҳо ронколейкин дохил карда шуда буд, назар ба беморони гурӯҳи муқоисавӣ, ки табобати стандартӣ гирифтаанд ва ДБП доранд, 4 шабонарӯз кам буд. Табобати беморони гурӯҳи муқоисавӣ саҳеҳан вақти зиёдро гирифтааст. Он ба ҳисоби миёна ба $38,1 \pm 16,0$ шабонарӯз баробар буд. дар гурӯҳи асосӣ давомнокии табобат дар шӯбаи комбустиологӣ $30,5 \pm 9,6$ рӯзро ташкил дод.

Маълумотҳои дар ҷараёни таҳқиқот ба даст овардаи мо аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки ДБП дар ҳақиқат ҷараёни протесси ҷароҳатро вазнин мегардонад, хатари пайдо шудани оризаҳоро ҳангоми гузаронидани амалиёти ҷарроҳӣ зиёд мекунад. Схекаи пешниҳодшудаи истифодаи ронколейкин барои ҷаброн кардани зуҳуроти дисплазия ҳангоми табобати сӯхтагиҳои амиқ мувофиқат мекунад. Барои кам кардани муҳлати табобат дар статсионар, тезонидани оморасозӣ ба аутодермопластика ба таври хуб мусоидат мекунад, лизиси порчаҳои пӯст ва талабот ба ҷарроҳии такрориро ҳангоми табобати сӯхтагиҳои амиқ кам месозад.

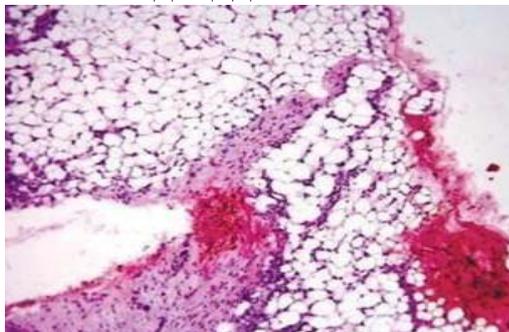
Хусусиятҳои гистологии сӯхтагиҳои амиқ дар беморони дорои дисплазияи бофтаҳои ипайваस्तкунанда.

Дар беморони гурӯҳҳои III ва II дар давоми табобат маводи биопсии пӯст аз ноҳияи ҷароҳат гирифта шуда, баҳогузориҳои гистологӣ анҷом дода шуд.

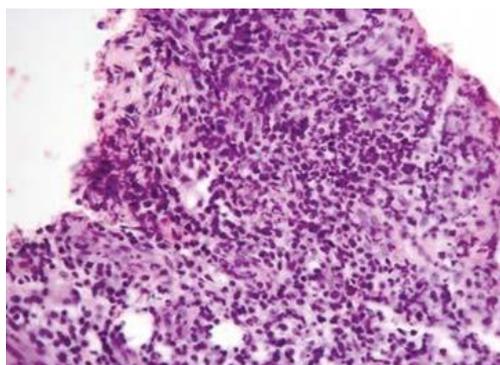
Сӯхтагиҳои амиқи дараҷаи III дар беморони гурӯҳи муқоисавӣ ба дароз шудани протесси регенератсия, ҳамчунин дар натиҷа бофтаи дағали хадшадорро тавлид кардан, майл доштанд. Бар иловаи ин, маҳкам кардани нуқсонҳои ҷароҳат муҳлати зиёдро – аз 27 ($37,5 \pm 19,2$) то 56 рӯзро гирифт, қайд карда шуд, ки дароз шудани муҳлати шифоёбиро сироятнокшавӣ ҳамроҳӣ мекард.

Дар беморони гурӯҳи III, ки ба табобати комплекси интерлейкини рекомбинантии одам дохил карда шуда буд, дар шабонарӯзи 8-10-ум бо роҳи гистологӣ тағйиротҳои илтиҳобӣ бо вучуд доштани ноҳияҳои обшудаи бофтаҳо (расми 3) муайян карда шуданд. Табобат бо истифода аз

тазриқи маҳаллии ронколейкин идома ёфт, аз лихози морфологӣ инҳо дар шакли пайдо шудани инфилтаратсияи бофтаҳо тавассути лимфоситҳо, ҳамчунин неанзиогенез инъикос ёфтаанд (расми 4). Бар иловаи ин, миқдори лифҳои бофтаҳои пайваस्तкунанда дар бофтаи ҷароҳат хеле зиёд шудааст. Шифоёбии ниҳии он дар муҳлати шабонарӯзи $30,1 \pm 9,2$ рух дод. Ин нишондиҳанда баланд шудани суръати шифоёбии ҷароҳатро нисбат ба гурӯҳи муқоисавии II нишон медиҳад.



Расми 3. – детрити бофтавӣ бо инфилтаратсияи лейкоцитарӣ. Рангкунӣ бо гематоксилин ва эозин. Удар×40, окуляр 10



Расми 4. – ташаккул додани бофтаи гранулятсионӣ ва инфилтаратсияи лимфоситарӣ дар дерма ва гиподерма. Рангкунӣ бо гематоксилин ва эозин. Удар×40, окуляр 10

Муайян карда шуд, ки ба таъбири комплексӣ дохил намудани интерлейкини рекомбинантӣ ба тезонидани гузариш аз илтиҳоби шадид ба фазаи регенератсия ва муҳлати пайдо шудани гранулятсия таъсир мерасонад, хатари сироятнок шудани ҷароҳатро коҳиш медиҳад.

Тағйироти иммунологӣ хангоми дисплазияи бофтаҳои пайваस्तкунанда дар беморони дорои ҷароҳати амиқ.

Асоситарин унсурҳои протсесси регенератсияи бофтаҳои организми одам системаи масунӣ (иммунӣ) ба ҳисоб меравад. Вай на танҳо дар элиминатсияи барангезандаҳо ва тоза кардани нуқсонҳои ҷароҳат, балки дар протсесҳои асосии шифоёбӣ низ иштирок мекунад: тақсим шудани ҳуҷайраҳои нав ва пухта расидани онҳо. Ба ин система омилҳои гуногуни эндогенӣ ва экзогенӣ метавонанд таъсир расонанд, ба омилҳои эндогенӣ аз ҷумла ДБП низ дохил мешавад. Барои ҳамин тҳам, бо мақсади беҳтар соختани сифати таъбир ва ташхис омӯختани системаи иммунӣ ва мавқеи

он дар системаи гомеостаз, аз ҷумла ҳангоми бемориҳои гуногуни бофтаҳои пайвастанда зарур мебошад.

Мо таъбири комплексиро бо ворид кардани препарати Ронколейкин барои сӯхтагии дараҷаи III дар беморони дорои ДБП анҷом додем. Нишондиҳандаҳои системаи иммунӣ бо роҳи таҳлили хуни периферии варидӣ таҳлил карда шуд (ҷадвали 3).

Ҷадвали 3. – Нишондиҳандаҳои иммунитетии ҳуҷайравӣ ва гуморалӣ.

Нишондиҳанда	То таъбир	Баъди таъбир	*p
CD3	64,6±8,3	72,4±5,6	0,029
CD4	38,5±7,8	42,4±4,7	0,026
CD8	19,1±6,0	22,4±6,8	0,031
CD19,	12,9±2,8	17,2±3,54	0,034
CD16,56 (NK- ҳуҷайраҳо)	27,4±2,3	18,5±1,34	0,001
Фагоситоз	40,4±4,8	61,3±6,54	0,001
Адгезияи нейтрофилҳо	28,4±3,54	42,2±2,45	0,001
Иммуноглобулини А	1,7±0,28	1,7±0,45	0,690
Иммуноглобулини G	11,2±1,51	10,6±2,34	0,036
Иммуноглобулини M	1,5±0,39	1,3±0,29	0,048
СИК	1,0±0,65	0,55±0,23	0,032

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо то ва баъди таъбир (тибки Т-критерияи Вилкоксон)

Тавре ки дар ҷадвал дида мешавад, дар таъбир истифода кардани «Ронколейкин» нишондиҳандаҳои системаи иммуниро беҳтар месозад, ки ин дар навбати худ ба сифати тайёр кардани ҷароҳат барои аутодермопластика таъсир мерасонад ва шифоёбии аутотрансплантатҳоро беҳтар месозад.

Дар амалия мо мебинем, ки осебҳои звеноҳои протсесси иммунӣ дар фасодгирии ҷароҳат инхикос меёбад, флораи махсусан вирулентии бактериялӣ пайдо мешавад, ки тавассути антибиотикҳои муосир муолиҷа намешавад. Ҳамчунин оқибатҳои токсикӣ ва иммунологии истифодаи антибиотикҳо дар намуди норасоии вазнини иммунологӣ ба мушоҳида мерасад. Дар баъзеҳо, ҳангоми протсесҳои васеит фасоднок оризаҳо дар шакли сепсис ва норсоии бисёрӯзвӣ ва баъдан умумӣ шудани сироятнокӣ ба мушоҳида мерасад.

Сифати ҳаёти беморони грифтори сӯхтагӣҳои амиқ ҳангоми дисплазияи бофтаҳои ипайвастанда.

Таҳлили сифати ҳаёт (СХ) аз рӯи натиҷаҳои саволномаи SF-36 гузаронида шуд. муоинаи ин нишондиҳандаҳо дар лаҳзаи дохилшавӣ,

ҳангоми табобати статсионарӣ ва ҳангоми табобати минбаъда барқарорсозӣ иҷро карда шуд.

Нишондиҳандаҳои сифати ҳаёт (СХ), ки дар давоми якчанд шабонарӯз и баъди бистарӣ кунонидан дар шуъбаи махсус чен карда шудаанд, бо нишондиҳандаҳои пасти худ дар ҳама аломатҳои саволнома фарқ мекард, дар ин маврид инҳирофи аз ҷиҳати омӯри муҳим дар байни гурӯҳи асосӣ ва гурӯҳи муқоисавӣ муайян карда нашуд. Чунин тағйиротҳо бо вазнинии ҳолат дар оғози табобати статсионарӣ, дар беморон вучуд доштани патологияҳои ургентӣ (шоки сӯхтагӣ) алоқаманд буд (ҷадвали 4).

Ҷадвали 4. – Нишондиҳандаҳои сифати ҳаёт дар замони дохилшавӣ.

Аломат	Беморони гурӯҳи асосӣ n=50	Беморони гурӯҳи муқоисавӣ n=57	*p
ФҚ – фаъолияти ҷисмонӣ	22,9±12,9	17,9±11,3	0,045
НФ – нақши проблемаҳои ҷисмонӣ дар маҳдудсозии фаъолияти ҳаётӣ	12,8±4,0	10,8±3,0	0,048
Д–дард	33,7±4,4	33,7±5,6	0,074
СУ – солитмии умумӣ	30,4±9,5	30,4±10,2	0,072
Ҳ –қобилияти ҳаётӣ	29,4±7,4	29,6±6,6	0,069
ФИ –фаъолнокии иҷтимоӣ	28,3±10,1	28,3±9,8	0,081
НЭ – нақши проблемаҳои эмотсионалӣ дар маҳдудсозии фаъолияти ҳаётӣ	27,3±8,1	29,2±6,2	0,052
СР – солимии равонӣ	36,2±6,6	31,4±9,4	0,041

Эзоҳ: *p – сатҳи муҳимияти эътимоднокии фарқияти байни нишондиҳандаҳо (тибки U-критерияи Манн-Уитни).

Дар динамика нишондиҳандаҳои СХ баъди 1 моҳ хатми табобати статсионарӣ ҳам дар гурӯҳи асосӣ ва ҳам муқоисавӣ беҳбудиро нишон доданд. Дар баробари ин аз рӯи баъзе нишондиҳандаҳо беморони гурӯҳи III аз гурӯҳи II аз ҷиҳати суръати барқароршавӣ пеш гузаштанд (ҷадвали 5).

Ҷадвали 5. - Нишондиҳандаҳои сифати ҳаёт баъди 1 моҳ.

Аломат	Беморони гурӯҳи асосӣ n=50	Беморони гурӯҳи муқоисавӣ n=57	*p
ФҚ – фаъолияти ҷисмонӣ	44,9±11,0	22,4±8,6	0,019
НФ – нақши проблемаҳои ҷисмонӣ дар маҳдудсозии фаъолияти ҳаётӣ	46,4±12,7	28,4±12,1	0,023

Д-дард	46,6±6,2	34,6±12,7	0,038
СУ – солитмии умумӣ	40,6±9,4	37,9±21,2	0,047
Ҳ – қобилияти ҳаётӣ	36,5±4,9	30,3±9,5	0,048
ФИ – фаъолнокии иҷтимоӣ	32,6±8,2	30,2±8,8	0,044
НЭ – нақши проблемаҳои эмотсионалӣ дар маҳдудсозии фаъолияти ҳаётӣ	34,4±5,1	32,4±11,6	0,045
СР – солимии равонӣ	44,3±5,5	38,9±5,1	0,041

Эзоҳ: *p – сатҳи муҳимияти эътимоднокии фарқияти байни нишондиҳандаҳо (тибки U-критерияи Манн-Уитни).

Баъди 6 моҳи сар кардани табобат дар беморони гурӯҳи асосӣ баландшавӣ миқдори муҳимми эътимодноки худро дар ҳамаи критерияҳои СҲ ба даст овард (ҷадвали 6).

Ҷадвали 6. – Динамикаи нишондиҳандаҳои сифати ҳаёти беморони дорои сӯх-тағииамиқ баъди 6 моҳ.

Аломат	Беморони гурӯҳи асосӣ n=50	Беморони гурӯҳи муқоисавӣ n=57	*p
ФҶ – фаъолияти чисмонӣ	72,7±9,8	44,4±16,9	0,021
НФ – нақши проблемаҳои чисмонӣ дар маҳдудсозии фаъолияти ҳаётӣ	70,6±5,1	30,2±14,5	0,018
Д-дард	76,0±8,2	44,0±22,1	0,032
СУ – солитмии умумӣ	67,7±5,1	47,7±8,2	0,029
Ҳ – қобилияти ҳаётӣ	64,2±9,6	44,7±12,2	0,036
ФИ – фаъолнокии иҷтимоӣ	48,3±6,3	22,1±8,7	0,037
НЭ – нақши проблемаҳои эмотсионалӣ дар маҳдудсозии фаъолияти ҳаётӣ	54,4±5,1	32,9±16,8	0,043
СР – солимии равонӣ	78,2±8,8	32,0±24,4	0,025

Эзоҳ: *p – сатҳи муҳимияти эътимоднокии фарқияти байни нишондиҳандаҳо (тибки U-критерияи Манн-Уитни).

Дар 12 моҳи баъди сар кардани табобат фарқиятҳои эътимодноки байни гурӯҳҳо аз рӯи ҳамаи нишондиҳандаҳо муайян карда шуд, ки дар ин ҷо дар заминаи беҳтаршавии умумӣ дар ҳарду гурӯҳи муоинашаванда, ҷдар гурӯҳи асосӣ СҲ аз рӯи ҳамаи критерияҳо ҳангоми $p < 0,05$ баланд буд всех показателей (ҷадвали 7).

Ҷадвали 7. – Динамикаи нишондиҳандаҳои сифати ҳаёти беморони дорои сӯх-тағииамиқ баъди 12 моҳ

Аломат	Беморони гурӯҳи асосӣ	Беморони гурӯҳи	*p
--------	--------------------------	--------------------	----

	n=50	муқоисавӣ n=57	
ФЧ – фаъолияти чисмонӣ	52,7±8,2	50,5±12,9	0,063
НФ – нақши проблемаҳои чисмонӣ дар маҳдудсозии фаъолияти ҳаётӣ	52,7±3,3	36,7±12,3	0,041
Д–дард	82,3±3,3	32,3±21,9	0,017
СУ – солитмии умумӣ	74,0±7,3	50,0±5,7	0,035
Ҳ – қобилияти ҳаётӣ	74,2±7,7	50,1±9,6	0,039
ФИ – фаъолнокии иҷтимоӣ	78,1±11,5	40,1±21,6	0,031
НЭ – нақши проблемаҳои эмотсионалӣ дар маҳдудсозии фаъолияти ҳаётӣ	58,9±6,8	44,8±12,7	0,046
СР – солимии равонӣ	84,4±7,6	42,0±6,7	0,029

Эзоҳ: *p – сатҳи муҳимияти эътимоднокии фарқияти байни нишондиҳандаҳо (тибқи U-критерияи Манн-Уитни).

Беморони гурӯҳи асосӣ баъди 1 моҳ, аллакай аз ҳаҷати иҷтимоӣ мутобиқ шуда буданд, беҳтар шудани нишондиҳандаҳои ҳаётӣ ва хоҳиши бозгашт ба фаъолияти меҳнатиро нишон доданд. Аллакай баъди як моҳи руҳсат шудан аз статсионар мониторинги беморони гурӯҳи асосӣ баланд шудани фаъолнокиӣ, таъб, хоҳиши кор карданро нишон дод. Тақрибан дар ҳамаи ҳолатҳо (зиёда аз 85%) беҳтар гаштани иштиҳо, хоб ва параметрҳои СҲ ба назар расид.

Айни замон омӯхтан ва таҳлил кардани СҲ барои беҳтар кардани сифати таъобат ва назорати динамики он усули нисбат ояндадор мебошад, чунки вай эҳсосоти субъективии ҳуди беморро дар бораи саломатияш нишон медиҳад ва дар робита аз ин, усули мазкур имконият медиҳад, ки қаноатманҷии беморон аз таъобат баланд бардошта шавад. Шароити барои беморони осеби термикӣ ва ҷарроҳиро аз сар гузаронида татбиқи васеи таъобати барқарорсозиро дар барномаи реабилитатсионии беморон пешбинӣ мекунад.

Ҳангоми таҳлил кардани натиҷаҳои дар ҷараёни иҷро намудани таҳқиқоти диссертатсионӣ ба даст овардашуда муайян карда шуд, ки сӯхтагиҳои термикӣ ва оқибатҳои онҳо проблемаи мубрами тибби муосир ва ҷамъият боқӣ мемонанд, чунки онҳо метавонанд ба ҳолатҳои гуногуни ургентӣ, талафи устувори қобилияти корӣ оварда расонанд, дар беморон нуқсонҳои возеҳи эстетикиро ба вуҷуд меоранд, ки ба амалиёти ҷарроҳӣ зарурат доранд. Дисплазияи бофтаҳои пайваस्तкунанда дар беморони дорои сӯхтагиҳои амиқ протсессии таъобат ва баъдан реабилитатсияро бад месозад, то имрӯз бошад, оид ба таъобати беморони соҳаи комбустиологӣ бо оризаҳои дисплазия ва заминаҳои коморбидӣ стандарт мавҷуд нест. Маълумоти таҳқиқоти муаллиф нишон медиҳанд, ки ҳангоми сӯхтагӣ дар беморони дорои ДБП протсессии регенератсияи қабатҳои пӯст хеле суст

ба амал меоянд, аксар вақт лизиси трансплантантҳои пӯст рух медиҳад, муҳлати табобати статсионарӣ ва омодагӣ ба аутодермопластикаро дароз мекунад.

Дар асоси маълумотҳои эксперименти гузаронидашуда мо гипотезаеро пешниҳод кардем дар бораи он, ки истифода намудани табобати иммуномодулятсионӣ бо интерферон-2 –рекомбинантии одам сифати табобати беморони дорои сӯхтагиҳои амиқ ва ДБП –ро беҳтар месозад, инро дар равиши таҳқиқот тасдиқ кардем: дар бемороне, ки табобат гирифтаанд, муҳлати омодагӣ ба ҷарроҳӣ ва муҳлати бистарӣ будан кам мешавад, оризаҳо дар намуди лизиси перфорантҳои пӯст ба мушоҳида нарасид, ин имконият дод, ки нуқсон ҳангоми аутодермопластикаи ягона маҳкам карда шавад.

Далелҳои объективии гистологии таъсири мусбати ронколейкин бапротсесси ҷароҳат тдарёфт карда шуд. Беҳтар шудани параметрҳои сифати ҳаёт дар давраҳои наздик ва дури табобати беморон низ дар гурӯҳи бемороне мушоҳида шуд, ки табобати комплекси ислоҳсозии масуниятро гирифтаанд. Таҳлили иммунологӣ низ таҳмини моро дар хусуси он, ки препарати истифодашаванда осеб ва системаи иммуниро ҳангоми ДБП ҷуброн мекунад, тасдиқ намуд.

ХУЛОСАҲО

1. Дар эксперименти стендӣ бо микрофлораи патогении нисбатан зиёд дучоршаванда ва дар шароити модели сирояти ҷароҳат дар ҳайвонҳои озмоишгоҳӣ таъсири олии бактериостатикии ронколейкин, таъсири мусбати он ба протсесси регенератсияи ҷароҳат муайян карда шуд [1-М, 7-М, 14-М, 26-М, 30-М].

2. Муайян карда шуд, ки дар беморони дорои дисплазияи бофтаҳои пайвастунанда шифо ёфтани ҷароҳати сӯхтагӣ дар муддати тӯлонӣ ба амал меояд, тамоюли пайдо шудани илтиҳоби фасоднок меафзояд, дар натиҷа фоизи маъюбшавӣ пас аз сӯхтагиҳои аз сар гузаронидашуда зиёд гашта, талабот ба тармими реконструктивии пӯс дучанд мегардад. [2-М, 3-М, 12-М, 13-М, 15-М, 16-М, 17-М, 19-М, 22-М, 23-М, 27-М, 29-М].

3. Ситокинотерапия бо истифодаи препарати ронколейкин соҳаи иммунологии беморони дорои сӯхтагӣ ва ҷароҳатҳои фасоднок ва дисплазияи бофтаҳои пайвастунандаро беҳтар месозад, ки инро нишондиҳандаҳои иммунитетӣ ҳуҷайравӣ ва гуморалӣ тасдиқ мекунанд: 2-2,5 маротиба комплексҳои гардишкунандаи иммунӣ кам мешаванд, то 12,4% миқдори CD3 ҳуҷайраҳо зиёд мегардад. [4-М, 10-М, 28-М, 31-М].

4. Дар шароити табобати комплексӣ бо истифодаи ронколейкин дар беморони дорои ҷароҳатҳои фасоднок ва сӯхтагӣ ҳангоми дисплазияи бофтаҳои пайвастунанда оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ то 1,5-2 маротиба кам мешаванд, ҳангоми аутодермопластика сиҳатшавии бофтаҳо беҳтар мегардад, давомнокии табобат кам мешавад, сифати ҳаёт ва натиҷаҳои наздиктарину дури табобат беҳтар мегардад. [5-М, 6-М, 8-М, 9-М, 11-М, 18-М, 20-М, 21-М, 24-М, 25-М, 32-М, 33-М].

ТАВСИЯҲО БАРОИ ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲО

1. Ситокиноterapiaро барои барқарор кардани муҳофизати иммунологии беморони дорои сӯхтагиҳои амиқ ба барномаи таъобати комплексӣ дохил кардан тавсия карда мешавад.

2. Нишондод барои истифодаи иммуноterapia самаранокии ками усулҳои анъанавии таъобат, давомнокии протсессии илтиҳобӣ, бемориҳои ҳамроҳшуда, дисплазияи бофтаҳои пайваस्तкунанда, диабетии қанд, астмаи бронхиалӣ, гепатити музмин ва ғайра ба ҳисоб меравад.

3. Зиддинишондод барои иммуноterapia мавҷуд будани лонаҳои бесироят карда нашудаи фасоднок, таҳаммулнопазирии инфиродӣ мебошанд, ки дар ин ҳо самаранокии иммуноterapia наметавонад татбиқ шавад.

4. Препарати ронколейкин бо дозҳои 500 ед. ба таври дохилипӯстӣ ё дохиливаридӣ ҳангоми омехта кардан дар маҳлули изотоникии NaCl таъриқ карда мешавад, такроршавии он аз 3 то 5 маротиба бо фосилаи 2-3 шабонарӯз мебошад, ҳангоми вазнин будани ҳолат доза 1 мл ед. 2-3 дар давоми 7 шабонарӯз зиёд карда мешавад.

5. Дар ҳолати махсусан хатарнок будани сирояти вирусӣ, аз ҷумла COVID-19 истифода кардани ронколейкин барои таъобат ва профилактикаи синдроми постковидӣ бо дозҳои 500 ҳазор ЕД бо такроршавии 5-7 маротиба таъриқи таҳтипӯстӣ ё дохиливаридӣ мувофиқи мақсад аст.

ИНТИШОРОТ ОИД БА МАВЗУИ ДИССЕРТАЦИИ МАҚОЛАҲО ДАР МАҶАЛЛАҲОИ ТАҚРИЗШАВАНДА:

[1-М]. Емельянова, А.М. Взаимосвязь гистологической картины и степени клинических проявлений дисплазии у пациентов с глубокими ожогами [Текст] / А.М. Емельянова, С.Н. Стяжкина, В.Г. Федоров, А.М. Осипова, В.В. Царев // Современные проблемы науки и образования. – 2019. - № 2. - С. 142-150.

[2-М]. Емельянова, А.М. Случай лечения термического ожога 3 степени у пациента с дисплазией соединительной ткани [Текст] / А.М. Емельянова, С.Н. Стяжкина, В.Г. Федоров // Дневник казанской медицинской школы. – 2019. - № 2 (24). – С. 63-65.

[3-М]. Емельянова, А.М. Актуальные проблемы лечения ожоговых ран у пациентов с синдромом дисплазии соединительной ткани [Текст] / С.Н. Стяжкина, В.Г. Федоров, А.М. Емельянова, А.Е. Матусевич, Е.А. Иноземцева, Ф.Ф. Субаев // Здоровье и образование в XXI веке. – 2019. – Т.1. - №1. – С. 99-102.

[4-М]. Емельянова, А.М. Современные методы лечения гнойных и ожоговых ран [Текст] / А.М. Емельянова, С.Н. Стяжкина, В.Г. Федоров, А.В. Субботин // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». – 2020. -№ 1 (43). – С. 27-34.

[5-М]. Емельянова, А.М. Лечение пострадавших с обширными ожогами: тяжелый клинический случай [Текст] / А.М. Емельянова, С.Н. Стяжкина, В.М. Шепелева, О.Г. Тугбаева // Медицина в Кузбассе. – 2020. – Т.19. - №1. – С. 52-56.

[6-М]. Емельянова, А.М. Сложный клинический случай тяжелого травматологического повреждения конечности у молодой пациентки с положительной динамикой [Текст] / А.М. Емельянова // Пермский медицинский журнал. – 2023. – Том 40. – № 2. – С.118-122.

[7-М]. Емельянова, А.М. Хусусиятҳои ташхис ва табобати сироятҳои ҷароҳатӣ бо дисплазияи бофтаи пайваस्तкунанда [Матн] / А.М. Емельянова, С.Н. Стяжкина // Авҷи Зӯҳал. – 2023. –№3. – С.49-53.

Мақола ва фишурдаҳои дар маҷмӯаҳои конференсияҳо нашршуда

[8-М]. Емельянова, А.М. Термические ожоги и методы хирургического лечения [Текст] / С.Н. Стяжкина, А.М. Емельянова, И.Ф. Мияссарова, Р.И. Иванюшкина // Удмуртский медико-биологический вестник. – 2018. – Т.1, № 1. – С. 29-33.

[9-М]. Емельянова, А.М. Clinical manifestations of connective tissue dysplasia in patients with 3rd degree burns [Text] / А.М. Емельянова, С.Н. Стяжкина, В.Г. Федоров // Research transfer: international conference, Beijing, PRC, 28.11.2018. / Minzu University of China. - Beijing, PRC, 2018. – Part 2. – P. 100-103.

[10-М]. Емельянова, А.М. Клинический случай лечения хронических трофических язв с использованием аутоплазмолифтинга у пациента с дисплазией соединительной ткани [Text] / А.М. Емельянова, С.Н. Стяжкина, В.Г. Федоров // Fundamental science and technology – promising developments XVII: Proceedings of the Conference, North Charleston, 26-27.11.2018. / North Charleston, Cary, USA: Lulu Press, 2018. - Vol. 1. – P. 21-24.

[11-М]. Емельянова, А.М. Дисплазия соединительной ткани в практике врача-комбустиолога [Текст] / А.М. Емельянова, С.Н. Стяжкина, В.Г. Федоров // Fundamental and applied sciences today XIV: Proceedings of the Conference, North Charleston, 20-21.02.2018. / North Charleston, SC, USA: CreateSpace, 2018. - Vol. 1. – P. 12-15.

[12-М]. Емельянова, А.М. Дисплазия соединительной ткани у больных ожогового профиля [Текст] / С.Н. Стяжкина, Е.Т. Колесникова, А.Н. Люкина, А.М. Емельянова // Удмуртский медико-биологический вестник. – 2018. – Т.1, № 2. – С. 40-43.

[13-М]. Емельянова, А.М. Комбинированная травма в практике врача-комбустиолога: клинический случай [Текст] / А.М. Емельянова, С.Н. Стяжкина, В.Г. Федоров // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2018. - № 4. – С. 44-47.

[14-М]. Емельянова, А.М. Местное лечение гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей препаратами «Ронколейкин» и «Димексид» [Текст] / М.Э. Кулемин, А.А. Чернова, С.Н. Стяжкина, А.М. Емельянова // Academy. – 2019. - №1(40). – С. 75-76.

[15-М]. Емельянова, А.М. Эпидемиология ожогового травматизма у взрослого населения за 2015 год [Текст] / Р.Р. Ганиева, А.Р. Гилязова, Г.М. Киямова, А.М. Емельянова // Форум молодых ученых. – 2019. - №3(31). – С. 251-255.

[16-М]. Емельянова, А.М. Анализ ожогового травматизма в Удмуртской Республике [Текст] / А.И. Сафиуллина, Н.А. Мартихина, А.М. Емельянова // Журнал «Биология ва тиббиёт муаммолари». - 2019. - № 1 (108).

[17-М]. Емельянова, А.М. Эпидемиология ожогового травматизма у детей за 2015 год [Текст] / Р.Р. Ганиева, А.Р. Гилязова, Г.М. Киямова, А.М. Емельянова // Форум молодых ученых. – 2019. - №3(31). – С. 256-260.

[18-М]. Емельянова, А.М. Лечение глубоких ожогов при сахарном диабете [Текст] / А.М. Емельянова, С.Н. Стяжкина, В.Г. Федоров // Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики синдрома диабетической стопы : сб. материалов XI Всерос. науч.-практ. конф., Казань, 2019 г. / Казан.гос. мед. ун-т, М-во здравоохранения РТ, Управление здравоохранения г. Казани, Центр «Диабетическая стопа» г. Казани ; под ред. К.А. Корейба. – Казань: «АртПечатьСервис», 2019. – 244 с.

[19-М]. Емельянова, А.М. Комплексное лечение и профилактика инфекционных осложнений при ожогах [Текст] / А.М. Емельянова, С.Н. Стяжкина, В.Г. Федоров // Mauritius: LAP Lambert Academic Publishing RU, 2019. – 53 с.

[20-М]. Емельянова, А.М. Комплексное лечение глубокого ожога туловища и верхней конечности: клинический случай [Текст] / В.М. Шепелева, О.Г. Тугбаева, А.М. Емельянова, С.Н. Стяжкина // Международный полиязычный научный журнал «Modern science». – 2020. - №5. – С. 270-273

[21-М]. Емельянова, А.М. Комплексное лечение пациентов с ожогами 3 степени: клинический случай [Текст] / В.М. Шепелева, О.Г. Тугбаева, А.М. Емельянова, С.Н. Стяжкина // Журнал «Modern science». - 2020. - №4-3. – С. 299-302.

[22-М]. Емельянова, А.М. Применение иммуномодуляторов в системной терапии ожоговых ран: клинический случай [Текст] / В.М. Шепелева, О.Г. Тугбаева, А.М. Емельянова, С.Н. Стяжкина // Журнал «Modern science». – 2020. - №4-1. - С. 294-297.

[23-М]. Емельянова, А.М. Дисплазия соединительной ткани пациентов ожогового отделения и ее влияние на регенерацию тканей и формирование рубца после термических ожогов [Текст] / С.Н. Стяжкина, А.М. Емельянова, А.Р. Мухамадиева, Ю.Н. Николаева // Student. – 2020. - № 12. – С. 1423-1432.

[24-М]. Емельянова, А.М. Термический ожог 2 степени грудной клетки, живота, спины и бедер, осложненный некротическим целлюлитом, гнойным артритом правого коленного сустава и множественными пролежнями туловища [Текст] / С.Н. Стяжкина, А.М. Емельянова, М.И. Камалова, И.И. Зарипов // Журнал «Modern science». – 2020. - №4-3. - С. 129-131.

[25-М]. Емельянова, А.М. Особенности течения раневого процесса при применении «Ронколейкина» и мази «Левомеколя» при лечении гнойных ран [Текст] / А.Р. Николаева, С.Н. Стяжкина, А.М. Емельянова // Сборник

избранных статей по материалам научных конференций ГНИИ «Нацразвитие». – Санкт-Петербург, 2021. – С. 55-58.

[26-М]. Емельянова, А.М. Частные вопросы дисплазии соединительной ткани [Текст] / Е.Г. Бутолин, М.Ю. Сметанин, И.В. Друк, Г.И. Нечаева, Е. Логинова, Е.А. Лялюкова, М.В. Вершинина, Т.Е. Чернышова, Н.Ю. Кононова, С.Н. Стяжкина, И.С. Маслова, Р.Р. Кильдиярова, А.М. Емельянова; под ред. Т. Е. Чернышовой. – Ижевск, 2022. – С. 152-173.

[27-М]. Емельянова, А.М. Тяжелый клинический случай ожоговых ран обширной площади поражения [Текст] / В.М. Шепелева, О.Г. Тугбаева, С.Н. Стяжкина, А.М. Емельянова // Сборник тезисов VII Международного молодежного научного медицинского форума «Белые цветы». – Казань, 2020.

[28-М]. Емельянова, А.М. Современные методы лечения гнойных и ожоговых ран [Текст] / С.Н. Стяжкина, М.Д. Байрамкулов, А.М. Емельянова, Х.С. Кутбединов, А.А. Абрамович, А.В. Субботин, А.А. Киршин, З.А. Антропова, В.В. Тихонова, Г.Р. Зиганшина, А.С. Шарыпова // Практика в медицинском вузе и пандемия: реалии и перспективы: сборник научных трудов / отв. ред. С.Н. Стяжкина, А.Р. Поздеев. - Ижевск: ИГМА, 2022. - С. 171-179.

[29-М]. Емельянова, А.М. Дисплазия соединительной ткани как проблема XXI века [Текст] / С.Н. Стяжкина, А.М. Емельянова, Ю.А. Черепанова, С.А. Зыкина, З.Ф. Гараева, А.В. Алексеева // Актуальные проблемы современного образования: опыт и инновации: материалы всероссийской научно-практической конференции с дистанционным и международным участием: 21-22 декабря 2022 г. Часть 2 / отв. ред. А.Ю. Нагорнова. – Ульяновск: ЗЕБРА, 2022. – С. 77-74.

[30-М]. Емельянова, А.М. Лечебно-профилактические мероприятия при гнойной инфекции и сепсисе в хирургической клинике [Текст] / С.Н. Стяжкина, А.М. Емельянова, Л.П. Сарапулова // StudNet. - 2022. - №5. - С. 4018

[31-М]. Емельянова, А.М. Детоксикационная иммунокоррекция при сепсисе [Текст] / С.Н. Стяжкина, А.М. Емельянова, Г.Ф. Имамова, С.Ю. Медведева // Сборник тезисов III съезда хирургов Приволжского Федерального Округа. - Н.Новгород, 2022.

[32-М]. Емельянова, А.М. Анализ диагностики, лечения политравм в Удмуртской Республике [Текст] / А.М. Емельянова, А.Р. Бадыкова, А.А. Свидерская // Материалы Республиканской научно-практической конференции (III годовичная) ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет», посвященной 30-летию XVI-ой сессии Верховного Совета Республики Таджикистан «Актуальные вопросы современной медицины: проблемы и их решение». – 16 декабря 2022. – Таджикистан, Дангара. - С. 52-53.

Пешиҳоди ратсионализаторӣ

[34-М]. Емельянова А.М., Акимов А.А., Стяжкина С.Н., Кирьянов Н.А., Федоров В.Г. Способ лечения гнойных и ожоговых ран (удостоверение на интеллектуальную собственность № 02.20 от 12.03.2020).

ФЕҲРИСТИ ИХТИСОРАҲО

АДП – Аутодермопластика

АМИ – Аномалияҳои майдаи инкишоф
БП– Бофтаи пайвасткунанда
ДБП – Дисплазияи бофтаҳои пайвасткунанда
ДБПТн – Дисплазияи бофтаҳои пайвасткунанда тафриқанашаванда
ИЛ-2 р—интерлейкин-2 рекомбинантӣ
МП М- Металлопротеиназаҳои матриксӣ
МХҲ– Матритсаи хориҷихуҷайравӣ
НҚВ– Нишондиҳандаи қаду вазн
НМЧ –Некрэктомияи марҳилавии ҷарроҳӣ
НЭХим –Некрэктомияи химиявӣ
ОНО- Омили некрози омос
ПЭГ — Полиэтиленгликолевӣ
СБ – Сатҳи бадан
ТУТ — Ташкилоти умумичаҳонии тандурустӣ
ЭКГ - электрокардиография

АННОТАЦИЯ

Емельянова Альбина Миннегаязовна

Оптимизация комплексного лечения и реабилитации пациентов с ожоговыми ранами с дисплазией соединительной ткани

Ключевые слова: ожоговые раны, течение раневого процесса, качество жизни, дисплазия соединительной ткани, реабилитация

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов с ожоговыми ранами с учетом дисплазии соединительной ткани.

Характеристика больных и методы исследования. В работе использованы клинические, лабораторные, иммунологические, морфологические и биохимические методы исследования у пациентов с ожоговыми ранами и дисплазией соединительной ткани. В исследовании использованы общие методы эмпирического исследования и специальные, математические методы (статистические).

Полученные результаты и их новизна. Изучены особенности микробной флоры у пациентов с глубокими раневыми процессами, а также влияние ронколейкина на наиболее часто встречающуюся патогенную микрофлору при раневых инфекциях.

Впервые для лечения глубоких ожогов применен препарат ронколейкин, доказана его эффективность при местном и внутривенном введении. Изучены иммунологические, токсикологические изменения, возникающие в результате комплексного применения ронколейкина. Впервые изучены ближайшие и отдаленные результаты лечения и реабилитации и качества жизни у пациентов в основной группе и группе сравнения с глубокими раневыми процессами с учетом дисплазии соединительной ткани. Разработана и внедрена локорегиональная методика лечения инфицированных термических ожогов с раствором ронколейкина (Получено свидетельство регистрации интеллектуальной собственности № 02.20 от 20.03.2020г.).

Рекомендации по использованию. Цитокинотерапию для восстановления иммунологической защиты пациентов с глубокими ожогами рекомендовано включать в программу комплексного лечения. Показанием к применению иммунотерапии является малая эффективность традиционных методов лечения, длительность воспалительного процесса, сопутствующая патология, дисплазия соединительной ткани, сахарный диабет, бронхиальная астма, хронический гепатит и другие. Противопоказанием для иммунотерапии является наличие несанируемых гнойных очагов, индивидуальная непереносимость, где эффект иммунотерапии не может быть реализован. Препарат ронколейкин в дозировке 500 ед. вводится подкожно или внутривенно при разведении на 100 мл изотонического раствора NaCl, кратностью от 3 до 5 раз с интервалом 2-3 суток, при тяжелых состояниях доза увеличивается до 1 мл ед. 2-3 раза в течение 7 суток. При особо опасных вирусных инфекциях, в том числе COVID-19 целесообразно применение ронколейкина для лечения и профилактики постковидного синдрома в дозировке 500 тыс. ЕД кратностью 5-7 подкожных или внутримышечных инъекций. Для прогнозирования и профилактики периоперационных осложнений, оценки предикторов раневых инфекций оправданно применение нейронных сетей, которые дают возможность рационально проводить диагностику и лечения.

Область применения: хирургия.

АННОТАТСИЯИ

Емелянова Албина Миннегаязовна

Оптимизатсияи табобати комплексӣ ва реабилитатсияи беморони дорои чароҳатҳои сӯхтагӣ бо дар назардошти дисплазияи бофтаи пайваस्तкунанда

Калимаҳои калидӣ: чароҳатҳои сӯхтагӣ, чараёни протсесси чароҳат, сифати ҳаёт, дисплазияи бофтаҳои пайваस्तкунанда, реабилитатсия.

Мақсади таҳқиқот: Беҳтар сохтани натиҷаҳои табобати беморони гирифтори осебҳои сӯхтагӣ бо дар назардошти дисплазияи бофтаҳои пайваस्तкунанда (ДБП).

Хусусиятҳои беморон ва усулҳои таҳқиқот. Дар таҳқиқот аз усулҳои клиникӣ, лабораторӣ, иммунологӣ, морфологӣ ва биохимиявӣ таҳқиқот дар беморони дорои чароҳатҳои сӯхтагӣ ва дисплазияи бофтаҳои пайваस्तкунанда истифода карда шуд. Дар таҳқиқот усулҳои умумии пажӯҳиши эмпирикӣ ва махсус, усулҳои математикӣ (оморӣ) ба кор бурда шуданд.

Натиҷаҳои ҳосилшуда ва нағони онҳо. Хусусиятҳои флораи микробӣ дар беморони дорои протсесҳои амқи чароҳат, ҳамчунин таъсири ронколейкин ба микрофлораи патогении ҳангоми чароҳатҳои сироятнок нисбатан зиёд дучоршаванда омӯхта шуданд. Бори нахуст барои табобати барои сӯхтагиҳои амиқ препарати ронколейкин истифода, самаранокии тазриқи мавзей ва дарунӣ исбот карда шуд. Тағйиротҳои иммунологӣ, токсикологӣ, дар натитҷаи истифодаи комплекси ронколейкин пайдо шудаанд, омӯхта шуд. Бори нахуст натиҷаҳои наздиктарин ва дури табобат ва реабилитатсия ва сифати ҳаёт дар беморони гурӯҳи асосӣ ва гурӯҳи муқоисавӣ дорои протсесҳои чароҳатҳои амиқ, бо назардошти дисплазияи бофтаҳои пайваस्तкунанда омӯхта шуд. Методикаи локоминтақавӣ табобати сӯхтагиҳои термикии сироятнок бо маҳлули ронколейкин таҳия ва татбиқ карда шуд (Шаҳодатномаи қайди моликияти зеҳнӣ № 02.20 аз 20.03. соли 2020 гирифта шудааст).

Тавсияҳо барои истифода. Ситокинотерапияро барои барқарор кардани муҳофизати иммунологии беморони дорои сӯхтагиҳои амиқ ба барномаи табобати комплексӣ дохил кардан тавсия карда мешавад. Нишондод барои истифодаи иммунотерапия самаранокии ками усулҳои анъанавӣ табобат, давомнокии протсесси илтиҳобӣ, бемориҳои ҳамроҳшуда, дисплазияи бофтаҳои пайваस्तкунанда, диабети қанд, астмаи бронхиалӣ, гепатити музмин ва ғайра ба ҳисоб мераванд. Зиддинишондод барои иммунотерапия мавҷуд будани лонаҳои бесироят карда нашудаи фасоднок, таҳаммулнопазирии инфиродӣ мебошанд, ки дар ин ҷо самаранокии иммунотерапия наметавонад татбиқ шавад. Препарати ронколейкин бо дозаи 500 ед. ба таври дохилипӯстӣ ё дохиливаридӣ ҳангоми омехта кардан дар маҳлули изотоникии NaCl тазриқ карда мешавад, такроршавӣ он аз 3 то 5 маротиба бо фосилаи 2-3 шабонарӯз мебошад, ҳангоми вазнин будани ҳолат доза 1 мл ед. 2-3 дар давоми 7 шабонарӯз зиёд карда мешавад. Дар ҳолати махсусан хатарнок будани сирояти вирусӣ, аз ҷумла COVID-19 истифода кардани ронколейкин

барои табобат ва профилактикаи синдроми постковидӣ бо дозаи 500 ҳазор ЕД бо такроршавии 5-7 маротиба тазриқи таҳтипӯстӣ ё дохиливаридӣ мувофиқи мақсад аст.

Соҳаи истифода: чарроҳӣ.

ANNOTATION

Emelyanova Albina Minnegayazovna

Optimization of complex treatment and rehabilitation of patients with burn wounds with connective tissue dysplasia

Key words: burn wounds, course of the wound process, quality life, connective tissue dysplasia, rehabilitation.

Purpose of the study. Improving treatment outcomes for patients with burn wounds taking into account connective tissue dysplasia.

Characteristics of patients and research methods. In progress used clinical, laboratory, immunological, morphological and biochemical research methods in patients with burn wounds and connective tissue dysplasia. In the study general methods of empirical research and special ones were used, mathematical methods (statistical).

The results obtained and their novelty. Features studied microbial flora in patients with deep wound processes, as well as the effect of roncoleukin on the most common pathogenic microflora in wound infections.

For the first time, the drug roncoleukin was used to treat deep burns. Its effectiveness has been proven when administered locally and intravenously. Studied immunological, toxicological changes that occur in as a result of the complex use of roncoleukin. Studied for the first time immediate and long-term results of treatment and rehabilitation and quality life in patients in the main group and the comparison group with deep wound processes taking into account connective tissue dysplasia. A locoregional treatment method has been developed and implemented infected thermal burns with roncoleukin solution (Received intellectual property registration certificate No. 02.20 dated March 20, 2020).

Recommendations for use. Cytokine therapy for restoration of immunological protection of patients with deep burns It is recommended to include it in a comprehensive treatment program. Indication for the use of immunotherapy is the low effectiveness of traditional methods of treatment, duration of the inflammatory process, accompanying pathology, connective tissue dysplasia, diabetes mellitus, bronchial asthma, chronic hepatitis and others. Contraindicated for immunotherapy is the presence of unsanitizable purulent foci, individual intolerance, where the effect of immunotherapy cannot be implemented. The drug roncoleukin in a dosage of 500 units. administered subcutaneously or intravenously when diluted in 100 ml of isotonic NaCl solution, multiplicity from 3 to 5 times with an interval of 2-3 days, in severe conditions the dose is increased to 1 ml units. 2-3 times within 7 days. In case of particularly dangerous viral infections, including COVID-19, it is advisable to use roncoleukin for the treatment and prevention of post-Covid syndrome in dosage of 500 thousand units with a multiplicity of 5-7 subcutaneous or intramuscular injections. To predict and prevent perioperative complications, assessment of predictors of wound infections, the use of neural networks that make it possible to rationally conduct diagnosis and treatment.

Scope of application: surgery.