
**XVIII НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ
И СТУДЕНТОВ С МЕЖДУНАРОДНЫМ
УЧАСТИЕМ
ГОУ «ТГМУ ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

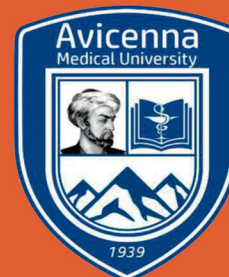
**28
Апреля**

**НАУКА И
ИННОВАЦИИ
В МЕДИЦИНЕ
2023**



www.tajmedun.tj

Душанбе 2023



Том-1

**Материалы
конференции**



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



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

ИЛМ ВА ИННОВАТСИЯ ДАР ТИБ – 2023

НАУКА И ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ – 2023

SCIENCE AND INNOVATION OF MEDICINE - 2023

Материалы XVIII научно-практической конференции
молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
«Наука и инновации в медицине – 2023» с международным участием

Том-1

Душанбе
28 апреля 2023 года

**Организационный комитет XVIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов
с международным участием ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»**

Абдуллозода Дж.А.	председатель оргкомитета, министр здравоохранения и социальной защиты населения РТ, д.м.н., профессор
Гулзода М.К.	заместитель председателя оргкомитета, ректор ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, д.м.н., профессор
Мухаббатзода Дж.К.	заместитель председателя оргкомитета, проректор по науке и издательской деятельности ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, д.м.н., профессор
Юсуфи С.Дж.	начальник управления медицинского и фармацевтического образования, кадровой политики и науки МЗ и СЗН РТ, академик НАНТ, д.фарм.н., профессор
Ибодзода С.Т.	проректор по учебной работе ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, д.м.н., профессор
Кобиров К.К.	проректор по лечебной работе ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, к.м.н., доцент
Курбонбекова П.К.	проректор по идейно-воспитательной работе ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, к.м.н., доцент
Хокиров Т.З.	проректор по хозяйственно-административной части ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, к.м.н., доцент

Рабочая группа оргкомитета

Табаров М.С.	декан медицинского факультета, д.м.н., профессор
Зокиров Р.А.	декан педиатрического факультета, к.м.н.
Юлдашева У.П.	декан стоматологического факультета, к.м.н.
Каландарзода Ё.К.	декан фармацевтического факультета, к.б.н.
Мирзоев Х.М.	декан медико-профилактического факультета, к.м.н., доцент
Носири К.Н.	начальник службы ректора, к.м.н., доцент
Додхоев Д.С.	начальник международного отдела, д.м.н.
Сафаров Б.И.	начальник управления развития кадров
Абдуллозода С.М.	начальник учебно-методического управления, к.м.н.
Махмудзода Х.Р.	директор центра стратегического развития и менеджмента, к.м.н.
Саидзода Б.И.	директор Института фундаментальной медицины, д.м.н., доцент
Джамолова Р.Дж.	начальник отдела науки и инноваций, к.м.н., доцент
Али-Заде С.Г.	начальник отдела подготовки научных кадров, к.м.н., доцент
Бабаева Л.А.	ученый секретарь ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, к.м.н., доцент
Холматов П.К.	ведущий специалист отдела науки и инноваций, к.м.н., доцент
Салимов Дж.С.	ведущий специалист отдела науки и инноваций, к.м.н., доцент
Исматуллоева С.С.	ученый секретарь диссертационных советов, к.м.н., доцент
Миршарофов М.М.	председатель комитета по делам молодежи
Мавлонова С.Н.	специалист отдела науки и инноваций
Умарова З.Д.	специалист отдела науки и инноваций
Нарзиева Ф.А.	специалист отдела подготовки научных кадров
Субхонова Г.С.	специалист отдела подготовки научных кадров
Манонова П. И.	специалист отдела подготовки научных кадров
Бозоров С.С.	специалист отдела подготовки научных кадров

Информационно –техническая поддержка

Юсупов А.И.	директор центра перевода отраслевой литературы и научной терминологии, к.ф.н., доцент
Юсупова М.Х.	к.м.н., ассистент кафедры внутренних болезней №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Мазитов М.Г.	главный редактор газеты «Ворисони Сино»
Ворисов А.А.	заведующий отделом делопроизводства службы ректора, к.м.н., доцент
Назриев Н.Х.	заведующий типографией ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Файзов Э.М.	начальник отдела социального маркетинга
Азизов Дж.Н.	директор центра информационных технологий
Болтаева Л.Х.	заведующая библиотекой
Лысых О.А.	преподаватель кафедры русского языка
Сафаралиев Ф.Б.	администратор сети
Тошев Х.Т.	специалист международного отдела
Хасанзода С.М.	соискатель кафедры пропедевтики внутренних болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

НАУКА И ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ

Уважаемые коллеги, уважаемые гости и участники конференции!

Приветствую всех Вас на ежегодной научно-практической конференции молодых учёных и студентов Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино. Выбранная нами тема "Наука и инновации в медицине" отражает тенденции современного мира, направленного на внедрение инновационных знаний в практики, основанных на научных открытиях. Это особенно актуально для медицинской сферы, где с большой скоростью внедряется масса инновационных диагностических и лечебных методов, основанных на доказательной медицине, то есть на научных исследованиях.

Во все времена движущей силой научного познания была молодёжь, поэтому во всех странах привлечение молодых специалистов к научному творчеству становится приоритетной. В силу своего характера молодёжь может выдвигать самые смелые гипотезы, не бояться ошибок и может внедрять самые смелые идеи. Если проанализировать всех Нобелевских лауреатов, то окажется, что большая часть научных исследований, за которые они были удостоены премии, были выполнены в молодом возрасте.

Но для того, чтобы подвести молодёжь к этой научно-творческой черте, необходимо их правильно обучить, и во время обучения показать даже инновационные технологии образования. Чтобы двигать науку молодые специалисты должны быть в состоянии воспринимать современную научную литературу, уметь с ней работать – анализировать, делать выводы.

Для реализации научного потенциала студентов, ординаторов, магистров, аспирантов и докторантов администрация и профессорско-преподавательский состав старается создать все условия студентам для комфортного обучения и занятий научными изысканиями.

Для этого руководство продолжает строительство кампуса университета, обновляет всю старую инфраструктуру, закупает новейшее и наиболее современное оборудование для новых образовательных технологий, модернизирует уже существующие медицинские базы кафедр для внедрения современных протоколов медицинской диагностики и лечения.

Сегодня с гордостью можно сказать, что материально-техническое обеспечение учебного процесса в Таджикском государственном медицинском университете им. Абуали ибни Сино соответствует всем мировым стандартам, а система образования соответствует требованиям Всемирной федерации медицинского образования, о чём свидетельствуют сертификаты соответствия, полученные от Независимого агентства аккредитации и рейтинга, уполномоченного ВФМО.

Однако, ещё больше предстоит сделать в области медицинской науки. Медицинское образование – это только фундамент, но надстройкой является медицинская наука, которая и даёт поступательное развитие практической медицине.

Медицина – самое гуманное направление деятельности человека и поэтому у неё нет границ. Более того, нет границ и у медицинской науки. Во всём мире ощущается дефицит медицинских кадров, но существует ещё больший дефицит медицинских исследователей.

Поэтому медицинская научная общественность всего мира должна объединяться и сотрудничать. Доказательством такой необходимости стала прошедшая пандемия COVID-19. Решение этой проблемы на планете стала возможной только благодаря научно-медицинскому сотрудничеству. Сообща можно решить многие проблемы.

Именно для сотрудничества и формируются такие площадки как конференции, форумы, симпозиумы и съезды. И наша конференция не исключение. Мы видим основную задачу молодёжной конференции не только в обмене научно-практической информацией, но и в формировании научных и дружеских связей между молодёжью, чтобы в дальнейшем у наших исследователей были широкие горизонты сотрудничества в области медицинской науки и инноваций.

Отрадно отметить, что на данную конференцию поступило более полутора тысяч тезисов, из которых 440 поступили из ближнего и дальнего зарубежья. Запланировано выступление и обсуждение 527 докладов, из которых 139 докладов из стран дальнего и ближнего зарубежья.

Дорогие коллеги и друзья! Желаю всем участникам конференции интересных докладов, продуктивных обсуждений, незабываемых впечатлений, интересных знакомств и успехов в их исследованиях и проектах. Надеюсь, что Вы сможете найти полезные и вдохновляющие идеи на этой конференции, которые помогут Вам добиться успеха в вашей научной и профессиональной карьере.

*С уважением,
Заслуженный деятель науки и техники РТ,
д.м.н., профессор, ректор
ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”*



Гулзода Махмадшох Курбонали

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Абдуллаева С.Н., Мирзокаримова Н.С., Кароматова Т.И.

ИНФЕКЦИОННЫЕ И НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан
научный руководитель – д.м.н., профессор Мустафакулова Н.И.

Цель исследования. Установить частые осложнения множественной миеломы (ММ).

Материал и методы исследования. Обследованы 177 пациентов с ММ в возрасте от 29 до 73 лет, из них мужчин было 119, женщин – 62. Контрольную группу составили 35 здоровых лиц.

Проводили трепанобиопсию с морфологическим и цитохимическим исследованием костного мозга, биохимические исследования крови, функциональные пробы почек, ЭКГ, ЭхоКГ, КТБПР. Диагноз: ММ ставился на основании повышения плазматических клеток в костном мозге >10%; при наличии плазматических клеток в крови, парапротеина в моче и сыворотке; признаков деструкции костной ткани,

Результаты исследования. Наиболее частым осложнением явились нарушение свертываемости крови (97,0%), миеломная нефропатия (93,0%), гиперкальциемия (79,0%), почечная недостаточность (67,0%), анемия тяжелой степени (63,0%), гиперурикемия (55,0%), присоединение вторичной инфекции (33,0%), патологические переломы (39,0%), компрессия спинного мозга (29,0%) и нервных корешков (28,0%), повторные инфаркты сердца (11,0%) и аритмии (23,0%).

Выводы. Наиболее частыми осложнениями при ММ явились: гематологические и почечные.

Абдуллоев А.А. Муродов С.С. Солихова М.Н

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА И ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
Научный руководитель – Холматова Г.К.

Цель исследования. Изучение факторов риска, клинических особенностей и прогноза течения судорожного синдрома и эпилепсии и отдельных заболеваний у детей с ДЦП, разработка тактики их лечения.

Материалы и методы исследования. Было проведено обследование 110 детей с ДЦП с эпилептическими приступами, в стационарном лечении и отделении ГУ НМД РТ на базе кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова. Всем детям с ДЦП проводили анамнестический анализ неврологический осмотр, ЭЭФ, МРТ и КТ головного мозга. После анамнестических анализов, осмотра специалистов и инструментальных исследований выставлен окончательный и клинический диагноз, где выявлены нарушения не только в двигательном и психо-речевом развитии, но также определение факторов риска, прогноза судорожного синдрома и эпилепсии у детей с ДЦП и разработка тактики их лечения.

Результаты исследования и их обсуждение. Диагноз ДЦП устанавливался согласно клинической классификации К.А. Семеновой (1978). Диагноз эпилепсии устанавливался на основании классификации эпилепсии, эпилептических синдромов и схожих заболеваний (Нью-Дели, 1989 и классификация эпилептических припадков (Киото, 1981). При исследовании детей с ДЦП в возрасте от 1 до 14 лет эпилепсия выявлена у 53,6% (59 из 110 детей). Эпилептические приступы чаще возникали при двойной гемиплегии 35 (31,8%) спастической гемиплегии 12 (10,9%), при атонически-астатической форме частота эпилепсии составила 7 (6,3%), при спастико-атактической - 5 (4,5%). По форме эпилепсии больные распределились следующим образом: симптоматическая генерализованная была диагностирована в 6 (5,4%), симптоматическая парциальная эпилепсия выявлена в 48,1% случаев (53 человек). В структуре парциальных форм преобладали лобные эпилепсии – 29 человек (26,3%), височные эпилепсии составили 19 человек (10,9%), лобновисочной локализации - 5 (4,5%), в теменные - 1 пациент (1%), ситуационно-обусловленные приступы (фибрильные судороги) наблюдались у 6 детей, что составило 5,4%.

Вывод. Таким образом, чем тяжелее у ребенка проявление ДЦП, тем больше у него риск развития эпилепсии. Свообразным фактором развития эпилепсии могут быть неонатальные судороги. Данные нашего исследования показали в том, что неонатальные судороги существенный фактор риска развития эпилепсии у ребенка с ДЦП. Частота приступов также зависела от формы ДЦП. Высокая частота приступов ежедневно достоверно чаще наблюдались при тетраплегиях, а при гемиплегиях приступы, как правильно, были редкими. Исключение составляли те дети, гемиплегия которых была обусловлена наличием фокального порока развития головного мозга.

Абдуллоев Н.Х., Курбонова М.Б., Толибова Л.Н.

ПОКАЗАТЕЛИ КЛИНИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ВИЛЬСОНА - КОНОВАЛОВА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. проф. М.Г. Гулямова, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н., Ганиева М.Т.

Цель исследования. Изучение показателей клинического анализа пациентов с болезнью Вильсона - Коновалова (БВК).

Материалы и методы. Проводилось исследование на базе кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. проф. М.Г. Гулямова госпитализированных в первое неврологическое отделение НМЦ РТ "Шифобахш". Обследованы 18 пациентов, которые были разделены на 2 группы. В 1-ая группа - 13 (72,2%) больных

с неврологическими проявлениями (5 мужчин и 8 женщин). Во 2-ой группе - 6 (33,3%) пациентов с абдоминальной формой (4 мужчин и 2 женщины).

Проводилось неврологическое исследование, исследование когнитивных функций по шкалам "Тест рисования часов"; "Мини-ментал тест" (MMSE). Рассматривались изменения функции печени по данным УЗИ, а также лабораторные показатели обмена меди.

Результаты исследования. В 1-ой группе у пациентов в неврологическом статусе чаще всего выявлялись изолированный или сочетанный тремор рук (головы, туловища, нижних конечностей) - 8 (61,5%), дизартрия - 5 (38,4%). У 11 (39,2%) больных отмечались координаторные нарушения, такие как атаксия при ходьбе, неустойчивость в позе Ромберга.

Изменения интеллектуально-мнестических функций установлены у 9 (32,1%) человек. Результаты исследования оценивались по шкалам: "Тест рисования часов" 8; "Мини-ментал тест" (MMSE) 20,4. В первой группе в 11 (39,2%) случаях обнаружилось диффузное изменение в печени. У 8 (33,3%) пациентов по данным УЗИ изменения в печени в начале заболевания не выявились.

Пациенты с абдоминальной формой - 6 (33,3%) человек. У 4 (11,1%) обнаружен цирроз печени и 2 (11,1%) хронический гепатит. В неврологическом статусе у пациентов 2-ой группы изменений не обнаружено. Результат когнитивного тестирования составляли: "Тест рисования часов" 10; "Мини-ментал тест" (MMSE) 27,8. У обследованных больных в 2 группах выявлено снижение уровня церулоплазмينا варьировало от 1,2 до 16 мг/дл.

Выводы. Разнообразие клинической картины и частое отсутствие изменений показателей обмена меди в начале заболевания усложняют постановку диагноза болезни Вильсона - Коновалова. Частыми неврологическими симптомами дебюта заболевания явились изолированный или сочетанный тремор конечностей, головы, туловища и параллельными изменениями печени. Осведомленность об особенностях данной патологии и подробный сбор анамнеза, даёт возможность обнаружить БВК на более ранней стадии.

Абдуллонов С.Х., Носиров И.М., Саидов С.М.

ТАҲЛИЛИ ДИНАМИКИИ НИШОНДИҲАНДАҲОИ ГЕМАТОЛОҒИ ВА БИОХИМИЯВИИ ХУН ҲАНГОМИ ГИПЕРГЛИКЕМИЯ

Кафедра химия ва биологияи тиббии МДТ ДДТХ. Тоҷикистон.

Роҳбари имлӣ – д.и.т., дотсент Ғафуров Б.А.

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши тағйирёбии нишондиҳандаҳои таркиби ҳуҷайравӣ ва биохимиявии таркиби хун ҳангоми гипергликемияи шадид, ки дар натиҷаи диабети навъи-2 дар калонсолон ба вучуд омадааст.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Тадқиқот дар озмоишгоҳи илмӣ-тадқиқотии биохимияи-клиникии ДДТХ ва озмоишгоҳи Беморхонаи клиникии ҷумҳуриявии дар н.Данғара бо муқоисаи натиҷаҳо гузаронида шуд. Натиҷаҳо баъди таҳлили умумии хун ва пешоби 13-нафар мардон ва 15-нафар занони гирифтори бемории диабети навъи-2 ҳулосагирӣ карда шудааст. Таҳлилҳо дар таҷҳизотҳои муосири тиббӣ гузаронида ва аз рӯи маълумоту стандартҳои нави таҳлили соҳаи биохимиявӣ-клиникии дар зерварда амалӣ карда шуд:

1. Анализатори гематологии ВК-500 Biobase,
2. Анализатори биохимиявии Biobase Silver,
3. Анализатори пешоб КН-100 Biobase,
4. Коагулометри оптикӣ-техникии СОА02 Biobase.

Натиҷаҳои тадқиқот. Объекти таҳқиқот сокинони ноҳияи Данғара, ки ба бемории музмини диабети навъи – 2 –юм гирифтӣ буда ва дар қайди ҳуҷраи беморҳои ғадудҳои дарунаи КАТС ноҳияи Данғара қарор гирифтанд. Баъди гузаронидани таҳлилҳои умумии хуну пешоб ва ҳулосабарории натиҷаи онҳо аз ҳисоби гипергликемияи устувор ва реаксияҳои мутобиқшавӣ-компенсаторӣ чунин тағйиротҳо мушоҳида гардид:

1. Глюкозурия ва кетонурия - аз ҳисоби гузариши ҳуҷайраҳои организм (эритроцит, ҳуҷайраҳои асаб) ба дигар манбаи ғизо, яъне истифодаи триглицеридҳо ва сафедаҳо ҳамчун манбаи асосии энергия.
2. Балансҳои миқдори ферментҳои аланинаминотрансфераза (АЛТ) нисбат ба аспартатаминотрансфераза (АСТ) дар хун дар 46,15% (6 нафар) мардон ва 33,3%(5 нафар) занон, ки ситолити гепатоситҳо шаҳодати вайроншавии вазиҳои ҷигарро нишон медиҳад;
3. Балансҳои тағйиротҳои гуногуни индекси протромбини (протромбиновый индекс ПТИ) аз меъёри физиологӣ дар 23,1% мардон ва 40,0% занон ба назар расид, ки аз гиперкоагулясия ва майл ба тромбоз шаҳодат медиҳад;
4. Зидтшавии нишондиҳандаҳои МСН (миқдори миёнаи дар эритроцитҳо) ва МСНС(концентрацияи миёнаи эритроцитҳо) дар мардон ва занон аз меъёри физиологӣ, ки ба реаксияҳои мутобиқшавӣ-компенсатории ҳуҷайраҳои сурхи хун, ки ба устуворшавии талаботи энергетикӣ организм нигаронида шудааст, мувофиқат мекунад.

Ҳулоса. Аз натиҷаи таҳлилҳои гузаронидашуда, ҳулоса бароварда мешавад, ки гипергликемияи устувор, ҳангоми диабети навъи-2 миқдори глюкоза дар хун ба андозаи 10-ммол/л ва аз он баланд мешавад. Ва тағйиротҳо қариб дар ҳамаи системаҳои организм ба назар расида боиси пайдоиш ва инкишофи беморҳои гуногун мегардад. Тағйирёбии дар меъёрҳои аломатҳои биохимиявӣ ва клиникии дар боло қайдшуда шаҳодат медиҳанд.

Абдурахмонзода Т.А, Хайдарова У.З, Назаров С.А.
ИНСУЛЬТ ПОД МАСКОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА
Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М. Т. Гулямова
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., Ганиева. М.Т.

Цель исследования. Провести сравнительное наблюдение поступивших больных, создавших впечатление гипертонического криза.

Материал исследования. Под наблюдением находились больные, поступившие в приемное отделение НМЦ РТ «Шифобахш» с первичным диагнозом гипертонический криз за период 2020-2022 г. Средний возраст пациентов составляет 53,5 лет, из них 50 женщин, 59 мужчин. Все пациенты в дальнейшем были госпитализированы во второе неврологическое отделение и проведено дополнительное обследование.

Результаты исследования. Среди 117 госпитализированных больных с диагнозом гипертонический криз, тщательное обследование показало, что этот диагноз не является заключительным и 20% из них составил инсульт различного генеза и подтипа.

Наибольший процент 80% выпадал на долю лакунарных инсультов в вертебробазилярной системе - 28,0%, в веществе подкорковых ядер-25,3%, в среднемозговой артерии 20,7%, субарахноидальные 3% и субдуральные гематомы-1%.

Вывод. Своевременная диагностика инсульта крайне важна потому, что она существенно меняет прогноз болезни и врачебную тактику.

Абдусаломова Д.А., Бобоходжаев Ф.О.
РЕАКТИВАЦИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

¹Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино,
²ГУ «Национальный центр туберкулеза, пульмонологии и торакальной хирургии». Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Сироджидинова У.Ю.

Цель исследования. Изучить частоту, сроки возникновения и особенности течения реактивации туберкулезного процесса в Республике Таджикистан.

Материалы и методы. Нами был проведен анализ данных статистики 521 человека, перенесших различные формы ТБ лёгких, с эффективным исходом лечения («вылечен» или «лечение завершено»). Из них 93 (17,8%) человек в связи с переездом за пределы страны и 127 (24,4%) по другим причинам были потеряны от дальнейшего наблюдения. 301 (57,8%) пациент, переболевшие ТБ лёгких, находились под наблюдением врачей фтизиатров более 10 лет, были включены в данное исследование по критериям включения и стали объектом нашего исследования.

Результаты исследования. Анализ клинических проявлений заболевания у наблюдаемых больных показал, что при поступлении на первичное лечение на кашель жаловались 263 (87,4%) пациента. Мокроту выделяли 193 (64,2%) человека. Одышка отмечалась у 143 (47,5%) больных. Катаральные явления (сухие и разнокалиберные влажные хрипы) обнаруживались у 236 (78,4%) больных. У исследуемых нами в течение 10-летнего наблюдения больных рецидивы ТБ лёгких не отмечены у 248 больных из 301, что составляет $82,4 \pm 2,2\%$ случаев. При этом, из 53 ($17,6 \pm 2,1\%$) случаев возникновения рецидивов классифицировались как ранние и поздние рецидивы ТБ ($8,97 \pm 1,7\%$ и $8,64 \pm 1,6\%$ случаев).

Выводы. Рецидивы ТБ при наблюдении за 301 больным, перенесшими ТБ лёгких развивались в 17,6 % случаях. Особенности клинического течения рецидивов ТБ лёгких являются следующие: благоприятное течение рецидивов отмечено лишь 11,3 %, замедленное – 32,1 % и прогрессирующее – 56,6 % случаев.

Абдухамидов М.Н.
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Кафедра семейной медицины ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан. Городской центр здоровья № 2 г. Душанбе
Научный руководитель – д.м.н., профессор Кадырова Д.А.

Цель исследования. Изучение частоты когнитивных нарушений у больных с гипертонической энцефалопатией (ГЭ) пожилого и старческого возраста в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Объектом исследования являлись пациенты с артериальной гипертензией (АГ) в возрасте от 65 до 85 лет, 57 человек, из них 27 (47,4%) мужчин и 30 (52,6%) женщин проживающих на территории Городского центра здоровья №2 и №10 г. Душанбе. Диагностика АГ и ГЭ у пациентов проводилась на основе клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования, согласно международным стандартам диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и рекомендациям Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) «Диагностика и лечение артериальной гипертензии», 2008. Для выявления когнитивных расстройств пациентов с ГЭ пожилого и старческого возраста, нейропсихологическое исследование проводилось с помощью – «Краткой шкалы оценки психического статуса (MiniMentalStateExam, MMSE). Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием персонального компьютера с помощью программных пакетов «MicrosoftOffice 2007», «SPSS 13.0».

Результаты исследования. Данные клинко-лабораторного и инструментального исследования показали, что

из 57 больных с АГ у 28 (49,1%) была выявлена ГЭ. Наиболее частыми факторами риска развития ГЭ у пациентов явилась тяжесть течения АГ - из 28 человек у 25 (89,3%). В развитии ГЭ у пациентов с АГ имели значение сопутствующие заболевания, как сахарный диабет, ИБС и другие ССЗ. Из 28 пациентов у 23 (82,1%) были выявлены названные сопутствующие заболевания. При анализе когнитивных нарушений при помощи «Краткой шкалы оценки психического статуса MMSE у 17 (60,7%) пациентов были выявлены “легкие когнитивные расстройства” (ЛКР) и у 11 (39,3%) - “умеренные когнитивные расстройства” (УКР). Следует отметить, что по рекомендациям большинства авторов для обозначения когнитивных нарушений на преддементных стадиях поражения головного мозга, используется данная классификация. По данным большинства крупных исследований отмечено, что проведение теста MMSE в процессе наблюдения за больными АГ может оказать помощь в определении критериев ГЭ у названных больных. Оценка когнитивных нарушений, не достигающих степени деменции, связана также с тем, что диагностика и лечение этих расстройств у пациентов с ГЭ позволяет повышать качество жизни больных.

Таким образом, почти у половины (49,1%) больных с АГ пожилого и старческого возраста выявляется ГЭ. Легкие когнитивные расстройства у больных с ГЭ наблюдаются в 60,7%, умеренные - 39,3% случаев.

Вывод. Контроль уровня артериального давления у больных АГ, профилактика факторов риска, лечение данной патологии будут способствовать снижению прогрессирования заболевания, в частности ГЭ и когнитивных нарушений у лиц пожилого и старческого возраста в амбулаторных условиях.

Абдухамидов М.Н.

АНАЛИЗ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ О ПРОФИЛАКТИКЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Кафедра семейной медицины ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан. Городской центр здоровья № 2 г. Душанбе

Научный руководитель – д.м.н., профессор Кадырова Д.А.

Цель исследования. Изучение осведомленности населения по вопросам профилактики язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки среди пациентов.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 60 пациентов Городского центра здоровья № 2 в период с октября по ноябрь 2021 года. Респондентам было предложено анкетирование с выяснением знаний о факторах риска развития ЯБЖ, осложненного заболевания и их отношения к профилактике данной патологии. В анкетировании приняли участие пациенты в возрасте от 30 до 60 лет, из них 27 (45,0%) мужчин и 33 (55,5%) женщин.

Результаты исследования. Данные анкетирования показали, что из 60 человек у 35 (58,3%) респондентов имеются не достаточные знания о ЯБЖ. О факторах риска заболевания знали 32 (53,3%) опрошенных. О путях передачи ЯБЖ, об инфекции *Helicobacter pylori* знали всего 18 (30,0%). О методах диагностики ЯБЖ, в частности о гастроскопии и рентгенографии желудка знали 28 (46,6%) больных. О методах профилактики ЯБЖ знали 27 (45,0%) респондентов, причем у большинства из них информация была не полной. Данные опроса показывают, что 30 (50,0%) опрошенных пациентов получают информацию о ЯБЖ через СМИ и интернет, через медицинских работников – 17 (28,3%) пациентов и через родственников знакомых – 13 (21,7%). Всего лишь 22 (36,6%) больных с ЯБЖ принимают лечение своевременно и привержены к терапии заболевания.

Таким образом, результаты исследования показывают, что больные с ЯБЖ в большинстве случаев не знают о своем заболевании, не имеют полную информацию о симптомах заболевания и его осложнениях, диагностики и лечения данной патологии.

Выводы. 58,3% пациентов с ЯБЖ не имеют достаточную информацию о своем заболевании. Врачам в учреждениях первичной медико-санитарной помощи следует информировать пациентов с ЯБЖ о заболевании и повышать их приверженность к терапии, им необходимо шире проводить санитарно-просветительную работу по профилактике ЯБЖ среди населения.

Аблитова Ф.А.^{1,2,3}, Набирова Д.А.^{1,2,4}, Балмагамбетов А.М.^{1,2}

ВСПЫШКА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ДИАРЕИ В Г. ТАЛГАР, КАЗАХСТАН, ФЕВРАЛЬ 2023

1. Программа Прикладной Эпидемиологии в Центральной Азии

2. Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова.

3. Филиал «Научно-практический центр санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга» РГП на ПХВ "Национальный Центр Общественного Здравоохранения" Министерства Здравоохранения Казахстан

4. Центры США по контролю и профилактике заболеваний, офис в Центральной Азии, Алматы, Казахстан
Научный руководитель- Хорс Р.З.^{1,2,4}

Цель. 3 февраля 2023 г. Министерство здравоохранения Республики Казахстана получило уведомление о 71 случае острой кишечной инфекции среди жителей г. Талгар Алматинской области Республики Казахстана, заказывавших еду в службе местной доставки суши-бара «Х». Мы провели расследование вспышки с 4 по 16 февраля с целью выявления источника заболевания и факторов, связанных с заболеванием, а также формирования рекомендаций.

Методы. Мы провели ретроспективное когортное исследование среди лиц, употреблявших еду с 31 января по 1 февраля 2023г. через службу доставки «Х». Для поиска случаев мы использовали построчный список заказов службы доставки. Сбор данных проводился методом телефонного интервью и личного интервью с выездом на место проживания. Мы провели лабораторное тестирование пострадавших людей (промывное воды желудка, фекалий), работников службы доставки (мазки на носительство стафилококка и кишечной инфекции), продуктов питания и

окружающей среды службы доставки на условно-патогенную и патогенную микрофлору. Анализ данных проводил в R программе с использованием Пуассон регрессии.

Результаты. В исследование были включены 364 человека. Среди них у 59% (n=215) развились симптомы заболевания. Основными симптомами были боли в животе (98%), диарея (94%), тошнота (94%), головная боль (91%), озноб (82%), высокая температура (81%). Длительность болезни составила 4 дня (SD 3.7; диапазон=1 - 8).

72% заболевших и 28% не заболевших употребляли суши роллы «Цезарь с огурцом». Результаты многофакторного анализа показали, что риск заболевания при употреблении суши роллы «Цезарь с огурцом» составил 1.36 (95% confidence interval CI=1.01-1.83).

В состав входит отварной рис, куриное филе, яйцо и лист нари. При лабораторном тестировании образцов роллов «Цезарь с огурцом» было выявлено бактерии группы кишечной палочки (БГКП) 1.0, Enterococcus 0.1, E.coli 10³

В ходе расследования в очаге были выявлены следующие нарушения санитарных требований: не соблюдался принцип товарного соседства при хранении готовой продукции и продовольственного сырья (сырые яйца в коретках, нарезанные колбасы, натертые сыры, соус васаби ит.д), отсутствие санитарных книжек работников, отсутствует журнал осмотра персонала на гнойничковые и инфекционные заболевания, было отмечено повреждение кожных покровов правой кисти с незажившими ранами у одного из поваров, не соблюдение поточности технологического процесса, отсутствие документов подтверждающих безопасность продуктов.

Выводы: БГКП, Enterococcus, E.coli были идентифицированы как этиологические агенты крупной вспышки пищевого происхождения в г. Талгар. Этой вспышке способствовали неправильные методы обращения с пищевыми продуктами и инфицированные работники пищевой промышленности. Система работы заведения и персонала не соответствует требованиям санитарно-эпидемиологического благополучия.

Нами были даны рекомендации запретить завоз в объект питания продукции, не имеющей сертификат качества и безопасности, организовать поточность технологического процесса, а также соблюдать требования к температурному режиму и товарному соседству при хранении продуктов.

Азаматова Р.Р.

КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали Ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - старший преподаватель Хасанов Дж.М.

Цель исследования. Установить причины возникновения железодефицитной анемии и исследовать частоту встречаемости сидеропенических жалоб у пациентов с железодефицитной анемией.

Задача: 1. Выявить причины возникновения данного заболевания;

2. Изучить клинические особенности железодефицитной анемии (ЖДА).

Материалы и методы исследования. Материалами исследования являются архивные данные (25 историй больных с диагнозом железодефицитной анемии). Методы исследования - анамнез, жалобы, общий анализ крови, сывороточное железо, ферритин, гастроскопия. Исследование проведено у 26 пациентов, находившихся на лечении во взрослом гематологическом отделении Государственного учреждения Национальный Медицинский Центр "Шифобахш". Возраст пациентов колебался от 20 до 56 лет. Больные разделены на группы. Первая группа: постгеморрагическая анемия; вторая группа: анемия вследствие заболевания органов ЖКТ; третья группа: анемия вследствие повышенной потребности в железе.

Результаты. Из результатов исследования выявили:

1) У 13 (50%) больных в анамнезе были кровотечения (желудочно-кишечное, послеоперационное, маточное, носовые и др);

2) недостаточное потребление и недостаточное усваивание железа 8 (30%);

3) повышенная потребность в железе 5 (20%).

Частота встречаемости сидеропенических жалоб в % у данных пациентов:

Выпадение волос отмечается у 85% больных;

Изменение формы ногтей отмечается у 70% больных;

Извращение вкуса и обоняния отмечается у 65% больных.

Женщины в 10 раз чаще болеют, чем у мужчин.

Выводы. Таким образом, в данном исследовании выявлено, что причиной ЖДА в 50% случаев являются кровотечения, нарушение усвояемости железа у 30% и у 20% была повышенная потребность в железе.

Акулинушкина Е.Ю., Иванова Л.В.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АКСИАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ

Кафедра Госпитальной терапии с курсами кардиологии и функциональной диагностики ФПК и ПП ФГБОУ

ВО «ИГМА» МЗ РФ

Научный руководитель – к.м.н., доцент Якупова С.П.

Цель исследования. Определить частоту встречаемости сакроилиита (СИ) по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) у пациентов с псориатическим артритом (ПсА), установить различия в некоторых клинико-лабораторных проявлениях между пациентами с ПсА с наличием и отсутствием СИ.

Материал и методы. Проведено комплексное обследование 75 пациентов с ПсА (диагноз установлен с помощью критериев CASPAR 2006 года): 35 (46,7%) мужчин, 40 (53,3%) женщин (возраст (лет): Me 45 [35,5; 53,5]; стаж ПсА (лет): Me 6 [3,5; 8]). ВБС в анамнезе у 30 (39,5%) участников. Каждому пациенту проведено МРТ КПС в ИП

T1, STIR. Оценка боли и активности проводилась с помощью ВАШ (мм), ASDAScрб, BASDAI. Проводилась оценка уровня СРБ (мг\л). Представлены следующие показатели распределения: медиана (Ме), 25-й [1-й квартиль] и 75-й процентиля [3-й квартиль]. Данные считались статистически достоверными при $\leq 0,05$. Корреляция определялась с помощью коэффициента Пирсона.

Результаты исследования. МР-СИ обнаружен у 44 (58,6%) пациентов: 28 (63,7%) мужчин, 16 (36,3%) женщин, среди них ВБС в анамнезе у 25 (56,8%) человек, у 21 (43,2%) СИ бессимптомный. В группе пациентов с СИ Ме СРБ составила 26,7 [10,8; 37,2] мг\л, Ме BASDAI - 4,5 [3,5; 6,3], Ме ASDAScрб - 3,21 [2,16; 3,78], Ме ВАШ - 50 [30; 70]. В группе пациентов без СИ 31 (41,4%) человек: 7 (22,5%) мужчин, 24 (77,5%) женщины, Ме СРБ составила 12,8 [4,15; 30,9] мг\л, Ме BASDAI - 4,23 [0; 7,74], Ме ASDAScрб - 1,64 [0,04; 3,04], Ме ВАШ - 50 [50; 70]. ВБС в анамнезе у 5 (16,1%) человек. У пациентов с СИ показатель СРБ был достоверно более высоким ($p=0,038$), как и индексы ASDAScрб, BASDAI ($p=0,0001$). Показатели ВАШ у пациентов не различались ($p=0,128$).

Выводы. СИ является достаточно частым проявлением ПсА (58,6%), но нередко протекает бессимптомно (43,2%). У пациентов с ПсА с СИ отмечен более высокий уровень СРБ, показатели ASDAScрб и BASDAI, в то же время показатели ВАШ у них не различались, что может быть объяснено большей частотой бессимптомного течения СИ. Необходимы дальнейшие исследования аксиального синдрома, как одного из наименее изученных проявлений ПсА, для выбора эффективной фармакотерапии и исключения прогрессирования структурных изменений при малосимптомном течении и сохранения функциональной активности пациентов с ПсА.

Алиева Б.Б., Манышева К.Б., Эмиргамзаев Ш.С. СОН У ЮНОШЕЙ

Кафедра нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии, ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Российская Федерация

Цель исследования – определение качества сна в юношеском возрасте.

Материал и методы. В исследование вошел 31 доброволец, девушек – 74,18%, юношей – 25,82%. Средний возраст – $20,58 \pm 1,31$ лет. Для сбора данных на протяжении двух недель проводились опросы и анкетирование, которые включали Питтсбургский опросник индекса качества сна (PSQI), шкалу сонливости Эпворта и шкалу оценки субъективных характеристик сна Шпигеля. Статистический анализ выполнен с использованием программы MS Excel 2016 с применением методов описательной статистики.

Результаты исследования. При анализе результатов PSQI установлено, что время засыпания в среднем составляет $23,96 \pm 5,68$ минут [10; 120], средняя продолжительность сна – $5,92 \pm 0,27$ часов [4; 10]. 25,82% опрошенных не испытывали проблем с засыпанием в течение месяца, предшествовавшего исследованию, усталых проблем возникали частотой менее 1 раза в неделю у 29%, 1–2 раза – у 25,82%, 3 и более – у 19,36%. Непрерывный ночной сон отмечался у 38,7% участников исследования. Пробуждения в течение ночного сна отмечали 32,26% с частотой не более 1 раза в неделю, 19,36% – 1–2 раза, 9,68% – 3 и более. Наличие проблем со сном из-за затруднения дыхания отмечали 19,36%. У 22,58% наблюдалось наличие кашля/храпа. Проблемы со сном из-за чувства холода/зябкости отмечали 67,74% опрошенных, а из-за чувства жара – 41,94% человек. Плохие сновидения в течение ночного сна отмечались у 51,61 % человек. 3,23% респондентов охарактеризовали качество своего сна на протяжении предшествовавшего месяца как «очень хорошее», 64,51% – «достаточно хорошее», 19,36% – «скорее плохое», 12,9% – «очень плохое». С целью улучшения качества сна к лекарственным средствам самостоятельно или по назначению врача прибегали 22,58% респондентов. Затруднение оставаться бодрствующим при вождении автомобиля, после приема пищи или в процессе социальной деятельности отмечали 54,84% участников исследования. Сложность сохранять достаточный настрой на то, чтобы «сделать все дела» отмечали 87,11 % человек. Средний суммарный балл по шкале Эпворта составил $9,94 \pm 0,72$ [4; 18]. Нормальный сон отмечался у 16,13% опрошенных, умеренная сонливость – у 19,36%, аномальная/патологическая сонливость – у 64,51%. Наиболее часто выявлялась вероятность заснуть во время отдыха в кровати и при просмотре телепередач/видеороликов. Средний балл по опроснику Шпигеля составил $19,77 \pm 0,73$ [13; 26], нарушения сна были умеренными у всех 70,97% респондентов, указавших на них.

Выводы. Качество сна является одной из трех основных составляющих качества жизни. Распространенность нарушений сна в популяции составляет 6–30 %. Наше исследование показывает, что нарушения сна намного больше распространены в юношеском возрасте. Они характеризуются низким качеством сна, укорочением его продолжительности, поздним засыпанием, увеличением продолжительности времени до наступления засыпания, фрагментарностью архитектуры сна, повышением числа пробуждений, дневной сонливостью. Возможно, рекомендованное нами соблюдение принципов гигиены сна поможет справиться с возникающими проблемами и улучшить самочувствие лиц, страдающих от них.

Аминзода С., Юлдошев С. А., Гончарова М.С.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ ПСИХОТРАВМИРУЮЩЕЙ СИТУАЦИИ НА ТЕМАТИКУ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им.проф. М.Г. Гулямова
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – ассистент Салихова А.Х.

Цель исследования. Выявление влияния длительной психотравмирующей ситуации на психотические расстройства при шизофрении, дифференциальной диагностики шизофрении с острыми, и транзиторными

психотическими расстройствами.

Материал и методы. Исследование было проведено на базе Республиканского клинического Центра наркологии имени проф. М.Г. Гулямова, в психосоматическом отделении. В исследовании приняли участие 27 пациентов. Средний возраст больных $39 \pm 1,5$ лет. Применялись клинико-психопатологический и клинико-анамнестические методы исследования. Из исследования исключались пациенты с органическим поражением ЦНС, деменцией, эпилепсией, аффективными расстройствами, алкоголизмом или наркоманией в анамнезе, тяжёлыми соматическими заболеваниями.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования выявлены следующие разновидности психотравмирующей ситуации. У одних больных психическая травма заключалась в переживаниях, связанных с возможными последствиями нестабильности современного мира (ухудшении финансового положения в семье, выезд в другую страну). Другие пациенты переживали о сообщениях мировых средств массовой информации о пандемии COVID-19 (страх заболевания и страх смерти и т.д.). Некоторые пациенты беспокоились о возможном возникновении угрозы внешних, локальных конфликтов (боялись насилия, ограбления, избиения и т.д.). Большинство больных переживали об угрозе увольнения с места работы и о взаимоотношениях в семье (больные утверждали, что на них клеветают, о них распространяют слухи, чтобы уволить с работы, принять на их места своих людей, судебное разбирательство).

Выводы. Полиморфизм симптомов шизофрении является существенной проблемой при установлении диагноза, изучение психопатологических проявлений у больных с диагнозом шизофрении показало, что в их переживаниях большое место занимает актуальная тематика, происходящая в их жизни. Однако это наиболее выражено у больных в начале заболевания шизофренией. Психотравмирующая ситуация хотя и отражается в психозе, однако они не уменьшатся при удалении пациента из указанной ситуации.

Амирбекова М. С.

ЭРГОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ КОМПЕТЕНЦИИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ИНСУЛЬТЕ

магистрант НАО «Медицинский университет Караганды» г. Караганда Казахстан.

Научные руководители: к. м. н., профессор Омаркулов Б. К., д. м. н., профессор Киспаева Т. Т.

Цель исследования: изучить эффективность методов эрготерапии подготовленного среднего медицинского персонала при реабилитации больных с церебральным инсультом в рамках применения эрготерапии.

Материал и методы. Материал исследования: пациенты с церебральным ишемическим инсультом в возрасте от 42 до 69 лет (средний возраст $58 \pm 3,2$ года), принявшие реабилитационные меры в соответствии с "реабилитационными мероприятиями при инсульте" (Нур-Султан, 2019г.) (госпитализированные в центр нейроинсульта, г. Караганда, ГБ №1).

Масштабные методы диагностики (шкала Фугля-Мейера, индекс Бартеля, шкала Френчая, методика таблицы Шульте; шкалы по основным психическим функциям-память, внимание);

Клинико-неврологическое обследование (по стандарту);

Лабораторно-инструментальное исследование (согласно клиническому протоколу);

Статистические методы исследования;

Метод лечения: стандартный (согласно протоколу диагностики и лечения);

Критерии отбора. Исключены пациенты, соответствующие хотя бы одному из следующих критериев:

1. пациенты, которые не понимают метод лечения в этом исследовании;
2. пациенты с нарушениями зрения;
3. пациенты с поражением паретической стороны опорно-двигательного аппарата или периферического нерва;

Описание материала исследования:

Все пациенты были случайным образом разделены на две группы, которые первоначально были отобраны в соответствии с неврологическим (по шкале) уровнем дефицита, половозрастным составом, типом и локализацией очага.

Описание методов исследования: все исследования проводились на 3-й день (после постановки диагноза) и 10-й день (во время выписки).

Реабилитационные мероприятия для всех больных проводились в форме эрготерапевтических методов в соответствии с сестринским руководством «реабилитационные мероприятия при церебральном инсульте» (Нур-Султан, 2019г.).

Результаты исследования. В результате проведенных мероприятий в динамике улучшились все изученные параметры с 3-го по 10-е сутки. Оценка по шкале Френчай увеличилась, оценка по шкале Шульте значительно не увеличилась, оценка по индексу Бартеля увеличилась, оценка по шкале Фугля-Мейера увеличилась. Кроме того, изменение показателя методики Шульте в динамике с 3-го по 10-й день церебрального инсульта не имело существенного значения, что подтверждает данные о низкой чувствительности этой шкалы.

У всех пациентов в результате проведенных реабилитационных мероприятий в виде эрготерапевтических методов повышены показатели шкалы Френчая: от 2 до 7 баллов в основной группе и от 2 до 3 баллов в сравнительной группе. При этом в основной группе по сравнению с относительной группой показатель по шкале Френчая увеличился в 3,5 раза, а в сравнительной группе произошло его увеличение в 1,5 раза, что свидетельствует о высокой эффективности проводимых мероприятий в основной группе по сравнению с относительной группой.

Выводы. 1. при проведении реабилитационных мероприятий в виде эрготерапии существенно изменились показатели Френчая, Фугля-Мейера, повысился балл по индексу Бартеля, существенно не изменился показатель шкалы

Шульте.

2.Использование эрготерапии значительно улучшает восстановление неврологического дефицита у пациентов с церебральным инсультом.

3.Применение эрготерапии повышает эффективность проводимой реабилитации.

Амирова Ш.А., Бекпулатов О.У., Ешимов Е.С.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ГЕОМЕТРИИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Кафедра Пропедевтики внутренних болезней Сам ГМУ, Узбекистан

Научный руководитель - к.м.н. доц: Ярмухамедова С.Х.

Цель исследования: Изучить особенности ремоделирования миокарда у больных АГ по данным эхокардиографического исследования

Материалы и методы исследования: Обследовано 43 пациента с АГ, находившихся на стационарном лечении в клинике №1 СамГМУ. В зависимости от наличия признаков ХСН больные были распределены на 3 группы. При этом 1-ю группу составили 21 больной без признаков ХСН, а во 2-ю группу вошли больные с симптомами сердечной недостаточности (12 чел). В зависимости от наличия признаков ХСН больные были распределены на 3 группы. При этом 1-ю группу составили 21 больной без признаков ХСН, а во 2-ю группу вошли больные с симптомами сердечной недостаточности (12 чел). Третья группа (10 чел) явилась контрольной группой сравнения.

Кроме общепринятых традиционных методов исследования всем больным проводилось стандартная эхокардиография. По длинной и короткой осям проводились измерения толщины стенок ЛЖ, ПЖ, вычислялась относительная толщина стенок сердца и показатели систолической функции сердца.

Результаты исследования: Обследованные больные АГ предъявляли жалобы на одышку, быструю утомляемость и сердцебиение при повседневной физической нагрузке. У больных с артериальной гипертонией была отмечена более выраженная, по сравнению с контрольной группой здоровых лиц, структурно-геометрическая перестройка ЛЖ. У пациентов с признаками ХСН изменение геометрии сердца выражалось более значимым увеличением линейных размеров левого предсердия и стенок левого желудочка. Эти изменения с учетом возрастания ММЛЖ и ИОТС, свидетельствуют о наличии более выраженного ремоделирования сердца у больных данной группы. Однако отмечалось отсутствие достоверных различий в показателях КСО, КДО, а также ФВ.

Выводы: ГЛЖ у больных АГ была направлена на сдерживание роста величины диастолического миокардиального стресса, тем самым, замедляя или предотвращая развитие ХСН. Наиболее характерным признаком изменения сердечной мышцы при артериальной гипертонии является гипертрофия левого желудочка (ЛЖ). Это проявляется в непропорциональном росте отдельных кардиомиоцитов, дезорганизации мышечных волокон ЛЖ, что сопровождается снижением эластичности и сократимости миокарда, то есть изменением геометрии сердца

Амиршоев С.И.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ С УЧЁТОМ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Назарова М.К.

Цель исследования. Обосновать дифференцированную антигипертензивную терапию при артериальной гипертензии (АГ) II степени с учётом роли циркулирующих эндотелиальных клеток (ЦЭК).

Материал и методы исследования. В работе представлены 220 больных с гипертонической болезнью, находившихся на стационарном лечении в РКЦК РТ. Исследовано число ЦЭК, у 220 пациентов (средний возраст $57 \pm 8,4$ лет) с АГ II степени. Больные получали: эналаприл (20-40 мг/сутки, $n=50$), лизиноприл (10-20 мг/сутки, $n=35$), каптоприл (75-150 мг/сутки, $n=35$), амлодипин (5-10 мг/сутки, $n=50$), атенолол (100-200 мг/сутки, $n=50$).

Результаты и их обсуждение. Применение эналаприла сопровождалось снижением числа ЦЭК со $140,4 \pm 53$ до $104,6 \pm 49,6$ клеток/100 мкл ($p < 0,05$), лизиноприла – со $140,6 \pm 40,9$ до $100,9 \pm 35,9$ ($p < 0,05$), каптоприла – со $140,8 \pm 44,8$ до $121,2 \pm 44,2$ ($p < 0,05$), амлодипина – со $137,5 \pm 55,9$ до $111,8 \pm 50$ ($p < 0,05$), атенолола – со $137 \pm 51,5$ до $111,7 \pm 52,8$ ($p < 0,05$). В конце стационарного лечения каптоприлом число ЦЭК было выше, в сравнении с эналаприлом ($p = 0,035$) и лизиноприлом ($p = 0,042$). В течение $7,1 \pm 2,8$ лет зарегистрировано 36 инфарктов миокарда, 51 мозговой инсульт, 61 летальный исход. Наличие повышенного более 122 клеток/100 мкл числа ЦЭК в конце стационарного лечения ассоциировано с относительным риском ССО и летальных исходов в течение $7,1 \pm 2,8$ лет, равным 23,4 (95% ДИ 8,8-61,9; $p < 0,001$). Уменьшение повреждения эндотелия до прогностически благоприятных значений числа ЦЭК (менее 122 клеток/100 мкл) реже выявлено после применения каптоприла (42,8% пациентов) в сравнении с эналаприлом (76%) и лизиноприлом (77,1%). Отличия при приёме амлодипина (68%), атенолола (62%) статистически недостоверны ($p > 0,05$).

Выводы. Гипертензивный криз сопровождался статистически значимым повышением числа ЦЭК ($p < 0,05$). Стационарное лечение больных с АГ II степени показало, что более эффективными препаратами для лечения оказались эналаприл или лизиноприл по сравнению с каптоприлом.

Асилова Н.Г., Фирузан И., Назаров С.
ОСОБЕННОСТИ РЕЧЕВЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И
ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОЧАГА И ПОЛОМ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова.

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель-к.м.н. Ганиева М.Т.

Цель исследования. Оценить когнитивные и речевые функции у больных с ДЦП и их взаимосвязь с локализацией патологического очага и полом.

Материал и методы. В период за 2020 по 2023гг. нами были обследованы 125 детей в возрасте 7-9 лет, с окончательным диагнозом ДЦП, гемиплегическая форма (G80.2). Больные были распределены на 2 группы в зависимости от локализации полушарного очага. I группу составили 72 пациента с левосторонним гемипарезом (ЛГП): 33 девочки и 39 мальчиков. II группу составили 53 пациента с правосторонним гемипарезом (ПГП) – 23 девочки (д) и 30 мальчика (м).

Речевые особенности детей с ДЦП определяли речевыми пробами для учащихся по Т.А. Фотековой (2004) исследовали сформированность устной экспрессивной и импрессивной речи, по двум блокам заданий по речевым пробам [3].

Результаты исследования. Дети с ЛГП чаще обладали нарушениями темпа и просодических характеристик речи (43,7%). Темп речи был нарушен у 33,8% детей, повествовательная речь – у 14,1%. Эти расстройства являются «правополушарной корковой дизартрией» [12]. У 22,5% детей констатировали «нарушение удержания речевого ряда».

В группе с ПГП констатировали нарушения экспрессивной речи: «монологической» – у 88,7%, «диалогической» – у 86,8%, «автоматизированной» – у 17,0% больных. Констатировали расстройства понимания ситуативно-бытовой речи у 15,1. Констатировали расстройства повторения слов – у 49,1%, простых фраз – у 60,4%, 47,2% детей имели расстройства орального праксиса, 25,6% – произносительные трудности в виде смазанности звуков и напряжения при речи.

Выводы. Таким образом, при исследовании когнитивных и речевых функций у обследуемых детей выявило следующее – наличие левостороннего гемипареза коррелировало с более выраженными когнитивными и речевыми нарушениями.

Асоева Р.
ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ, КАК ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ L-АСПАРАГИНАЗЫ
(СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

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

Научный руководитель – старший преподаватель Хасанов Дж.М.

Цель исследования. Демонстрация одного из грозных побочных эффектов препарата L-аспарагиназы острого панкреатита при лечении больной с острым лимфобластным лейкозом.

Материал и методы. История болезни больной М.Р., 33 года. Больная М.Р. поступила в клинику во взрослое гематологическое отделение ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» 06.12.22 с жалобами на боли в горле и полости рта, появление язвенно-некротических высыпаний в полости рта, носовые и десневые кровотечения, появление подкожных геморагий по всему телу, головокружения, сердцебиения и одышку при ходьбе, общую слабость. Болеет около 1,5 месяцев. Заболевание началось с болей в левом коленном суставе и пояснице, лечилась по месту жительства с временным эффектом. За 2 недели до поступления появились вышеперечисленные жалобы. Лечение по месту жительства без эффекта в связи с чем обратилась в научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, где при обследовании выявлен лейкоцитоз, анемия и тромбоцитопения. Учитывая изменения в гемограмме, больная направлена во взрослое гематологическое отделение ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Больная обследована и на основании результатов общего анализа крови, стеральной пункции и цитохимического исследования костного мозга выставлен диагноз - острый лимфобластный лейкоз. Больной начато лечение по программе Хельцер с 15.12.2023, согласно которой больная с 15-го дня от начала лечения получала L-аспарагиназу по 10000 ед. внутривенно-капельно на физиологическом растворе медленно.

Результаты исследования. При исследовании гемограммы выявлено: эритроциты – $1,2 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин – 31 г/л; тромбоциты – $28,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты – $28,0 \times 10^9$ /л; бласты – 96%; лимфоциты – 4%; СОЭ – 70 мм/ч. Миелограмма гиперрегенераторная. Количество бластных клеток увеличено 90%. Реакция на миелопероксидазу отрицательная. На 24 четвёртый день от начала лечения у больной после девятой инъекции L-аспарагиназы появились боли в пояснице и левом подреберье, при исследовании амилазы в крови повышена 118,6 Е/л, на УЗИ признаки панкреатита. Лечение L-аспарагиназой прекращено и начато лечение панкреатита. Пантопразол 40 мг на физиологическом растворе в/в капельно, фосфалюгель по 2 пакета 2 раза в день и дюспаталин 135 мг по 2 таб утром и в обед, вечером по 1 таб. В результате терапии состояние больной улучшилось, боли прошли, показатели амилазы пришли в норму. В настоящее время у больной полная клинико-гематологическая ремиссия.

Выводы. Таким образом, L-аспарагиназа, являясь хорошим препаратом для терапии острых лейкозов, нередко вызывает различные побочные действия, так у нашей больной это был острый панкреатит. При своевременно начатой терапии можно приостановить дальнейшее развитие процесса и продолжать лечение основного заболевания.

Асрори Мухтор, Мирзокаримова Н.С., Камолова Г.Н.
КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ГЕМОФИЛИЧЕСКОЙ АРТРОПАТИИ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан
научный руководитель – д.м.н., профессор Мустафакулова Н.И.

Цель исследования. Клинико-гематологические и рентгенологические особенности гемофилической артропатии (ГА).

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 177 мужчин с гемофилией (ГФ). В более половины случаев оказались с ГА «А» – 123 чел. (69,4%) и «В» – 54 чел. (30,5%) в возрасте от 17 до 49 лет, поступившие в гематологическое отделение ГУ НМЦРТ в период 2010 г. по 2023 г. Проведены исследования коагулограммы, уровня активности фактора в крови, рентгенологические исследования (РИ). Контрольную группу составили 30 здоровых лиц.

Результаты. Пациенты с ГФ жаловались на различные кровотечения (67,0%), на боли, отечность и ограничение движения в суставах (56,0%), на наличие мышечных гематом (48,0%). Наблюдалось поражение коленного сустава (98 чел.; 55,3%) и голеностопного сустава (53 чел. 30,0%), в 17,0% случаев в процесс был вовлечен и тазобедренный сустав. Обнаружено увеличение времени свертывания крови, АЧТВ, тромбинового времени, МНО, времени рекальцификации и уменьшение ПТИ. На РИ были выявлены: краевые костные разрастания суставных поверхностей (93,0%), субхондральный остеосклероз (67,0%), сужение суставной щели (39,0%), деформация эпифизов костей (53,0%), остеопороз (59,7%), анкилоз (39,0%).

Выводы. Ранняя диагностика клинико-гематологических и костно-суставных поражений при гемофилических артрозах предотвращает серьезные осложнения в виде септического артрита, остеомиелита, перикардита, эндокардита и полиорганной недостаточности.

¹Атомуллоева А.Ш., ¹Зухридинов Т.Х., ²Одинаев Ш.М.
ИСТИФОДАИ ТАЗРИКИИ КОНТРАСЕПТИВИ ДЕПО-ПРОВЕРА

¹Кафедраи бемориҳои сироятӣ ва дерматовенерологияи МДТ ДДТХ. Тоҷикистон.

²Коллеҷи тиббии МДТ ДДТХ дар ноҳияи Данғара. Тоҷикистон.

¹Роҳбари илмӣ – н.и.т., Исоева Б.И.

Мақсади тадқиқот. Омӯхтани афзалиятҳо ва камбудии истифодаи тазрикии контрацептиви Депо – Провера.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Чамъ овардани маълумоти зарурӣ оид ба ин мавзӯ аз адабиётҳои илмӣ ва захираҳои интернетӣ.

Натиҷаҳои тадқиқот. Маводҳои зидди бордоршавии тазриқӣ мавҷуданд, ки аз ҳамаи номатлуб пешгирӣ менамоянд, аммо ин маводҳо метавонанд таъсири манфӣ ҳам расонанд, аз ин лиҳоз пеш аз истифода маълумотҳои зарурӣ нисбати афзалият ва камбудии онҳо баррасӣ намудан лозим мебошад. Яке аз ин тазриқи контрацептивӣ Депо – Провера ё DMPA, сӯзандоруст, ки зан метавонад дар ҳар 3 моҳ як маротиба барои пешгирии ҳомиладорӣ бигирад.

Афзалиятҳо: Сӯзандорӣ зидди ҳомиладорӣ алокаи ҷинсиро қатъ намекунад; ба шахс лозим нест, ки ҳар рӯз гирифтани доруҳои контрацептивиро фаромӯш кунад; шахс метавонад сӯзандорӣ зидди ҳомиладориро дар шароити хона гузаронад, пеш аз гирифтани тазриқи контрацептивӣ гузаштан аз таҳлили тиббӣ зарурат надорад, депопровера метавонад давраҳои ҳайзбиниро қатъу кам кунад ё ҷараёни онҳоро осонтар кунад.

Камбудииҳо: Депо-Провера аз бемориҳои бо роҳи алокаи ҷинсӣ гузаранда (STDs) муҳофизат намекунад. Шахс бояд дигар намудҳои пешгирии ҳомиладорӣ, аз қабили рифоларо барои муҳофизат аз бемориҳои сироятӣ, аз ҷумла ВНМО истифода барад. Пас аз қатъи истифодаи Депо – Провера дар муддати 10 -18 моҳ бордоршавӣ ба вуқӯ меояд. Афзоиши вазн, хунравии номунтазами маҳбалӣ, дилбеҳузурӣ, дарди сар, дарди сина ва депрессия таъсири номатлуби тазриқи контрацептивии Депо – Провера мебошад, ки одатан пас аз 2-3 моҳ нест мешавад.

Хавфҳо. Имконияти сироят дар макони тазриқ хеле кам аст. Агар шахс аз макони тазриқ дард, хунравӣ ё чирк пайдо кунад, онҳо бояд ба ёрии тиббӣ муроҷиат кунад. Ҳангоми ҳомиладорӣ, хунравии маҳбалии бесабаб, гирифтронии бемории саратони сина, гипертонияи шадид, бемориҳои раг ва чигар истифодаи бурдани Депо – Провера мумкин нест.

Хулоса.

1. Маводи тазриқи контрацептивӣ чун дигар намудҳои контрацептивӣ ҳам тарафҳои манфӣ ва мусбии худро дорад, аз ин лиҳоз қабл аз он истифода барандагон бояд пурра аз таҳлили лабораторӣ гузаранд.
2. Ба истифода барандагон ин мавод духтурон бояд таъсири ҳам мусбӣ, номатлуб ва хавфро бо забони омиёна фаҳмонанд.
3. Истифодабарандагон ин маводи контрацептивӣ дар зери назорати духтури акушер - гинекологи маркази репродуктологӣ бояд қарор гиранд.

Атомуллоева А.Ш., ¹Тиллоева М.Б., ²Сангинмуродов М.
ТАШХИСИ САРИВАҚТИИ СИНДРОМИ ПОЛИКИСТОЗИ ТУХМДОНӢ

¹Кафедраи бемориҳои сироятӣ ва дерматовенерологияи МДТ ДДТХ. Тоҷикистон.

²Коллеҷи тиббии МДТ ДДТХ дар ноҳияи Данғара. Тоҷикистон.

¹Роҳбари илмӣ – н.и.т., Исоева Б.И.

Мақсади тадқиқот. Таҳлили адабиёти тиббӣ оид ба маълумоти эпидемиологӣ, ва таҳлили саривақтии синдроми поликистозии тухмдонӣ (СПТ).

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Чамъ овардани маълумоти зарурӣ оид ба ин мавзӯ аз адабиётҳои илмӣ ва захираҳои интернетӣ.

Натиҷаҳои тадқиқот. Паҳншавии синдроми поликистози тухмдонӣ (СПТ) дар 75% ҳолатҳо сабаби ановулятсияи музмин буда, дар 83% беморони дорои аломатҳои клиникалии сатҳи баланди андрогенҳо руҳ медиҳад. Гиперандрогенизм, дар навбати худ, дар 17% занони ҳомила дар марҳилаҳои ибтидоӣ исқоти ҳамлро ба вучуд меорад. Басомади таҳлили СПТ бо безурётии этиологияи эндокринӣ дар занон 79% -ро ташкил медиҳад.

Қараёни ҳайзи моҳона дар ин ҳолат метавонад дар муддати тӯлонӣ комилан аз байн равад ё номунтазам ва ё камтар гардад. Дар айни замон, синну соли фарорасии ҳайзи аввал ба синну соли 12-14 солағӣ мувофиқат мекунад, аммо бо инкишофи олигоменорея хос аст.

Ҳамин тариқ, таҳлили саривактӣ СПТ метавонад аз анамнези беморӣ (олигоменорея аз давраи ҳайз, безурётии ибтидоӣ), шикоятҳои беморон асос ёбад, вале барои тасдиқи таҳлил гузаронидани усулҳои таҳқиқоти инструменталӣ ва лабораторӣ зарур аст, ба монанди:

-Таҳлили ултрасадои трансвагиналӣ имкон медиҳад, ки аломатҳои равшани гиперплазияи бофтаҳои тухмдон ва микдори зиёди фолликулаҳои атретикӣ дар зери капсулаи узв муайян карда шаванд.

-Андозаи сатҳи концентратсияи LH, (афзоиши сатҳи гормон дар заминаи микдори муқаррарии прогестерон 17-ОН ва сульфат дегидроэпиандростерон);

-Биопсияи мақсадноки эндометрия бо таҳлили минбаъдаи гистологияи биоматериал - муайян кардани нишонаҳои гиперплазияи бофтаи эндометрия.

Таҳлил тавассути рад кардани дигар шароитҳои шабех, ки боиси баланд шудани сатҳи гормонҳои мардона, аз ҷумла бемории Кушинг ва гиперплазияи модарзодии adrenal аст, гузашта мешавад.

Хулоса.

1. Синдроми поликистози тухмдонӣ яке аз сабабҳои асосии безурётии ибтидоӣ мебошад, ки ҳангоми ташаккули сикли ҳайз дар заминаи хусусиятҳои ирсӣ, истисно аз ҳад зиёди гормонҳои лютеинизатсия ва андрогенҳо инкишоф меёбад.

2. Барои таҳлили саривактӣ синдроми поликистози тухмдонӣ (СПТ), ҷамъоварию анамнези ҷамъонибаи беморӣ, шикоятҳои беморон, инчунин усулҳои таҳқиқоти инструменталӣ ва лабораторӣ аз ҷумла таҳлили ултрасадои трансвагиналӣ, биопсияи эндометрия, муайян кардани андозаҳои гормонҳо зарур аст.

Ахмадова Ф.К., Урунова Ш.Д., Саидов П.С.

МИГРЕНЬ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им Г.М Гулямова

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Научный руководитель - проф., д.м.н. Нажмидинова М.Н.

Цель исследования. Изучить клинические особенности мигрени у детей и подростков.

Материал и методы исследования. Проведено клинко-неврологическое динамическое наблюдение 50 пациентов 7-17 лет (средний возраст 13,1) с мигренью (мальчиков – 10, девочек – 40); у 18 из них – имела место коморбидная головная боль напряжения. Мигрень без ауры – 30 чел., с аурой – 2. Анализировали анамнестические данные и дневники головной боли.

Результаты обсуждения. Продромальные симптомы отмечались чаще у подростков – 43,4%, у детей 7-11 лет – 31,4%. В младшем возрасте проявлялись, в основном, в виде слабости, сонливости, снижения внимания, снижения аппетита; у подростков преобладали фоно-, фото-, осмогиперестезия, тошнота, бледность кожи и ощущение зябкости кистей, стоп, эмоциональная лабильность, раздражительность. Две трети пациентов 7-11 лет и почти половина подростков не могли латерализовать свои ощущения, остальные отмечали одностороннюю боль непостоянно. Строго односторонняя локализация головной боли появлялась после 14 лет (36,6%). У пациентов младшего возраста боль локализовалась преимущественно в лобной, лобно-височной или лобно-теменной области, редко ограничивалась виском (16,7%) или иррадиировала в глаз (16,6%). У подростков боль имела чаще в лобно-височно-глазничной области (38,7%). В старшем возрасте головная боль иногда иррадиировала в затылок (5,4%), шею (9,7%), становилась диффузной (17,2%). Больше четверти младших детей затруднялись описать характер болевых ощущений, лишь 10-11-летние смогли отметить наличие пульсации. Подростки достоверно чаще называли этот значимый паттерн мигрени (67,7%). 16,9% наших пациентов отметили сжимающую боль. Большинство детей во время приступа мигрени стремились лечь в постель, отказывались от игры на компьютере или просмотра любимых телепередач. Сопровождающие симптомы были характерным признаком мигрени, встречались у всех пациентов. Дигестивные расстройства особенно часто были выражены в младшем возрасте, а проявления гиперестезии – в старшем. У подростков мигренозному приступу нередко сопутствовали яркие вегетативные расстройства – ощущение «нехватки воздуха», сердцебиение, дистальный или диффузный гипергидроз, бледность кожных покровов, похолодание кистей, стоп. У 9 старшеклассников (из них 7 девочек) во время приступа мигрени развивалась типичная паническая. Приступы мигрени у подавляющего большинства детей продолжались не более суток, у детей младшего возраста были короче, частота – реже, чем у подростков. Продолжительность приступов до 2-3-х часов отмечалась у 40,5% детей 7-11 лет и у 17,2% детей 12-17 лет, при полном соответствии остальным диагностическим критериям МКГБ. Мигрень с аурой преобладала среди детей старше 12 лет – у 20 из 29 пациентов, полового предпочтения не выявлено, в половине случаев приступы сочетались с мигренью без ауры, что является особенностью детского возраста. Общей характерной чертой было преобладание симптомов раздражения (парестезии, фотофобии) над симптомами выпадения (гипестезии, парезы, скотомы, гемианопсии), небольшая продолжительность – длительность ауры не превышала 30 минут (обычно 10-20 минут), симптомы ауры развивались постепенно, в течение минимум 5 минут. Головная боль возникала обычно

сразу вслед за аурой или, реже, во время ауры.

Выводы. Клиника мигрени в детском возрасте имеет свои отличительные особенности, не соответствует диагностическим критериям для взрослых (реже отмечается гемикрания, пульсирующий характер боли, меньше продолжительность). Более объективную картину позволяют получить непосредственный структурированный опрос ребенка с участием родителей и ведение дневника головной боли. Дневник достовернее отражает частоту, продолжительность и интенсивность головной боли, дает возможность контролировать динамику лечебного процесса.

Ахмедова М.Б., Сафарова М.М., Сайфидинзода З.Х.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОЖИРЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В ЙОДДЕФИЦИТНОМ РЕГИОНЕ

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Иноятова Н.А

Цель работы. Определить частоту встречаемости ожирения у беременных женщин в условиях йодного дефицита.

Материал и методы. Исследование проводилось ретроспективно на базе клинического Городского медицинского центра №7. В исследовании проанализированы данные амбулаторных карт 121-ой беременных женщин. Средний возраст женщин составил от 25,9±0,5 лет. Средний срок беременности составил 13,7±0,3. Среднее количество родившихся детей 1,1±0,1. Среднее количество беременностей 2,2±0,1. Был определен весоростовой показатель и рассчитан индекс массы тела (ИМТ) по следующей формуле: $I = \frac{m}{h^2}$, который измеряется в кг/м² в соответствии с рекомендацией ВОЗ. ИМТ оценивается по следующим параметрам: менее 18,5 кг/м² – дефицит массы тела, 18,5-24,9 кг/м² – норма, 25-29,9 кг/м² – избыточная масса тела, 30-34,9 кг/м² – ожирение I степени, 35-39,9 кг/м² – ожирение II степени, 40 и более кг/м² – ожирение III степени. Все беременные были проконсультированы эндокринологом. Больным помимо стандартных лабораторных исследований проводилась ультразвуковая сонография щитовидной железы. Статистическая обработка данных проведена с помощью прикладного пакета «Statistica 8.0»

Результаты исследования. В ходе исследования было выявлено, что у 40 (48,4%) беременных отмечалось увеличение массы тела. Из 121 беременной у 25 (30,25%) отмечалась избыточная масса тела, у 11 (13,31%) – ожирение I степени, ожирение II степени было обнаружено у 3 (3,2%), ожирение III степени – 1 (1,2%). Из 40 беременных женщин с ожирением у 26 (31,4) обнаружено увеличение щитовидной железы II степени. Из них у 20 (24%) женщин обнаружено увеличение щитовидной железы I степени, в свою очередь, количество многоплодных составило 13,3%, а у впервые рожавших – 10,9%. Увеличение II степени обнаружено у 6 (7,3%) женщин, среди них 66,6% у многоплодных и 33,3% у впервые родивших женщин. Необходимо отметить, что II степень отмечалась именно у многоплодных женщин, так у 4 женщин в анамнезе имелось 4-5 беременностей и 3-5 родившихся детей.

Вывод.

1. Частота встречаемости ожирения у беременных женщин составила 48,4%.
2. У беременных женщин с выявленной избыточной массой тела и ожирением в 65% случаев было выявлено увеличение щитовидной железы.

Ахметшина Э.Р., Гудзенко А.М.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА

Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России Российской Федерации

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Малкова А.А.

Цель исследования. Выявление наличия неврологических осложнений постковидного синдрома у 50 студентов ИГМА, подтверждено перенесших коронавирусную инфекцию.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов тестирования 50 студентов возрастом 20-24 года по госпитальной шкале тревоги и депрессии (Шкала HADS) и Монреальской шкале оценки когнитивных функций (MoCA). Также был проведен подробный опрос исследуемых с целью выявления присутствия хронических патологий, добровольной вакцинированности и особенностей протекания коронавирусной инфекции.

Результаты исследования. В ходе исследования получены следующие данные: в половой структуре исследуемых преобладают лица женского пола – 66% (33). Период протекания заболевания у 90% (45) студентов составил менее 4 недель, у 10% (5) – более 4 недель. 54% (27) опрошенных отмечают отсутствие хронических патологий. 24% (12) имеют хронические заболевания дыхательной системы; 10% (5) – заболевания ЖКТ; 8% (4) – заболевания мочевыделительной системы 8% (4). В ходе опроса обнаружено, что 40 % (20) студентов на момент заболевания были вакцинированы.

Впервые отмечено появление в постинфекционном периоде следующих симптомов, объединенных нами в клинические синдромы:

- астенический синдром (наличие головной боли – у 42% (21), головокружения – 8% (4), ощущения общей и мышечной слабости 44% (22), нарушения равновесия – 6% (3));

- синдром когнитивных дисфункций (ухудшение памяти наблюдалось у 32% (16) студентов, нарушение восприятия информации – 28% (14), нарушение внимания и концентрации – 26% (13), проблемы с речью – 6% (3));

- синдром дисфункции сенсорных систем (46% (23) исследуемых отметили потерю/снижение вкуса и/или обоняния, 32% (16) – извращение вкуса или обоняния, 12% (6) – падение остроты зрения 12% (6));

- синдром депрессии (субъективное ощущение депрессии выявлено у 16% (8), при этом у 37,5% (3) исследуемых наличие депрессии клинически доказано по результатам шкалы HADS);
-тревожные расстройства (появление панических атак отмечают 6% (3); субъективное ощущение тревоги - 22% (11), при этом у 45,5% (5) тревожное расстройство клинически доказано).

При исследовании по шкале HADS: Обнаружена субклинически выраженная тревожность у 28% (14) студентов, клинически выраженная тревожность - 8% (4), субклинически выраженная депрессия - 14% (7), клинически выраженная депрессия - 4% (2).

При исследовании по шкале MoCA: Снижение когнитивных функций за счет снижения оптико-пространственной деятельности и абстракции наблюдается у 1 (2%) студента, снижение когнитивных функций за счет снижения оптико-пространственной деятельности – 1 (2%), снижение когнитивных способностей за счет оптико-пространственной деятельности и языковых функций – 1 (2%), снижение за счет оптико-пространственной деятельности – 3 (6%), снижение за счет абстракции – 1 (2%), снижение за счет языковых функций – 1 (2%).

Выводы. Перенесенная коронавирусная инфекция привела к появлению неврологических осложнений у большинства опрошенных студентов. Наиболее частыми неврологическими осложнениями являются проявления следующих синдромов: астенического, когнитивных дисфункций, дисфункций сенсорных систем, депрессивно-тревожных расстройств.

Ашурова М.А.

ТАБАКОКУРЕНИЕ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ

*Федеральное государственное автономное образовательное
учреждения высшего образования, Россия*

*«Новосибирский национальный исследовательский государственный университет» Институт медицины и
психологии В. Зельмана (ИМПЗ)*

Центр последипломного медицинского образования (ЦПМО)

Ординатор I-года обучения

Научный руководитель –доцент А.Т.Ашуров

Цели исследования: изучение влияния курения на сердечно-сосудистую систему.

Материалы и методы. Исследование проводилось методом социологического опроса с использованием валеологической анкеты. Всего опрошены 50 респондентов (25-45 года). Обработка материала проведена с применением методов вариационной статистики.

Результаты и обсуждение. По анализам проводившегося опроса, из них 32% женщин и 68% мужчин. По результатам опроса 25% - молодые люди до 30 лет, 70% - люди от 30 до 40 лет и 5% - люди старше 40 лет. Из опрошенных, 19% людей положительно относятся к курению, 42% отрицательно и 39 % нейтрально.

По результатам анкетирования установлено, что основной возраст начала курения - 57% курящих людей ответили в возрасте: 27% от 15 до 20 лет, 15% от 20 до 25 лет, 3% от 26 до 30 лет, 5% от 31 до 40 лет и 7% от 41 до 45 лет.

Причинами курения оказались: 38% - глупость и интерес, а 19% - снятие стресса и нервы. На вопрос, связанна ли привычка курить с наследственностью, 49% опрошенных ответили да, 32% ответили, нет и 19% не знают ответа. 68% опрошенных считают, что чаще всего у курильщика страдают легкие, 15% назвали головной мозг, 14% - сердце, а 3% - желудок. На вопрос о знании разницы между пассивным и активным курением 61% опрошенных ответили да, а 39 % ответили нет. 19% курящих хотят бросить курить, 17% нет, а 21% опрошенных ответили, что уже безуспешно пробовали.

В результате проведенного литературного обзора мы установили, что курение – самая распространенная причина преждевременной смерти и потери работоспособности. В целом в мире курение убивает более чем 3 млн. человек в год.

Выводы. После проведенного опроса можно сделать вывод, что большинство курильщиков не задумываются о своем здоровье и благополучии окружающих. Образ жизни респондентов непосредственно влияет на состояние здоровья и работоспособность. Курение, как обычных, так и электронных сигарет оказывает огромное влияние на здоровье. Таким образом, курение респондентов распространено; осведомленность об отрицательном влиянии курения на здоровье недостаточна. В связи с этим среди данной социальной группы необходимо повышение осведомленности о вреде курения.

Аъзамов А.Ш.

ЛУЧЕВАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

*Кафедра внутренних болезней №4 Самаркандского государственного медицинского университета.
Узбекистан.*

Цель исследования – выявление рентгенологических признаков неспецифической интерстициальной пневмонии.

Материал и методы. В качестве материала нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 140 больных с неспецифической интерстициальной пневмонией (НИП), находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении Самаркандского городского медицинского объединения.

Результаты исследования. У 26 больных при рентгенологическом исследовании выявлено усиление корней лёгких с обеих сторон, тяжистость, снижение прозрачности локального характера. У 30 больных выявлено вместе с

усилением корней понижение прозрачности обоих лёгких по типу двухсторонней пневмонии. У 27 больных выявлены общие рентгенологические признаки характерные для хронического обструктивного бронхита. Всем больным с целью дифференциальной диагностики проведены КТ-высокого разрешения. При этом выявлены типичные признаки неспецифической интерстициальной пневмонии, включающие в себя снижение прозрачности легочной ткани по типу «матового стекла», тракционные бронхоэктазы и бронхиолоэктазы, утолщение междольковых перегородок, уменьшение объёма нижних долей.

При данной патологии доминирующим над всеми остальными признаком является симптом «матового стекла. Зоны «сотового легкого» в целом нетипичны для этой патологии. По данным разных исследователей, они имеют место у 5-30% пациентов, при этом их распространенность не превышает 10% общей поверхности легких. Фокусы консолидации отражают одновременное присутствие организующейся пневмонии, с которой НИП в одном из исследований имела перекрест у 50% пациентов.

Течение патологии может сопровождаться периодами усиления клинических симптомов, обычно принимаемых как обострение НИП. Точные причины обострения НИП окончательно не установлены, но считается, что наиболее вероятны инфекционные факторы либо внезапные дестабилизирующие события, такие как тромбоэмболия легочной артерии, пневмоторакс, острая сердечная недостаточность и др. Неадекватная терапия либо отмена базисного лечения также может приводить к обострению НИП. На КТ в этот период расширяются зоны «матового стекла» и появляются новые участки консолидации.

Увеличение лимфоузлов средостения довольно типично при этом, правда этот симптом встречается и при других интерстициальных пневмониях. Необходимо отметить ещё один довольно характерный для НИП симптом, – это присутствие симметричных тонких субплевральных полосок сохраненной легочной ткани (subpleural sparing), за которыми следуют ретикулярные и воспалительные изменения.

Выводы. Таким образом, при применении методов лучевой визуализации выявлено, что для пациентов с неспецифической интерстициальной пневмонией характерно при клеточном субтипе преобладание «матового стекла» и отсутствие «сотового легкого», а при фиброзном или смешанном субтипе одновременно в разной степени выражены все четыре главных рентгенологических синдрома, а также (часто, но не всегда) «сотовое легкое». Характерным также является присутствие симметричных тонких субплевральных полосок сохраненной легочной ткани, за которыми следуют ретикулярные и воспалительные изменения.

Аюбов Р.К., Вяткин В.В., Кононов И.И.

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА С ПАРАМЕТРАМИ ОБЩЕГО И БИОХИМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ ПРИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Кафедрапропедевтики внутренних болезней с курсом сестринского дела
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Научные руководители: д.м.н., доцент Сучкова Е.В., ассист. Наговицына Е.А.

Цель. Оценить показатели ВРС и параметры общего и биохимического анализа крови у пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе гастроэнтерологического отделения БУЗ ГKB №8 МЗ УР. Было проведено исследование показателей ВРС («Нейрософт» г. Иваново), общего и биохимического анализа крови у 24 пациентов. Для оценки ВРС были взяты 5 показателей, полученных в состоянии покоя и при ортостатической пробе: %LF – показатель, отражающий мощность низкочастотных волн, производимых симпатической нервной системой; IS – стрессовый индекс, зависящий от активности симпатической системы; %HF – мощность высокочастотных волн, производимых парасимпатической нервной системой; RMSSD – деятельность блуждающего нерва, показывает способность организма к восстановлению; LF/HF – показатель, отражающий симпатический баланс.

Полученные результаты. Из 24 пациентов мужчины составили 14 человек (58,35%), женщины – 10 (41,65%). Средний возраст пациентов составил $50 \pm 7,2$ лет. В зависимости от патологии пациенты были разделены на 2 группы. В группе пациентов с патологией поджелудочной железы была выявлена высокая отрицательная корреляционная взаимосвязь между показателями %HF и уровнем гемоглобина ($p=0,001$). У пациентов с патологией печени были обнаружены положительные статистически значимые взаимосвязи между показателями %LF и количеством лейкоцитов ($p=0,014$), уровнем аспартатаминотрансферазы ($p=0,044$) и уровнем билирубина ($p=0,037$).

Заключение. Таким образом, у пациентов с патологией печени увеличение симпатического влияния нервной системы влечет за собой повышение уровня маркеров воспаления, цитолиза и холестаза. У пациентов с патологией поджелудочной железы повышение активности парасимпатической нервной системы связано со снижением содержания гемоглобина в крови. Полученные результаты ВРС у пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта имеют важное диагностическое значение в комплексном обследовании коморбидных пациентов.

Аяпова Г.А.^{1,2,4}, Набирова Д.А.^{2,3,4}, Кирпичева У.А.^{1,2}
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДОЛГОСРОЧНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ КОРОНАВИРУСНОЙ
ИНФЕКЦИИ В Г.АЛМАТЫ, 2020Г.-2021Г.

1. Филиал «Научно-практический центр санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга» РГП на ПХВ «НЦОЗ» МЗ РК, Алматы, Казахстан
 2. Программа прикладной эпидемиологии, Центры по контролю и профилактике заболеваний США, офис в Центральной Азии, Алматы, Казахстан
 3. Центры по контролю и профилактике заболеваний, офис в Центральной Азии, Алматы, Казахстан
 4. Казахский Национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова
- Научный руководитель :доктор философских наук (PhD), Хорс Р.З.

Цель исследования.Целью данного исследования было описать долгосрочные физико-психические последствия перенесенного COVID-19 и факторы, связанные с долгосрочными последствиями COVID-19.

Материалы и методы.Мы провели кросссекционное исследование среди работников филиала «Научно-практический центр санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга» РГП на ПХВ «Национальный центр» МЗ РК. В исследование были включены лица с вероятными и подтвержденными случаями COVID-19. Опрос проводился онлайн с использованием структурированной анкеты, разработанной в KoboToolbox. Долгосрочные последствия определялись при длительности симптомов более трех месяцев. Анализ данных проводился в программе RStudio. Для обнаружения связей с долгосрочными последствиями был проведен моно- и многофакторный анализ.

Результаты.Всего в исследование было включено 165 человек. Среди участников 73.3% были женщинами, средний возраст составил 35 (SD=10, MIN:MAX=20:62), 27.3% (n=45) были ранее госпитализированы по поводу COVID-19.

Наиболее распространенными симптомами были потеря или изменение обоняния (52.7%), потеря или изменение вкусовых ощущений (50.9%), одышка (42.0%). Среди психоэмоциональных симптомов наиболее часто отмечались проблемы с памятью (41.2%) и сном (28.5%).

Долгосрочные последствия COVID-19 были выявлены у 22.4% участников (n=37).

Результаты монофакторного анализа показали, что долгосрочные последствия чаще встречались среди лиц женского пола (cOR=3.8, p-value=0.01), среди лиц, в анамнезе которых был сердечный приступ (cOR= 4.8, p-value=0.03), варикозное расширение вен (cOR= 3.1, p-value= 0.01), проблемы с почками (cOR= 10.1, p-value=0.01), а также проблемы со здоровьем (cOR= 7.4, p-value= 0.01).

Результаты логистической регрессии показали статистически значимую связь долгосрочных последствий COVID-19 с мужским полом (aOR 0.22, p-value=0.037), проблемами с почками (aOR = 0.08, p-value< 0.001) и с другими проблемами со здоровьем (aOR =0.09, p-value< 0.001).

Выводы.Мы подтвердили, что COVID-19 вызывает долгосрочные последствия, выходящие за рамки острой фазы заболевания. Исследование показало статистически значимую связь пола, заболевания мочеполовой системы и других проблем со здоровьем с долгосрочными последствиями коронавирусной инфекции. Наличие последствий зависит от проблем со здоровьем в анамнезе и во время перенесенного заболевания COVID-19.

Исследование позволило получить ценную информацию о потенциальных последствиях заболевания для здоровья после острой фазы заболевания. Результаты исследования подчеркивают важность наблюдения за людьми, перенесшими заболевание COVID-19, на предмет потенциальных долгосрочных проблем со здоровьем и обеспечения надлежащей медицинской помощи.

¹Баева Д.А., ²Джураева Ш.Х., ¹Али-заде Н.А.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ХЛОАЗМЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ
АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТЫ МЕТОДАМИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ЭЛЕКТРОФОРЕЗА И МЕЗОТЕРАПИИ

¹Кафедра дерматовенерологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

²ГУ «Городская клиническая больница кожных болезней» г. Душанбе

Научный руководитель – д.м.н. Мухамадиева К.М.

Цель исследования. Изучение эффективности аскорбиновой кислоты в терапии больных с хлоазами в зависимости от метода его введения.

Материал и методы исследования. Обследовано 2 группы пациентов с хлоазами: основная группа (97 пациентов) – в очаги поражения вводили аскорбиновую кислоту (АК) методом лекарственного электрофореза; контрольная группа (90 пациентов) - введение АК проводилось методом мезотерапии. Пациентам обеих групп проводилась системная терапия аскорбиновой кислотой в лечебных дозах. Оценка выраженности пигментации проводилась при помощи расчета индекса MASI (Melasma Area and Severity Index), оценка фототипа кожи по классификации Т.Фицпатрика, 1975 г. Содержание АК в сыворотке крови определяли методом титриметрии (Пушкина Н.Н., 1964г).

Результаты исследования.Через 12 месяцев после лечения наиболее выраженное улучшение наблюдалось у пациентов с II фототипом кожи, у которых показатель АК составил $54,5 \pm 0,16$ ммоль/л, что в 1,6 раза больше по сравнению с данным показателем до лечения ($33,9 \pm 1,13$ ммоль/л). Такая же динамика наблюдалась после лечения у пациентов с III фототипом, у которых показатель АК повысился в 1,7 раза, то есть составил $40,6 \pm 0,16$ ммоль/л против $24,6 \pm 1,14$ ммоль/л. У пациентов с темными фототипами положительная динамика выражалась в увеличении показателя АК в 3 раза, как при IV, так и при V фототипе. После проведенного лечения в основной группе в 2,5 раза наблюдалось

снижение индекса MASI у пациентов с Пфототипом, а в контрольной группе - в 1,3 раза. У пациентов с Шфототипом кожи в основной группе индекс MASI снизился на 60%, что указывало на хорошую эффективность, а в контрольной уменьшилось на 14%, что указывало на отсутствие эффекта от проведенной терапии. У пациентов с IVфототипом кожи в основной группе индекс MASI снизился на 48,6%, а у пациентов с Vфототипом кожи – на 30%, что указывало на среднюю эффективность терапии. У пациентов с IVфототипом в контрольной группе индекс MASI снизился на 12%, а у лиц с Vфототипом кожи индекс MASI не изменился по сравнению с исходным, что указывало на отсутствие эффекта от проводимой терапии. После проведения предложенного метода терапии выраженное улучшение наблюдалось у 44 (45,3%;97) пациентов, что в 5 раз чаще по сравнению с контрольной группой (8/90;8,9%); отсутствие эффекта не наблюдалось ни в одном случае, а частота рецидивов в течение 12 месяцев наблюдалась в 3 раза реже, чем при лечении хлоазм методом мезотерапии, то есть в 9 (9,3%;97) против 27 (30,0%;90) случаев.

Следует отметить, что в результате комплексной терапии с применением лекарственного электрофореза клиническая эффективность лечения улучшилась у пациентов с Пфототипом в виде выраженного улучшения, а в контрольной группе преобладала средняя эффективность, характерная для пациентов с IVфототипом. Отсутствие эффекта не наблюдалось ни в одном случае среди пациентов основной группы, а у пациентов контрольной группы отсутствие эффекта было выявлено в 9 (10,0%) случаях.

Выводы. При лечении хлоазмы применение аскорбиновой кислоты в виде лекарственного электрофореза по сравнению с мезотерапией в 5 раз чаще увеличивает клиническую эффективность (45,3% против 8,9%) и в 3 раза уменьшает частоту рецидивов в отдаленном периоде (9,3% против 30,0% случаев).

Балицкая А.А.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Кафедра неврологии, медицинской генетики. Оренбург

Научный руководитель – к.м.н., доцент С.Н. Михайлов

Цель исследования. Провести диагностическое исследование пациентам, перенесшим острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в соответствии с Клиническими рекомендациями пациентов, перенесших ОНМК от 2021-2022-2023 (01.09.2021) – Утверждены Минздравом Российской Федерации (РФ) – Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых. Полученные исследования позволят составить индивидуальную программу реабилитации.

Задачи.

1. Провести диагностическое исследование с использованием индекса ходьбы Хаузера (ИХХ).
2. Осуществить диагностическое неврологическое исследование – тест руки Френчай (ТРФ).
3. Сделать выводы о проведенных исследованиях.

Материалы и методы. Нами были проведены диагностические пробы – индекс ходьбы Хаузера (ИХХ), тест руки Френчай (ТРФ). Исследование проводилось в ГБУСО ГЦ Долголетие г. Оренбурга, в котором участвовали 7 женщин в возрасте от 65-85 лет и 3 мужчины в возрасте от 70-80 лет. У всех пациентов были взяты – добровольное согласие на обработку персональных данных и добровольное согласие на проведение диагностического исследования.

Результаты исследования. Для исследования локомоторной функции использовался индекс ходьбы Хаузера, включающий распределение пациентов по 10 градациям в зависимости от необходимости внешней помощи, использования приспособлений для передвижения и времени прохождения тестового расстояния. Деление на градации основывается на качественных и количественных признаках (скорость ходьбы, одно- и двухсторонняя поддержка). Тест руки Френчай используется для оценки функции пораженной руки с осуществлением выполнений заданий пораженной рукой с различными предметами. По результатам пробы – индекс ходьбы Хаузера: 20% пациентов осуществляют ходьбу с двусторонней поддержкой, пользование инвалидной коляской: более 25 секунд; 20% ходят с односторонней поддержкой: 25 секунд и быстрее; 20% перемещаются только в инвалидной коляске с внешней помощью; 30% ходят с односторонней поддержкой: более 25 секунд; 10% - ходят без посторонней помощи и вспомогательных средств: 20 секунд и быстрее. По результатам теста руки Френчай: у 60% пациентов функция руки не нарушена; у 30% имеются трудности в выполнении одного из 5 заданий; у 10% пациентов выполнение заданий невозможно.

Выводы. Приведенные исследования позволяют сформировать дальнейшую индивидуальную программу реабилитации с применением физических методов.

Баротова Р., Рахмонов Ё.Х., Джураева М.

К ВОПРОСУ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫХ МЕСТНЫХ РЕАКЦИЙ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПЕНТАВАЛЕНТНОЙ ВАКЦИНАЦИИ

Кафедра семейной медицины ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель - к.м.н., М.Дж. Ёдгорова

Цель. Прогнозирование сильных местных реакций у детей при вакцинации Пентавалентной вакциной.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй развития -024 и карт профилактических прививок, форма – 063 у 50 детей до 1-го года.

Результаты исследования. Методом анализа проведено пошаговое выделение наиболее информативных клинико-anamnestических признаков риска развития сильных местных реакций у детей, привитых пентавакс. Анализ показал, что переменная возраста ребёнка даёт вклад больше всех, наличие аллергопатологии — вторая по значению

вклада, кратность введения вакцины — третий фактор, миалгический синдром — четвертый признак. Среди детей, привитых пентавалентной вакциной, сильные местные реакции в 6 раз чаще развивались у детей с аллергопатологией в анамнезе (32% по сравнению с 5% у тех, кто не имел аллергии в анамнезе).

Наличие миалгического синдрома ассоциировано в 35,6% с развитием местной реакции, в виде болезненности и припухлости на месте инъекции, гиперемии и отека, ограничение движения конечности.

Все дети получали до и после иммунизации антигистаминные, жаропонижающие и болеутоляющие препараты. Проводилась местная терапия.

Выводы. При выявлении высокого риска развития сильной местной реакции в поствакцинальном периоде осуществляются профилактические мероприятия в поствакцинальном периоде, при этом снижается риск развития сильных местных реакций или их выраженность и длительность симптоматики.

Бахриев Б., Назаров А.А., Хусайнов Н.А.

ИХТИЛОТИ АСАБИВУ РАВОНӢ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ШАКЛИ СУБКЛИНИКИ БЕМОРИИ ГИПОТИРЕОЗ

Кафедраи асабшиноси, психиатрия ва психологияи тибби ба номи профессор Ғуломов М. Ғ.,

МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Роҳбари илмӣ – устои калон кафедра Шаропова М. С.

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои вайроншавиҳои равонӣ дар беморони гирифтори шакли субклиники бемории гипотиреоз

Маводҳо ва усулҳо. Миқдори беморони тадқиқшаванда – 26 нафар, синну сол – аз 35 то 50, муддатзамони беморӣ – то 3 сол, аз 26 беморони тадқиқшаванда 8 нафар мард ва 18 нафар зан буданд.

Натиҷаи тадқиқот. Алоими ғамбеморӣ (синдроми депрессивӣ) аз ҳама бештар муайян карда шуд ва он дар 11 нафар (3 мард ва 8 зан) бемор ё 42,3%-и онҳо дида шуд. Гурӯҳи беморони бо зухуроти психопатологии осеби узвии мағзи сар 9 нафар (4 мард ва 5 зан) ё худ 34,61% - и беморон аз ҳисоби умумиро ташкил дод; манзараи клиникӣ дар ин маврид бо нишонаи “сегонаи узвӣ” (триадаи органикӣ) муайян карда шуд: серебростения, нигоҳ дошта натавонистани изтироб (аффе́кт) ва вайроншавии равандро тафаккур. Дар бақияи беморон, ки 6 нафар (23,09% аз ҳисоби умумии беморон) буданд, ихтилолоту гуногуни невротикӣ, ба хусус ҳолатҳои нигаронкунанда (тревожные состояния) ва вайроншавиҳои фобикӣ муайян карда шуд.

Хулоса. Басомади пайдоиши шакли субклиники бемории гипотиреоз ва ихтилолоту рухиву равонии дар заминаи он ба вучуд оянда дар занон нисбат ба мардон зиёд аст. Ихтилолоту рухиву равоӣ асосан дар шаклҳои клиники алоими ғамбеморӣ, зухуроти психопатологии осеби узвии мағзи сар ва вайроншавиҳои невротикӣ зухур мекунад. Муддатзамони мавҷудияти бемории асосӣ дар аксари ҳолатҳо бо мавҷудияти алоими ғамбеморӣ ва зухуроти психопатологии осеби узвии мағзи сар мувофиқат мекунад. Вазнинии алоими ғамбеморӣ ҳам ба муддатзамони мавҷудияти беморӣ ва ҳам ба муддатзамони мавҷудияти ихтилолоту рухиву равоӣ мувофиқат мекунад. Бо сабаби бартарӣ доштани зухуроти алоими ғамбеморӣ табобати ихтилолоту рухиву равониро бояд бо он дорухое оғоз кард, ки таъсири терапевтии онҳо маҳз барои бартарафкунии ин ихтилолот (алоими ғамбеморӣ) равона карда шудааст.

Бахтибеков М.Т., Турсунова С.Б.

СКРИНИНГ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА У БОЛЬНЫХ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им. Абуалии ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ниязова Н.Ф.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости первичного гиперпаратиреоза (ПГПТ) среди больных с различными формами мочекаменной болезни МКБ).

Материал и методы исследования. На базе больницы ГУП “Таджикские железные дороги” были обследованы 78 пациентов с МКБ. Возраст больных варьировал от 26 до 78 лет, в среднем составил 51,37±1,69 лет. Длительность заболевания МКБ в среднем составила 8,32 года. Всем больным определяли содержание общего кальция и фосфора крови, суточного кальция мочи, наличие в анамнезе мочекаменной болезни. Статистическая обработка и математический анализ проводились с помощью программы Statistica 8.0, Excel 2017.

Результаты исследования. У 53 (68%) больных были диагностированы первичные камни, у 25 (32%) — рецидивирующие камни. Средний уровень кальция крови у всех больных составил 2,42±0,07 ммоль/л, варьируя в пределах от 1,4 до 3,9 ммоль/л. В изучаемых группах с МКБ гиперкальциемия выявлена у 39 (50%) пациентов, а у 16 (20,5%) уровень кальция не превышал норму, у 23 (29,5%) пациентов уровень кальция в крови был ниже референсных значений.

В группе больных с гиперкальциемией первичный эпизод камнеобразования отмечался у 23 (57,5%), а рецидив болезни — у 17 (42,5%). В группе пациентов с нормокальциемией первичный эпизод камнеобразования наблюдался в 11 (68,8%) случаях, а рецидив МКБ — у 5 (31,2%). В группе больных, где отмечался низкий уровень кальция крови, рецидив был в 3 (13%), первичные эпизоды камнеобразования – 20 (77%) случаях.

Различие соотношений первичных эпизодов и рецидивов камнеобразования в группах с гиперкальциемией и нормокальциемией не было статистически значимым. Множественные или одиночные камни встречались при нормокальциемии у 54 (69%) пациентов, а при гиперкальциемии — у 24 (31%). Достоверного статистического различия между группами в отношении локализации камней также не выявлено.

Уровень паратгормона (ПТГ) в сыворотке крови исследован у 17 из 78 пациентов. В группе пациентов с гиперкальциемией из 39 пациентов уровень ПТГ был повышен у 15 (38,5%), а в группе с нормокальциемией из

16 больных с МКБ - ПТГ повышался у 2 (12,5%). Все пациенты были направлены на дальнейшее до обследования для подтверждения диагноза ПГПТ.

Выводы. Таким образом, частота гиперкальциемии среди больных МКБ составляет 50%. При этом у 38,5% больных с гиперкальциемией и у 12,5% с нормокальциемией определяется повышенный уровень ПТГ, что является одной из форм гиперпаратиреоза. Проведение скрининга гиперкальциемии у больных с МКБ значительно улучшить раннее выявления ПГПТ и эффективность его лечения.

Бегматова М. Д., Рахмонов Ё.Х., Ходжаева З.Г.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В ШКОЛУ

Кафедра семейной медицины ГОУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – старший преподаватель кафедры Рахматуллоева З.

Цель исследования. Изучить особенности адаптации детей при поступлении в школу.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 30 детей средней образовательной школы №24 города Душанбе в период с 2021 по 2022 учебного года, в возрасте 7 лет. В ГУ Городском Центре Здоровье (ГУ ГЦЗ №12) школьным врачом и узкими специалистами и семейным врачом проводился медицинский осмотр детей, заполнялось на каждого ребёнка медицинская карта ф.№026/у и также проводились беседы с родителями о предварительной подготовке ребёнка к поступлению в школу 1-й класс.

Результаты исследования. Нами выявлено, что большинство детей 30(100%), которые идут в первый класс на начальном этапе испытывают трудности к привыканию к школьным условиям. У детей наблюдались головные боли, повышенная утомляемость, снижение аппетита, подавленное настроение, тревожность. Эти школьники всячески отказывались посещать школьные занятия. Примерный срок адаптации составляло от 5 недель до 7 месяцев. Длительность зависела от сложившейся атмосферы в семье, психологических особенностей и характера ребенка, уровня его знаний, а также от типа школы и сложности обучающих программ. Выявлены три этапа адаптации: I. Ориентировочный этап адаптации у 8(26,6%) детей, эти дети осторожно присматриваются к незнакомой обстановке, ее условиям и правилам, реагируют на новшества ярко и резко. Такой этап занимает около 2-3 недель. II. У 9 (30%) детей - неустойчивый приспособительный этап. Ребенок приспосабливается к школе и старается выстроить оптимальное поведение в новых условиях. Реакции меняются на менее эмоциональные. Этап адаптации длится от 3 до 6 недель. III. Удовлетворительно устойчивый приспособительный этап у 13(43,3%) школьников. Эти дети достаточно уверены в выбранном формате поведения, они осознают, что они ученики школы, это означает, что они учатся и ведут себя хорошо, общаются с одноклассниками, выполняют домашние задания. В этом этапе ребенок преодолевает в срок от 6 недель до 3 месяца. При положительной степени адаптации у 14 детей формировались отношение к школе и к учебному процессу положительно. Проявляли активность, самостоятельность, исполнительность, ответственность, за три месяца адаптировались. При умеренной степени адаптации у 11 школьников сформировались хорошее отношение к школе. Они хорошо справляются с учебным материалом, обладают средним учебным уровнем, но могут отвлекаться при отсутствии контроля со стороны педагога. Но период адаптация у этих детей более продолжительный, до полугода. При дезадаптации (нарушении адаптивного процесса) у 5 учащихся, отмечались равнодушное отношение к школе и к учебе. Восприятие материала происходит только с помощью учителя. Эти дети постоянно отвлекаются, домашнее задание выполняются не регулярно, нарушают дисциплину. Могут проявлять как агрессивность, так и тревожность, и неуверенность, часто болеют, пропускают занятия. Этим детям достаточно сложно наладить взаимоотношения с другими детьми и с преподавателем. Они нуждаются в помощи специалистов: невролога, психолога и семейного врача.

Вывод. Проблема адаптации детей к школе является одной из наиболее важных проблем начальной ступени образования, от успешного решения которого зависит дальнейшее развитие личности первоклассника.

Бегматова М.Дж., Арипова А.М., Ходжаева З.Г.

ОСОБЕННОСТИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ

Кафедра семейной медицины ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – старший преподаватель Рахматуллоева З.Р.

Цель исследования. Изучить особенности развития цитомегаловирусной инфекции у детей раннего возраста в практике семейного врача.

Материал и методы исследования. Проведено обследование в Государственном учреждении Городского центра здоровья №12 (ГУ ГЦЗ №12), 36 больных детей, от 1 года до 3 лет инфицированных цитомегаловирусной инфекцией (ЦМВИ). Диагноз был подтвержден методом ПЦР и ИФА. Исследование проводилось в научно-исследовательском институте профилактической медицины МЗСЗН РТ. Выявлены факторы риска у матерей и клинических проявлений у детей раннего возраста.

Результаты исследования и их обсуждение. Выявлены основные факторы риска у матерей плохие социально-экономические условия, низкий культурно-образовательный уровень, экстрогенетальные заболевания, отягощенный анамнез по аллергии. Основными клиническими проявлениями был поражения ЦНС – 8(22,2%), бронхолегочная и желудочно-кишечная патология – 21(58,3%), пороки развития и аллергические заболевания -7(19,4%). ЦМВИ была подтверждена в крови методом ПЦР у всех наблюдаемых больных детей, результат, которого в среднем равен был – $2,44:10^4$. Также были определены в крови специфические антитела IgG у больных детей методом ИФА 1:200 – 1:600. Показателей контрольной группы у детей раннего возраста IgG в сыворотки крови были достоверно ниже соответствующих

Вывод. Обнаруженные достоверные данные по частоте встречаемости ряда факторов риска у больных детей с ЦМВИ и их клинические проявления могут быть использованы в качестве дополнительных «критериев неблагоприятия», определяющих необходимость этиологической диагностики данного заболевания.

Белобородова К.С., Мустафаева Ю.А.
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ПОЛИКЛИНИКЕ

Кафедра амбулаторно-поликлинической терапии ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва»
Научный руководитель – к.м.н., доцент Шокина С.В.

Цель исследования. Проанализировать современные методы диагностики и лечения бронхиальной астмы в амбулаторно-поликлинических условиях.

Материал и методы. Библиографический анализ литературы.

Результаты исследования. Бронхиальная астма (БА) – это гетерогенное заболевание, характеризующееся хроническим воспалением дыхательных путей, наличием респираторных симптомов, таких как свистящие хрипы, одышка, заложенность в груди и кашель, которые варьируют по времени и интенсивности, и проявляются вместе с вариабельной обструкцией дыхательных путей. Распространенность в разных странах мира колеблется от 1 до 18 %. В России распространенность бронхиальной астмы среди населения составляет 7%. На данный момент бронхиальной астмой страдает более 300 млн. населения планеты.

Лечение пациентов с бронхиальной астмой осуществляется преимущественно врачами амбулаторного звена. Своевременная диагностика бронхиальной астмы и правильное лечение больных на первичном (амбулаторном) этапе дают возможность уменьшить степень тяжести заболевания, сократить число обострений.

На современном этапе для диагностики БА используются следующие методы: общий анализ крови, определение уровня эозинофилов в мокроте с целью оценки эозинофильного воспаления, а также для отбора пациентов для лечения ГИБП; IgE в крови или кожные пробы (скарификационные, уколочные, внутрикожные) с целью определения наличия аллергического воспаления и диагностики фенотипа астмы, а также при отборе пациентов для терапии омализумабом; анализ выдыхаемого воздуха и его конденсата (концентрация пероксида водорода и исследование фракции оксида азота FeNO); определение уровня цистеиновых лейкотриенов в назальном секрете, бронхоальвеолярной лаважной жидкости, моче. Из инструментальных методов используются спирометрия; бронходилатационный тест; бронхоконстрикторный тест с метахолином, с физической нагрузкой; пикфлоуметрия; рентгенография органов грудной клетки и КТ (с целью диагностики осложнений и дифференциальной диагностики).

При лечении БА рекомендуется использовать ступенчатый подход, корректируя объем терапии в зависимости от уровня контроля и наличия факторов риска обострений БА. Каждая ступень включает варианты терапии, которые могут служить альтернативами при выборе поддерживающей терапии БА, хотя и не являются одинаковыми по эффективности. Независимо от степени тяжести и фазы течения заболевания, базисными реабилитационными мероприятиями являются медикаментозная терапия, психосоциальная поддержка и обучение. АСИТ рекомендуется к применению у пациентов с БА легкой и средней степени тяжести, ассоциированной с аллергическим риноконъюнктивитом, при условии, что БА контролируется фармакотерапией. Применение лазеротерапии приводит к значительному уменьшению клинических симптомов, повышению показателей бронхиальной проходимости.

Выводы. На современном этапе для диагностики БА существует множество методов, начиная от наиболее распространенных, недорогих и простых в исполнении, заканчивая более современными и дорогостоящими, однако все эти методы могут использоваться на уровне поликлиники для улучшения показателей диагностирования БА. В лечении БА имеется четкая ступенчатая схема, которой необходимо придерживаться врачу поликлиники. Современные препараты и их аналоги позволяют прийти к полному контролю БА практически у всех пациентов. Дополнительные методы, такие, как АСИТ и лазеротерапия, положительно влияют на результат лечения БА, улучшая состояние пациента и качество жизни.

Бердиева Ф., Гончарова М.С., Юлдошев С.А.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ, ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ЛИЦ С ШИЗОФРЕНИЕЙ И СОСУДИСТО-ОРГАНИЧЕСКИМ ПСИХОЗОМ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени проф. М.Г. Гулямова ГОУ ТГМУ им. Абули ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель – ассистент Исмаилов И.И.

Цель исследования. Оценить эффективность внебольничной, поддерживающей терапии у лиц с шизофренией и сосудисто-органическим психозом.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в течение 2 лет (2020-2022) находились 30 больных, с диагнозом шизофрения и сосудисто-органический психоз, получавших психотропные средства в домашних условиях. Всем этим больным во время нахождения в психиатрическом стационаре проводилась активная терапия психотропными средствами, что позволило получить достаточно устойчивые ремиссии и выписать больных на амбулаторное лечение. При проведении внебольничной, поддерживающей терапии учитывался вид и доза психотропного препарата, применявшегося в стационаре, качество ремиссии, тип течения основного заболевания. Больные посещались врачом и патронажной сестрой по специально разработанному плану.

Результаты исследования. Плановое наблюдение, частое посещение, позволяло предупредить начинающийся рецидив болезни. Обычно ухудшение психического состояния начиналось с явлений бессонницы и расстройства

настроения, а также понижения работоспособности больного и возникновения различных конфликтов. Ухудшению состояния часто способствовали неблагоприятные бытовые условия, соматогенные заболевания и психогенные переживания, а также недостаточно глубокая ремиссия и малые дозы препарата, принимаемые в домашних условиях. В случаях заметного ухудшения состояния нами увеличивалась суточная доза психотропных средств. В ряде случаев эта доза равнялась дозам проводившегося в стационаре курса лечения данным препаратом.

Выводы. Сравнительное изучение вышеприведенных больных и больных, не получавших данного лечения, показало достаточную эффективность указанных лечебных мероприятий. В половине случаев больные вернулись к своим семьям, прежним трудовым обязанностям, учебе.

Наблюдения над этими больными показали, что поддерживающая терапия психотропными средствами является не только профилактическим, но и лечебным мероприятием. Она закрепляет достигнутый успех, предупреждает рецидивы, приводит к более высокому качеству ремиссии и порою полному исчезновению всех симптомов болезни.

Бобоев Ф.Д., Гайратов Д.А., Сафаралиев Ш.М.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино Кафедра внутренних болезней №2

Научный руководитель - к.м.н., доцент Сохибов Р.Г.

Цель исследования. Проанализировать показатели variability ритма сердца (BPC) для оценки состояния вегетативной регуляции у пожилых больных с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. В исследование вошли 46 пациентов, распределенные на две группы: в первую группу включены 22 пациента с АГ II стадии, средний возраст - $64,5 \pm 2,2$ лет, вторую группу составили 24 пациента, средний возраст - $66,5 \pm 1,4$ лет. BPC анализировали по данным суточного мониторирования ЭКГ на аппарате SCHILLER MT-200 Holter ECG. Оценку показателей BPC проводили согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов и Североамериканского общества кардиостимуляции и электрофизиологии, в которых отражены стандарты измерения, физиологическая интерпретация и клиническое использование BCP, определение временных характеристик – SDNN для оценки общей variability ритма, SDANN – низкочастотных компонент variability, rMSSD и pNN 50 – количественные маркеры высокочастотных компонент для оценки вагусной активности. Спектральный анализ осуществлен по диапазонам очень низких (VLF – характеризует гуморальные влияния, активность ренин-ангиотензин-алдостероновой системы), низких (LF – характеризует симпатические влияния) и высоких (HF характеризует парасимпатические влияния) частот индекса вагосимпатического взаимодействия (LF/HF).

Результаты исследования. В I группе больных отмечено, что средние значения BPC снижены SDNN на 25,6%, SDANN на 23,6%, rMSSD и pNN50 на 9,6% и 7,9% соответственно. Во второй группе пациентов показатели BCP снижены – SDNN и SDANN на 38,5% и 36,2%, а показатели вагусной активности составили rMSSD и pNN50 – 30,1% и 54,2% соответственно. Спектральный анализ показал, что в сравнительной группе наблюдалось значительное увеличение показателей волн VLF $-9,3 \pm 0,5$ и снижение волн LF $-3,9 \pm 0,9$ и HF $-4,1 \pm 0,9$. В контрольной группе симпатическое влияние вегетативной нервной системы (ВНС) характеризовалось повышением волн LF $-7,2 \pm 0,8$ и уменьшением HF волн, что составило $3,8 \pm 0,9$. При осуществлении оценки соотношения симпатического и парасимпатического тонуса у пожилых пациентов с АГ выяснилось, что мощность как низкочастотного, так и высокочастотного компонента спектра ниже, чем у пациентов более молодого возраста. Гиперреактивность симпатической ВНС, определяемая методом спектрального анализа BPC у гипертоников среднего возраста, у пожилых больных не наблюдается. При анализе циркадного ритма замечено, что его выраженное снижение у пожилых пациентов составило $2,1 \pm 2,0$, в группе сравнения этот показатель составил $3,6 \pm 1,9$. Обнаруженные изменения BPC у пожилых больных с АГ указывают на дисбаланс симпатического и парасимпатического отделов ВНС с явлениями вегетативной десинхронизации, что выражается усилением симпатических влияний ночью.

Выводы. Таким образом, определение BPC можно считать неинвазивным, стандартизированным методом исследования ВНС, количественно оценивающим активность того или иного отдела ВНС, что также позволяет судить о BPC в целом. Изучение роли симпатического отдела вегетативной нервной системы в развитии и течении АГ заслуживает особого внимания.

Бобоев Ф.Д., Шодисва З.А., Наибов З.М.

СУТОЧНАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ МЕЛАТОНИНОМ

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Кафедра внутренних болезней №2. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Сохибов Р.Г.

Цель работы. Изучить суточную variability артериального давления (АД) у пожилых больных артериальной гипертензией (АГ) на фоне комбинированной гипотензивной терапии мелатонином.

Материал и методы. Обследованы 48 пациентов (30 мужчин и 18 женщин) в возрасте от 64 до 70 лет (средний возраст $62,2$ года) с АГ II-III степени. Продолжительность АГ варьировала от 4-х до 18 лет, длительность наблюдения составила более 12 дней. Обследованных распределили на две сопоставимые группы: 1-я группа (25 человек) получала гипотензивную терапию + мелатонин в дозе 3 мг/сутки; 2-я группа (23 человека) – принимали только гипотензивную терапию. Клиническую эффективность определяли методом изучения влияния мелатонина на суточный профиль АД. После проведения первичного обследования (суточное мониторирование АД (СМАД), ЭхоКГ и лабораторные

исследования) пациентам проводили контроль АД методом СМАД, ЭКГ.

Результаты. В каждой группе пациентов отмечено, что использование мелатонина в дозе 3 мг в сутки достоверно ($p < 0,05$) понижает САД и ДАД в дневные и ночные часы. К тому же, у пациентов 1-й группы динамика вариабельности АД значительно понижала суточную вариабельность АД и увеличивала уровень его ночного снижения. При рассмотрении данных ЭхоКГ выявлено достоверное снижение, в среднем на 11,6% индекса массы миокарда левого желудочка, а также толщины стенки левого желудочка в среднем на 6% в обеих группах. Фракция выброса (EF%) повысилась на $2,1 \pm 0,14$.

Выводы. Продолжительная терапия мелатонином существенно снижает суточную вариабельность АД у пожилых больных с АГ. Подсоединение мелатонина к комплексной терапии увеличивает уровень ночного снижения АД.

Бобоев М.У., Киёмиддинов Х.Х.

ВЫЯВЛЕНИЕ ДЕТСКОГО ВИЧ/ТУБЕРКУЛЁЗА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Бобоходжаев О.И.

Цель исследования. Провести анализ данных официальной статистики по заболеваемости и применяемым методам диагностики туберкулёза у ВИЧ-инфицированных детей в Республике Таджикистан.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели проведен анализ данных официальной статистики ГУ «Республиканский центр по борьбе с СПИД» и ГУ «Республиканский центр по защите населения от туберкулёза» по заболеваемости и применяемым методам диагностики туберкулёза у ВИЧ-инфицированных детей в Республике Таджикистан за 2022 год.

Результаты исследования. В 2022 году было зарегистрировано всего 176 ВИЧ-инфицированных детей, в том числе в возрастных группах: до 1 года – 0, 1-4 года – 42, 5-9 лет – 77, 10-14 лет – 42 и 15-18 лет – 15 случаев. Туберкулёз среди них выявлен у 15 детей в следующих возрастных группах: до 1 года – 0, 1-4 года – 1, 5-9 лет – 6, 10-14 лет – 3 и 15-18 лет – 5 случаев. Проведенный анализ свидетельствует о том, что данных о заболеваемости туберкулёзом среди ВИЧ-позитивных детей и о распространенности ВИЧ среди детей с диагнозом туберкулёз немного, а имеющуюся информацию трудно интерпретировать из-за проблем с диагностикой, из-за проблем установления окончательного диагноза туберкулёза у детей с ВИЧ и недопостановкой диагноза. Детский туберкулёз и ВИЧ имеют перекрывающиеся клинические проявления, что может привести к пропущенной или поздней диагностике. Хотя необходимо приложить все усилия для получения микробиологически подтвержденного диагноза у детей с туберкулёзом, в действительности это может быть достигнуто только у меньшинства, что отражает их малобациллярный характер и трудности с получением образцов. Быстрые тесты полимеразной цепной реакции, такие как анализ Xpert MTB/RIF, все чаще используются у детей. Использование новых методов, таких как LAM-test (выявление антигена M.tuberculosis - липоарабиноманан) в моче является многообещающим методом выявления туберкулёза у ВИЧ-положительных детей. Методы лучевой диагностики туберкулёза, в том числе компьютерная томография у ВИЧ-позитивных детей, на наш взгляд часто применяемые необоснованно, могут усугубить процесс вследствие дополнительной лучевой нагрузки на организм ребенка. Поэтому в нашей клинике, мы рекомендуем проводить магнитно-резонансное томографическое сканирование, которое не обладает лучевой нагрузкой.

Выводы. Данные о коинфекции ВИЧ/ТБ у детей в Республике Таджикистан все еще являются не достоверными. В настоящее время в стране проводятся клинические испытания по разработке нового диагностического алгоритма ТБ/ВИЧ-инфекции у детей, который, как мы надеемся, поможет улучшить применение научно-обоснованной клинической практики.

Бобоева Ш.И., Ятимова С., Бахтибеков М.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - доцент Иноятова Н.А.

Цель исследования. Изучение заболеваемости сахарным диабетом 1 типа (СД 1 типа) в Республике Таджикистан.

Материал и методы исследования. На базе Городского медицинского центра №1 имени К.Ахмедова во взрослом и детском эндокринологическом отделениях были обследованы 78 пациентов с сахарным диабетом 1-ого типа (впервые выявленного), из них 54 (69%) составили мальчики и 24 (31%) – девочки. Анализ данных проводился с периодом 01.01.2020 по 01.01.2023 года. Средний возраст больных составил $9,87 \pm 0,7$ лет (от 1 до 19 лет). Средний стаж заболевания составил $27,1 \pm 19,4$ дней (от 3-х дней до 2-х лет). Больным было проведено: общий анализ крови, общий анализ мочи, сахар в крови, гликированный гемоглобин, биохимический анализ крови. Все больные были разделены на возрастные группы: 1 группа - от 1 до 5 лет, 2 группа – от 6 до 10 лет, 3 группа – с 11 до 15 лет, 4 группа- старше 16 лет. Статистическая обработка и математический анализ проводились с помощью программы Statistica 8.0, Excel 2017.

Результаты исследования. Средний уровень сахара в крови при поступлении составил $18,5 \pm 0,9$ ммоль/л. Из 78 поступивших больных у 50 (64,1%) пациентов была диагностирована кетоацидотическая кома. Все пациенты поступили в состоянии декомпенсации. После сбора анамнеза было выявлено, что у 5 пациентов СД 1 типа развился после перенесенной вирусной инфекции (ОРВИ, гриппа). У 32 пациентов причиной заболевания явилась стрессовая ситуация, а у 41 человека причина заболевания не выявлена. Количество больных из регионов республиканского

подчинения (РРП) составило 50 (64,1%), Хатлонская область – 27 (34,6%), Согдийская область – 1 (1,3%). Количество больных, заболевших СД 1 типа в 1 группе составило 16 человек, во 2 группе – 26 человек, в 3 группе – 20 человек, в 4 группе – 16 человек. Больные были разделены на 4 группы в зависимости от дебюта заболевания: 1 группа – от 3 до 14 дней- 31(39,7%) пациент; 2 группа – от 15 до 21 дня – 20 (25,6%) человек; 3 группа – от 22 до 60 дней – 22 человека (28,2%); 4 группа – от 1 года до 2 лет – 5(6,4%) человек. Уровень гликемии в 4 группе при выявлении сахарного диабета в среднем составил $10,66 \pm 4,1$ ммоль/л. В данной группе ни у одного больного не было зарегистрировано кетоацидотического состояния, что свидетельствует о необходимости дообследования в плане уточнения типа диабета.

Выводы.

1. Наибольшая заболеваемость СД 1 типа отмечается в возрасте от 6 до 10 лет, которая составила 33,3 %.
2. В данном исследовании 64,1% выявленных пациентов были из РРП.
3. У 6,4% больных стаж СД 1 типа составил 1-2 года, что свидетельствует о другом типе диабета (MODY).
4. Заболеваемость СД 1 типа больше отмечалась у мальчиков и составила 69%.

Боев И.Х., Сатторов Ё.Қ., Зикирзода Д.Қ.

АҲАМИЯТИ ХИЗМАТИ АСКАРӢ ДАР РАФТИ ОМУӢЗИШИ ФАНИ ТАӢӢРИИ УМУМИХАРБӢ

Кафедраи тибби ҳарбии МДТ ДДТХ. Тоҷикистон.

Роҳбари илмӣ - Б.Маҳмуд.

Мақсади тадқиқот. Фаҳмидани аҳамияти хизмати ҳарбӣ ва бартариҳои он ҳангоми гузаронидани машғулияти амалӣ аз фани тайёрии умумихарбӣ бо донишҷӯён.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Машғулияти амалӣ дар як взводи таълимӣ иборат аз 28 нафар донишҷӯён – 9 нафар духтар ва 19 нафар писар бо истифода аз силоҳи оташфишони ТМ – 9 мм ба роҳ монда шуд. Пеш аз машғулият силоҳи номбурда ба донишҷӯён нишон дода, тарзу усули истифодабарии он пурсида шуд, ки аз байни донишҷӯён ду нафар ба саволҳо ҷавоб доданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Ҳангоми гузаронидани машғулият маълум гардид, ки ин ду нафар, пеш аз донишҷӯ будан, дар сафи Қувваҳои Мусаллаҳ хизмати аскарӣ адо намудаанд. Ин шаҳодати он аст, ки ҳангоми хизмати аскарӣ шаҳрвандон тавсифи техникӣ, қисмҳои асосӣ ва тарзи дуруст истифодабарии силоҳро меомӯзанд ва аз қори силоҳ низ оғаҳ мебошанд. Донишҷӯёне, ки хизмати аскарӣ адо накардаанд, тавсифи техникӣ, қисмҳои асосӣ ба қисмҳои нопурра ҷудо кардан ва усули дуруст истифода бурдани силоҳро наметонанд. Онҳое, ки хизмати аскарӣ адо накардаанд, назар ба онҳое, ки хизмати аскарӣ адо накардаанд ба саволҳо ба пуррагӣ ҷавоб дода тавонистанд ва танқисӣ нақашиданд.

Хулоса. Хизмати аскарӣ барои омӯзиши силоҳу аслиҳаи ҷангӣ мусоидат намуда, имконият медиҳад, то усулҳои истифодабарии силоҳ омӯхта шавад. Машғулияти амалӣ бо истифодаи силоҳи оташфишонӣ чунин натиҷа дод. Донишҷӯёне, ки хизмати аскарӣ адо накардаанд назар ба онҳое, ки хизмат накардаанд, маълумоти бештарро оид ба силоҳҳо доранд ва тарзи дурусти истифодаи онро метонанд. Яъне, хизмати аскарӣ бартарӣ дошта, ба донишҷӯён дар машғулиятҳои тайёрии умумихарбӣ манфиати ҳудро мерасонад.

Бозоров Б.Р.

НАРУШЕНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Кафедра внутренних болезней №1, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Научный руководитель - к.м.н., доцент Джалилзода С.С.

Цель исследования. Выявить клинико-лабораторные предикторы динамических расстройств мозгового кровообращения у больных с хронической болезнью почек.

Материал и методы. В исследовании принимали участие 21 больной с ХБП, находящихся на стационарном лечении в нефрологическом отделении ГКБ №2 имени акад. К.Т. Таджиева. Средний возраст больных составлял от 20 до 55 лет, мужчин - 14 человек, женщин - 7 человек. Диагноз верифицировался на основании общеклинических и специальных методов исследования, которые включали доплерографию сосудов головного мозга, исследования концентрационной и фильтрационной функции почек.

Результаты исследования. Основными жалобами со стороны динамических расстройств мозгового кровообращения были: расстройства сна, головные боли, головокружения, шум в ушах, которые регистрировались у 11 (52,3%) больных. Со стороны неврологического статуса наблюдаются когнитивные расстройства, диффузная микроочаговая симптоматика: сухожильная анизорефлексия, лёгкое изменения походки и неуверенность при выполнении действий, требующих точной координации. Со стороны лабораторных показателей часто наблюдалось повышения уровня креатинина, составляя в среднем 120ммоль/л, мочевины - 9,2ммоль/л, скорости клубочковой фильтрации (СКФ) - 50мл/мин 15 (71,4%). Со стороны доплерографии сосудов головного мозга регистрировались изменения показателей церебральной гемодинамики, характеризующиеся снижением величины и скорости пульсового кровенаполнения, затруднением венозного оттока на фоне гипертонической гемодинамики в сосудах каротидного и вертебробазиллярного бассейнов у 7 (33,3%) больных.

Выводы. Результаты приведенного исследования свидетельствуют, что у 7 (33,3%) регистрируются динамические расстройства мозгового кровообращения. Усугубляющими факторами являются: нарушения фильтрационной способности почек, снижение СКФ на 44,4%, а также прогрессирующий отёчный и гипертензионный синдром.

Бозоров Б.Р.
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНЕГО ОТРЕЗКА
ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кафедра внутренних болезней №1, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Научный руководитель - к.м.н., доцент Джалилзода С.С.

Цель исследования. Изучить эндоскопическую картину слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки у больных с начальной стадией хронической почечной недостаточности (ХПН).

Материал и методы исследования. Для выполнения целей нашего исследования обследовано 20 больных с начальной стадией ХПН. Верификация диагноза произведена на основании стандартных методов исследования по нефрологическому плану с определением скорости клубочковой фильтрации (СКФ<50 мл.мин.), уровня мочевины ($14,2 \pm 1,4$ ммоль/л), креатинина ($230 \pm 12,0$ ммоль/л), гемоглобина ($111,4 \pm 12,4$ г/л). При отсутствии противопоказаний эзофагогастродуоденоскопию (ЭФГДС) проводили по методике Г.Б. Гиршмана, аппаратом фирмы Olympus, что позволяет в течение одной процедуры последовательно осмотреть слизистую оболочку пищевода, желудка и 12-перстную кишку. Состояние слизистой оболочки оценивалось согласно критериям эндоскопического раздела Сиднейской классификации.

Результаты исследования. При клиническом обследовании больные со стороны желудочно-кишечного тракта жаловались, главным образом, на тяжесть в эпигастральной области, отрыжку, неприятный вкус во рту, на умеренные болевые ощущения подложечной области. Жалобы на резкие и ритмичные болевые ощущения в области живота, как правило, отсутствовали. При ЭФГДС исследование у большинства больных наблюдали картину визуального воспалительного процесса, характерной очаговой и диффузной гиперемией слизистой по типу хронического гастродуоденита. Чаще определялась эндоскопическая картина поражения антрального отдела, реже тела желудка. Картина атрофического гастрита определялась у 6 (30,0%) больных, гипертрофического у 4 (20,0%) больных. На фоне воспалительных изменений слизистой оболочки по типу хронического гастродуоденита у 7 (35,0%) больных выявлялись эрозивные изменения, у 2 больных картина язвы 12-перстной кишки (10,0%).

Выводы: 1) В начальной стадии ХПН со стороны слизистой оболочки верхнего отрезка пищеварительного тракта чаще выявляется хронический гастродуоденит с наличием эрозий (35,0%), реже язвенные изменения 12-перстной кишки (10%).

2) Выявленные изменения необходимо учитывать в плане построения комплексного лечения начальной стадии ХПН.

Боймуродов А.А., Саидзода С.А., Хурсанов К.А.
ПОРАЖЕНИЕ ЦНС У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Кафедра инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - д.м.н., профессор Рахмонов Э.Р.

Цель исследования. Определение структуры поражений центральной нервной системы (ЦНС) и характеристика их клинико - лабораторных показателей при ВИЧ- инфекции.

Материал и методы. Материалом исследования явились 18 больных ВИЧ- инфекции, находящихся на стационарном лечении в городской клинической инфекционной больнице г. Душанбе. У всех больных диагноз ВИЧ-инфекции был подтвержден экспресс-тестированием и при наличии положительный результата крови в лаборатории РЦ СПИД исследовалась методом ИФА и иммуноблотинга для постановления окончательного диагноза ВИЧ-инфекции.

Результаты исследования. Проведенные нами исследования у 18 больных ВИЧ- инфекцией, следующие: женщин- 3 (16,7%), мужчин было 15 (83,3%). Возраст больных составил от 18 года до 25 года- 2 (46,3%), 25-35 лет 5 (27,8%), 35 лет и старше 11 (61,1%). Городские 10 (55,6%), сельские 8 (44,4%). Анализ социального состава больных ВИЧ- инфекции выявил, что из них безработные 17 (94,4%) и один студент 1 (5,6%). По данным эпидемиологического анализа давность инфицирования ВИЧ- инфекции составило $5,6 \pm 1,1$ лет. Все больные поступили в клинику поздно. Заболевания начиналось у всех больных со слабости, головные боли было отмечено у 17 (94,4%), бессонница у 18 (100%), психозом в виде бреда и галлюцинации у 17 (94,4%), тошнота, рвота у 18 (100%), потеря веса у 16 (88,8%), уменьшение аппетита 18 (100%), диарея 18 (100%), повышением температуры тела 18 (100%), симптомы Кернинга-Брудзинского 18 (100%), симптомы Пастернацкого у 16 (88,8%). У 10 больных было проведено исследования ликвора показатели, которых оказались следующими: количество сахара в среднем составил $2,1 \pm 0,7$ ммоль/л, белок-0,033 г/л до 0,066г/л. Панди-+++ 50%. Цитоз у 5 больных (50%) преобладали нейтрофилы от 98 клеток в 1 мкл ликвора до сплошь, у 5 больных (50%) преобладали лимфоциты от 60 до 92 клеток в 1 мкл ликвора.

Выводы. В последние годы наблюдается рост общего количества пациентов с поражением ЦНС, вирусом иммунодефицита человека. Поражения головного мозга являются одной из лидирующих причин смерти ВИЧ-инфицированных больных. От своевременной расшифровки природы поражения головного мозга зависит выбор тактики лечения и как следствие снижение риска развития летального исхода.

Буданова А.В., Автайкина Л.А.

УРОВЕНЬ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА ФГБОУ ВО МГУ ИМ. Н.П.ОГАРЕВА О ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ В ГЕНДЕРНОМ АСПЕКТЕ

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения Национального исследовательского
Мордовского государственного университета
им. Н.П. Огарёва

Научный руководитель – к.м.н., Цыбусов А.П.

Цель исследования. Определить уровень осведомленности студентов 3 курса медицинского института МГУ им.Огарева о заболеваниях, передающихся половым путем и выявить гендерные различия знаний в данной области. Данное исследование представляет интерес, вследствие более высокого уровня знаний естественных наук у студентов медицинского института. Студенты отвечали на вопросы, связанные с возбудителями, возможными путями передачи, способами профилактики заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), с их отношением к рискам, связанным с инфекциями, передающимся половым путем.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 61 студент 2-3 курса медицинского института МГУ им.Огарева. Средний возраст респондентов составил 20 лет. Студенты прошли специально разработанное онлайн-анкетирование «Оценка уровня осведомленности о репродуктивном здоровье», содержащее 3 основных блока вопросов: для мужчин, для женщин и вопросы для обоих полов. Гендерное распределение характеризуется преобладанием женщин (73,7%, 45 человек), мужчин (26,2%, 16 человек). Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием методов медицинской статистики (расчет средних величин и процентных соотношений).

Результаты исследования. Среди респондентов женского пола число лиц, имеющих опыт половых отношений составило 71,1% и 28,9% лиц, не имеющих данного опыта. Среди респондентов мужского пола данное соотношение составило 75% и 25% соответственно.

Наиболее называемыми ЗППП по данным анкетирования являются ВИЧ, сифилис, хламидиоз; заболевание ВИЧ указало 43 респондента, из них женщин (79,1%), мужчин (20,9%), сифилис указал 41 респондент, из них женщин (68,2%), мужчин (31,7%), хламидиоз указало 27 респондентов, из них женщин (77,7%), мужчин (22,2%).

Определение осведомленности о путях заражения ЗППП выявило часто отмечаемые варианты ответа - половым путем, через родовые пути матери, при инъекциях. При этом первый вариант указало женщин (75,0%), мужчин (25,0%), второй вариант указало женщин (81,6%), мужчин (18,3%), третий вариант указало женщин (78,1%), мужчин (21,8%); в незначительной степени были указаны варианты ответа «При использовании одной одежды» (1,6%).

Респондентам было предложено указать известные им методы профилактики ЗППП. Варианты ответа «Использование контрацептивов», «Периодические осмотры и обследования», «Отказ от случайных связей» составляют 85,2-90%. Вариант ответа «Использование женщинами противозачаточных гормональных препаратов» отметило 8,2% респондента, из них женщин (60,0%), мужчин (40,0%).

Число респондентов, использующих контрацепцию как метод профилактики ЗППП составило более 90%.

Выводы. 1. Выявлен сопоставимый уровень знаний о ЗППП в группах респондентов мужского и женского пола.

2. Продемонстрирован достаточно высокий уровень осведомленности о ЗППП, способах их профилактики и путях передачи среди студентов медицинского института.

Валиева Т.З., Мангитова М. М., Ходжаева З.Г.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТНАТАЛЬНОЙ ПРИОБРЕТЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра семейной медицины ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – старший преподаватель Рахматуллоева З.Р.

Цель исследования. Изучить особенности клинических проявлений постнатальной приобретенной цитомегаловирусной инфекции у детей в практике семейного врача

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 44 больных детей в возрасте от 2 месяцев до 3 лет, с подтвержденным диагнозом ЦМВИ. Больные дети наблюдались в Государственном учреждении (ГУ) Городском центре здоровья №12 (ГЦЗ №12), с сентября по май 2022г. Всем детям проводилось: клинико-лабораторное обследование (общий анализ крови, мочи, кала), проведено всем детям серологическим методом ИФА для определения специфических IgM и IgG антител в крови. По показаниям проведено: биохимический анализ крови и рентгенограмма грудной клетки.

Результаты исследования. У наблюдаемых нами 44(100%) больных детей была диагностирована постнатальная приобретенная ЦМВИ. Больные дети жаловались со слов матери на слабость, недомогание, повышенную утомляемость, головные боли, анорексию, боли в животе, диарея.

Клинически выявлено: гастроэнтерит у 22(50%) детей, с бронхитом 12(27%) больных, пневмония у 6(14%) детей, с гепато-билиарной системой у 4(9%) пациентов. С острым течением заболевание протекало у 26 (59,1%) больных детей, затяжным течением у 10(22,7%) детей, хроническим течением у 8(18,2%) детей.

Отмечался лейкоцитоз $14,3 \pm 2,7 \times 10^2/\text{л}$. Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) умеренно повышена до 20мм/ч.

В сыворотки крови обнаружили антитела класса IgG ЦМВ методом ИФА - 1:200.

Выводы. Основными клиническими проявлениями постнатальной приобретенной цитомегаловирусной инфекции были бронхолегочная патология, а также гастроэнтерит, гепатит. Семейным врачом все наблюдаемые дети взяты на диспансерный учет и заведены в ф.№030/у.

Вешкина Е.В.
ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ COVID-19

Кафедра госпитальной терапии ФГБОУ ВО «МГУ им. Н. П. Огарёва»
Научные руководители – д. м. н., профессор Мосина Л.М., д. б. н., профессор Тарасова Т.В.

Цель исследования. Выявить возможность взаимосвязи фульминантного гепатита и инфицирования SARS-CoV-2.

Материалы и методы. Медицинская карта стационарного больного, карта амбулаторного больного, протокол патологоанатомического вскрытия. Пациент Т., 1979 г.р., заболел 18.01.22. Обратился 20.01.22 к ВОПу с жалобами на желтушность кожных покровов, иктеричность склер, изменение цвета кала и мочи в течение 3 дней.

Результаты. В результате обследования на догоспитальном этапе выявлено: ОАК (повышение Hb), ОАМ (без патологии), БАК (синдромы цитолиза и холестаза); УЗИ ОБП (Признаки диффузных изменений паренхимы печени, структурных изменений паренхимы поджелудочной железы по типу липоматоза); КТ ОГК без патологии; маркеры гепатита В, С отрицательные. 01.02.22 обратился в поликлинику ГБУЗ РМ «МРЦКБ» и госпитализирован в отделение гастроэнтерологии с 02.02.22 по 06.02.22, ОРИТ с 06.02.22 по 08.02.22. Обследование на госпитальном этапе: ОАК (повышение Hb), БАК (нарастание синдромов цитолиза и холестаза), коагулопатия в виде повышения протромбинового времени, МНО, АЧТВ, снижения фибриногена, КТ ОГК без динамики; ПЦР COVID-19 «-»; МРТ ОБП с в/в контр.: МР-картина гепатоспленомегалии, жидкость в околопеченочном пространстве; УЗИ ОБП+почек без динамики. Проведенное лечение: ИПП, антибиотики, антациды, гепатопротекторы, гемостатики, ГКС, гемотрансфузии. Через неделю нахождения в стационаре ПЦР COVID-19 «+». Состояние больного с быстро прогрессирующей отрицательной динамикой. Пульс на центральных артериях не определяется. Реанимационные мероприятия без эффекта. На ЭКГ стойкая асистолия. Констатирована смерть.

Заключительный клинический диагноз: К 73.9.

Основной: Гепатит неуточненной этиологии высокая биохимическая активность, не исключается фульминантный гепатит.

Осложнения: Гепатоспленомегалия. Синдром печеночно-клеточной недостаточности.

Сопутствующие заболевания: Хронический холецистит, стадия нестойкой ремиссии. Хронический панкреатит, стадия ремиссии.

Новая коронавирусная инфекция Covid-19, подтвержденная (ПЦР «+»)

По результатам протокола патологоанатомического вскрытия выявлено сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.

Выводы.

1. На примере данного клинического случая обнаружено сходство патоморфологической картины ткани печени пациента со специфическими признаками поражения при COVID-19.

2. SARS-CoV-2 вызывает поражение ткани печени в виде развития острого аутоиммунного повреждения гепатоцитов с клиникой фульминантного гепатита и признаками острой печеночной недостаточности.

3. Физикальное обследование, лабораторные и инструментальные методы исследования и лечение были оказаны в достаточном объеме.

4. Молниеносное течение фульминантного гепатита, позднее поступление в стационар и тяжесть поражения печени с явлениями острой печеночной недостаточности определили исход заболевания.

Вохилова А.П., Гадойбоев М.Р., Надиров И.Б.
КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Кафедра инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Рахманов Э.Р.

Цель исследования: определить клинические и лабораторные особенности пневмоцистной пневмонии (ПП) у больных ВИЧ-инфекцией для улучшения качества диагностики и оптимизации лечения.

Материалы и методы. Проведен анализ статистических данных структуры вторичных заболеваний у больных ВИЧ-инфекцией ГКИБ за период 2022 гг. Изучение клинической картины болезни было проведено у 11 больных ВИЧ-инфекцией с предварительным диагнозом «Пневмоцистная пневмония», после получения положительного результата обследования на антитела к ВИЧ, т.е. у этих пациентов диагноз ВИЧ-инфекции был установлен впервые лишь при госпитализации. Всем пациентам были проведены следующие методы исследования: для выявления специфических антител классов IgM и IgG к P. jirovecii в сыворотке крови был применен метод иммуноферментного анализа (ИФА) (ПневмоцистоСтрип). У всех больных проведено рентгенологическое исследование легких в динамике: при поступлении, на фоне лечения и перед выпиской. Абсолютное и процентное содержание CD4- и CD8-лимфоцитов определяли с помощью моноклональных антител методом проточной цитометрии. Окончательный диагноз ПП устанавливали с учётом данных анамнеза, клинических и лабораторных данных, результатов рентгенологического исследования легких и оценки клинической эффективности противопневмоцистной химиотерапии.

Результаты исследования. У всех больных мы отмечаем начальный период развития болезни, который характеризуется длительным течением от (4 недели до 6 месяцев) с лихорадки, постепенным нарастанием одышки, сухого кашля; в период разгара наблюдались максимально выраженные явления дыхательной недостаточности. При аускультации легких на фоне ослабленного везикулярного дыхания выслушивались сухие хрипы у 24% у больных, крепитирующие – у 44%. У большинства больных 72% отмечены рентгенологические признаки двусторонней интерстициальной пневмонии. На КТ двусторонняя мелкоочаговая пневмония описана у 24% больных, из них у 1

больного на фоне усиленного интерстициального рисунка легких. В динамике на фоне лечения рентгенологическая картина в легких нормализовалась в среднем $12,6 \pm 1,3$ дней лечения. СОЭ была высокой у всех больных (в среднем $41,3 \pm 3,2$ мм/ч) и нормализовалась к окончанию курса лечения только у одного больного. Уровень рО₂ в крови составил в среднем $29,8 \pm 2,7$ мм.рт.ст., что значительно ниже нормальных значений и свидетельствует о выраженной дыхательной недостаточности. Средний уровень CD4+ лимфоцитов у больных составил $39,9 \pm 9,7$ кл/мкл., что отражало наличие глубокого иммунодефицита. Число летальных исходов у больных было высоким и составил 27%. Летальный исход чаще наблюдали у больных с наименьшим количеством CD4+ лимфоцитов. Результаты поиска лабораторных маркеров ПП показали, что у 54,5% больных в крови определяли специфические IgM в различных титрах: от 1:200 до 6430, а IgG составил соответственно от 1:150 до 1:1200 (при диагностическом титре 1:200).

Выводы. Таким образом, ПП у больных ВИЧ-инфекцией характеризуется клинической лихорадкой, нарастающей одышкой, слабостью, явлениями дыхательной недостаточности. В разгаре болезни ПП отличается бурным течением, часто приводящим к летальному исходу, в связи с чем при подозрении на ПП необходимо неотложное назначение противопневмоцистной терапии и коррекция имеющихся нарушений со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем.

Вохидова М.А, Иброгимов А.Ф, Кучарова Ш.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЧЕК У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуалииби Сино, Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ганиева М.П.

Цель исследования. Выявить влияние хронического гломерулонефрита (ХГН) на течение и исход беременности в Республике Таджикистан, рассмотреть.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 35 беременных с ХГН: из них 16 беременных находились под стационарным наблюдением со сроком беременности до 20 недель на базе нефрологического отделения Национального Медицинского Центра РТ и 19 беременных под амбулаторным наблюдением. В ходе обследования было проведено многократное исследование общего анализа крови, биохимического анализа (кровь на мочевины, креатинин, общий белок), общего анализа мочи, измерение АД, пробы Реберга, Зимницкого. Из всех 35 пациентов 20 (57%) беременных составили с латентной формой ХГН (1-я степень риска беременности), 6 (17%) беременным выставлен диагноз хронический гломерулонефрит с нефротической формой (2-я степень риска беременности) и составляли 9 (26%) беременных с гипертонической и смешанной формой ХГН (3-я степень риска беременности). Пациенты наблюдались в течение 9 месяцев вплоть до родов.

Результат исследования. У 12 беременных (34%) отмечалось гестационное обострение ХГН, которое проявлялось прогрессирующим снижением функции почек: массивной протеинурией ($>3,5$ г/сут), гипоальбуминемией (альбумин сыворотки <25 г/л), гиперлипидемией, гематурией (от 12-18 эритроцитов в п/з до макрогематурии), прогрессирующим снижением клубочковой фильтрации до 60 мл/мин, олигоурией, отеками (от пастозности до анасарки). Отмечалось также развитие тяжелой преэклампсии, высокие цифры АД (от 140/90 мм.рт.ст. до 180/120 мм.рт.ст.). Все эти изменения привели к нарастающей плацентарной недостаточности (ЗВУР), и соответственно, к осложнениям беременности и родов. Семерым (20%) пациенткам проведено операция Кесарево сечение с рождением шестерых новорожденных в тяжелом состоянии (ш.Апгар 4-6) и одного мертвого плода. Пятерым (14%) было проведено прерывание беременности по медицинским показаниям. Только у 11 (32%) беременных были физиологические роды с рождением здорового ребенка. Из этого числа составляли 9 беременных с латентной формой ХГН и 2 с нефротической формой ХГН.

Выводы. Таким образом, ХГН значительно ухудшает течение беременности и родов пациенток. Пациенткам с ХГН с нефротической и гипертонической формами желательно прерывание беременности.

Гаджимурадова М.М.

ВЛИЯНИЕ АНТРОПОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ У ЛАБОРАТОРНЫХ МЫШЕЙ

Кафедра кожных и венерических болезней ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России

Научный руководитель - д.м.н., профессор, Жукова О.В.

Цель: Изучить влияние ряда экзогенных факторов (пестициды, фунгициды, электромагнитное излучение) на состоянии кожных покровов и развитие дерматозов у взрослых особей и их потомства.

Материалы и методы. В каждой серии было по 10 самок и 4 самца. Клинически фиксировалась динамика таких показателей, как средняя масса тела, уход за шерстью, активность, симптомы интоксикации, клиническая картина кожных покровов. Исследовались серии «Аммиачная селитра», «Демитан», «Титул», «Комбинированная» и «Электромагнитное излучение» в сравнении с контрольной группой.

Результаты исследования. В течение первых 2 месяцев наблюдения видимых кожных высыпаний у экспериментальных животных не обнаружено. Менялась их активность уже к 15 дню наблюдения с «высокая» стала «средняя». Лишь в группе «электромагнитное излучение» активность упала до уровня «средняя» только к 30 дню, а в «комбинированной» до «низкая». В контрольной группе активность оставалась стабильно «высокая». Таким образом, все изучаемые затравки снижают двигательную активность мышей, а симптомы интоксикации (вялость) отмечается к 30 дню при использовании комбинированной затравки. Однако уход за шерстью во всех группах мышей остаётся на должном уровне - волосы чистые и блестящие.

Выводы: В результате проведенного исследования установлено негативное воздействие экзогенных факторов на изучаемые показатели организма мышей. Так, Демитан, Титул-390 и их комбинация с аммиачной селитрой фактически блокировали процесс размножения, который в 6 раз ниже, нежели в контрольной группе. Комбинированная затравка к 30 дню проявляется лёгкими симптомами интоксикации, выражающиеся в вялости и низкой активности. Во всех сериях прирост средней массы тела в группе ниже, чем в контрольной, либо отмечается его убыль. Это результат негативного влияния изучаемых экологических факторов. В то же время развитие манифестной патологии кожных покровов не отмечено. Однако дерматоскопическое обследование зафиксировало патологические изменения кожи мышей опытных серий. Фиксировали дерматоскопические изменения кожи подошвы задней конечности, уха, а также волос хвоста и изображение когтей. В подопытных сериях дерматоскопическим методом зафиксированы вторичные морфологические элементы, свидетельствующие о патоморфологических процессах в коже подошвы конечности. Подобные дерматоскопические признаки во всех сериях наблюдались нами и через месяц, лишь в группе «Демитан» изображение отличалось участками линейно- прерывистых петехий, т.е. явление нарушения микроциркуляции в коже ушной раковины. Дерматоскопическое обследование хвоста не выявило каких-либо особенностей волос и кожи, но установило изменения в коже подошвы во всех группах (кроме контрольной) - эрозии, трещины, чешуйки.

Газезова С.Б.^{1,2,3}, Набирова Д.А.^{1,2,4}, Смагул М.А.^{1,2,3}

ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРОТОКОЛАХ ЛЕЧЕНИЯ COVID-19 НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ЧЕТЫРЕХ ПЕРИОДАХ ПОДЪЕМА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ COVID-19 В Г. АЛМАТЫ, КАЗАХСТАН 2020–2021 ГОДАХ

5. Программа Прикладной Эпидемиологии в Центральной Азии

6. Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова.

7. Филиал «Научно-практический центр санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга» РГП на ПХВ "Национальный Центр Общественного Здравоохранения" Министерства Здравоохранения Казахстан

8. Центры США по контролю и профилактике заболеваний, офис в Центральной Азии, Алматы, Казахстан
Научный руководитель- Хорс Р.З.^{1,2,4}

Цель исследования: оценить практику клинического ведения пациентов с коронавирусной инфекцией (COVID-19) в Казахстане в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения COVID-19, обновленными в четыре подъема заболеваемости в 2020-2021 годах и определить факторы, связанные со смертностью от COVID-19.

Материал и методы: Мы провели кросс-секционное исследование среди пациентов с COVID-19, госпитализированных в инфекционный стационар г. Алматы, в четыре подъема заболеваемости: I) 1 июня-30 августа 2020г; II) 1 октября-31 декабря 2020г; III) 1 апреля-31 мая 2021г; и IV) 1 июля-26 октября 2021г. Изучены изменения в протоколах диагностики и лечения COVID-19, опубликованных в данные периоды. Сбор данных по пациентам включал демографические и клинические данные, информацию по сопутствующим заболеваниям, и проведенному лечению. Проведен многофакторная логистическая регрессия для определения возможных факторов, связанных со смертностью от COVID-19.

Результат исследования: С 01.06.2020 по 26.10.2021гг. в Казахстане обновились 7 из принятых 16 протоколов диагностики и лечения COVID-19. Основные изменения: в I-IV периодах наблюдение в домашних условиях пациентов COVID-19 без симптомов с легкой степенью тяжести; антибиотикотерапия (АБ) при вторичной инфекции, препарат выбора-азитромицин, назначение глюкокортикостероидов (ГКС) и противовирусных препаратов при тяжелой течения COVID-19; в I-III периодах исследования профилактическое назначение антикоагулянтов (АКТ) госпитализированным пациентам в (0,4 мл/сутки) при высоком риске тромбозов; в IV периоде – назначение АКТ в терапевтических дозах (0,8-1,2 мл/сутки) при тромбозе глубоких вен и тромбоэмболии легочной артерии. В исследование включено 1 146 пациентов, из них 59% (676) женщины и в 4 периода подъема заболеваемости отобрано соответственно 14%(165), 14%(141), 22%(256) и 50%(584) пациентов. Средний возраст пациентов 57 лет (диапазон 18-96 лет). В I период отмечается госпитализация бессимптомных пациентов и с легкой степенью тяжести. В 4 периода активно назначались АБ цефалоспоринового ряда без учета присоединения вторичной инфекции: I-78%(81/104); II-64%(50/78); III-71%(115/162); IV-67%(226/338). ГКС назначались пациентам нетяжелой степени: I-36%(60/165); II-31%(44/141); III-33%(85/256); IV-28%(161/584), а противовирусные препараты: I-28%(46/165); II-10%(14/141); III-4%(9/256); IV-8%(49/584). Назначение АКТ при невысоком риске тромбозов: I-18%(29/165), II-24%(34/141), III-6%(15/256), IV-7%(38/584). Мы не обнаружили статистически значимой разницы между летальностью в IV периоде (11%), в сравнении с I периодом (5%) (р-величина 0.06). Лица старше 65 лет (ОШ=2.3, ДИ= 1.1-5.3), мужского пола (ОШ=2.5, ДИ=1.3-4.7), имеющие заболевания почек (ОШ=3.8, ДИ=1.6-8.9) или острый респираторный дистресс синдром (ОШ=46.4, ДИ=22.8-99.9) имели статистически значимые шансы умереть от COVID-19.

Выводы: Изменения протоколов лечения и диагностики в четырех периодах подъема заболеваемости COVID-19 не повлияло на увеличение смертности. Выявлены несоответствия практики ведения пациентов с COVID-19 в соответствии с обновляемыми клиническими протоколами диагностики и лечения COVID-19, что демонстрирует необходимость проведения обучения медицинских работников с обновлениями.

**¹Гоибова З.В., ¹Нарзуллоева А.Р., ²Неъматзода О.
ОСОБЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ**

¹Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ “Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан”

²ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

Цель. Изучение показателей эндотелиальной дисфункции (ЭД) у пациентов с гормонально-активными феохромоцитомами (ФХЦ).

Материал и методы. Анализированы результаты изучения некоторых маркеров ЭД у 47 пациентов с ФХЦ. Женщин было 36 (76,6%), мужчин – 11 (23,4%). Средний возраст пациентов составил 34,1±6,7 лет. При госпитализации пациентов и в разные сроки после операции и достижения нормотензии были изучены следующие показатели эндотелиальной дисфункции: общий холестерин, триглицериды, липопротеиды высокой плотности, липопротеиды низкой плотности, липопротеиды очень низкой плотности, коэффициент атерогенности, С - реактивный белок, фибриноген, фактор фон Виллебранда. Полученные в ходе исследования данные были обработаны с помощью статистического пакета «IBM SPSS 21.0» (IBM, США).

Результаты. На фоне высокой экскреции катехоламинов у всех пациентов при госпитализации выявлено значительная ЭД. Так, отмечалось повышение содержания ОХ на 12,3%, ТГ –16,2%, ЛПНП –16,4%, СРБ –21,5%, фибриногена –34,2%, ФВ –10,4% и снижение ЛПВП –40,2%. Указанные изменения в разные сроки после проведенной операции претерпевали значительные изменения с значимой их нормализацией.

Так, значительные уменьшение ОХ (с 6,23±0,5 до 4,2±0,2 ммоль/л), ТГ (с 4,39±0,4 ммоль/л до 2,1±0,2 ммоль/л), ЛПНП (с 5,7±0,52 ммоль/л до 2,2±0,19 ммоль/л), КА (с 6,71±0,29 ммоль/л до 3,1±0,17 ммоль/л), СРБ (с 6,8±0,6 г/л до 4,1±0,39 г/л), фибриногена (с 7,6±0,7 г/л до 3,8±0,36 г/л), ФВ (с 138,4±10,2% до 107,6±6,4%) и повышение ЛПВП (с 0,75±0,1 ммоль/л до 1,5±0,3 ммоль/л). По нашему мнению, на фоне высокой катехоламинемии и длительно существующей артериальной гипертензии происходит значимая дисфункция эндотелия, которая нормализуется в разные сроки после адреналэктомии.

Заключение. При симптоматической артериальной гипертензии на почве гормонально-активной феохромоцитомы происходит значительная дисфункция эндотелия, которую необходимо учесть и корректировать при предоперационной подготовке этой категории пациентов. В разные сроки после адреналэктомии и стабилизации показателей артериального давления происходит нормализация функции эндотелиальных клеток.

**Гайбулла Н.Ө, Жасузакова А.Е.
СЕССИЯ И БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У СТУДЕНТОВ**

Кафедра семейной медицины НАО «МУА», Астана, Казахстан

Научный руководитель-д.м.н., профессор Абеуова Б.А.

Цель исследования: оценить влияние экзаменационного стресса на заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у студентов различных курсов юридического университета. Для достижения цели были поставлены следующие задачи: 1. Частота обращений участкового врачу студентов КазГЮУ (г.Астана) с заболеваниями ЖКТ с 01.04.2022г по 30.06.2022г. (До 01.04.2022г- обучение студентов всех курсов осуществлялось on-line.) 2. Определение частоты заболеваемости в зависимости от пола и периода студентов всех курсов(до сессии, во время и после сессии) и у студентов I курса в зависимости от места проживания (в общежитии и в семье).

Результаты исследования. Проведен анализ 243 студентов 1,2, 3 и 4 курсов, прибывших на прием в студенческую поликлинику вуза с 01.04 по 30.06.2022. Полученные данные взяты из программы КМИС. Всем студентам проводилось стандартное обследование, включающее выявление жалоб, сбор анамнеза, данных объективного осмотра и лабораторной диагностики (ОАК, ОАМ, ФГДС и др. методы). Анализа обращаемости студентов проводился до сессии (01.04.2022г по 30.04.2022г), во время сессии (01.05.2022г по 31.05.2022г) и после сессии (01.06.2022г по 30.06.2022). Чаще всего к участковому врачу обращались студенты 1 курса 39,9% (97 студентов), реже -2 курса 27,9% (68 студентов), 4 курса было 17,6% (43 студентов) и 3 курса-14,4% (35 студентов). Студенты обращались с жалобами на боль в животе, изжогу, запоры, а девушки дополнительно на запоры, появление угревой сыпи. Нужно отметить, что чем старше курс, тем чаще обращались с вышеуказанными жалобами девушки, чем парни ($p \leq 0,001$). В период сессии у студентов всех курсов заболеваемость была достоверно выше ($p \leq 0,001$) (56,4%), чем до сессии (27,6%) и после сессии (16%). Заболеваемость ЖКТ у студентов 1 курса выявляется чаще, так как они проживают в общежитии, в отличие от студентов 2,3,4 курсов. Старшие курсы в общежитиях не проживают. Из 678 студентов первого курса в общежитии проживает 429 (63,39%) человека. Из 678 студентов с жалобами со стороны органов ЖКТ обращались 97 (14,36%) человек. Из этих 97 обратившихся 77 (79,39%) студентов проживали в общежитии. Выявлено, что на среди обратившихся студентов 1 курса чаще всего выявлялся хронический гастрит без *H.Pylori* 44% случаев (38 человек), хронический гастрит с *H.Pylori* у 35% (30), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – у 13% (11 человек) и язвенной болезни желудка – у 8% (7 человек). Эти данные демонстрируют превалирование хронического гастрита без *H.Pylori*, что подтверждает стресс-этиологическую роль в развитии заболеваний ЖКТ.

Выводы. 1. Чаще всего с патологией ЖКТ обращались студенты 1 курса. В 2,5 раза чаще ($p \leq 0,01$) девушки-студентки обращались за медицинской помощью чем парни.

2. У студентов 1 курса, проживающих в общежитии, заболеваемость органов ЖКТ выше 17% (77 человек), чем у студентов проживающих в семьях - 8% (20 человек) ($p \leq 0,001$).

Гайратова И.Б., Райхонов Ш.Н., Халилова Д.Р.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА.

ГУ Республиканский клинический центр кардиологии.

Цель исследования: изучить частоту развития и клинические особенности ишемической болезни сердца (ИБС) у больных сахарным диабетом 2-го типа.

Материалы и методы исследования: Для исследовательской работы выбраны и проанализированы 30 больных с ИБС в сочетании с сахарным диабетом, находящихся в инфарктном отделении РКЦК г. Душанбе. Возраст больных был от 52 до 70 лет. Из анамнеза выяснилось, что сахарным диабетом болеют от 1 года до 20 лет. Всем больным проводилось общеклиническое исследование, включающее определение общих анализов крови, состояние свертывающей системы крови, биохимический анализ крови, уровень сахара крови, уровень гликозированного гемоглобина, общий анализ мочи, ЭКГ, ЭхоКГ, R-графия органов грудной клетки.

Результаты исследования: Из 30 больных с ИБС в сочетании с СД, мужчин было 20 (66,7%), женщин 10 (33,3%), в возрасте 52-54 года – 6 больных, 55-59 лет – 8 больных, 60-64 года – 8 больных, 65-70 лет – 8 больных. Кроме СД сопутствующая патология как хронический бронхит у 9 больных, бронхиальная астма у 1 больного, хронический пиелонефрит у 6 больных, диабетическая нефропатия у 5 больных, ХПН у 8 больных, полинейропатия у 7 больных, инсульт у 1 больного, диабетическая ретинопатия у 5 больных, гепатоз у 1 больного, деформирующий остеоартроз у 4 больных, ожирение у 16 больных.

Недостаточность кровообращения III-IV ф.к. (NYHA) отмечалась у 24 (80%) больных, перенесенный инфаркт миокарда у 9 (30%) больных, энцефалопатия у 18 (60%) больных, артериальная гипертензия у 28 (93,3%) больных, недостаточность клапанов у 12 (40%) больных, АВ-блокада у 2 (6,6%) больных, экстрасистолы у 5 (16,6%) больных, гидроторакс у 3 (10%) больных.

Изучение различных факторов риска и коморбидного статуса при ИБС в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа является важной задачей при лечении заболеваний сердечно-сосудистой системы.

ИБС в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа и ее осложнения в значительной мере влияют на показатель общей смертности. Патологические процессы, способствующие их развитию и ухудшению течения, приобретают все большее значение для проведения своевременного лечения.

Вывод: Важной задачей является диспансерное наблюдение за больными с ишемической болезнью сердца в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа контроль артериального давления, уровня сахара крови. Для проведения сопроводительной терапии необходимо своевременно выявить сопутствующую патологию, факторы риска, которые ухудшают течение заболевания и провести профилактику осложнений.

Гозиев Х. Х., Рахимова М.С.
НЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., дотсент Иноятова Н. А.

Цель исследования. Изучить частоту нейропатий у больных сахарным диабетом 2 типа (СД2).

Материал и методы. Нами был обследован 51 пациент с нейропатиями, из них 13 (25,4%) пациентов с СД 2 типа и 38 (74,5%) без сахарного диабета. Исследование проводилось на базе лечебно-диагностического центра «БАЛХ» г. Душанбе. Количество женщин составило 32 и 18- мужчины. Средний возраст больных составил 52,9±2,2 лет (от 19 до 74 лет). Всем больным проводились антропометрические и лабораторные методы исследования, в особенности измерения сахара крови и гликированного гемоглобина. Для диагностики диабетической полинейропатии и радикулопатии проводилось анкетирование по TSS (нейропатического дисфункционального счета), а также тестирование с помощью камертона, тип-терма, монофиламента и тупой иглой. Для оценки болевого синдрома проводилось тестирование по ВАШ (визуально-аналоговая шкала). Статистическая обработка данных велась помощью программы Statistical 8.0. Word 2017.

Результаты исследования. У 11 больных СД 2 типа отмечалась декомпенсация заболевания и средний уровень гликированного гемоглобина составил 9,3±0,7 %. Клиническая картина: у больных СД 2 нейропатические боли были намного сильнее по сравнению с больными без СД 2 типа. По шкале ВАШ больным с СД 2 присвоены от 8 до 10 баллов при поступлении, в среднем составило 8,5±0,17. В динамике улучшения состояния больных происходит медленнее. Проявления диабетической полинейропатии были подтверждены диагностическими тестами общего балла симптомов (TSS) и камертона, тип-терма, монофиламента. Всем больным назначалась патогенетическая терапия, однако необходимо отметить, что у больных СД 2 типа только при достижении компенсации отмечалось стабильное улучшение самочувствия. Так, у 53,8% пациентов была назначена инсулинотерапия для достижения компенсации, а у 30,7% сочетанная терапия сахароснижающими препаратами (ССП) и однократно инсулином длительного действия. Только у 23% пациентов с СД 2 типа компенсация была достигнута на ССП. Радикулопатии отмечались у 92,3% пациентов с СД 2 типа.

Выводы.

1. Частота встречаемости нейропатии составила 92,3% у больных с СД 2 типа.
2. Для достижения компенсации СД 2 типа была проведена инсулинотерапия в 53,8% случаев, это необходимо учитывать при ведении данных больных.

Гончарова М.С., Содикова М.Д., Харибшоева М.Р.
ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДЕПРЕССИЙ, СВЯЗАННЫХ С РЕПРОДУКТИВНЫМ ЦИКЛОМ У ЖЕНЩИН

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени проф. М.Г. Гулямова ГОУ ТГМУ им.
Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – старший преподаватель Нисанбаева З.Х.

Цель исследования. Исследование возникновения депрессий, связанных с репродуктивным циклом у женщин. Становление, функционирование и обратное развитие детородной функции у женщин создает взаимосвязанную цепочку критических периодов жизни, в которой развитие депрессии в предыдущем звене предрасполагает к ее рецидиву в последующих звеньях.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 40 женщин, обратившихся к психиатрам. Исследование было проведено на базе кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. проф. М.Г. Гулямова. Средний возраст больных $38 \pm 1,5$ лет. Применялись клиничко-психологический и клиничко-анамнестический методы исследования.

Результаты исследования. Распространенность депрессии в течении беременности составила 12%, причем в ее генезе существенную роль играют неблагоприятные социальные факторы. Депрессия на протяжении всей беременности несет риск и для матери, и для ребенка, поэтому важно своевременно ее диагностировать и обеспечивать адекватную терапию. В то же время невылеченная депрессия несет существенные перинатальные риски (прямые риски плоду или риск вторичный – нездоровым материнским поведением, являющимся результатом депрессии). Большинство пограничных психических расстройств формировались задолго до беременности и в ее период под влиянием нейроэндокринных сдвигов обострялись.

Развитию послеродовой депрессии способствуют физиологические особенности послеродового периода, акушерско-гинекологическая и эндокринная патология, болевые ощущения в родах, их стрессовое восприятие, кесарево сечение, послеродовые осложнения, проблемы при грудном вскармливании, хроническое недосыпание, изменения внешности и сексуальных отношений, отсутствие поддержки и финансовая зависимость от семьи, нарушение карьеры.

Выводы. Депрессии, сопряженные с менструальным циклом и репродуктивной функцией, могут манифестировать и обостряться в такие периоды жизни женщины, как пубертатный, предменструальный, беременность, послеродовой, физиологический и искусственный климактерий (хирургическая, лучевая менопауза), инволюционный в постменопаузе.

Учитывая частоту развития послеродовой депрессии, параллельность и последовательность наблюдения беременной, а затем родильницы акушером-гинекологом и врачом общей практики, необходимо знание ими данной проблемы и широкое взаимодействие с врачами психиатрических специальностей.

Гончарова М.С., Курбонов Б.Б., Ахмадкулов А.А.
СОЦИАЛЬНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРАСТИ К АЗАРТНЫМ ИГРАМ (ГЭМБЛИНГ)

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени проф. М.Г. Гулямова ГОУ ТГМУ им.
Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – старший преподаватель Нисанбаева З.Х.

Цель исследования. Изучение гэмблинга как одной из форм аддиктивного и девиантного поведения. В связи с развитием игровой индустрии во всем мире наряду с внедрением технологий и появлением глобальной сети Интернет всё больше людей становятся жертвами так называемой игровой зависимости. На сегодняшний день в мире около 5% людей имеют патологическое пристрастие к азартным играм. Поэтому гэмблинг можно смело назвать болезнью 21 века. Патологическая склонность к азартным играм (гэмблинг) представляет собой «частые, повторяющиеся эпизоды участия в азартных играх, которые являются доминирующим интересом в жизни пациента, тем самым нанося вред социальным, профессиональным, материальным и семейным ценностям и обязанностям».

Материал и методы. Исследование было проведено на базе кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени проф. М.Г. Гулямова. В исследовании приняли участие 24 человека, средний возраст $21 \pm 1,5$ года. 3 из них женщины. Применялись клиничко-психопатологический и клиничко-анамнестический методы исследования.

Результаты исследования. Масса вовлеченных в азартные игры людей не монолитны в своем отношении к гэмблингу (разнятся мотивация, частота и продолжительность игры и т.д.):

- получение от игры развлечения, отвлечение от повседневных негативных эмоций: беспокойства, депрессии, злости, зависти, страха. У таких игроков гэмблинг как некий ритуал на досуге, не отрывающий их от основных социальных целей.

- есть еще и категория людей, которые делают игру своим средством существования. Они относятся к гэмблингу как к работе, как к постоянному источнику доходов.

- игра доминирует в жизни индивида, становится патологической страстью. Игрок перестает контролировать собственную волю и неадекватно оценивает свою роль в происходящем и внутренне отрицает свою ответственность перед возможными последствиями.

Выводы. Определить начало зависимости от азартных игр довольно сложно в силу того, что ее развитие протекает постепенно и к ней полностью отсутствует критическое отношение. Главным признаком болезни является хроническая и прогрессирующая неспособность сопротивляться импульсу игры, поведению игрока, что ставит под

угрозу, нарушает и разрушает личное, семейное и профессиональное положение. Характерными проблемами являются большие долги и последующее невыполнение обязательств по их уплате, разрыв семейных отношений, мошенничество и запрещенная финансовая деятельность.

Гэмблинг, безусловно, является одной из форм аддиктивного и девиантного поведения. Игровая зависимость в современном мире представляет собой важнейшую социально-психологическую проблему, а распространение азартных игр среди населения за счет развития интернета, технологий, маркетинговых уловок лишь обостряет её. Поэтому на данном этапе необходимо обеспечить пристальное внимание за данной проблемой, как со стороны государства, так и со стороны специалистов, а именно психологов и работников социальных служб. Таким образом, проблема гэмблинга на сегодняшний день требует исключительно своевременного и инновационного подхода к лечению и профилактике игровой зависимости.

Гончарова М.С., Тагоев А.А., Юлдошев С.А.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени проф. М.Г. Гулямова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – старший преподаватель Нисанбаева З.Х.

Цель исследования. Изучение особенностей развития психических расстройств, наблюдающиеся у пациентов с опиоидной зависимостью в сочетании с ВИЧ-инфекцией.

Материал и методы. Исследование было проведено в пункте опиоидной заместительной терапии метадонном на базе Республиканского клинического центра наркологии имени профессора М.Г. Гулямова. В исследовании приняли участие 33 пациента. Средний возраст больных $33 \pm 1,5$ года. Из них 3 женщин и 30 мужчин. Применялись клиничко-психопатологический, клиничко-anamnestический и лабораторные методы исследования с использованием диагностических тестов (экспресс тесты на определение антител ВИЧ-1/2 в слюне, крови) и последующим подтверждением результатов скринингового исследования в ГУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД-ом».

Результаты исследования. Тревога, депрессия и эмоциональный дистресс у некоторых пациентов могут возникать как реакция в ответ на сообщение о положительной серологической реакции на ВИЧ или на последующие симптомы и снижение уровня жизнедеятельности, ассоциированные с ВИЧ. Широкий спектр психических, прямо или косвенно, ассоциировались с ВИЧ/СПИД-ом: малое когнитивно-моторное расстройство, расстройство адаптации, тревожные расстройства, расстройства настроения, расстройства личности, психотические расстройства, расстройства сна, ВИЧ-ассоциированная деменция сексуальные расстройства, а так же расстройства связанные с употреблением психоактивных веществ. Распространенность психических расстройств среди лиц с ВИЧ может отражать высокую распространенность уже имеющихся аффективных расстройств и расстройств, связанных с злоупотреблением психоактивных веществ, или повышенный риск ВИЧ-инфекции среди индивидов с психическими расстройствами и среди тех, кто злоупотребляет наркотиками.

Выводы. Очевидно, у лиц, живущих с ВИЧ/СПИД-ом, тяжелая депрессия и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ часто сопутствуют друг другу. Доступность социальной сети, чувство интеграции и качество социальной поддержки дополнительно ассоциировалось с лучшей психологической адаптацией и более низким уровнем психологического дистресса у лиц с ВИЧ-инфекцией. И наоборот, социальная изоляция и отвержение как результат навешивания отрицательных ярлыков на людей с ВИЧ/СПИД-ом является дополнительными неблагоприятными последствиями этого заболевания. Комплексный подход необходим для эффективного оказания профилактических, диагностических и лечебных услуг этой сложной категории пациентов. Необходимы комплексные стратегии и активный поиск модели интегрированной помощи, предоставляющий доступные и качественные услуги по лечению всех заболеваний.

Гофилова М.З., Давлатмирова Г.Ш., Зарипов Н.А.

ВЕГЕТАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., Ганиева М.Т.

Цель исследования. Изучить особенности течения вегетативных расстройств при болезни Паркинсона, их влияние на качество жизни больных БП, адекватная их диагностика и лечение на всех стадиях болезни.

Материалы и методы исследования. Исследование проводились на основе сбора анамнестических данных, лабораторных и инструментальных методов исследования, а также шкалы и опросников: шкала оценки вегетативных нарушений при болезни Паркинсона (SCOPA- AUT – ScaleforOutcomesinParkinson'sdiseaseforAutonomicSymptoms), шкала оценки немоторных симптомов БП (Non- MotorSymptomsScale), опросник не моторных симптомов БП (Quantitationofnon- motorsymptomsin Parkinson'sdisease), комплексная шкала для оценки вегетативных нарушений у пациентов.

Результаты исследований и их обсуждение. По разным данным, частота вегетативных нарушений при БП достигает 80-100%. Структуру вегетативных расстройств при БП в основном составляют сердечно- сосудистые нарушения (20-60%), желудочно- кишечные расстройства (30-90%) и кожно- трофические (20-30%), мочеполовые нарушения (20-50%), а также нарушения терморегуляции (20-50%). Вегетативные симптомы, особенно запоры могут

служит одними из первых симптомов БП или появляться на ранних стадиях заболевания. Причиной развития вегетативных расстройств при БП является вовлечение в дегенеративный процесс как центральной, так и периферической вегетативной нервной системы. Вегетативные расстройства – одна из самых частых причин снижения качества жизни и инвалидизации больных БП на поздних стадиях болезни. Около 30% пациентов утверждают, что вегетативные нарушения оказывают на их состояние более неблагоприятное влияние, чем моторные нарушения.

Выводы. Вегетативные расстройства занимают важное место в структуре БП. Несмотря на то, что вегетативные расстройства при болезни Паркинсона не служат целевым симптомом, тем не менее они оказывают значительное влияние на качество жизни пациентов и часто становятся причиной инвалидизации больных.

Гулова Р.М., Рахимов Дж.Дж., Имомова А.

СИНДРОМ «ВЫГОРАНИЯ» У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ЛЕЧЕБНУЮ ПОМОЩЬ, В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 СТАЦИОНАРАХ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Шарипова Х.Ё.

Цель исследования. Установить частоту синдрома «выгорания» и выделить его предикторы у медицинских работников (МР), оказывающих лечебную помощь в специализированных для пациентов с COVID-19 стационарах.

Материал и методы исследования. Исследование проведено с июня 2020 года до марта 2021 года (первый этап, дебют пандемии). Тестирование проведено среди МР (врачи, медицинские сёстры) проработавших 10-14 дней в специализированных, для пациентов с COVID-19 стационарах, развёрнутых в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) города Душанбе. В разработку включены 192 МР (врачи и средний медицинский персонал) молодого и среднего возраста (средний возраст $42,4 \pm 6,3$ лет), основная группа (ОГ). Контрольную группу (КГ) составили 34 МР, условия работы которых исключали контакт с пациентами с COVID-19 (средний возраст $43,6 \pm 6,7$ лет).

Соматический статус МР изучен при общем клиническом исследовании, уточнена частота кардиоваскулярных заболеваний. Выраженность общих психических расстройств установлена по информативным шкалам тревоги (HARS) и депрессии (HADS) Гамильтона. Синдром «выгорания» установлен при помощи шкалы экспресс-оценки «выгорания» (В. Каппони, Т. Новак), который содержит 10 вопросов.

При оценке ряда поведенческих и медико-социальных факторов, потенциально влияющих не только на соматический статус, но и угрожающих самооценке и самоуважению МР, использована специальная анкетасоставленная нами, включающая ряд вопросов, уточняющих реакции МР на возникшую пандемию COVID-19 – сложнейшую социально-психологическую и профессиональную ситуацию (возникновение ситуации, когда возникает необходимость заботы о членах семьи, осмысление значимости предварительно проведенного обучения МР по тактике ведения больных, важности психологической подготовки МР, возможности появления страха за упущенные возможности (СУВ), сложности работы в условиях отсутствия привычного общения и т.д.). Проведен адекватный статистический анализ результатов с использованием пакетов статистических программ Statistica - 14,0 и SPSS.

Результаты исследования. У МР основной группы выраженность как тревоги ($31 \pm 6,2$), депрессии ($35,3 \pm 7,7$), так и ПТСР ($41,3 \pm 10,2$) были значимо выше, чем в контрольной группе ($p < 0,000$). Синдром «выгорания» отсутствовал у МР КГ и среднее значение составил $1,5 \pm 1,2$ балла. В основной группе разная выраженность синдрома «выгорания» установлена у 58,8% МР (средний балл $7,4 \pm 1,6$), что значимо выше, чем в КГ. Выраженная форма данного синдрома отмечена у 14 (7,7%) МР.

Следует отметить, что частота и выраженность синдрома «выгорания» прямо коррелировала с чувством вины, со страхом упущенных возможностей при летальном исходе, со степенью артериальной гипертонии (АГ), выраженностью тревоги, депрессии и особенно сильная взаимосвязь с ПТСР ($r = 0,91$; $p < 0,05$); обратная умеренная взаимосвязь отмечена с проведенной предварительной психологической подготовкой ($r = -0,32$; $p < 0,05$).

Методом множественной регрессии установлены особенности сочетанного воздействия перечисленных факторов и выделены следующие предикторы синдрома «выгорания» МР ($t = 4,97$): АГ, ПТСР, СУВ, тревога и отсутствие предварительной психологической подготовки МР.

Выводы. Таким образом, синдром «выгорания» наблюдается на фоне АГ, выраженных тревожно-депрессивных расстройств, среди которых особое значение имеет ПТСР, усиливающих переживания МР при негативных исходах. Предварительная психологическая подготовка снижает частоту как ПТСР, так и синдрома «выгорания».

Гулова Р.М., Рахимов Дж., Якубов Д.М.

КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПНЕВМОНИЮ ПРИ ПАНДЕМИИ COVID-19

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Таджикистан

Цель исследования. Изучить динамику частоты кардиоваскулярных заболеваний (КВЗ) у медицинских работников (МР), оказывающих медицинскую помощь пациентам в период пандемии, в разные сроки после перенесенной ими пневмонии COVID-19.

Материал и методы исследования. В исследование включено 109 врачей и среднего медицинского персонала, которые оказывали медицинскую помощь пациентам с COVID-19 и его последствиями в специализированных («ковидных зонах», 98 МР) и общих лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ, 11 МР), которые перенесли

пневмонии COVID-19. Изучена динамика частоты наиболее распространенных КВЗ: артериальной гипертонии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточности (ХСН) и острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), -через 2 месяца и 12 месяцев после выписки из стационара или после устойчивой стабилизации состояния указанных МР.

По данным результатов общего клинического и инструментального исследований (компьютерной томографии грудной клетки, магнитно-резонансной томографии головного мозга, ЭКГ, профиль АД, консультаций кардиолога и невропатолога) оценено состояние лёгких и установлены проявления АГ, ИБС, ХСН и ОНМК. Проведено ранжирование тяжести форм ИБС и ОНМК - по нарастающей. Статистический анализ результатов исследования проведен с использованием пакетов статистических программ Statistica - 10,0 и SPSS.

Результаты исследования. При оценке частоты КВЗ через 2 месяца после выписки из стационара или после устойчивой стабилизации состояния МР (n=109), которые перенесли пневмонию COVID-19, установлено следующее: АГ отсутствовала у 39 (35,8%) МР; I степень АГ – у 44 (40,4%), II-III степени АГ – у 26 (23,8%) и средние уровни САД составило $147,3 \pm 17,3$ и ДАД $92,9 \pm 10,7$ мм рт. ст.

ИБС отсутствовала у 69 (63,3%) МР, проявления разных форм ИБС (стенокардия, инфаркт миокарда) имели место у 40 (36,7%) наблюдаемых МР, в том числе у 13 (11,9%) - инфаркты миокарда. Признаки ХСН отсутствовали у 78 (71,6%) МР, I функциональный класс (ФК) ХСН – у 20 (18,3%), а II-III ФК ХСН наблюдался у 11 (10,1%) из них. Значимые церебральные нарушения отсутствовали у 89 (81,6%) МР, а ОНМК отмечены у 20 (18,4%) из них, в том числе у 6 (5,5%) – инсульты.

При оценке динамики частоты КВЗ через 12 месяцев после выписки из стационара или после устойчивой стабилизации состояния МР (удалось исследовать только 101 МР), которые перенесли пневмонию COVID-19, установлено заметное учащение КВЗ: АГ отсутствовала у 37 (26,6%) МР; I степень АГ – у 44 (43,6%), II-III степени АГ – у 20 (19,8%) и средние уровни САД составило $151,2 \pm 16,4$ и ДАД $97,5 \pm 10,5$ мм рт. ст.

ИБС отсутствовала у 63 (62,4%) МР, проявления разных форм ИБС имели место у 38 (37,6%) наблюдаемых МР, в том числе у 24 (23,8%) - инфаркты миокарда. Признаки ХСН отсутствовали у 71 (70,4%) МР, I ФК ХСН – у 10 (9,9%), а II-III ФК ХСН наблюдался у 20 (19,8%) из них.

Значимые церебральные нарушения отсутствовали у 80 (79,2%) МР, а признаки ОНМК, выявлены у 31 (30,7%) из них, в том числе у 15 (11,9%) – инсульты, главным образом, ишемический инсульт.

Выводы. Таким образом, через 12 месяцев после перенесенной пневмонии COVID-19 у медицинских работников, наблюдается значимое повышение АД, учащение случаев развития инфарктов миокарда и инсультов, сопровождающиеся учащением случаев ХСН II-III ФК ($p < 0,05$).

Гуломов С.Ч., Гайратова Н.Н.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ ИБС

Кафедра внутренних болезней №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Научный руководитель - к.м.н. Юсупова М.Х.

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности комплексного подхода к лечению пациентов ИБС путем выбора оптимальной тактики коррекции нарушений коронарного кровотока.

Материал и методы исследования. В исследование включили больных ИБС стабильной стенокардией напряжения III и IV функциональных классов (средний возраст $55,6 \pm 4,2$ лет). Пациенты получали двойную антиагрегантную терапию (ДАТТ, ацетилсалициловую кислоту (АСК)+клопидогрел (Кл), бета-блокаторы, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, аторвастатин ил розувастатин. Показатели электро-, эхокардиографии с оценкой состояния ЛЖ и ЖМ(стресс-ЭхоКГ, МСКТ), холестерин (ХС), ХС липопротеидов низкой и высокой плотности(ХСЛПНП и ХСЛПВП), триглицериды(ТГ), агрегацию тромбоцитов(АТ).

Результаты исследования и их обсуждение. Исходно у большинства больных (33) были выявлены изменения в липидном профиле, характерные для атерогенной дислипидемии. Применение статинов приводило к улучшению липидного профиля (нормализация ХС, ХСЛПНП, ХСЛПВП, ТГ). Степень АТ у пациентов была повышенной в среднем на 20%. После нагрузочной дозы АСК и Кл и дальнейшего их применения отмечен их антиагрегантный эффект с тенденцией к нормализации параметров АТ. Через 2 месяца у 29 больных показатели нормализовались, у 4-х сохранялись повышенные параметры АТ. Через три месяца достигнуты благоприятные показатели АТ. Статины, оказывая гиполипидемическое действие и плейотропные эффекты, влияют на важные патогенетические звенья развития атеросклероза и ИБС, стабилизируют атеросклеротический процесс. Наряду с антиагрегантами, способствуют восстановлению кровотока в КА после СКА, предотвращают ее повреждения и формирование тромбоза. Эффективность терапии оценивали по уровню ХСЛПНП: оптимальный уровень этого показателя должен быть $< 1,4$ ммоль/л, и снижен на 50% от исходного уровня. При жизни-угрожающих осложнениях прием Кл может быть уменьшен до 3-х месяцев, а в случае очень высокого риска кровотечения – до 1-го месяца. Антиагреганты, в первую очередь АСК (75-150 мг), назначаются всем больным со стабильной ИБС, не имеющим противопоказаний к их назначению, при непереносимости АСК необходимо заменить ее на Кл.

Основной причиной повторных обращений в связи с рецидивированием стенокардии является прогрессирование атеросклероза. Консервативное лечение должно быть оптимальным, – это антиагреганты, ингибиторы АПФ, статины. Все-таки в качестве начальной тактики, если это стабильное течение ИБС, необходимо применять оптимальную лекарственную терапию, и только в тех случаях, если она не помогает, ставится вопрос о выполнении СКА, что ни в коей мере не относится к острой ситуации.

Выводы. Для выбора наиболее эффективного метода реваскуляризации миокарда при ИБС СС III и IV ФК с целью минимизации рисков неблагоприятных ССО необходимо учитывать анатомические особенностей поражения

КА, коморбидную патологию, возможные риски вмешательства и согласие пациента на конкретный способ (СКА или шунтирование). Комплексный и персонализированный подход с учетом ЖМ, своевременное использование адекватных средств коррекции АТ и липидного обмена с учетом фармакогенетических исследований повышают безопасность и эффективность лечения.

Гуломов С.Ч., Сангова Ф.Р.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ II-III СТАДИИ

Кафедра внутренних болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Научный руководитель- Бобоходжаева З.Б.

Цель. Изучение прогноза, летальных исходов и регоспитализации у пациентов с ХСН, госпитализированных по поводу пневмонии.

Материалы и методы. На базе ГУ ГМЦ № 2 за 24-месячный период наблюдались 113 пациентов с пневмонией и ХСН ишемического генеза II-III стадии по классификации Стражеско-Василенко. В дальнейшем в течение года после госпитализации отслеживались: случаи повторной госпитализации и их причина, летальные исходы, препараты, постоянно принимаемые пациентами, качество жизни пациентов. Средний возраст пациентов составил $67 \pm 11,5$ лет, длительность ХСН более 5 лет. Все пациенты получали стандартную терапию: бета-блокаторы, иАПФ/АРА/, АСК/антикоагулянты (пациенты с постоянной формой мерцательной аритмии), диуретики, блокаторы минералокортикоидов, статины, а также антибактериальную терапию в соответствии с Национальными рекомендациями по лечению пневмонии. Оценка степени тяжести пневмонии проводилась по общепризнанным шкалам CURB-65 92010).

Результаты. Смертность к моменту выписки из стационара составила 14,3%.

Среднее значение индекса CURB-65 составило 2,04; (данное значение соответствует 4 классу риска летального исхода), индекс коморбидности Чарлсона в среднем составил $8,13 \pm 1,80$. Для оценки прогноза пациентов в терапевтическом отделении лучше применять индекс PSI, так как он имеет большее количество критериев и лучше отражает коморбидность. Обращает на себя внимание высокое значение индекса PSI у пациентов с ХСН и пневмонией даже при подсчете индекса без результатов КЩС (что является нерациональным в условиях терапевтического отделения). Положительные посевы выявлены в 64,3% случаев, из них женщин и лиц с отягощённым семейным анамнезом по ССЗ. Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) наблюдалась у всех больных, хроническая сердечная недостаточность II-IV ФК у 183 (74,7%), кардиальные и церебральные осложнения (инфаркт миокарда, инсульты, ТИА) у 75 (30,2%) больных. Более 50% больных РАГ имели вредные привычки и 1/3 из них привычку досаливать пищу. Гиперхолестеринемия (ГХ) отмечена у 84,9% больных, у 58%-избыточная масса тела. Летальный исход среди больных РАГ наблюдался 2% случаев, тогда как среди больных АГ -0,9%.

Выводы. 1)РАГ наблюдается у более ¼ части (27%) больных, госпитализированных в кардиологические и терапевтические отделения и протекает на фоне избыточной массы тела и учащением ГХ. 2)РАГ сопровождается большой частотой ХСН и протекает с учащением тяжёлых осложнений и летального исхода.

Гуломова Ш., Баротов И.И., Курбонов А.Д.

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА COVID-19 КАК ДЕЙСТВЕННЫЙ ИНСТРУМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ РИСКОМ ИНФЕКЦИИ НА ПРИМЕРЕ ППС КАФЕДРЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ ТГМУ

Кафедра семейной медицины ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель- к.м.н., зав. кафедрой семейной медицины - М.Дж. Ёдгоровва

Целью исследования было изучение заболеваемости COVID-19 ППС кафедры семейной медицины ТГМУ имени Абуали ибни Синодо и после иммунизации.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования были преподавательский состав кафедры семейной медицины ТГМУ. Всего респондентов было 17, из них мужчин 6- (35,3%), женщин-11 (64,7%). В возрастном аспекте от 28-80 лет. На период начала пандемии беременных было 2 (11,8%), с сердечно-сосудистыми заболеваниями - 4 (23,5%), с подтверждённым диагнозом гипертония -6 (35,3%), с заболеваниями опорно-двигательного аппарата - 1 (5,9%), с аллергическим фоном - 2 (11,8%).

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование проведено в период апреля 2020 по май 2021 года. Проведённое исследование показало, что от начала Пандемии по отчётным формам «Общие сведения о заболевших с положительным COVID-19», что соответствовало 2 эпидемическим подъёмам COVID-19.

В период с апрель по июнь 2020 г. среди преподавательского состава регистрировали sporadическую заболеваемость COVID-19. Начиная с апреля 2020 года количество заболевших стало расти со средним темпом прироста до 35%. С июля по сентябрь заболеваемость снижалась до показателя 2,5%. Однако начиная с ноября 2021 года наблюдали новый рост заболеваемости с наиболее высоким её уровнем 85%.

Суммарная заболеваемость COVID-19 сотрудников кафедры за весь период наблюдения составляла 88%. Пневмонию COVID-19 перенесли 8 сотрудников, что составило- 47%, с поражением суставов - 2 (11,8%), с поражением глаз, с потерей зрения и инфарктом миокарда - 1 (5,9%). В основном на данный момент 100% сотрудников отмечают у себя различные нарушения со стороны всех органов и систем: нарушение памяти, зрения, слуха, внимания, сна, поражение функции ЖКТ, опорно-двигательного аппарата, системы кровообращения и сердечнососудистой системы.

На начало 2 -й волны пандемии 98% сотрудников были охвачены иммунизацией против COVID-19, завершили

курс иммунизации против COVID-19, 95% получили 1 компонент вакцины и 98% второй компонент.

Выводы. Таким образом, эпидемический процесс COVID-19 среди сотрудников кафедры семейной медицины показал, что 2-ю волну перенесли относительно спокойно, так как иммунизация дала свои результаты и отличалась от первой волны меньшим уровнем заболеваемости, что составило 12%, по сравнению со взрослым населением не охваченных иммунизацией, благодаря формированию иммунной прослойки, преимущественно за счёт вакцинации.

Давлатзода Б.Х., Азимов М.И.

ЗНАЧЕНИЕ ОСМОЛЯРНОСТИ ПЛАЗМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫМИ ТРАВМАМИ

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

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

Цель исследования. Определить осмолярность плазмы крови при критических состояниях.

Материал и методы. Нами изучена осмолярность плазмы крови у 35 поступивших больных в отделение реанимации Государственного Учреждения Национальный медицинский центр «Шифобахш» Республики Таджикистан. Больные были разделены на 2 группы. Больные с изолированной черепно-мозговой травмой составили 15 (43,0%) человек. Множественные и сочетанные повреждения, сопровождающиеся критическим нарушением кровообращения были отмечены у 20 (57,0%) пациентов. Всем больным (n-35) при поступлении определяли уровень электролитов плазмы крови, Na^+ , мочевины, глюкозы.

Больным (n-35) с целью проведения интенсивной терапии и обезболивания были назначены по показаниям наркотические и ненаркотические анальгетики, гемостатические препараты, свежая замороженная плазма, антиоксиданты. Инфузионная терапия назначалась из расчета 20-30 мл/кг/сут, под контролем ЦВД и диуреза, а также антибактериальные препараты по чувствительности. Кроме того (n-20) больные с целью восполнения ОЦК и снижения уровня сахара в крови получали кристаллоиды, коллоидные растворы.

Результаты исследования и их обсуждение. У больных I группы (n-15) с изолированной черепно-мозговой травмой без явлений шока в уровнях Na^+ , мочевины и глюкозы крови были отмечены незначительные изменения. Осмолярность плазмы крови $290 \pm 4,5$ мосмоль/л, находилась в пределах нормы.

У больных II группы (n-20) с множественными и сочетанными травмами с повреждением внутренних органов, сопровождающееся шоковым состоянием, наблюдалась гипергликемия $12,8 \pm 2,4$ ммоль/л, снижение ОЦК на 15%. Концентрации Na^+ сохранялась на уровне $145,2 \pm 8,3$ ммоль/л, мочевины $7,8 \pm 1,2$, по причине повышения концентрации глюкозы крови и снижения ОЦК. Также характерной была гиперосмолярность плазмы крови $319,6 \pm 12,8$ мосмоль/л, по гиповолемическому типу. После восполнения ОЦК у II группы больных, отмечались следующие изменения: Na^+ $137,2 \pm 8,3$ ммоль/л, мочевины $7,4 \pm 1,2$, уровень сахара крови $7,2 \pm 2,1$ ммоль/л и осмолярность плазмы крови $297,6 \pm 8,4$ мосмоль/л.

Заключение. Наиболее высокие значения осмолярности плазмы крови наблюдаются у больных с сочетанными травмами с повреждением внутренних органов, проявлением критического изменения кровообращения. Повышение осмолярности плазмы крови является защитной реакцией организма в ответ на чрезвычайные воздействия. Для коррекции ОЦК необходимо применение кристаллоидов в объеме 20-30 мл/кг/сут. и компонентов крови.

Давлатмирова Г.Ш., Хашимов А.Ф., Абдурахмонзода Т.А

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НАРУШЕНИЯ III, IV, VI ПАРЫ ЧМН ПРИ АНЕВРИЗМЕ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова,

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель - к.м.н., Ганиева М.Т.

Цель исследования. Частота проявления нарушений функции глазодвигательного блокового, отводящего нервов у пациентов с аневризмами сосудов головного мозга в зависимости от локализации и типа их течения.

Материалы и методы. В ходе исследования были отобраны 36 пациентов с проведенной МРТ сосудов головного мозга и подтвержденным диагнозом аневризма сосуда головного мозга, преимущественно расположенных в кавернозном, клиновидном и коммуникантном сегментах внутренних сонных артерий, а также расположенных на верхних мозжечковых артериях, ввиду их близкого прохождения с нервными волокнами глазодвигательного, блокового и отводящего нервов за период с 2020 до 2022г. Среди обследуемых мужчин было 15, женщин - 21. Возраст больных составлял от 38 до 83 лет, в - среднем 58 ± 5 лет. Структура расположения аневризм: 16 (45%) в кавернозном сегменте внутренней сонной артерии, 8 (22%) в клиновидном сегменте, 7 (19%) в коммуникантном сегменте. 5 (14%) - на верхних мозжечковых артериях.

Результаты исследования. Как было отмечено, аневризмы в кавернозной части внутренней сонной артерии было выявлено у 16 (45%) пациентов, возраст которых варьируется от 53 до 68 лет. Чаще очаговые симптомы, у пациентов с данной локализацией аневризм, было поражение глазодвигательных нервов, проходящих в стенке кавернозного синуса: у 10 были признаки поражения глазодвигательного нерва, у 3 отводящего нерва и у 1 было частичное расстройство глазодвигательного (верхнего корешка) и блокового нерва. Кроме того у 4 пациентов также отмечалась гипестезия в зоне иннервации 1 ветви тройничного нерва, ввиду также близкого вхождения этого нерва через кавернозный синус.

Выводы. Зачастую аневризмы головного мозга могут быть заподозрены в до геморрагического периода, в зависимости от локализации, и предъявляемыми клиническими признаками: локальными головными болями, очаговой симптоматикой, внутричерепной гипертензией и преходящим или стойким поражением черепных нервов, особенно

глазодвигательных групп нервов. Таким образом, своевременное применение нейровизуализационных методов при этих предъявляемых симптомах могут способствовать ранней диагностике внутричерепных аневризм и оптимизировать условия проведения терапии в догеморрагическом периоде.

Давлатмирова Г.Ш., Исломова И.О., Курбонова М.Б.

ПРИНЦИП АНАТОМИЧЕСКОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТРЕУГОЛЬНИКОВ МЫШЕЧНЫХ БОЛЕЙ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова.

ГОУ ТГМУ им.Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., Ганиева М.Т.

Цель исследования. Выделение мышечных болей на основе особенностей анатомии и принципов выявления треугольников мышечной боли.

Материалы и методы. Для исследования были отобраны 45 человек, в частности женщин 19 (42%), мужчин - 26 (58%) с мышечными болевыми синдромами различной - локализации: шейный отдел позвоночника -17(38%), грудной отдел позвоночника- 4(9%). пояснично-крестцовый отдел позвоночника -24(53%). В ходе работы были применены - неинвазивные методы акупрессура, вследствие чего были выделены «карты боли», опираясь - на которую мы выделили треугольники мышечных болей.

Результаты исследования. В ходе проделанного исследования было установлено, что прогресс болевого синдрома имеет центробежное, а регресс центростремительное направление развития, где центром считается первичный локальный очаг боли. При этом установлено при нарастании болевого синдрома, за счет включения компенсаторных противоболевых механизмов, идет увеличение зоны, где мы можем обнаружить активные и латентные триггерные точки. Исходя из этого, сформирован принцип выделения треугольников мышечной боли, который построен на анализе «карт боли» полученных при проведении акупрессуры. Суть принципа заключается в ограничении пораженной области треугольниками мышечной боли, вершинами которых являются основными анатомическими образованиями расположенные на разных уровнях. При анализе данных полученных при работе с пациентами удалось выделить следующие типы треугольников:

1. Большие двусторонние, захватывающие левую и правую половины задней поверхности тела (прим. остистый отросток L1 и большие вертелы бедренных костей с обеих сторон при люмбагии).
2. Большие односторонние треугольники, захватывающие одну половину задней поверхности тела (прим. остистый отросток L1, большой вертел бедренной кости и латеральная лодыжка малоберцовой кости при люмбоишиалгии).
3. Малые односторонние.

Выводы. Внедрение треугольников мышечной боли в практику врача, работающего с миофасциальным болевым синдромом, позволит сократить время на обследование пациента и ускорить процесс выздоровления пациента за счет проработки всех заинтересованных мышечных групп.

Давлатмирова Г.Ш., Хашимов А.Ф., Хайдарова УЗ.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВООТЕЧНОГО ПРЕПАРАТА (L- ЛИДИЗИН) ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМАХ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова.

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель к.м.н., Ганиева М.Т.

Цель исследования. Оценка эффективности препарата L лидизин при комплексной терапии вертеброгенных болевых синдромов.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 48 больных с выраженными болевыми синдромами шейной, грудной и поясничной локализации: 22 женщины в возрасте 27-66 лет и 26 мужчин в возрасте 25-60 лет. Средняя продолжительность заболевания составляла 4+0,5 лет. Все пациенты находились в периоде обострения хронически-протекающего вертеброгенного болевого синдрома.

Основная (комплексная терапия НВПС Lлидизин) и контрольная группа (Витамины, миорелаксанты, массаж и электрофорез) по клинически значимым заболеваниям внутренних органов и ЦНС существенно не различались. Для оценки эффективности терапии L лидизином, исследовали динамику неврологических синдромов, а также применяли визуальную аналоговую шкалу (ВАШ), с помощью которой пациент отмечал степень выраженности своих болевых ощущений до, вовремя и после курса лечения вышесказанным препаратом; при этом 0 баллов соответствовало отсутствию боли. 10 баллов максимальной ее интенсивности (нестерпимая боль).

Результаты исследования. Была выявлена положительная эффективность от проведенного лечения. у пациентов основной группы по отношению к контрольной группе уже на 6-й день значительно снизилась интенсивность болевого синдрома за счет уменьшения отека.

Уровень депрессии снизился с умеренной степени до легкой. Улучшилось качество сна за счет уменьшения количества ночных пробуждений из-за боли.

Ежедневный опрос пациентов при помощи визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). показал, что у пациентов основной группы значительно снизились болевые ощущения от 6-8 баллов, до 3-5 за первый день приёма препарата и до 0-2 на 6 день приёма, в то время как у пациентов контрольной группы с теми же значениями болевых ощущений за первые дни лечебных мероприятий снизилась до 5-7 баллов и до 2-4 на 6 день лечения.

Выводы. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют об эффективности препарата L лидизин в периоде обострения вертеброгенного болевого синдрома за счет уменьшения отека при использовании препарата в

дозе 10,0 мл внутривенно-капельно 1 раз в сутки. Препарат снижает интенсивность болевого синдрома, улучшает сон и снижает эмоционально-аффективные проявления, сопровождающие боль.

Давлатов Д.Х., Қодирова А.Қ., Қараева М.В.
ТАҒЙИРОТҲОИ СОҲТОРИ ДАР ПЎСТ ҲАНГОМИ ПИРШАВИИ ХРОНОЛОГӢ ВА
ФОТОИНДУТСИЯШУДАИ ОРГАНИЗМ

Кафедраи гистология МТҒ “Донишқадаитиббӣ-ичтимоӣТоҷикистон”. Тоҷикистон.
Роҳбариилмӣ – мудирикафедраи гистология, н.и.т., дотсентСоҳибова З.Н.

Мақсади таҳқиқ. Омӯзиши ихтилолотӣ муносибати дучонибаи ҳувайравӣ-матриксӣ дар пӯсти занҳо ҳангоми пиршавии хронологӣ ва фотоиндутсияшуда.

Мавод ва усулҳои таҳқиқ. Биоптати пӯст, ки аз 30 зан дар синни аз 17 то 64 сола гирифта шудааст, объекти таҳқиқ махсуб меёбанд. Маводи ҷарроҳӣ аз беморони солими клиникаи ҷарроҳии пластикии ш. Душанбе ҳангоми амалиётҳо аз хусуси ислоҳи ҷарроҳии ноқисҳои пластики ба даст оварда шуданд. Занҳои беморро вобаста ба ҷое, ки биоптати пӯст гирифта шудааст, ба гурӯҳҳо ҷудо намудем: гурӯҳи I – аз мавзъҳои кушодаи бадан - 14 (46,7%); гурӯҳи II – аз мавзъҳои пӯшидаи бадан – 16 (53,3%). Таҳқиқи усули гистологӣ ба амал оварда шуд. Барои ҳисоб кардани теъдоди меланотситои қабати бунёдӣ эпидермис буришҳо бо гематоксилин ва эозин ранг карда шуданд. Барои зоҳир ва муайян намудани дараҷаи дегенератсияи торҳои коллагени дерма ранг кардани буришҳо бо гематоксилин ва пикрофуксин ба кор бурда шуд. Барои зоҳир кардани муайянкунии дараҷаи дегенератсияи торҳои эластикӣ бошад, орсеин ба кор бурда шуд. Барои ошкор кардани гликозаминогликанҳои дермакабуди алсианӣ тибқи Steedman истифода шуд. Таҳқиқи микроскопии препаратҳои гистологӣ пӯст бо ёрии микроскопӣ равшанидиҳандаи «МБИ-6» дар ҳолати калонкунии - об. 10х, 20х; ок.5х, 10х, калонкунии иловагии микроскоп - 2,5х ба амал оварда шуд.

Натиҷаи таҳқиқ. Эпидермис бо гузашти син тунуктар мешавад ва асосан аз ҳисоби кам шудани қатори ҳуҷайравӣ ба амал меояд. Ҳуҷайраҳои он аз рӯи шакли андоза тағйир ёфта, фосила байни ҳуҷайраҳо қалон мешавад. Ҳангоми инсолтсияи музмин дар қабати шохии эпидермис нишонаҳои гиперкератоз ошкор гардида, пайдо шудани кератинотситҳои ғайриҳоса ва содашавии мембранаи бунёдӣ ба мушоҳида мерасад. Дар мавриди занҳо ва гурӯҳи I ҳамворшавии марз байни эпидермис ва дерма зимни 33,3% ҳолатҳои таҳқиқзоҳир гардид. Аммо махсусан фарқиати ошкоро дар тағйирёбии сохтори торҳои эластикӣ ҳангоми таҳқиқи биоптатҳои пӯсте ошкор гардид, ки аз қитъаҳои гуногуни пӯст гирифта шуда буданд. Ҳамин тавр, торҳои муътадили эластикии дерма зимни 85,7%-и ҳодисаҳои таҳқиқ дар пӯсти занҳои қавони гурӯҳи II зоҳир гашт ва дар 83,3%-и ҳодисаҳои биоптатҳои беморони гурӯҳи I торҳои тағйир ёфта буданд. Торҳои эластикӣ дар тамоми занҳои бемори синни миёна ва солхӯрда дар пӯсти қитъаҳои пӯшидаи бадан тағйирнаёфта буд, дар ҳоле ки биоптатҳои аз мавзъҳои кушодаи бадан гирифташуда зимни 100%-и ҳодисаҳои таҳқиқ торҳо ба дараҷаҳои гуногун дегенератсия гирифтанд.

Тағйиротҳои синнусолии миқдори гликозаминогликанҳои пӯст ҳам коҳиш ёфтани теъдод ва ҳам тағйирёбии таркиби сифатии дисахарҳои асосиро дар бар мегирад. Коҳиш ёфтани тарангӣ ва чандирии пӯст натиҷаи дегидрататсияи он ба шумор меравад. Илова бар ин, кам шудани теъдоди гликозаминогликанҳо, хусусан кислотаи гиалуруновӣ боиси ҳалалёбии таъсири мутақобилаи байниҳуҷайравӣ мегардад. Протеогликанҳо дар препаратҳои пӯсти гурӯҳи I тақсими манбай бо аккумулятсияи рангкунандаи махсус дар ин қитъаҳо доштанд. Дар муқоиса протеогликанҳои препаратҳои пӯсти гурӯҳи II тақсими манбай бо ҳолишавии рангкунандаи махсус дар манбаъҳо доштанд.

Хулоса. Пиршавии хронологӣ ва фотоиндутсияшудаи пӯст дар занҳо бо тағйирёбии муносибати дучонибаи ҳуҷайравӣ-матрикси дерма тавсиф меёбад, ки ҳангоми инсолтсияи музмин нисбатан муҳимтар аст.

Джабборов М.С.
ОСОБЕННОСТИ ВСТРЕЧАЕМОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ЖЕНЩИН
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ПРЕГЕСТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ В РЕГИОНЕ ВЫСОКОЙ
РОЖДАЕМОСТИ

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н. профессор Анварова Ш.С.

Цель исследования. Охарактеризовать встречаемость типов и подтипов сахарного диабета среди популяции обследованных женщин репродуктивного возраста в регионе высокой рождаемости.

Материалы и методы исследования. Проведено этапное обследование женщин репродуктивного возраста (от 18 до 49 лет), выявлено 600 человек с избыточным весом и 360 человек с ожирением (I-III степеней), включая висцеральное ожирение. Проводилось анкетирование больных с определением показателей индекса массы тела, окружности талии, окружности бедер, биоимпедансного исследования. Оценивалось состояние углеводного обмена (уровень гликемии натощак и в течение дня, содержание гликолизированного гемоглобина), уточнялись показатели липидного спектра; изучен наследственный анамнез по нарушениям углеводного обмена (НУО), определены сопутствующие заболевания и их течение, установлены метаболические показатели наиболее распространенных типов MODY.

Результаты исследования и их обсуждение. В процессе обследования 1500 чел. в регионе высокой рождаемости выявлено (600 чел. с избыточным весом и 360 чел. с ожирением (I-III степеней), включая и висцеральное ожирение). Нарушения углеводного обмена среди указанных обследованных с избыточным весом и ожирением выявлены у 108 женщин, причем манифестный диабет СД 1 типа установлен у 8 пациенток, СД 2 типа – у 92 женщин, преимущественно в возрасте 39-49 лет. В данном возрастном диапазоне диагностированы и доклинические формы

сахарного диабета, уточненные проведением гликемического контроля или суточного мониторингирования уровня гликемии. Содержание гликолизированного гемоглобина (HbA1c) составляло $6,8 \pm 0,6\%$. Нами обращено особое внимание на отдельно встречающиеся моногенные формы диабета, наблюдающиеся в результате патогенных мутаций в ассоциированных генах. К данной моногенной форме диабета относится «сахарный диабет взрослого типа у молодых MaturityOnsetDiabetesoftheYoung- MODY», отличающийся клиническим течением, подходами к терапии и прогнозом.

Так, нами был заподозрен MODY-3 диабет у двух женщин репродуктивного возраста 26 и 30 лет. У первой пациентки наблюдались жалобы на утомляемость, умеренную сухость во рту, в анамнезе было указание на периодические приступы судорог, которые самостоятельно купировались. Диагноз сахарного диабета установлен в трех поколениях. Объективный статус без отклонений, уровень гликемии по суточному мониторингированию соответствовал $4,9-9,0$ ммоль/л, гликемия натощак в пределах нормальных значений.

Во втором случае у женщины выявлена гипергликемия в процессе исследования и содержание HbA1c было нормальным $-6,3\%$. В анамнезе указание на отягощенную наследственность по СД и заболеваниям щитовидной железы в 4 поколениях по материнской линии. При оценке гликемического профиля отмечена постпрандиальная гипергликемия.

Таким образом, моногенная форма СД MODY-3 в приведенных 2-х случаях характеризуется анамнестическими указаниями о наличии СД с нескольких поколений и наблюдающейся постпрандиальной гипергликемией. Получена эффективность применения низкоуглеводной диеты или приема ПССП.

Выводы. Приведенные данные о различной вариации встречаемости типов СД у женщин репродуктивного возраста в прегестационном периоде в регионе высокой рождаемости обосновывают необходимость тщательного изучения клинико-анамнестических данных с включением при необходимости молекулярно-генетического исследования.

Джалилзода М.С.

ДИАГНОСТИКА КТ-ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

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

Цель исследования. Оценить диагностические возможности при КТ-головного мозга при геморрагическом инсульте.

Материал и методы. Работа основана на анализе клинического случая пациентки N, 45 лет, которая была доставлена на стационарное лечение в неврологическое отделение ГУНМЦ Республики Таджикистан «Шифобахш». На момент осмотра больной наблюдались тяжелые общемозговые неврологические симптомы: сознание отсутствовало, кома 2, легкий менингеальный синдром, фотореакция отсутствует, нет движений конечностями. Больному выполнили РКТ и КТ-церебральная ангиография с введением контрастного вещества.

Результаты исследования. По заключению КТ-головного мозга, справа в лобно-высочной области определялась внутримозговая гематома размерами $8,9 \times 5,3 \times 3,6$ см (объем около 83мл), кровь в заднем роге бокового правого желудочка. Желудочки щелевидные, субарахноидальное пространство сужено, борозды и извилины сглажены. КТ- признаки диффузного отека мозга. В результате ангиографии контрастировались сосуды головного мозга: передние мозговые, средние мозговые, внутренние сонные, задние мозговые, базилярная, позвоночные артерии. Аневризматических изменений и мальформаций не выявлено.

Выводы. КТ-головного мозга используется как метод ранней лучевой диагностики острых нарушений мозгового кровообращения, позволяет как можно раньше начать лечение, что снижает риск летальности и повышает вероятность успешного прогноза и течения заболевания.

Джобирзода А.Б., Курбонова М.Б., Хусейнова М.М.

ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОДКОРКОВОЙ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ БИНСВАНГЕРА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. проф. М.Г. Гулямова ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., Ганиева М.Т.

Цель исследования. Изучить факторы риска и клинические проявления, свойственные подкорковой атеросклеротической энцефалопатии Бинсвангера.

Материалы и методы исследования. Наблюдение госпитализированных проводилось на базе кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии во второе неврологическое отделение НМЦ РТ "Шифобахш". Обследовано 10 пациентов с энцефалопатией в возрасте от 60 до 80 лет. Из них 45% мужчины и 55% женщины. Всем пациентам на фоне тщательного сбора анамнеза и анализов фактора риска было проведено клинико-неврологические, нейровизуализационные методы исследования (МРТ и КТ), ЭЭГ, анкетирование с помощью шкалы MMSE (MiniMentalStateExamination).

Всем пациентам после тщательного клинико-неврологического осмотра, проведенны дополнительные методы исследования (ЭЭГ, УЗДГ сосудов шеи, МРТ/КТ головного мозга и т.д.) с использованием шкальных методов исследования был установлен диагноз: Подкорковая атеросклеротическая энцефалопатия Бинсвангера.

Результаты исследования. Среди обследованных больных у 70% пациентов ведущим фактором риска развития явились стойкая артериальная гипертензия. У лиц старческого возраста таким фактором, также являлась

артериальная гипотензия и нарушение циркадного ритма артериального давления (повышение или резкое снижение давления в ночное время) с изменениями со стороны мелких артерий головного мозга. Симптомы прогрессирующей сосудистой лейкоэнцефалопатии развивалась на протяжении в среднем 4-5 лет. У 15% больных фактором риска развития явились системный атеросклероз, сахарный диабет, амилоидоз, а у 15 % фактором риска развития явились нарушение здоровый образ жизни - курение, алкоголь, гиподинамия.

В неврологическом статусе у больных на первый план выступали синдромы, поражение различных отделов нервной системы или их сочетание: пирамидный (40%), бульбарный(10%), гипотонически-гиперкинетический (50%). У всех больных определялись грубые очаговые неврологические симптомы со снижением интеллекта по шкале MMSE. На ЭЭГ было выявлено изменение ритма - дезорганизация (с сохранением В-активности) или десинхронизации ритмов, признаки дисфункции срединных структур на фоне общемозговых изменений, что сочеталось с данными МРТ исследование, где выявлены диффузные мелкоочаговые изменения в перивентрикулярном пространстве белого вещества головного мозга. В основном это демиелинизация, глиоз, отек и дегенерация аксонов, расширение периваскулярных пространств и образование кист, инфаркты, ангиоэктазии и т.д.

Выводы. Таким образом, мы можем утверждать, что среди факторов риска развития болезнь Бинсвангера, ведущее место занимают корригирующие факторы, как артериальная гипертензия, атеросклероз, сахарный диабет, нездоровый образ жизни. Когнитивные и эмоциональные нарушения являются доминирующими в клинической картине болезни. Для предотвращения прогрессирования процесса, необходимо своевременное обнаружение и предклиническое медикаментозное лечение, которое помогает достичь удовлетворительных результатов и предотвратить переход в необратимые когнитивные дисфункции.

Джураев А.А, Холикова Н.Н, Назарова Ф.Х.
ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино
Научный руководитель- к.м.н., доцент Ганиева М.П.

Цель исследования. Изучить особенности течения пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением в пульмонологическом отделении ГУ Национального медицинского центра РТ «Шифобахш» находились 22 пациента. Возраст обследованных больных колебался от 55 до 85 лет (средний возраст 72 года). Среди пациентов пожилого возраста преобладали мужчины (62,3%), среди лиц старческого возраста – женщины (68,6%). Для комплексного изучения и выявления особенностей течения пневмонии у данных лиц, были использованы инструментальные, лабораторные и рентгенологические методы обследования.

Результаты исследования. В результате исследований было установлено, что у 69,2% больных имелись скудные клинические симптомы пневмонии. Характерным явилось постепенное начало заболевания, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, слабость, снижение аппетита, редкий сухой или с выделением небольшого количества слизистой мокроты кашель. У большинства пациентов старше 80 лет пневмония протекала атипично и клинически проявлялась симптомами со стороны ЦНС (заторможенность, сонливость, слабость, головная боль), внезапным появлением или прогрессированием дыхательной, сердечной или почечной недостаточности, что обусловило позднее обращение за медицинской помощью, и значительно затрудняло своевременную диагностику пневмонии. На 5 сутки и более от начала заболевания поступило 10 (47,5%) больных. Наиболее частым осложнением заболевания явился экссудативный плеврит – у 6 (28,3%) пациентов, острая дыхательная недостаточность – у 4 (18%) пациентов, отек легких – у 4 (18%) больных, анемия - у 8 (36,3%) пациентов. По результатам лабораторного исследования у большинства пациентов отмечалось: нейтрофильный лейкоцитоз – у 15 (68%) пациентов, умеренное увеличение СОЭ - у всех больных, повышение уровня С-реактивного белка в среднем до 7 мг/л.

Выводы. Таким образом, особенности течения пневмонии у больных пожилого и старческого возраста являются стертой клинической картина, умеренные изменения острофазовых показателей. В связи с полиморбидным состоянием таких пациентов, клиника осложняется декомпенсированными осложнениями со стороны других органов. Это необходимо учитывать при постановке диагноза и назначении комплексного лечения.

Дододжони А.
ОЦЕНКА РИСКА СМЕРТНОСТИ В БЛИЖАЙШИЕ 10 ЛЕТ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Кафедра семейная медицина ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Кадырова Д.А.

Цель исследования. Изучение риска смертности от сердечнососудистой заболеваний(ССЗ) в ближайшие 10 лет больных, перенесших инфаркт миокарда(ПИМ), на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Материал и методы исследования. В исследование были вовлечены 110 пациентов с диагнозом ИБС с постинфарктной кардиосклерозом. Среди них мужчины 86 (78,1%), женщин -24 (21,9%). Возрастной диапазон пациентов в исследовании колебался от 44 до 70 лет. Средний возраст составил- 55-57 лет.

Для оценки риска смертности от сердечнососудистых заболеваний использована шкала SCORE(Systematic Coronary Risk Evaluation). Шкала SCORE позволяет оценить риск смерти от ССЗ в течение ближайших 10 лет у мужчин и женщин. Оценка суммарного риска зависит от пола, возраста, уровня систолического АД (САД), курения и уровня общего холестерина (ОХС). Полученный результат выражается в процентах и имеет следующие критерии: риска смерти отсутствует при показателях ниже 2%, низкий риск смерти соответствует показателю от 2 до 4%, вероятный риск смерти — от 4 до 5%, высокий риск смерти — выше 5%.

Группу сравнения составили 30 человек, не страдающих ИБС, где 13 (43,33%) женщин и 17 (56,67%) мужчин, средний возраст которых составил 53,83 года.

Результаты исследования. Оценка риска смерти от ССЗ по шкале SCORE у больных с ПИМ в возрасте от 44 до 70 лет составила: у 49 (44,5%) регистрировали низкий риск смерти, у 42 (38,1%) человек регистрировали вероятный риск смерти, у 19 (17,2%) — отмечался высокий риск смерти. Уровень САД у всех больных, находящихся в группе низкого риска смерти, составлял от 140 до 150 мм.рт.ст. Общий холестерин у них колебался от 4,1 до 5,4 ммоль/л. Курящих было всего 7 (14,2%) человек. Все они были мужчинами. Уровень САД у находящихся в группе в которой отмечался вероятный риск смертности составлял 140 или 150 до 170 мм рт.ст. Уровень общего холестерина крови в предоставленной группе составлял от 4,6 до 6,3 ммоль/л. У групп с высокими рисками смертности уровень САД был на 160-200 мм.рт.ст., уровень холестерина был в среднем от 4,4 до 5,8 ммоль/л.

Оценка риска смерти от ССЗ по шкале SCORE в группе сравнения показала следующие результаты: у 19 (63,33%) человек риск смерти отсутствовал, у 6 (20%) отмечали низкий риск смерти, у 2 (6,67%) — вероятный риск, у 2 (6,67%) — высокий риск смерти.

Выводы. Результаты оценки рисков по шкале SCORE показали, что вероятный высокий риск смерти от ССЗ у пациентов ПИМ в ближайшие 10 лет больше на 7,33%, чем в группе сравнения. Так как в группе контроля у всех был высокий уровень САД, зашкаливал уровень общего холестерина в крови, курение в основном отмечалось среди мужского пола (14,2%). Врачи работающие в ПМСП могут использовать метод SCORE для прогнозирования риска смерти пациентов с ПИМ в амбулаторных условиях.

Дододжони А., Косимов З., Олимов Э.

ОЦЕНКА РИСКА СМЕРТНОСТИ ЗА ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ПЕРИОД У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Кафедра семейная медицина ГОУ ТГМУ им. Абуалииби Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Кадырова Д.А.

Целью исследования является изучение риска смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) за десятилетний период у больных, перенесших инфаркт миокарда (ПИМ).

Материал и методы исследования. В исследовании были включены 110 пациентов с диагнозом ишемической болезни сердца (ИБС), с постинфарктным кардиосклерозом. Среди них мужчин - 86 (78,1%), женщин - 24 (21,9%). Возрастной диапазон пациентов в исследовании колебался от 44 до 70 лет. Средний возраст составил - 55,57 лет.

Для оценки риска смертности от ССЗ была использована шкала SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation). Шкала SCORE позволяет оценить риск смерти от ССЗ в течение ближайших 10 лет у мужчин и женщин. Оценка суммарного риска зависит от пола, возраста, уровня систолического АД (САД), курения и уровня общего холестерина (ОХС). Полученный результат выражается в процентах и имеет следующие критерии: риск смерти отсутствует при показателях ниже 2%, низкий риск смерти соответствует показателю от 2 до 4%, вероятный риск смерти — от 4 до 5%, высокий риск смерти — выше 5%.

Группу сравнения составили 30 человек, не страдающих ИБС. Контрольная группа была адекватна по возрасту и полу к основной группе больных ПИМ.

Результаты исследования. Оценка риска смерти от ССЗ по шкале SCORE у больных ПИМ в возрасте от 44 до 70 лет составила: у 49 (44,5%) регистрировали низкий риск смерти, у 42 (38,1%) человек регистрировали вероятный риск смерти, у 19 (17,2%) отмечался высокий риск смерти. Уровень САД у всех больных данной группы составлял от 140 до 150 мм.рт. ст. Общий холестерин у них колебался от 4,1 до 5,4 ммоль/л. Курящих было всего 7 (14,2%) человек. Все они были мужчинами. Уровень САД у больных в группе с вероятным риском смертности составлял 140 или 150 до 170 мм рт.ст. Уровень общего холестерина крови в данной группе составлял от 4,6 до 6,3 ммоль/л. В группе с высоким риском смертности уровень САД было на 160-200 мм.рт. ст., уровень холестерина был в среднем от 4,4 до 5,8 ммоль/л. Оценка риска смерти от ССЗ по шкале SCORE в группе сравнения показала следующие результаты: у 19 (63,33%) человек риск смерти отсутствовал, у 6 (20%) отмечали низкий риск смерти, у 2 (6,67%) — вероятный риск, у 2 (6,67%) — высокий риск смерти.

Таким образом, результаты оценки рисков по шкале SCORE показали, что вероятный высокий риск смерти от ССЗ у пациентов ПИМ в ближайшие 10 лет больше на 7,33%, чем в группе сравнения. У всех больных ПИМ был высокий уровень САД и уровень общего холестерина в крови. Курение в основном отмечался среди лиц мужского пола (14,2%).

Выводы. SCORE является простым и эффективным методом для оценки прогнозирования риска смерти у пациентов ПИМ в амбулаторных условиях. Необходимо семейным врачам и кардиологам шире использовать данный метод для оценки прогрессирования заболевания у больных ССЗ в учреждениях ПМСП.

Дододжони А.

ВЛИЯНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА БОЛЬНЫХ НА РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ

Кафедра семейная медицина ГОУ ТГМУ им. Абуалииби Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Кадырова Д.А.

Цель исследования. Влияние индекса массы тела больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) на исход коронарного стентирования в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. В исследование были включены 27 больных, из них 21 (77,7%), мужчина и 6 (22,3%) женщин. Средний возраст составил 56,7 лет. С ИБС, перенесших операцию коронарной ангиопластики (АП).

Ангиопластика была проведена внутри Республики Таджикистан и за ее пределами в период 2009-2018 гг. Индекс массы тела рассчитывали по методу Кетле. В ходе исследования была изучена амбулаторная карта больных и другая медицинская документация.

Результаты. В процессе исследования было установлено, что 11 (40,7%) из общего числа больных, имеют избыточную массу тела. Индекс массы тела находился в пределах от 26,4 до 29,1 м². Из них составили 8 (38%) мужчин и 3 (50%) женщины. Всего у 12 (44,3%) пациентов было диагностировано ожирение 1 степени. Из них 10 мужчин (47,6%) и 2 женщины (33,3%). Ожирение 2 степени установлено у 3 (11,1%) пациентов. Мужчин - 2 (9,5%), женщин - 1 (16,6%). Ожирение 3 степени наблюдалось у 1 (3,9%) пациента мужского пола. При изучении амбулаторных карт больных, в которых регистрировали избыточную массу тела, было установлено, что независимо от операции прошедшую ангиопластику 4 (14,8%), из них поступили в стационар повторно с диагнозом острого коронарного синдрома. 7 (58,3%) больных с ожирением 1 степени, перенесших ангиопластику, были госпитализированы с различными диагнозами более 2 раза в год. Больные, страдающие 2 степенью ожирения после процедуры стентирования повторно обращались в стационар с ССЗ. Больной 3-й степени ожирения повторно обращался за лечением в стационарах связи ССЗ часто с связи с сердечными приступами более 4 раз в год.

Выводы. Среди пациентов с ИБС, прошедших коронарную ангиопластику, повторные госпитализации и обращения в лечебные учреждения чаще наблюдаются у больных с более высоким индексом массы тела. Необходим контроль индекса массы тела у больных, перенесших ангиопластику.

Ермекбай А.А

АЛГОРИТМ АДЕКВАТНОЙ И ЭФФЕКТИВНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ У ХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С УЧЁТОМ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ (АБР) В ОАРИТ БСНП, ГКБ 4, ГКБ 7 Г.АЛМАТЫ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии НАО “Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова”

Научный руководитель: к.м.н., доцент Утегенова Ж.А

Цель исследования: Конструирование методов антибиотикопрофилактики и эмпирической антибиотикотерапии при хирургическом лечении пациентов с учетом резистентности к антибактериальным препаратам в ОАРИТ и отделений хирургии в скоромощных больницах г. Алматы (БСНП, ГКБ 4, ГКБ 7).

Материалы и методы. Резистентность к противомикробным препаратам является проблемой во всем мире, так как новые формы устойчивости к противомикробным препаратам могут пересекать международные границы и легко распространяться между континентами. В 29 странах региона ВОЗ для Европы, по оценкам, 25 000 человек ежегодно умирают из-за инфекций, связанных с устойчивостью к антибиотикам, большинство из них в медицинских учреждениях.

На основании данных ретроспективного анализа бак. посевов на антибиотикорезистентность у 700 пациентов с экстренными хирургическими заболеваниями ОАРИТ в БСНП, ГКБ 4, ГКБ 7 за 2022 год проводилась статистическая обработка для определения резистентных штаммов возбудителей инфекции, применяя современные компьютерные программы, такие как SPSS, MS Excel, STADIA.

Результаты исследования. Полученные предварительные результаты данных по бактериологическим посевам и антибиотикочувствительности в отделениях хирургии и ОАРИТ привело к смене стартовой эмпирической антибактериальной терапии. При предварительном анализе полученных данных по результатам посевов были получены в 22% грамположительные бактерии (*Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp.), в 54% грамотрицательные бактерии (*E. Coli*, *Enterobacter* spp., *Pseudomonas aeruginosa*). И стартовую эмпирическую антибактериальную терапию начинали по определенным результатам резистентности в ОАРИТ и отделении хирургии. При анализе результативности в лечении в двух группах пациентов с учетом резистентности и без учета показали, что в группе пациентов в которой проводили стартовую терапию с учетом резистентности, отмечалось более раннее клиническое улучшение и показателей лабораторных данных: эффективность адекватной эмпирической антибиотикотерапии 81% в группе с учетом резистентности и 57% в контрольной группе, осложнение и смертность достигало 7% и 16% соответственно.

Выводы. Для успешного лечения пациентов с хирургической инфекцией необходимо начинать эмпирическую антибактериальную терапию с учетом резистентности бактерий конкретно в каждом стационаре и отделениях ОАРИТ и хирургии. Для успешной реализации стратегии сдерживания резистентности к противомикробным препаратам в г. Алматы, мы инициировали проведение исследования в каждом стационаре, по сбору, анализу и отчетов о результатах полученных данных и координацию всех процессов в области использования противомикробных препаратов.

Есенбеков Б.К.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Международный Казахско-Турецкий университет имени Ходжа Ахмета Ясави

Научный руководитель: д.м.н., профессор Булешов М.А.

Цель исследования: оценка эффективности реализации мер по укреплению ресурсов местных кардиологических служб и повышению доступности специализированной помощи для населения нашей области.

Материал и методы исследования. Нами проведены исследования эффективности мероприятий, реализуемых

в 2020-2022 гг. в районных административных образованиях Туркестанской области по государственной программе «Совершенствование организации медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями». В области функционирует кардиологический центр (ОКЦ) в г. Шымкенте и организованы четыре районных первичных кардиологических отделения (ПКО) на базе лечебных учреждений городов Туркестан, Сарыагаш, Мактарал, Ленгер. Численность населения закрепленных за ОКЦ составила 373,5 тыс. человек или 4,8% от всех взрослых жителей области, за ПКО №1 (г. Туркестан) — 341,3 тыс. человек (9,5%), за ПКО №2 (Мактарал) — 138,4 тыс. человек (3,8%), за ПКО №3 (г. Сарыагаш) — 236,6 тыс. человек (6,6%), за ПКО №4 (г. Ленгер) — 180,0 тыс. человек (5,0%). В целом общая численность жителей области, закрепленная за РСЦ и ПКО, составила 2969,8 тыс. человек или 100% от всего взрослого населения.

Результаты исследования и их обсуждение. Было установлено, что деятельность первичных кардиологических центров привела к увеличению в РАО, относящихся к зоне их ответственности, выявляемости случаев острого коронарного синдрома (ОКС), острого инфаркта миокарда (ОИМ), в том числе с повышением сегмента ST электрокардиограммы (ОИМпST) и, в наибольшей степени, острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), а также к снижению летальности таких больных. В период 2020-2022 гг. уровень общей смертности населения области от цереброваскулярных болезней (ЦВБ) уменьшился на 15,9% (с 3,41 до 2,87 на 1000 человек), а от ИБС увеличился на 12,3% (с 3,18 до 3,57 на 1000 человек). Таким образом, несмотря на охват мероприятиями Программы по совершенствованию организации медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями только трети взрослого населения области, в регионе в целом была снижена смертность от ЦВБ, однако тенденция к увеличению смертности от ИБС сохранилась. Сопоставимые процессы происходили и по Республике Казахстан: за 2020-2022 гг. смертность от ИБС уменьшилась только на 1,2 %, а от ЦВБ на 8,0% .

Необходимо было определить приоритетные РАО, где требуется создать новые сосудистые отделения в первую очередь. Критериями выбора были избраны показатели от ИБС и ЦВБ, обеспеченность кардиологами на 1000 чел. По результатам типологизации наиболее неблагоприятная ситуация по смертности от ИБС наблюдалась в 8 РАО: в т. ч. в зонах ответственности ПКО. Таким образом, была выделена группа из 8 РАО, где создание ПКО является приоритетным.

Результаты исследований по области и материалы Минздрава РК свидетельствуют о меньшей эффективности проводимых мероприятий по снижению смертности от сердечно-сосудистых, чем от цереброваскулярных болезней. По данным исследования причинами этого служат: 1) недостаточно высокое качество специализированной медицинской помощи, оказываемой больным с ОКС и ОИМ; 2) недостаточная оснащенность и квалификация персонала ФАП, общеврачебных практик (ОВП) и бригад скорой медицинской помощи; 3) отсутствие четких критериев выбора методов лечения и алгоритмов действия медицинского персонала на каждом этапе оказания помощи; 4) нарушение преемственности при оказании медицинской помощи больным на разных этапах; 5) несоответствие оснащения лечебных учреждений требованиям, указанным в Порядках оказания медицинской помощи при БСК.

Итоги исследований позволили сформулировать направления совершенствования системы оказания медицинской помощи больным сосудистыми заболеваниями в Туркестанской области, а также профилактики БСК.

Выводы:

1. Анализ эффективности организации в области 5 сосудистых центров, обеспечивающих оказание кардиологической помощи в 13 районных административных образованиях, свидетельствует о повышении выявляемости случаев острого коронарного синдрома (ОКС), острого инфаркта миокарда (ОИМ) и острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), а также о снижении летальности от этих болезней по сравнению с остальными регионами.

2. Разработана и внедрена методика поэтапного выделения целевых групп на основании типологизации показателей смертности, кадрового обеспечения. Применение методики позволило из 13 РАО выделить 13, имеющих самые высокие показатели смертности по ИБС и ЦВБ, что является научным обоснованием для расширения сети сосудистых центров.

3. Обоснована необходимость коррекции программы по совершенствованию организации медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями в области. Основными её направлениями должны быть: 1) расширение сети сосудистых центров с акцентом на профилактику и лечение ОИМ; 2) укрепление кадровых и материально-технических ресурсов кардиологической службы в зоне ответственности всех ПКО и РСЦ; 3) усиление контроля за соблюдением стандартов оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями; 4) повышение квалификации по кардиологии медицинского персонала бригад скорой медицинской помощи, ФАПов и ОВП.

Жалилова М.К., Саидмахмудова К.С., Мирсодикова Р.М.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ОСТРАЯ ГНОЙНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ

Кафедра Микробиологии, вирусологии и иммунологии Самаркандского государственного медицинского университета, Узбекистан, Самарканд

Научный руководитель – ассистент Мамедов А.Н.

Цель исследования. Изучение литературы, связанная лечением гнойной инфекции у людей, страдающих сахарным диабетом.

Материалы и методы исследования. Нами было изучено литературы: Chin-Hong P.V. Infections in patients with diabetes mellitus: importance of early recognition? Treatment and prevention. Adv.Stud.Med.2006; истатья: Бирюкова Е.В., Гуров А.В., Юшкина М.А Сахарный диабет и гнойно-воспалительные заболевания ЛОР-органов. Сахарный диабет.

Результаты исследования. Это проблема не теряет своей актуальности в связи с неуклонным ростом числа больных данной категории. Сочетание сахарного диабета и хирургической инфекции образует порочный круг, при

котором инфекция отрицательно влияет на обменные процессы, а нарушение обмена веществ и микроциркуляции ухудшает течение репаративных процессов в очаге поражения. В связи с этим, больные сахарным диабетом, у которых развился гнойный процесс с момента поступления в стационар, нуждаются в комплексном интенсивном лечении, направленном как на компенсацию патологически измененных обменных процессов, так и на ликвидацию гнойной инфекции. В комплексную терапию больных сахарным диабетом гнойными заболеваниями можно отнести: коррекции углеводного обмена, инфузионная дезинтоксикационная терапия, назначение антибактериальных препаратов, применение антикоагулянтов прямого действия, адекватная нутриционная поддержка. Для эффективной коррекции углеводного обмена назначается инсулинотерапия и контроль гликемии не менее 4-5 раз в сутки, а у больных сахарным диабетом 1 типа в прекоматозном и коматозном состояниях ежедневно. Инсулинотерапия осуществляется инсулинами короткого действия. Режим дозирования инсулина в предоперационном периоде определяется тяжестью декомпенсации сахарного диабета, общим состоянием пациента, выраженностью нарушений обменных процессов, характером питания больного (энтеральное или парентеральное, наличием диспепсических жалоб и т.д.). Способ введения может быть внутривенным и подкожным. Непрерывная внутривенная инфузия инсулина проводится через инфузомат с применением раствора инсулина короткого действия под контролем гликемии. При гликемии 14 и более ммоль/л глюкоза не вводится. При подкожном введении инсулин назначается в дробном режиме: инсулин короткого действия каждые 4 часа и инсулин пролонгированного действия перед сном для стабилизации уровня сахара в ночное время. В послеоперационном периоде при стабилизации гликемии, общего состояния больного, неосложненном течении раневого процесса возможен перевод на таблетированные сахар снижающие препараты или комбинированную терапию.

Выводы. Существует огромное количество разнообразных методов и способов воздействия на гнойную рану, но ни один из них не удовлетворяет современных хирургов полностью. Безусловно, залогом успеха в благоприятном исходе гнойно-воспалительных заболеваний является адекватное вскрытие, радикальная санация и дальнейший уход за раной, который заслуживает наибольшего внимания.

Жансейтова Д.Ж., Яблонская В.Ю., Сейтбаева М.А.

ВЛИЯНИЕ НАСТАВНИЧЕСТВА НА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ НАВЫКОВ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Кафедра "Школа сестринского образования" НАО МУК . Караганда, Казахстан.

Научный руководитель- д.м.н., профессор Киспаева Т.Т.

Цель исследования. Изучить влияние уровня профессиональной подготовки сестринского персонала на совершенствование качества оказания медицинской помощи населению, а также влияние школы наставничества в условиях реформирования сестринского здравоохранения.

Материал и методы. Ретроспективный метод анализа (изучение статистических данных качественного состава сестринского персонала ГКП на ПХВ «Городской многопрофильной больницы № 2» города Нур-Султан), сравнительный анализ, анкетирование.

Результаты исследования. По результатам анкетирования медицинских сестер выявлены результаты, что около 40% медсестер пришли в профессию, чтобы помогать людям, а около 23% по настоянию родителей.

Но при этом медицинские сестры стремятся обучаться и совершенствоваться (70%), считают, что руководство их поддерживает в этом (63%), отмечают, что им необходимо дополнительное обучение по отдельным видам компетенций, например, 36% медсестер испытывают трудности в общении с пациентами или их родственниками. В случае выявления ошибок, допущенных медицинскими сестрами, медицинские сестры ответили, что руководство принимает меры к обучению. Медсестры отметили, что любят свою работу (80%), для них очень важен профессиональный рост, признание в профессиональном сообществе, они осознают ответственность перед пациентами и их родственниками. Поэтому необходимо мотивировать медицинских сестер, создавать им благоприятные условия труда, обеспечивать непрерывное обучение в течение всей жизни.

Выводы. Полученные результаты можно использовать для внесения изменений в план работы школы наставничества для медицинских сестер и для совершенствования деятельности школы наставничества с целью улучшения оказания сестринской помощи и профессионального становления специалиста сестринского дела. Преимущества деятельности школы наставничества сестринского персонала в медицинской организации перед другими видами обучения: наставничество требует незначительных ресурсов, уровень подготовки работников оказывается достаточным для выполнения служебных обязанностей, краткосрочность, экономия финансовых ресурсов, снижение текучести кадров, обучение без отрыва от производственного процесса.

Завкова М.С., Эшхонов Ч.Х., Чобиров М.С.

УСТУВОРИИ ГЕМОДИНАМИКА ҲАНГОМИ БЕҲИСКУНИИ СПИНАЛӢ ДАР ҶАРРОҲИИ СОҚ

Кафедраи анестезиология ва реаниматологияи МДТ "ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино". Тоҷикистон.

Роҳбари илмӣ – н.и.т. Рахимов Н.Г.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши ҳолати гемодинамика ҳангоми беҳискунии спинналі дар ҷарроҳии рон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар давраи солҳои 2019-2022 ҳолати гемодинамикаи 30 беморро, ки бо мақсади амалиёт дар соқ беҳискунии спинналі гузаронда шуда буд омӯхтем.

Беморонро ба ду ғӯруҳ тақсим кардем. Ғӯруҳи 1 (гурӯҳи асосӣ) 15 (50,0%) бемор ва ғӯруҳи 2 (ғӯруҳи назоратӣ) 15 (50,0%) беморро ташкил кард. Дар ҳарду ғӯруҳ синусоли беморон тақрибан баробар буда синни миёнаи онҳо 34 солро ташкил кард.

Дар фарқ ба беморони ғӯруҳи дуюм ба беморони ғӯруҳи якум илова ба пешгирии гипотония пеш аз беҳискунӣ дар давраи тайёр намудани бемор ба амалиёт воридӣ варид чаконидани маҳлулҳои кристаллоидӣ аз ҳисоби 10мл/кг вазни бадан, бо мақсади баланд бардоштани муқовимати канорӣ рағҳо бастанӣ андомҳои поён (андомӣ поёни солим) бо бинти эластикӣ гузаронда шуд.

Барои таҳқиқи самаранокии ҷорабиниҳои гузаронда ҳолати гемодинамика пеш ва баъд аз 45 дақиқа гузаронидани беҳискунии спиналӣ бо нишондиҳандаҳои зерини гемодинамика омӯхта шуд: фишори систоликии шарафӣ (ФСШ), фишори диастоликии шарафӣ (ФДШ), шумораи тапиши дил (ШТД), фишори миёнаи шарафӣ (ФМШ), партоби дил (ПД), муқовимати умумии канорӣ рағҳо (МУКР).

Натиҷаи тақиқот ва муҳокимаи онҳо. Омӯзиши гемодинамика нишон дод, ки ҳолати гемодинамика пеш аз гузарондани беҳискунии спиналӣ дар ғӯруҳи 1 нисбат ба ғӯруҳи 2 наздик буда нишондодҳо ба: ШТД 72 зарба дар як дақиқа, ФСШ 111 мм сут. сим, ФДШ 71 мм сут. сим, ФМШ 84,2 мм сут. сим, ПД 5,0 л/д ва МУКР ба 1310 дин/с×см⁻⁵ баробар буданд.

Ҳолати гемодинамика пеш аз гузарондани беҳискунии спиналӣ дар ғӯруҳи 2 ба: ШТД 74 зарба дар як дақиқа, ФСШ 113 мм сут. сим, ФДШ 73 мм сут. сим, ФМШ 86,1 мм сут. сим, ПД 5,1 л/д ва МУКР 1330 дин/с×см⁻⁵ баробар буданд.

Ҳолати гемодинамика дар беморони ғӯруҳи 1 баъди гузарондани беҳискунии спиналӣ нисбатан муътадил буда нисбат ба давраи пеш аз беҳискунии спиналӣ зиёдшавии ШТД +8,5%, ПД +4,1%, пастшавии ФСШ - 8,2%, ФДШ - 10,6%, ФМШ - 11,1% ва МУКР - 7,1% мушоҳида шуд.

Ҳолати гемодинамика дар беморони ғӯруҳи 2 баъди гузарондани беҳискунии спиналӣ дар муқоиса ба нишондиҳандаҳои гемодинамикаи беморони ғӯруҳи 1 баъди гузарондани беҳискунии спиналӣ номуътадил буда нисбат ба давраи пеш аз беҳискунии спиналӣ зиёдшавии ШТД +15,6%, ПД +6,5%, пастшавии ФСШ -18,4%, ФДШ - 25,4%, ФМШ -23,5% ва МУКР -14,2% мушоҳида шуд.

Муътадили гемодинамика дар ғӯруҳи 1 нисбат ба ғӯруҳи 2 ба пешгирии гипотония пеш аз беҳискунӣ дар давраи тайёр намудани бемор ба амалиёт, воридӣ варид чаконидани маҳлулҳои кристаллоидӣ аз ҳисоби 10мл/кг вазни бадан, ва бо мақсади баланд бардоштани муқовимати канорӣ рағҳо бастанӣ андомҳои поён (андомӣ поёни солим) бо бинти эластикӣ вобаста аст.

Хулоса. Ҳангоми гузарондани беҳискунии спиналӣ ба бемороне, ки амалиёти ҷарроҳӣ дар соқ мегузаронанд, барои пешгирии гипотония пеш аз беҳискунӣ илова ба воридӣ варид инфузияи маҳлулҳои кристаллоидӣ (10мл/кг вазни бадан), бастанӣ андомҳои поён (андомӣ поёни солим) бо бинти эластикӣ ба устувории гемодинамика мусоидат мекунад.

Зайнаббӣ Х.С., Самиева Ш.Т.

ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Иноятова Н.А.

Цель исследования. Определить частоту встречаемости ожирения у детей и подростков в городе Душанбе.

Материалы и методы исследования. Нами были обследованы 1432 ребёнка с 7 до 17 лет, которые были разделены на 3 группы. 1 группу составили дети от 7 до 12 лет - 733 человека, что составило 51,1%. 2 группу составили дети и подростки от 12 до 15 лет, что составило 469 (32,7%). 3 группу от 15 до 17 лет - 230 (16%). Состав обследованных, с учетом гендерной принадлежности, был следующим мальчики - 668 (46,6%), девочки - 764 (53,3%). Все проходили клиническое обследованное измерение антропометрических данных (рост, вес, ИМТ), объем талии, объем бедер. Рассчитывалось стандартное отклонение – SD(Standartdeviation) ИМТ с использованием программ WHOAnthro, 2009) и WHOAntroPlus, 2009. Согласно действующим Федеральным клиническим рекомендациям «Диагностика и лечение ожирения у детей и подростков» нормальная масса тела диагностируется при значениях ИМТ в пределах $\pm 1,0SD$, избыточная масса тела при ИМТ $+1,0SD$ до $+2,0SD$, ожирение при ИМТ равно или превышающим $+2,0SD$. В случае диагностики ожирения степень его определялась по классификации В.А. Петерковой и соавторами, 2004 г. 1.SD ИМТ 2,0 – 2,5, 1 степень. 2.SD ИМТ 2,6 – 3,0, 2 степень. 3.SD ИМТ 3,1 – 3,9, 3 степень. 4.SD ИМТ 4,0 и более 4 степень. Статистическая обработка и математический анализ данных проводились с помощью программы Statistica 8.0, Exzel 2017.

Результаты исследования. Среди 1432 обследованных детей было выявлено 30 человек с абдоминальным ожирением, что составило 2,0%. Среди них: 16 составили девочки и 14 - мальчики. В 1 группе в возрасте от 7 до 12 лет избыточная масса тела была выявлена у 10 человек. Ожирение 1 степени -15 человек, ожирение 2 степени - 6, ожирение 3 степени -2, ожирение 4 степени- 2 пациентов. Во второй группе в возрасте от 12 до 15 лет было выявлено 11 человек с избыточной массой тела, ожирение 1 степени -10, ожирение 2 степени составило- 5, 3 и 4 степени ожирения не было выявлено в этой возрастной группе. В третьей группе в возрасте от 15 до 17 лет избыточная масса тела была выявлена у 18 обследованных и ожирение 1 степени среди 8 пациентов.

Выводы. 1. Частота встречаемости ожирения среди детей и подростков составила 3,3%.

2. Частота встречаемости ожирения была больше у мальчиков, чем у девочек, 56,2% и 43,7% соответственно.

Зарипов Н.А., Назаров С.И.
ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА С
ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМПОНЕНТА GNT ТЕСТА SANTAB

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. проф. М.Г. Гулямова ГОУ ТГМУ
им. Абуалии бни Сино. Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ганиева М.Т.

Цель исследования. Изучение состояния когнитивных функций у пациентов с ранней болезнью Паркинсона с использованием чувствительных тестов.

Материал и методы исследования. Было проведено исследование в неврологическом отделении Государственного учреждения «Национальный медицинский центр Шифобахш» г. Душанбе, являющегося базой кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ имени Абуалии бни Сино». В исследование были включены 157 человек, из них 115 с ранними формами болезни Паркинсона, и 42 пациентов без болезни Паркинсона, из них 82 (52,2%) женщины и 75 (47,8%) мужчин в возрасте от 35 до 69 лет, средний возраст составил $53,91 \pm 9,45$ лет. Тест состоит из определенного количества черно-белых рисунков, расположенных в порядке возрастающей сложности. Этот тест оценивает способности испытуемого к наименованию объектов, и в то же время он структурирован по сложности, что позволяет учитывать индивидуальные различия испытуемых. Это значит, что тест позволяет выявить даже незначительные трудности, связанные с подбором слов, в том числе и у испытуемых, имеющих большой словарный запас. Существует также бумажный эквивалент теста.

Результаты исследования и их обсуждение. Средний возраст пациентов с БП составил $54,57 \pm 9,97$ года (в диапазоне от 35 до 69), 53% пациентов были моложе 58 лет. В основной группе было 55 мужчин (47,8%) и 60 женщин (52,2%). Мужчины с БП были немного моложе женщин ($52,07 \pm 10,14$ и $56,87 \pm 9,33$, $p = 0,009$ соответственно). Результаты тестирования GNT оказались хуже в группе пациентов с ранними формами БП и значительно отличались от результатов контрольной группы. Показатели теста GNT у пациентов с БП были таковыми: $GNT_{Perco} = 72,75 \pm 18,84$; $GNT_{Toco} = 21,83 \pm 5,65$; $GNT_{Toer} = 8,17 \pm 5,65$, а у пациентов без БП эти показатели были равны: $GNT_{Perco} = 92,86 \pm 9,53$; $GNT_{Toco} = 27,86 \pm 2,86$; $GNT_{Toer} = 2,14 \pm 2,86$. При сравнении между группами значение p был статистически значимым.

Выводы. Мы пришли к выводу, что семантическое ухудшение памяти и именования, основанное на результатах теста GNT, характерно для ранней моторной стадии БП и ухудшается по мере прогрессирования заболевания, но тяжесть самой БП не определяет данное когнитивное нарушение.

Зарипов Н.А., Курбонова М.Б.
БАҲОДИИ ДАРАЧАИ ВАЗНИИНИ БЕМОРОНИ ПАРКИНСОН БО ИСТИФОДА АЗ ЧЕНАКИ UPDRS

Кафедраи асабшиносӣ, психиатрия ва психологияи тиббии ба номи проф. М.Ғ. Ғуломов – и МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” Тоҷикистон
Роҳбари илмӣ – н.и.т., дотсент Ғаниева М.Т.

Ҳадафи тадқиқот: омӯзиш ва арзёбии дараҷаи вазнинии бемории Паркинсон (БП) дар марҳилаи бармаҳали он.

Маъвод ва усул: тадқиқоти мазкур дар шӯъбаи асабшиносии Муассисаи давлатии “Маркази миллии тиббии “Шифобахш””, ки заминаи моддии кафедраи асабшиносӣ, психиатрия ва психологияи тиббии ба номи профессор М.Ғ. Ғуломов-и МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино мебошад” гузаронида шудааст. Дар тадқиқоти мазкур 157 бемор, аз он ҷумла 115 нафар беморон, дар марҳилаи бармаҳали бемории Паркинсон ва 42 нафар, ки дорои бемориҳои нейродегенеративӣ нестанд, иштирок намудаан. Синну соли миёнаи беморон дар марҳилаи бармаҳал ба $54,57 \pm 9,97$ сол ва нафароне, ки бемории Паркинсонро надоранд ба $52,09 \pm 7,63$ сол баробар буд. Мутаносибии занҳо ва мардҳо дар байни иштироккунандаҳо ҷунин буд: 52,2% - занҳо ва 47,8% мардҳо. Ҳамаи иштирокчиён бо истифода аз ченаки MMSE баҳогузорӣ карда шуданд. Ҳамзамон, ба аломатҳои фаромушхотирӣ, мондашавӣ, ҳиссиёти ноқомилини хоб ва бо истифода аз пурсишномаи мухтасари сатҳи зиндагии беморони Паркинсон (PDQ-39) пурсиш гузаронида шуд.

Натиҷаҳои тадқиқот. Дар асоси тадқиқоти гузаронидашуда, муайян гардид, ки натиҷаи ченаки арзёбии сатҳи тафаккур MMSE дар ҳисоби миёна дар байни ғуруҳи беморони Паркинсон ба $29,89 \pm 0,30$ ҳол ва дар байни ғуруҳи назоратӣ ба $30,00 \pm 0,00$ ҳол, ҳамзамон нишондиҳандаи p ба $0,000^*$ баробар аст. Аломатҳои фаромушхотирӣ дар байни беморони Паркинсон ба 42,6% ва дар ғуруҳи назоратӣ ба 28,6% баробар буд. Аз руи арзёбии ченаки UPDRS натиҷаи ҳолҳо ба ҳисоби миёна ба $15,98 \pm 9,82$ баробар буд. Аз руи нишондиҳандаҳои алоҳида бошад, натиҷа ҷунин буд: дар 4,3% беморон нишонаҳои ҳоббинии равшан, дар 22,6% нишонаҳои изтироб, дар 85,2% ларзиш, дар 50,4% нороҳатии сенсорӣ, дар 62,6% тағйирёбии ҳусни хат, дар 13,9% мушқилоти либоспушӣ, дар 25,2% тағйирёбии роҳгардӣ, дар 72,2% бошад сусти ва шахшавии мушакҳо ва ғ. ба назар расиданд.

Нишондиҳандаҳои ченаки баҳодиҳии сифати ҳаёти беморони Паркинсон ба $39,82 \pm 25,49$ дар ин росто ин нишондиҳанда дар ғуруҳи назоратӣ ба $16,52 \pm 8,68$ баробар аст, ки қимати аҳамиятнокии статистикӣ ба $p = 0,000$ баробар аст.

Хулосаҳо. Аз руи нишондиҳандаҳои ченаки арзёбии вазнинии бемории Паркинсон UPDRS натиҷаҳо дар байни беморони Паркинсон дар марҳилаи бармаҳал ва ғуруҳи назоратӣ, ки бемориҳои нейродегенеративиро надоранд, қуллан фарқ мекунамд.

Зарипова А.К.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРОХОДЯЩИХ ЛЕЧЕНИЕ В СРЕДНЕГОРНОМ САНАТОРИИ «ЗУМРАД»

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

Научный руководитель-Бабаходжаева З.Б.

Цель исследования. Дать оценку влияния среднегорной высоты санатория «Зумрад» на клинико-лабораторные показатели у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Материал и методы исследования. Анализ структуры обследованных больных ИБС (30 чел) показал, что больные ИБС I функционального класса составили 12 человек, II функционального класса – 18 человек; возраст больных колебался от 60 до 70 лет. Среди этих больных было 14 женщин и 16 мужчин. Статистическая обработка цифрового материала, полученного в результате исследований, проведена на компьютере с использованием программы «Statplus». Достоверность подтверждалась с учетом 95% доверительного интервала при использовании критериев Стьюдента (t). Больным на фоне их индивидуальных поддерживающих доз спазмолитических препаратов назначался в качестве антиоксиданта витамин-селен в суточной дозировке 500 мг (1 табл 2 раза). Помимо этого больные получали сероводородные ванны (10-12 ванн).

Результаты. Помимо улучшения клинической симптоматики положительная динамика отмечалась на ЭКГ. Увеличение вольтажа зубцов регистрировалось у 14 больных, исчезновение тахикардии у 6 больных, нормализация Т и сегмента ST у 21 больного. Показатели центральной гемодинамики имели тенденцию к заметному улучшению, что выражалось в увеличении УО, УИ, МОК, СИ. Отмечается также урежение пульса и ОПСС. При этом следует отметить, что формирование адекватного соотношения между сердечным выбросом и ОПСС обеспечило повышение функциональных возможностей аппарата кровообращения. Увеличение МОК происходит за счет роста УО на фоне снижения частоты сердечных сокращений и уменьшения ОПСС.

Анализ результатов показателей липидного обмена свидетельствует о снижении концентрации холестерина крови. В начале курса лечения его концентрация составила $6,4 \pm 0,02$ ммоль/л, а на 28-30 день лечения концентрация холестерина снизилась и в среднем составляла $5,5 \pm 0,01$ ммоль/л ($P < 0,02$). Концентрация лецитина в день приезда была на уровне $2,1 \pm 0,03$ ммоль/л и к концу лечения составила $2,4 \pm 0,04$ ммоль/л ($P < 0,01$).

Коэффициент холестерин/лецитин у больных ИБС в начале лечения составил $1,6 \pm 0,01$ и к концу лечения коэффициент снизился составляя $1,2 \pm 0,04$ ($P < 0,002$). Повышенные показатели наблюдались и со стороны уровня общих липидов до начала лечения и составил его уровень в среднем $5,7 \pm 0,02$ ммоль/л. Концентрация общих липидов после курсового лечения начала снижаться и составила в среднем $5,1 \pm 0,05$ ммоль/л ($P < 0,02$).

Заключение. Лечебно-профилактическая терапия с использованием антиоксидантов в сочетании с лечебными и природно-климатическими факторами среднегорья положительно сказывается на коррекции этих нарушений. Данный апробированный метод лечения больных ИБС может быть использован в дополнении к традиционной медикаментозной терапии, а также практически здоровым пациентам пожилого возраста с целью профилактики развития патологии пожилого и старческого возраста.

Зинхорзода С.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра семейной медицины ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный старший преподаватель Хайдарова С.Ф.

Цель исследования. Изучить особенности диагностики лямблиоза у детей в практике семейного врача.

Материал и методы. На базе ГУ ГЦЗ №12 в течение 2022 года под нашим наблюдением находилось 57 детей в возрасте от 1,5 года до 14 лет.

Результаты исследования. Возрастной состав больных составил 35 (62%) девочек и 22 (38%) мальчика. Младшего возраста, чаще были неорганизованные - 20 (35 %), из организованных, дошкольники - 22 (38%) и школьники - 15 (26%). Из обратившихся до 2 детей из одной семьи.

Родители с целью оздоровления чаще обращались во время летних каникул. При обращении были жалобы на отставание в физическом развитии, плохой аппетит, лабильность эмоционального тонуса часто аллергические проявления на коже, диарею, запор, затрудненное носовое дыхание, быструю утомляемость.

Всем пациентам учитывали жалобы с целью исследования на лямблиоз назначали микроскопию фекалий на цисты лямблий, но было выявлено только у 11% больных, а у остальных пришлось проявить определенную настойчивость. Существует еще одно естественное препятствие затрудняющее диагностику лямблиоза «феномен прерывистого цистовыделения». Ребенок зараженный лямблиозом выделяет цисты не каждый день. Интервал составляет 8-14 дней. С целью ускорения обнаружения цисты лямблий назначили провокации. Использовали различные лекарственные средства с учетом возраста ребенка накануне забора анамнеза (дюфалак, сироп холосас).

Детям школьного возраста было рекомендована диета с большим количеством клетчатки (овощное пюре, супы, фрукты и желчегонные препараты).

У больных, которые длительно лечились у дерматолога по поводу атопического дерматита, с различными проявлениями в двигательной системе у невролога (астеновегетативные изменения)- успешно диагностировали методом определения специфическим IgM, IgGк антигенам лямблий методом иммунофлуоресцентного анализа (ИФА).

Выводы. Таким образом, в алгоритме обследования детей, имеющих комплексную картину самых разнообразных симптомов (аллергических, желудочно-кишечных, астеновегетативных) необходимо включать обследование на цисты лямблий несколько раз дополняя проведением провокаций: лекарствами и определенной диетой накануне забора анамнеза.

Зокирова К.Г., Қудратова Б.З., Калонova З.О.
ОМИЛҲОИ ХАВФ БАРОИ РУШДИ СИНДРОМИ ПЕШ АЗ ҲАЙЗ
Кафедраи бемориҳои сироятӣ ва дерматовенерологияи МДТ ДДТХ. Тоҷикистон.
Роҳбари илмӣ – н.и.т., Исоева Б.И.

Мақсади тадқиқот. Омӯхтани омилҳои хавфи рушди синдроми пеш аз ҳайз дар замони муосир.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Ҷамъ овардани маълумоти зарурӣ оид ба ин мавзӯ аз адабиётҳои илмӣ ва захираҳои интернетӣ.

Натиҷаҳои тадқиқот. Синдроми пеш аз ҳайзро (СПХ) бори аввал R. Frank соли 1931 тавсиф карда буд. Мизони синдроми пеш аз ҳайз (СПХ) тибқи омор дар байни заноне, ки сикли мунтазами ҳайзи тухмдондоранд, 50-80%-ро ташкил медиҳад. Аксар вақт, рушди ин ҳолат ба неқӯаҳволии занони давраи репродуктивӣ таъсири манфӣ мерасонад. Аммо, мутаассифона, танҳо 20% гирифтронии СПХ ба табибон муроҷиат мекунанд. Бисёре аз бонувон ин ҳолатро муқаррарӣ дониста, ё умуман ба ёрии тиббӣ муроҷиат намеkunанд ё дер муроҷиат мекунанд.

Занҳо аз пайдоиши аломатҳои гуногуни синдроми пеш аз ҳайз (СПХ) хеле азоб мекашанд. Давомнокии эҳсоси нохушӣ метавонад аз якчанд то 14 рӯзро дар бар гирад, дар ҳоле ки ваъз 7 рӯз пеш аз ҳайз бадтар мешавад ва пас аз 2 рӯз ба авҷи худ мерасад.

Санҷишҳои зарурӣ барои муайян кардани СПХ дар бар мегиранд:

1. Ҷамъовариҳои анамнез (бемориҳои рӯҳӣ ва асаб, бемориҳои гурда ва узвҳои таносули занона, гипогликемия, гиповолемиа истисно кардан лозим аст).

2. Рӯзномаи ҳаррӯзаи нишонаҳои СПХ.

3. Дар ҳолатҳои норавшан баҳодиҳии сатҳи эстрогенҳо ва прогестерон дар фазаҳои барвақтии фолликулинӣ ва миёнаи лютеинӣ (рӯзи 19-22 сикли 28 рӯза) зарур аст.

Агар дар баъзе гирифтронии нишондорҳо вучуд дошта бошанд, зарур аст: маммография дар марҳилаи фолликулярии сикли ҳайз (то рӯзи 8-ум); тадқиқоти лаборатории фаъолияти гурда; МРТ ё КТ; таҳлили мундариҷаи катехоламинҳо дар хун ва пешоб, ултрасадо ё МРТ; арзёбии биноӣ; рентгени косахонаи сар; машваратҳои табибони гуногун; муайян кардани сатҳи пролактин дар зардоби хун дар марҳилаи фолликулярӣ ва лютеинии давраи ҳайз; ченкунии фишори хун.

Хулоса. Олимони омилҳои хавфи зеринро барои рушди синдроми пеш аз ҳайз (СПХ) эътироф кардаанд: норасоии витамини В, вазни зиёдатӣ, тамокукашӣ, зӯроварии ҷинсии барвақтӣ ва осебият.

Тахмин меравад, ки ихтилоли депрессия метавонад ба рушди СПХ таъсир расонад. Ибтот шудааст, ки ирсият низ метавонад дар ташаккули СПХ нақш бозад, инчунин СПХ дар дугоникҳои монозиготӣ нисбат ба дугоникҳои дизиготикӣ бештар зоҳир мешавад.

Зокирова М.Н., Шоназарова М.А., Сафармуҳамади Шерафган
ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, АССОЦИИРОВАННОЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель – старший преподаватель Субханова З.И.

Цель исследования. Изучить особенности терапии больных бронхиальной астмой, ассоциированной с артериальной гипертензией.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 42 историй болезней больных БА за 2017– 2023 годы, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» в возрасте от 45 – 65 лет. Из них мужчин 19(45,2%), женщин 23(54,8%). При исследовании использовались общеклинические методы, исследование иммуноглобулина Е, R-графия легких, ЭКГ, консультация кардиолога. Все больные получали базисную терапию бронхиальной астмы.

Результат исследования. Результаты проведенных исследований показали, что 16(38%) больных вообще не получали никакой гипотензивной терапии, а 17(40,4%) получивших лечение, контроль над цифрами АД не был достигнут, что было связано с нарушением режима приема или назначением недостаточной дозы препаратов. В зависимости от степени контроля АД все больные, получавшие гипотензивную терапию, были распределены на три группы. В первую группу вошли 9(21,4%) больных, получивших для коррекции артериальной гипертензии препарат из группы блокаторов медленных кальциевых каналов-верапамил. Во вторую группу – 7(16,6%) больных, получивших препарат из группы б-адреноблокаторов- бисопролол или атенолол. Третью группу составили 10(23,8%) больных, принимавших препарат из группы иАПФ –эналаприл, лизинаприл. Больные первой группы принимали гипотензивную терапию по назначению врача, в связи с чем у больных первой группы отмечался достаточный контроль уровня АД, кроме того, в сравнение с пациентами других групп, на фоне приема верапамила у этих больных не отмечалась выраженная тахикардия после приема адреномиметиков. Больные второй группы применяли препараты чаще самостоятельно, без контроля врачей. Именно прием препаратов группы б-адреноблокаторов, увеличивая бронхиальное сопротивление, провоцировал возникновение приступов бронхиальной астмы. Больные третьей группы отмечали кашель и одышку от незначительного до выраженного, как проявление асимптоматической бронхообструкции, что очень часто приводило к необоснованному усилению базисной терапии. Больным второй и третьей группы, учитывая высокую терапевтическую эффективность и «вентиляционную инертность», был назначен препарат из группы блокаторов ангиотензина II (лозартан, лориста). Неотъемлемой частью комбинированной терапии АД являются диуретики. В целях повышения антигипертензивного эффекта проводилась сочетанная терапия с тиазидным диуретиком в дозе 12,5 мг. Эта комбинация обеспечивала достаточный контроль над уровнем артериальной

гипертензии.

Выводы. Антигипертензивная терапия у больных БА не должна приводить к усилению бронхообструкции, должна обеспечить адекватный контроль АД в течение суток, не должна влиять на эффективность лекарственных препаратов, применяющихся для лечения бронхообструктивного синдрома.

Зокирова Н.Ф., Рабеева Ш.Р., Исоева М.Б.

ТАҲЛИЛИ ТАБОБАТИ ТАФРИҚАВӢ ДАР БЕМОРОН БО АЛОИМИ ГИЙЕННА БАРРЕ

Кафедраи асабшиносӣ, психиатрия ва психологияи тиббӣ ба номи М.Ғ. Фуломов МДТ “ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино

Роҳбари илмӣ – н.и.т. Ғаниева М.Т.

Мақсади таҳқиқот. Таҳлили табобати тафриқавӣ дар беморон бо алоими Гийенна Барре

Мавод ва усулҳои таҳқиқ. Дар шӯъбаи асаби кӯдаконаи МД ММТ ҚТ “Шифобахш” аз моҳи сентябри соли 2019 то моҳи январӣ соли 2023 26 бемор бо ташҳиси алоими Гийенна - Барре муоина карда шуд. Синну соли беморон аз 2 то 14 соларо дар бар мегирифт. Писарон 12 (46%) ва духтарон 14 (54%) нафарро ташкил доданд. Аз ҳамаи беморон собиқаи беморӣ чамъ оварда шуда, ба онҳо аз рӯи ташҳисоти клиникӣ, лабораторӣ (ташҳиси вирусологии хун) ва инструменталӣ (ташҳиси электронейромиография) таътиб ёфт. Таъсифи ҳолати асабии беморон аз рӯи ҷадвали вайроншавии асабӣ (NIS – neuropathy impairment score) ва индекси ғаълонокӣ дар ҳаёти ҳаррӯзаи Бартеле амалӣ гардонид шуд. Дар беморони дорои АГБ табобати патогенетикӣ бо имуноглобулини G ба сурати дохиливаридӣ амалӣ гардонид шуд.

Натиҷаи таҳқиқ ва муҳокимаи он. Вобаста ба дараҷаи вазнинӣ беморони дорои АГБ ба гурӯҳҳои зерин ҷудо карда шуданд: гурӯҳи 1-ум, беморони дорои АГБ дараҷаи миёнавазнин 12 бемор (46%), гурӯҳи 2 – юм бо дараҷаи вазнин 10 бемор (38%), гурӯҳи 3 – юм дараҷаи ниҳоят вазнин 4 бемор (16%). Дар беморони гурӯҳи 3 – юм вайроншавии булбарӣ дида шуд. Аксарияти беморон (61%) дар давраи баъди пайдошавии фалаҷҳо барои дарёфти ёрии тиббӣ муроҷиат кардаанд. 17% беморон аз давраи пайдошавии фалаҷҳо бистарӣ карда шуданд. Дар 2-3 рӯзи беморӣ 22% беморон ба беморхона муроҷиат кардаанд. Микдори беморон бо иллати мушакҳои гардан ва бадан 36% буда, тетрапарези чуқур дар 2-3 рӯзи аввал дар 64% беморон пайдо шудааст. Холи умумӣ аз рӯи ҷадвали NIS 86 ҳолро ташкил кард. Дар 70% беморон алоими дардӣ дида шуд. Беморонидорои АГБ табобат бо имуноглобулин гирифтанд (22 бемор). Табобати тафриқавӣ дар 6 нафар бемортатбиқ наёфт. Оғози табобат дар рӯзи 9 сар карда шуда буд. Ҳангоми арзёбии натиҷаҳои табобат он дар 90% бемор самаранок буд. Мӯҳлати сиҳатшавӣ аз саршавии АГБ 15 рӯзро ташкил кард, нишондиҳандаи минималӣ ба 3 рӯз баробар буда, максималӣ ба 35 рӯз рост меояд. Дар охири курси табобати патогенетикӣ ҳолати асаб баҳогузорӣ карда шуд. Дар 60 % беморон пурра барқароршавии роҳгардӣ ба назар расид. Дар 11% ҳолатҳо дар беморони ниҳоят вазнин бо вайроншавии булбарӣ ғавт қайд карда шуд.

Хулоса. Таъқиқоти мазкур зарурати сари вақт дар беморхона бистарӣ кардани беморон ва табобати патогенетикӣ ро нишон дод. Давраи барқароршавии ихтилоли ҳаракат аз вазнинии беморӣ ва табобати махсус вобаста аст.

Зокирова Н.Ф., Рабеева Ш. Р., Сабурова М.Х.

СЛУЧАЙ СПИНАЛЬНОЙ АМИОТРОФИИ I-ГО ТИПА (ВЕРДНИГА-ГОФФМАНА) В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – Холматова Г.К.

Цель исследования. Описание клинического случая спинальной амиотрофии I-го типа.

Материалы и методы исследования. Описан случай спинальной амиотрофии Верднига-Гоффмана, в детском неврологическом отделении ГУ НМЦ РТ на базе кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. профессора М.Г. Гулямова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Больной А. 5 месяцев, был госпитализирован в реанимационное отделение и ему проведен неврологический осмотр с использованием дополнительных методов обследования как в РТ, так и в РФ (электронейромиография, генетический анализ, активность креатинфосфокиназы в сыворотке крови, генетический анализ). Проведена консультация узких специалистов — генетика, кардиолога, ортопеда и педиатра.

Результаты исследования и их обсуждение. После осмотра специалистов, лабораторных и инструментальных исследований поставлен клинический диагноз «Спинальная амиотрофия Верднига Гоффмана», где из анамнеза выяснилось, что беременность у мамы и роды протекали нормально. Данные генеалогического анализа показали, что в семье болела его сестра и заболевание закончилось смертью. При неврологическом обследовании выявлено: сознание ясное, плач тихий, генерализованная мышечная гипотония и снижении глубоких рефлексов. Со стороны ЧМН: взгляд фиксирует, следит за предметом, бульбарные расстройства, проявляющиеся вялым сосанием, слабым криком, фасцикуляциями языка, снижение глоточного рефлекса, нарушение сна, парез диафрагмы, костно-суставными деформациями-воронкообразной грудной клеткой. Грудная клетка в акте дыхания практически не участвовала, переведен на ИВЛ. Также у больного наблюдалась «поза лягушки» вследствие гипотонии проксимальных групп мышц, нарушения дыхания и глотания. Со стороны легких – пневмония. Со стороны ЖКТ частые запоры, гастроэзофагеальный рефлюкс, метаболических нарушений, потеря массы тела. Несмотря на проводимую терапию (антибактериальные препараты, дезинтоксикационная терапия, препараты, улучшающие трофику нервной ткани), положительной динамики со стороны ЦНС не наблюдалось.

Выводы. Исходя из литературных данных и наблюдения за больными детьми со спинальной амиотрофией Верднига-Гоффмана, заболевание имеет злокачественное, быстро прогрессирующее течение.

Зубайдов Х.Ф., Хакимова З. Ф., Матинов Ш.К.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРУЦЕЛЛЁЗА В ТАДЖИКИСТАНЕ

Кафедра инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ» им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель: д.м.н. профессор Рахмонов Э. Р.

Цель исследования: изучить клинико-эпидемиологические особенности течения бруцеллёза в Таджикистане.

Материалы и методы. Проведён анализ 23 истории болезней больных с бруцеллёзом, находившихся на стационарном лечении в Городской клинической инфекционной больницы города Душанбе за период 2021 года. Из общего количества больных мужчин было 12(52,1%), женщин-11(47,8%), сельских жителей-18(78,2%), городских жителей-5(21,7%). Возраст больных колебался от 26 до 40 лет, в среднем 38 ± 25 лет. Диагноз был выставлен на основании клинико-эпидемиологических и лабораторных данных и подтверждён исследованием серологических реакций крови и показателями общего анализа крови. Бактериологическое исследование крови проводилось на базе республиканской эпидемиологической станции.

Результаты и методы. По данным эпиданамнеза у 19 больных (82,6%) заболевание было связано с употреблением сырого мяса и молока, у 4 больных(17,4%) было связано с профессиональной деятельностью (врачи-ветеринары). У наблюдаемых нами больных острое течение бруцеллёза было выявлено у 5 больных (21,7%), хроническое течение бруцеллёза было у 18 больных (78,3%).

В группе с острым течением бруцеллёза у всех больных заболевание характеризовалось повышением температуры тела до 38-39°C с потрясающим ознобом и обильным потоотделением. У 3 больных (13%) отмечались боли в коленных суставах и ограничении подвижности при движении. У 2 больных (8,7%) отмечалось незначительное увеличение лимфатических узлов, а также печени и селезёнки. В гемограмме у всех больных наблюдался умеренный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево.

В группе больных с хроническим течением бруцеллёза у 12 больных (52,3%) отмечались боли в коленных и локтевых суставах, слабость, недомогание. У 6 больных (26%) отмечались раздражительность, головные боли, явления радикулита, тахикардия, приглушённость тонов в сердце. В гемограмме у больных с хроническим бруцеллёзом отмечались лейкопения, относительный лимфоцитоз.

Все больные получали антибактериальную, дезинтоксикационную терапию, а также нестероидные противовоспалительные препараты. На фоне лечения улучшение состояния у больных с острым бруцеллёзом было отмечено на 10-14 день болезни, а при хроническом на 10-25 день болезни.

Выводы. Анализ проводимых исследований показал, что чаще встречались хронические формы бруцеллёза с выраженным артралгическим синдромом, поражением нервной системы, которые протекали длительно.

Ибрагимов А.Ф., Шоназарова М.А., Мукарамова Д.Н.

РОЛЬ КОМБИНИРОВАННОГО ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕГО СРЕДСТВА В ПАТОГЕНЕЗЕ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА НА ФОНЕ ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Научный руководитель - Ураков К.З.

Цель. Изучить значение комбинирования иммуномодуляторов в комплексном лечении больных с обструктивным бронхитом на фоне острого респираторного заболевания (ОРЗ).

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 46 больных с обструктивным бронхитом, осложненным после перенесения ОРЗ, которые находились в пульмонологическом отделении ГУНМЦ РТ «Шифобахш». Возраст больных составлял от 23 до 65 лет. Средний возраст составлял 41,5 лет. Все больные были распределены на две группы. В первую группу вошли 28 больных, получивших азоксимера бромид на фоне базисной терапии. Вторая группа составила 25 больных, получивших только стандартную базисную терапию. Всем больным были проведены общеклинические исследования, также пациентам проведена ФВД (функция внешнего дыхания), определение иммуноглобулинов крови, исследование мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам, R-графия грудной клетки, ЭКГ.

Результаты и их обсуждение. Проведенные исследования показали, что у первой группы больных, получивших к базисной терапии азоксимера бромид, нормализация основных клинико-лабораторных показателей происходит быстрее по сравнению со второй группой. У 17 больных (60,7%) первой группы через 3 день уменьшилась одышка, кашель и бронхоспазм. На 4-5 день уменьшились сухие хрипы над легкими. Также у больных первой группы в анализах крови наблюдалось уменьшение количества лимфоцитов(лимфопении), снижение количества СОЭ и лейкоцитов. Также у больных первой группы по сравнению со второй группой повысились все показатели ФВД, что указывает на улучшение бронхиальной проходимости. У 16 (88,8%) больных второй группы улучшение самочувствия и общего состояния было отмечено на 5-6 день. Уменьшение одышки, сухих хрипов, показателей анализа крови отмечались на 7-8 день. Это указывает на то, что под влиянием иммуномодуляторов снижается частота обострений и сокращается продолжительность пребывания больных в стационаре.

Выводы. Применение комбинированных иммуномодуляторов приводят к эффективному устранению основных клинико-лабораторных проявлений обструктивного бронхита, так как комплексные эффекты такие как: иммуномодулирующие, детоксикарующие, антиоксидантные и противовоспалительные азоксимера бромид увеличивает резистентность организма в отношении локальной и генерализованной инфекции в виде бактериальной,

грибковой, вирусной этиологии. Также под влиянием данных эффектов восстанавливается иммунитет и сокращается продолжительность пребывания больных в стационаре.

Ибрагимов А.Ф., Вохидова М.А., Кучарова С.А.
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА КАК ФАКТОР, ВЫЗЫВАЮЩИЙ
ГИПОКАЛЬЦИЕМИЮ У БЕРЕМЕННЫХ

Кафедра внутренних болезней №3, ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Душанбе. Республика Таджикистан.

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

Цель исследования. Оценить уровень кальция в крови у беременных при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы. В работе была проведена оценка уровня сывороточного кальция (2.25-2.6 ммоль/л) у 28 беременных пациенток с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Возраст пациенток составил от 18 до 35 лет. Медиана возраста составила 26.5 лет. Больные распределены на две группы. В первую группу вошли 17 (54,3%) пациенток, у которых отмечены явления токсикоза, хронический панкреатит, хронический холецистит. Вторую группу составили 11 (45,6%) пациенток с нормальным протеканием беременности. Всем обследованным больным проводились общеклинические методы исследования, биохимические исследования, кальция, фосфора в крови. Также пациенткам проводили ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ исследования, рентгеноскопию желудочно-кишечного тракта, копрологическое исследование.

Результаты исследования. Всех 17 (100%) пациенток беспокоили слабость, недомогание, головные боли, головокружение, запоры, вздутие и урчание кишечника, боли в животе, горечь во рту, изжога. В первой группе больных у всех (17) пациенток при исследовании крови выявлено следующее: кальций в крови до 2.1 ммоль/л отмечен у 10 (34,6%) пациенток, снижение кальция до 1,9 ммоль/л выявлено у 12 (46,1%) пациенток, понижение данного анализа до 1,7 ммоль/л и ниже – у 5 (19,2%) пациенток. В отличие от первой группы во второй группе отмечено незначительное снижение кальция в крови от 2,1 ммоль/л до 2,25 ммоль/л.

При исследовании крови в первой группе повышение амилазы в крови до 49 Ед/л отмечено у 12 (70,5%) пациенток. У 3 больных (17,6%) повышение в крови выявлено до 85 Ед/л. Нормальное значение отмечено у 2 пациенток (7,7%). Копрологическое исследование показало, что у всех 100% пациенток первой группы отмечено наличие стеатореи. pH в кале был слабоосновной.

При исследовании пациенток, входящих во вторую группу, у 7 пациенток кальций в крови отмечен 2.1 ммоль/л, у 3 больных 1,8 ммоль/л и у 1 больной кальций отмечен 1.6 ммоль/л. При исследовании амилазы крови у 6 пациенток повышена до 45 Ед/л, у 5-ти пациенток – 54 Ед/л.

При хроническом панкреатите и хроническом холецистите выявлено наличие слабоосновного pH в кале. Запор и стеаторея нарушают кишечное всасывание кальция, что также приводит к снижению его содержания в крови.

Вывод. Токсикоз и обострения хронического панкреатита усиливают выведение кальция и других микроэлементов, что приводит к их снижению в крови, тем самым вызывая гипокальциемию. При лечении нужно учитывать и корректировать.

Исломова О.И., Асилова Н.Г., Нуралиев Н.
ПРЕИМУЩЕСТВА BVMT- ТЕСТА В ОБНАРУЖЕНИИ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА НА РАННИХ
СРОКАХ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ганиева М.Т.

Цель исследования. Использование BVMT-тест (Brief Visuospatial Memory Test) в комплексной оценке когнитивных функций и степени их дефицита у пациентов с рассеянным склерозом на ранних стадиях заболевания.

Материалы и методы исследования. Нами проведено тестирование 10 пациентов с достоверным диагнозом рассеянный склероз, различных форм течения, длительностью заболевания до 5+2 лет и средним баллом EDSS 3+0,5. Группы испытуемых были однородны по возрасту и полу (средний возраст составил 30+3 лет, 6 женщин и 4 мужчин). Результаты тестирования были сопоставлены с результатами контрольной группы, в которую вошли здоровые добровольцы (5 мужчин, 5 женщин со средним возрастом 30+2 лет) и результатами тестов MMSE, FAB, MoCA. BVMT-тестирование представлено в виде трех бланков, на каждом из которых изображены шесть геометрических фигур, расположенных в три ряда (по две в каждом ряду). Испытуемый должен в течение отведенного времени (10 с) запомнить изображенные фигуры, после чего ему предоставляется возможность зарисовать их. При оценке результата учитывается схожесть рисунка с оригиналом, а также его положение относительно других фигур. Максимальное число баллов, которое можно получить за каждый блок тестирования, равняется двенадцати.

Результат исследований. При проведении BVMT теста у пациентов с рассеянным склерозом выявляется существенная разница между их результатами, и результатами испытуемых контрольной группы, а также стандартными методиками для оценки когнитивного статуса пациента (MMSE, FAB, MoCA). По стандартным тестам достоверных различий между группой контроля и пациентами с достоверным рассеянным склерозом не выявлено. Средний балл по MMSE – 29/28.75, FAB – 17/16.5, MoCA – 29/27.75 соответственно. В то время как по результатам BVMT-теста были получены следующие данные: средний балл за три бланка в группе контроля составил 8.5 (от 7 до 11), а в группе пациентов с РС 4.1 (от 1.6 до 6.6). Также обратила на себя внимание успешность выполнения теста в

зависимости от очередности бланка (что косвенно может свидетельствовать о повышенной истощаемости нервной системы) у группы контроля 9.1-9.2-7.2 (в диапазоне от 11 в начале, до 7 в конце), в группе исследования 5.75-2.2- 2 (от 7 до 1 соответственно).

Вывод. Таким образом, можно утверждать, что методика BVMT тестирования обладает высокой чувствительностью к ранним когнитивным нарушениям у пациентов с рассеянным склерозом, которые еще не выявляются стандартными нейропсихологическими тестами. Она позволяет выявить зрительно-пространственные нарушения, оценить кратковременную память и истощаемость нервной системы у пациентов с рассеянным склерозом. В дальнейшем предстоит оценить связь между длительностью заболевания, выраженностью балла EDSS и разницей получаемых результатов при тестировании стандартными методами и с использованием BVMT-теста. Исходя из этого, мы считаем, что данная методика должна использоваться в обязательной комплексной нейропсихологической диагностике пациентов с рассеянным склерозом.

Исмоилова М.К., Давлатмирова Г.Ш., Хайдарова У.З.

ВЛИЯНИЕ ВЕРТЕБРОГЕННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г.Гулямова

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Исрофилов М.О

Цель исследования. Изучить влияние интенсивности и длительности болевого синдрома вертеброгенной этиологии на качество жизни пациентов, уровень их реактивной и личностной тревожности.

Материалы и методы. Обследованы 20 пациентов (15-женщины, 5 мужчины) с болями в спине, находящиеся на лечении в «Республиканском центре Вертебрологии» с ноября по декабрь 2022 г. средний возраст пациентов 48,3±9,2 года. Из них 55% (11 человек) лечились с диагнозом вертеброгенная люмбаго, 15% (3 человека) – с радикулопатией, 25% (5 человек) – с люмбагией, 5% (1 человек) – с торакалгией. Качество жизни оценивалось по шкале SP-36, уровень тревожности – по шкале Спилбергера – Ханина, оценка интенсивности боли проводилась по шкале ВАШ. Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программы Statistica 7.0. Данные представлены в виде медианы (Med) и интерквартильного размаха (LQ; UQ), где LQ – 25-й перцентиль, UQ – 75-й перцентиль. Для анализа связи между признаками использовался непараметрический коэффициент ранговой корреляции Spearman. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Интенсивность боли по шкале ВАШ составила 6,4 (4; 8) балла, что свидетельствует об умеренной интенсивности болевого синдрома у большинства пациентов. При оценке качества жизни физическое функционирование составило 42,2 (0; 95,0) балла, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием – 7,8 (0,0; 50,0), интенсивность боли – 29,9 (0; 74,0), общее состояние здоровья – 42,2 (20,0; 75,0), жизненная активность – 38,1 (10,0; 85,0), социальное функционирование – 44,5 (0; 87,5), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием – 22,9 (0; 100,0), психическое здоровье – 47,9 (12,0; 96,0) балла. При анализе уровня реактивной и личностной тревожности при помощи шкалы Спилбергера – Ханина было выявлено, что 100% опрошенных имели уровень тревожности от умеренного до высокого: высокий уровень реактивной тревожности – 73%, умеренный уровень реактивной тревожности – 27%; высокий уровень личностной тревожности – 88%, средний уровень тревожности – 12%. В 56% случаев наблюдались высокие показатели уровней как личностной, так и реактивной тревожности. Средние значения реактивной тревожности составили 50,6 (34,0; 70,0) балла, личностная тревожность равнялась 47,3 (14,0; 70,0) балла. При проведении корреляционного анализа были выявлены статистически достоверные зависимости выраженности болевого синдрома по шкале ВАШ и уровня личностной тревожности ($p=0,025$; $r=0,67$), а также выраженности болевого синдрома и уровня реактивной тревожности ($p=0,022$, $r=0,95$).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о неблагоприятном влиянии болевого синдрома вертеброгенной этиологии на эмоционально-волевую сферу деятельности человека, приводя к развитию тревожности от умеренной до высокой степени, а также существенно снижая качество жизни, социальное и физическое функционирование.

Исмоилова Ш.З., Ганиева Ф.Ю.

ЧАСТОТА СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Джурсева С.Д.

Цель исследования. Установить частоту сердечнососудистых осложнений (ССО) у больных с сахарным диабетом 2 типа (СД 2), госпитализированных в ГМЦ №1 имени Карима Ахмедова.

Материал и методы исследования. В исследования были включены 254 пациента с ССО, которые были госпитализированы в период от 2021г. до 2022г. в кардиологическое отделение ГМЦ №1 имени Карима Ахмедова из числа которых, у 123 пациентов отмечалось СД 2, из них 76 женщин, 47 мужчин. Все больные были из различных регионов республики; 83 - городского населения, 40 - сельского населения. Возраст пациентов варьировал от 50 до 70 лет. Оценка состояния ССС проводилась на основании жалоб, анамнеза, клинических данных, лабораторных исследований (уровня гликемии, гликозилированного гемоглобина, показателей липидного обмена - холестерина), инструментальных методов (ЭКГ, ЭхоКГ), профиль АД и ЧСС.

Результаты исследования и их обсуждения. Среди госпитализированных больных с ССО 48,4% составили

пациенты СД 2 с длительностью заболевания более 10 лет. При анализе ССО у больных СД 2 наиболее часто наблюдалось: стенокардия - 54 (43,9%), кардиосклероз - 53 (43,1%), инфаркт миокарда - 10 (8,1%), гипертоническая болезнь - 4 (3,3%), кардиомиопатия - 2 (1,6%). Колебания уровня гликемии были от 6,9 ммоль/л до 22,6 ммоль/л, гликозилированного гемоглобина от 5,3% до 15,4%, холестерина от 3,1 ммоль/л до 6,6 ммоль/л, индекс массы тела от 26,7 кг/м² до 32,1 кг/м². На ЭКГ выявлена синусовая тахикардия, смещение электрической оси сердца влево, гипертрофия левого желудочка, на ЭхоКГ отмечалось сохранённая фракция выброса, уплотнение аорты, гипертрофия межжелудочковой перегородки, регургитация митрального клапана, диастолическая дисфункция. Артериальная гипертензия зарегистрирована у всех больных от 140/90 мм.рт.ст. до 170/90 мм.рт.ст.. У 20 женщин и 12 мужчин выявлены сопутствующие патологии, такие как ожирение, хронический холецистит, панкреатит и пиелонефрит.

Выводы.

1. Частота ССО у больных с СД 2 коррелировала с длительностью диабета, степени декомпенсации и наличием сопутствующих заболеваний. 2. Данные ЭКГ и ЭхоКГ исследований позволяют своевременно диагностировать ССО у больных СД 2.

Исоева М.Б., Рабеева Ш.Р., Тоджидинов Т.Б.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г.Гулямова

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., Ганиева М.Т.

Цель исследования. Оценить особенности когнитивных нарушений при гипертонической энцефалопатии.

Материал и методы исследования. Были обследованы 68 больных в возрасте от 40 до 80 лет с диагнозом гипертоническая энцефалопатия, находившихся на стационарном лечении во 2-ом неврологическом отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» с января 2021 по декабрь 2022 года. Диагноз был подтвержден на основании клинико-неврологического осмотра, а также нейровизуализационных методов. Всем больным были проведены шкальные методы обследования для определения когнитивного статуса - шкала стадий функциональных нарушений (ШСФН), MMSE, тест рисования часов. Длительность заболевания гипертонической болезнью - от 10 до 15 лет (в среднем 12,5±2,3 года).

Результаты исследования. Основными жалобами больных были: головная боль (85%), периодические боли в области сердца (54%), снижение памяти (82%), шум в ушах (47%), раздражительность (72%), нарушение сна (65%), потеря контроля над эмоциями (35%). Тест рисования часов показал, что во всех группах преимущественно нарушено рисование самого циферблата с относительно сохранной способностью рисования стрелок на готовом циферблате, что также свидетельствует о нарушении подкорковых связей на уровне пораженных участков головного мозга. Сравнение результатов клинико-инструментального обследования больных с разными типами синдрома УКР выявило значительное сходство неврологической симптоматики и данных нейровизуализации, что свидетельствовало о наличии признаков сосудистой мозговой недостаточности у всех пациентов с ГЭ. Тем не менее прослеживалась тенденция к несколько большей выраженности сосудистого заболевания головного мозга у пациентов с УКР.

Выводы. Проведенное исследование показало, что гипертоническая энцефалопатия гетерогенна по когнитивным расстройствам. У пациентов с ГЭ отмечается несколько вариантов КР, не достигающих степени деменции. Так, синдром умеренных когнитивных нарушений весьма характерен для гипертонической болезни.

Исоева М.Б., Тоджидинов Т.Б., Рабеева Ш.Р.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СТАТУСА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г.Гулямова

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., Ганиева М.Т.

Цель работы. Изучить основные причины развития эпилептического статуса у больных с эпилепсией.

Материал и методы. Был обследован 21 пациент в возрасте от 22 до 59 лет с диагнозом эпилептический статус, находившихся в палате интенсивной терапии в неврологическом отделении НМЦ РТ с января 2021 по декабрь 2022 года. Мужчины составили 15 человек, женщины – 6. Диагноз был подтвержден на основании клинико-неврологического осмотра, а также нейровизуализационных методов. Для изучения основных причин развития эпилептического статуса у пациентов применяли дополнительные методы исследования, как электроэнцефалография, компьютерная и магнитно-резонансная томография и лабораторные методы.

Результаты. В ходе исследования выявлено, что у 1-го (4,8%) больного причиной статуса стало несанкционированная отмена противосудорожных средств (из данных анамнеза), черепно-мозговая травма составила у 3(14,3%), и 1-го(4,8%) больного имелось почечная недостаточность, в остальных случаях у 3(14,3%) причину не удалось выявить. По лабораторным данным в 7(33,3%) случаях были выявлены гипонатриемия и гипергликемия, у 4 больных(19%) - гипокальциемия. Данные нейровизуализации выявили у 2(9,5%) больных картину геморрагического инсульта, в остальных случаях признаки гидроцефалии и ликворных кист. Обнаружены d-волны в теменно-височных отведениях у 14(66,7%) больных, которым был проведена электроэнцефалография до и после приступов.

Вывод. Развитие эпилептического статуса является многофакторным. Наиболее частыми причинами являются изменения в электролитном составе крови (гипонатриемия, гипокальциемия и гипергликемия). Немаловажную роль играет черепно-мозговая травма и нарушение мозгового кровообращения. Изучение данных причин эпилептического статуса способствует адекватной терапии пациентов и своевременной коррекции электролитного состава крови.

Кабдешова А.А
РЕСПИРАТОРНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID – 19
Школа сестринского образования НАО «МУК», Казахстан.
Научный руководитель – м.м.н., преподаватель школы сестринского образования
Сейтбаева М.А.

Цель исследования. Оценить эффективность респираторной реабилитации у пациентов, перенесших COVID-19.

Материал и методы. В исследовании «Респираторная реабилитация у пациентов, перенесших COVID - 19» использован дизайн систематического обзора. В ходе систематического обзора было рассмотрено 346 исследований по респираторной реабилитации у пациентов с COVID-19 в период с 2019 по 2022 года. Поиск информации проводился в базах данных: PubMed и Web of Science. 206 статей были получены из базы данных PubMed, а также 140 статей из базы данных Web of Science. Процесс отбора статей был продемонстрирован с помощью блок-схемы PRISMA (2009). Повторяющиеся статьи были исключены в процессе отбора. После прочтения полных текстов статей, они были отобраны повторно. В результате было рассмотрено 15 статей. Полученные статьи были разделены на две группы: исследования, демонстрирующие нарушения дыхания у пациентов, перенесших COVID-19 и респираторная реабилитация.

Результаты исследования. Поиск в базах данных выявил 346 исследований. Из них 15, соответствующие критериям включения, исследований были включены в обзор. Опубликованы результаты первого рандомизированного контролируемого исследования, оценивающего режим респираторной реабилитации у пациентов, выписанных после воздействия COVID-19. У большинства пациентов инфекция COVID-19 протекает в легкой форме с лихорадкой (87,9%), кашлем (67,7%) и одышкой (33,4%). Однако для значительного числа пациентов, как правило, старше 65 лет с сопутствующими заболеваниями, такими как гипертония и диабет, инфекция может иметь очень серьезные последствия. Среди пациентов, нуждающихся в госпитализации, относительно высокому проценту (20,3%) требуется лечение в отделении интенсивной терапии, часто по поводу острого респираторного дистресс-синдрома.

Результаты реабилитации показали значительное улучшение дыхательной функции, качества жизни и тревоги в группе пожилых пациентов, которые участвовали в следующей программе респираторной реабилитации: тренировка дыхательных мышц, упражнения от кашля, упражнения для диафрагмы, упражнения на растяжку и домашние упражнения.

В ходе исследования было установлено, что частота респираторных нарушений у пациентов с COVID-19 высока. В связи с этим в обзоре рекомендовано проведение респираторной реабилитации и диагностики. Кроме того, было рекомендовано повысить труд и компетентность медицинской сестры в области реабилитации.

Выводы. Учитывая ограниченность научных знаний и данных, доступных в настоящее время, а также большое количество людей, пострадавших от COVID-19 во всем мире, физиотерапевты и медсестры должны более активно участвовать в уходе за такими пациентами, чтобы улучшить функцию легких. При этом необходимо восстановить психологическую продуктивность и хорошее качество жизни больного. Респираторная реабилитация различными методами улучшает вентиляционную и перфузионную способность легких, купирует симптомы. Своевременная подготовка и продуманное планирование могут помочь ограничить любые последствия этой беспрецедентной ситуации.

Кабирзода Т.Д., Аюбова Д.Х., Хафиззода Ф.А.
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С COVID-19 В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА
Кафедра семейной медицины ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино
Научный руководитель - к.м.н., зав.кафедрой семейной медицины Ёдгоров М.Дж.

Цель исследования. Изучить особенности ведения беременных с инфекцией COVID-19 в практике семейного врача.

Материалы и методы исследования. На базе ГУ ГЦЗ №2 (в отделении репродуктивного здоровья и семейных врачей) проведен ретроспективный анализ 24 индивидуальных карт беременных ф. № 029 и амбулаторных карт ф. № 024, в возрасте от 18 до 32-х лет, с мая по декабрь 2020г.

Диагноз «COVID-19» подтвержден методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) к вирусу SARS-CoV2, а также его обнаружением в назофарингеальном материале. Беременные в зависимости от гестационного возраста были распределены на 3 группы. В первую группу вошли 6 беременных со сроком беременности от 5 до 12 недель, во вторую группу по 8 женщин соответственно, при сроке беременности 18-22 и 28-37 недель.

Всем беременным были проведены анализы (общий анализ крови, мочи, кала), биохимический анализ крови, ПЦР крови, пульсоксиметрия, при необходимости проведена консультация других специалистов.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследования показали, что на тактику ведения беременных с COVID-19, влияют возраст, срок беременности, сопутствующая патология беременных и какая по счету беременность. Особенную угрозу у беременных в возрасте старше 30 лет составляли: хронические бронхо-легочная патология, сердечно-сосудистые заболевания, гипертония, ожирение и сахарный диабет, пиелонефрит и железодефицитная анемия.

В начале пандемии у беременных с наибольшей частотой встречались такие клинические симптомы как: слабость, аносмия, головная боль, одышка, боли в суставах, понижение аппетита. В последующие годы клиническая картина COVID-19 претерпела существенные изменения, и преобладающими симптомами стали кашель, насморк,

боль в горле, лихорадка выше 38°C, редко пневмония.

Выводы. Тактика определяется несколькими аспектами: тяжестью состояния пациентки, состоянием плода, сроком гестации. COVID-19, перенесенный до 12 недель беременности, в связи с недоказанным отрицательным влиянием на плод, не является медицинским показанием для прерывания беременности. При тяжелом и крайне тяжелом течении заболевания вопрос о пролонгировании беременности решается консилиумом врачей. При заболевании и невозможности проведения скрининга 1-го триместра оценка риска хромосомных анеуплоидий у плода проводится на основании скрининга 2-го триместра. При заболевании COVID-19 рекомендуется отложить проведение инвазивной диагностики минимально на 14 дней.

Наличие COVID-19 не является показанием для родоразрешения за исключением случаев, требующих улучшения уровня оксигенации крови беременной.

Каландаров З., Наврузов Э.Ф., Хасанов Х.К.

ДЕЙСТВИЕ НИСКОМОЛЕКУЛЯРНЫЙ АНТИКОАГУЛЯНТЫ И АНТИОКСИДАНТЫ В ДИНАМИКУ НОВОЙ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

ГУ ГМЦ №1 имени К.Ахмедова.

Научный руководитель - д.м.н., доцент кафедрой семейная медицина ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино Ходжиев М.А.

Цель исследования: изучение влияния терапии нискомолекулярными антикоагулянтами и антиоксидантами на динамику новой коронавирусной инфекции covid-19 у лиц старшего и пожилого возраста.

Материал и методы: 61 больных новой коронавирусной инфекцией Covid-19 рандомизированы в две группы: контрольную получавших стандартную терапию и основную, получавших с первых суток дополнительно терапию антикоагулянтами и антиоксидантами (от 2500 до 5000 МЕ гепарин или Эноксапаринот 0,2 до 0,4 Ха в сутки). С-реактивный белок (СРБ), Д-димер, АЧТВ, МНО, ферритин определялись в первые 24 часа, на 7 и 14-е сутки заболевания и через 3 месяцев.

Результаты исследования: Средний уровень Д-димер и АЧТВ и МНО снизился статистически достоверно в течение двух недель в группе больных, получавших (с 2358,9 нг/мл до 1503,3 нг/мл). В контрольной группе в этот период отмечено умеренное снижение концентрации Д-димер (с 2445,5 до 1989,7 нг/мл). Различия между группами на 14 сутки высоко достоверно ($P=0,001$). В основной группе Д-димер снизился более значительно в подгруппе больных, получавших Эноксапаринот от 0,2 до 0,4 Ха в сутки.

К 14 суткам заболевания средние значения С-реактивный белок снизились, средние значения ферритина увеличились в обеих группах при разнонаправленной динамике этих показателей у отдельных больных. На 14 сутки различия между группами по большинству изучаемых параметров были недостоверны. Через 3 месяцев отмечено значительное снижение средних значений. При этом у больных, получавших антиоксиданты, отмечены достоверно более низкие уровни СРБ, ферритина по сравнению с контрольной группой. В группе больных, получавших антикоагулянты и антиоксиданты, реже отмечались повторные госпитализации.

Выводы:

В группе больных, получавших антиоксиданты, через 3 месяцев отмечены более низкие средние значения СРБ и ферритина, что сочеталось с более благоприятным клиническим течением. Раннее начало терапии антикоагулянтами и антиоксидантами приводит к достоверному снижению уровня Д-димера, АЧТВ и МНО к 14-м суткам от развития болезни.

Калоннова З.О., Қудратова Б.З., Зокирова К.Ғ.

НУҚТАИ НАЗАРИ МУОСИР ОИД БА ТАБОБАТИ ЧАРРОҲИИ МИОМАИ БАЧАДОН

Кафедраи бемориҳои сироятӣ ва дерматовенерологияи МДТ ДДТХ. Тоҷикистон.

Роҳбари илмӣ – н.и.т., Исоева Б.И.

Мақсади тадқиқот. Омӯхтани нуқтаи назари муосир оид ба табобати чарроҳии миомай бачадон.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Чамъ овардани маълумоти зарурӣ оид ба ин мавзӯ аз адабиётҳои илмӣ ва захираҳои интернетӣ.

Натиҷаҳои тадқиқот. Миомаҳои бачадон омӯшони хушсифати моноклоналӣ мебошанд, ки аз ҳуҷайраҳои мушакҳои бачадон инкишоф меёбанд. Паҳншавии ин патология дар занони синну соли репродуктавӣ ба 70% мерасад. Бояд ба назар гирифт, ки дар аксари мавридҳо беморӣ бе зухуроти клиникӣ мегузарад, бинобар ин, сатҳи воқеии паҳншавӣ ба рақамҳои боз ҳам баландтар мерасад.

Синну соли миёнае, ки дар он миомай бачадон таххис мешавад, 33 сол аст. Дар 25% ҳолатҳо беморон бо шикоятҳои мурочиат мекунад, ки табобатро талаб мекунад.

Дар тактикаи муосири идоракунии беморони гирифтори миомай симптоматикӣ бачадон, табобати чарроҳӣ мавқеи пешсафрро ишғол мекунад. Нишондодҳои барои ҳалли чарроҳии ин патология нишонаҳои мебошанд, ки сифати ҳаёти паст мекунад, андозаи варамҳо дар тӯли зиёда аз 12 ҳафтаи ҳомиладорӣ, зиёд шудани бачадон дар тӯли зиёда аз 4 ҳафтаи ҳомиладорӣ дар давоми 1 сол, афзоиши варамҳо дар давраи баъди менопауза, вайроншавии фаллопияи репродуктивӣ.

Тамоюли кунунии гинекологияи оперативӣ истифодаи усулҳои баландтехнологии минималии инвазивӣ мебошад. Миомэктомия чунин алтернатива ба гистерэктомия аст. Он барои бемороне, ки меҳонаҳои функцияи репродуктивии худро нигоҳ доранд, таъин карда мешавад. Одатан, миомаҳои зерилуобӣ, ки диаметрашон аз 4 то 5 см мебошанд, метавонанд бо роҳи гистероскопӣ хориҷ карда шаванд. Усулҳои лапароскопӣ ва лапаротомӣ низ истифода

мешаванд.

Хулоса. Ҳар як ҳолати табобати миомии бачадон бояд ба таври инфиродӣ муносибат кард. Хангоми интиҳоби усули табобат омилҳо, аз қабилӣ вазнинии нишонаҳо, синну соли бемор, андозаи гирехҳои миоматозӣ ва ҳуди бачадон, нақшаҳои репродуктивӣ, мутабоқати зан ва муносибати ӯ ба усулҳои гуногун ба назар гирифта мешаванд.

Калугина М.Г., Рогова О.А., Евсигнеева И.Н.

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ СТАНДАРТНЫХ ОПЕРАЦИОННЫХ ПРОЦЕДУР В ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Кафедра общего ухода и организации сестринского дела Медицинского института
ФГБОУ ВО «Тамбовский государственный университет имени Г.Р. Державина». Тамбов. Российская Федерация.

Научный руководитель – к.м.н., проф., заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения
ФГБОУ ВО «Тамбовский государственный университет имени Г.Р. Державина» Чернышев А.В.

Цель исследования: анализ практического опыта разработки и внедрения стандартных операционных процедур (далее - СОП) для медицинских сестер в государственных медицинских организациях г.Тамбова.

Материал и методы: проведено анкетирование среди медицинских сестер государственных медицинских организаций для определения исходного уровня знаний о СОПах, готовности к их внедрению и работы с ними.

Результаты исследования: было опрошено 50 медицинских сестер поликлиники и стационара. По результатам нашего опроса 80 % отмечают улучшение качества работы после внедрения СОПов и 85 % отмечают, что работать стало легче с введением СОПов. Процесс освоения занял до 1-го месяца у 80% опрошенных. Наиболее востребованными СОПами по результатам анкетирования стали СОП по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи и по процедурам и манипуляциям – 15% и 14% соответственно, по идентификации личности пациентов 12% и по безопасности среды в медицинской организации также 12%.

Выводы: мониторингирование СОП заключается в систематической оценке степени соблюдения установленных требований, выявлении причин отклонений, внесении при необходимости изменений (уточнений) в содержание СОП, оценке эффективности и последствий внедрения СОП, а также планировании и проведении мероприятий по непрерывному управлению качеством медицинской помощи на основе СОП.

При разработке и внедрении СОПа учитывалась необходимость отразить следующие моменты:

- дать краткую информацию о данной манипуляции;
- дать информацию: кто, когда и где выполняет данную манипуляцию, кто ответственен за качественно выполненное вмешательство, и кто осуществляет контроль;
- перечислить нормативно-правовую и справочную литературу, использованную при написании СОП;
- перечислить все ресурсы, используемые персоналом при выполнении данной процедуры, не забывая указывать необходимое количество расходного материала, его особенности (например, перчатки – стерильные или нестерильные, стерильные ватные шарики – 6 шт. и т.п.);
- обязательно включить в СОП информацию о том, как медсестра должна взаимодействовать с пациентом при выполнении манипуляции (идентификация пациента по двум признакам, объяснение сути и хода манипуляции и т.п.);
- какое количество СОПов вы используете, как долго пришлось их осваивать и насколько изменилось качество вашей работы с их внедрением;
- возникающие в процессе разработки и внедрения проблемы решались созданием коррекционных мероприятий посредством ежемесячного аудита по разработанным чек-листам с целью коллегиального анализа, с учетом обратной связи от коллектива.

Каримов Б.Д., Рахмонов Р.Х., Рачабов Ш.А.

СТРУКТУРА АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель – Шамсов А.Т.

Цель. Провести оценку структуры и распространенности анемиического синдрома среди пациентов терапевтического отделения областной клинической больницы Хатлонской области.

Материалы и методы. В терапевтическом отделении областной клинической больницы Хатлонской области в период 2021 - 2022 гг. нами было проведено ретроспективное исследование 160 историй болезней больных с анемиическим синдромом.

Возраст больных от 15 до 89 лет. Лиц мужского пола – 51, женского – 109.

Всем больным проводили общий анализ крови, полное исследование биохимических тестов (печёночные пробы, HBS-антиген, HCV, креатинин, мочевины, свёртывающую систему крови, сывороточное железо - СЖ, общую железо-связывающую способность сыворотки крови, ферритин сыворотки и скорость клубочковой фильтрации (СКФ), УЗИ органов брюшной полости, эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта. У части больных проведено исследование пунктата костного мозга и компьютерная томография органов брюшной полости

В общем анализе крови определяли количество эритроцитов крови - RBC, (концентрация гемоглобина Hb), средний объем эритроцита MCV, среднее содержание гемоглобина в эритроците MCH, среднюю концентрацию гемоглобина в эритроците MCHC, коэффициент вариации эритроцитов по объему - RDW, количество лейкоцитов крови WBC, количество тромбоцитов крови - PLT; подсчет ретикулоцитов.

Результаты. У всех больных выявили анемический синдром различной степени тяжести и генеза. Общая структура заболеваний с анемическим синдромом выглядит:

1. Железодефицитная анемия – 68 больных. Из них женщин – 221, мужчин – 134.
2. Анемия хронических заболеваний – 66 больных.
3. Аутоиммунные гемолитические анемии (приобретенные) – 64 больных.
4. Мегалобластные анемии (анемии обусловленные дефицитом витамина В12 и фолиевой кислоты) – 66 больных.
5. Гипо- и апластические анемии - 66 больных. 6. Наследственные гемолитические анемии и наследственные энзимопатии (талассемии и дефицит Г6ФДГ - 3 больных. Из них женщин – 2, мужчин – 1.
7. Анемии неясного генеза - 7 больных.

По степени тяжести анемический синдром легкой степени отмечался у 39 больных, средней степени – 73 и тяжелой степени – 48 больных.

Выводы. Таким образом, основную структуру анемических заболеваний в клинике терапевтического профиля составляют больные с ЖДА и АХЗ. По тяжести анемического синдрома наиболее чаще встречается анемия средней степени. Анемический синдром в клинике терапевтического профиля встречается довольно часто.

Каримов Б.Д., Рахмонов Р.Х., Шодрузи Нозим
ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТОКОЛА ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ AIDA У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПРОМИЕЛОЦИТАРНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель – Шамсов А.Т.

Цель. Определить эффективность протокола полихимиотерапии AIDA в индукционной терапии у больных острым промиелоцитарным лейкозом.

Материалы и методы. В гематологическом отделении ГУ Национального медицинского центра «Шифобахш» в период 2017-2022гг. нами было проведено ретроспективное исследование 16 историй болезней больных с первичным острым промиелоцитарным лейкозом (ОПЛ). Давность заболевания в момент индукционной терапии составляла от 10 дней до 2-х месяцев. Возраст больных от 15 до 68 лет. Из них от 15 до 35 лет – 9 больных, 35-68 лет - 7 больных. Лиц мужского пола – 7, женского – 9. Медиана возраста – 27 лет.

Диагноз острый промиелоцитарный лейкоз был выставлен на основании жалоб, анамнеза заболевания, общего анализа крови с подсчетом тромбоцитов, полного исследования биохимических тестов, инструментальных методов исследований (рентгенография органов грудной клетки, УЗИ и КТ органов брюшной полости), аспирационной биопсии и цито – и гистогенетического исследования костного мозга.

В клинической картине превалировал интоксикационный синдром – 11, геморрагический синдром - 9 больных. Гиперпластический синдром не наблюдали.

В гемограмме у всех больных наблюдали различной степени анемический синдром. Уровень эритроцитов в гемограмме колебался в пределах $2,1 \cdot 10^{12}/л$ до $3,6 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин от $29 г/л$ до $100 г/л$. Лейкоцитоз наблюдали у 6 больных (от $14,9 \cdot 10^9/л$ до $113,6 \cdot 10^9/л$), нормальный уровень лейкоцитов - 7, от $4,6 \cdot 10^9/л$ до $9,8 \cdot 10^9/л$, и с лейкопенией - 3 ($0,9 \cdot 10^9/л$ до $3,0 \cdot 10^9/л$), атипичные промиелоциты – у всех больных, гранулоциты – $0,5 - 2,4 \times 10^9/л$. Тромбоциты – $10,0 - 9,0 \times 10^9/л$ (у 4-х больных – ниже $20,0 \times 10^9/л$). При исследовании ликвора патология отсутствовала у всех пациентов. Блестящие клетки в периферической крови встречались у 4 больных.

В миелограмме встретились атипичные промиелоциты, тотальная бластная метаплазия, у 9 больных – на фоне малоклеточности костного мозга, у 7 больных – на фоне гиперклеточности. Цитохимические реакции атипичных клеток на миелопероксидазу и гликоген были положительными в 100% клеток. Блестящие клетки – с большими ядрами, выростами цитоплазмы и обильной зернистостью. Мегакариоцитарный росток у всех больных представлен единичными мегакариоцитами без отшнуровки тромбоцитов.

Всем больным назначен индукционный курс ПХТ по протоколу AIDA: идарубицин $12 мг/м^2$ во 2, 4, 6 и 8-й дни на фоне приема АТРА (транс-ретиноевая кислота), с 1-го по 45-й дни.

Результаты исследования. До начала терапии у 1 больного летальный исход из-за кровоизлияния в головной мозг на фоне тяжелого геморрагического синдрома, вследствие поздней госпитализации и диагностики. В конце индукционной терапии 2 больных скончались от желудочно-кишечного кровотечения и геморрагического инсульта. У 1 больной терапия ОПЛ начата по протоколу AIDA в период беременности на сроке 33 недели. Была достигнута полная ремиссия, родила здорового ребенка.

У остальных 13 больных достигнута полная цитогенетическая ремиссия после 1-го индукционного курса.

Выводы. Наш опыт доказывает, что представленный протокол химиотерапии - AIDA является более эффективным и менее токсичным, чем ранее применяемые протоколы агрессивной химиотерапии ОПЛ, имеет очень высокий лечебный эффект.

Каримова Г.А.
ПОЗИТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ МЕТОДОВ МУЗЫКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ
ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ОБЩИМ НАРУШЕНИЕМ РЕЧИ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. проф. М. Г. Гулямова
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель - старший преподаватель Кодирова З.Д.

Цель исследования. Улучшить навыки общения и коммуникативных способностей детей с задержкой психического развития (ЗПР) и общим нарушением речи (ОНР) методами музыкальной психотерапии.

Материал и методы. Исследование проводилось с детьми возрастной группы 0-7 лет в период с декабря 2021 по декабрь 2022 года в ОКПСР при РУ ПМСР №12. Из 807 обследованных (0-3 года 300-37.17%; 4-7 лет 507-62.83%) диагностирована ЗПР у 176-21.8%, ОНР 2 и 3-й группы у 111-13.75%. В программу коррекционного обучения включили и методы музыкальной терапии: прослушивание, реагирование, релаксация, движения под музыку, рекреационная музыка (импровизации, игры) в сочетании с другими видами экспрессивной терапии.

Результаты исследования. Во время исследования с маленькими пациентами с ЗПР и ОНР в логопедическом детском саду (№151 г. Душанбе) совместно с музыкальным терапевтом занимались логопеды, дефектологи. После использования методов музыкальной терапии у детей с ЗПР и ОНР специалистами оценены результаты: развитие фонематического восприятия, сенсорного интереса, социального реагирования, долговременной памяти; преодоление анозогнозии; уменьшение раздражительности, тревоги, страха; снижение стереотипных движений у 42 из 176 детей с ЗПР (23.86%) и 58 из 111 детей с ОНР (52.25%).

Выводы. Наше исследование показало, что применение различных методов музыкальной терапии при задержке психоречевого развития в детском возрасте помогает укрепить психическое, социальное и физическое здоровье детей.

Каюмов М.Э., Хайдарова Ф.Ф.
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У СТУДЕНТОВ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Научный руководитель – к.м.н., доцент Каримова Г.Н.

Целью нашего исследования явилось изучение риска развития артериальной гипертензии (АГ) у студентов медицинского факультета ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Материал и методы. Было обследовано 80 студентов медицинского факультета ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино в возрасте от 17 до 22 лет. Из них студенты мужского пола - 66 (82,5%), женского пола - 14 (17,5%). Всем студентам измерялся вес (кг) и рост (м), с подсчетом ИМТ; измерение артериального давления (АД). Проводился опрос на наличие у студентов вредных привычек (курение, алкоголь), активность физической культурой, наличие у близких родственников в анамнезе сердечно-сосудистой патологии.

Результаты. Из 80 обследованных студентов медицинского факультета ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино: из них: 1 курса - 21; 2 курса – 12; 3 курса – 47 человек. При опросе выявилось, что у 4 (5%) студентов имеются такие вредные привычки как курение. Среди обследуемых студентов наличие избыточной массы тела (более 25 кг/м²) было выявлено у 8 (10%) студентов. При измерении АД у 14 (17,5%) студентов было высокое нормальное АД (систолическое АД 130-139 мм рт.ст., диастолическое АД 85-89 мм рт.ст.), которые связывали с чрезмерным употреблением соленой пищи. Отягощенный семейный анамнез на наличие у близких родственников АГ отметили 20 (25%) студентов. Снижение физической активности наблюдалось у 10 (12,5%) студентов, которое связано с увеличенной умственной нагрузкой.

Выводы. Таким образом, у студентов медицинского факультета процент риска возникновения АГ высок. Выявлены такие факторы риска развития АГ, как повышение АД до высоких нормальных цифр, гиподинамия, вредные привычки и отягощенный семейный анамнез по наличию сердечно-сосудистой патологии.

Кенджаев С.А.
ВЛИЯНИЕ МЕЛАТОНИНА НА ДИСФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кафедра внутренних болезней №1, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Научный руководитель- к.м.н., доцент Джалилзода С.С.

Цель исследования. Изучить влияние гормона шишковидной железы (эпифиза) - мелатонина на дисфункцию эндотелия у пожилых больных артериальной гипертензией.

Методы исследования. В исследование включено 32 больных артериальной гипертензией в возрасте от 60 до 76 лет. Из них женщин было 21, мужчин 11. У 8 пациентов имела место мягкая и у 24 - умеренная степень артериальной гипертензии (классификация ВОЗ/МОАГ 1999г.). Критериями исключения из исследования были: вторичные формы артериальной гипертензии, пациенты с сердечной недостаточностью II-IV ФК (NYHA). Все больные, включенные в исследование, получали идентичную гипотензивную терапию (ингибиторы АПФ, антагонисты кальция). Мелатонин назначался на фоне получаемых антигипертензивных препаратов в дозе 3 мг в темное время суток (за 1 часа до сна). Сосудодвигательную функцию эндотелия оценивали с помощью ультразвукового аппарата SONOS-4500 (фирма «HewlettPackard», USA) линейным датчиком 5,5-7,5 МГц по методике Celermajer D.S и соавтор. Стимулом, вызывающим зависимость от эндотелия дилатацию периферических артерий, явилась реактивная гиперемия,

создаваемая манжеткой, наложенной на плечевую артерию (ПА) созданием давления на 20 мм. рт. ст. выше систолического. Эндотелийнезависимую реакцию оценивали после приёма 0,5 мг нитроглицерина сублингвально. Нормальной реакцией ПА считалось её расширение на фоне реактивной гиперемии на 10 % и более от исходного диаметра. Дисфункцией эндотелия верифицировалась при расширении сосуда на реактивную гиперемию, меньше чем приём нитратов.

Результаты исследования. До назначения мелатонина исходный диаметр ПА составил в среднем $0,42 \pm 0,0065$ см. После ишемии он увеличился на $0,033 \pm 0,0049$ см., т.е. показатель процента прироста диаметра артерии на эндотелий-зависимый стимул был снижен и составил 7,86%. В ответ на приём нитроглицерина, диаметр ПА достоверно был больше на 12,1% ($p=0.0240$), чем при реактивной гиперемии.

Выводы. Добавление мелатонина в комплексное лечение пожилых больных артериальной гипертонией благоприятно влияет на функциональное состояние эндотелия сосудов.

Кенджаев С.А.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДОМИНИРУЮЩЕГО ПОЛУШАРИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У СТУДЕНТОВ

Кафедра внутренних болезней №1, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Научный руководитель – к.м.н., доцент Джалилзода С.С.

Цель исследования. Определение доминирующего полушария головного мозга у студентов.

Методы исследования. Исследовались 107 студентов 1-го курса Хатлонского государственного медицинского университета, юношей 76(71%) и девушек 31(29%) в возрасте 17-18 лет, с применением теста М.Аннета, и функциональных проб, предложенных В.П. Лаутиным и Е.И. Николаевым. Использование множества проб наглядно демонстрировало превалирование левой или правой стороны тела в каждом конкретном движении, что позволило получить объективные, устойчивые характеристики доминирующего полушария обследуемых. Степень выраженности преобладания устанавливали с помощью коэффициента асимметрии:

$$Ka = \frac{E_{\text{пр}} - E_{\text{лев}}}{\text{общее число тестов}},$$

где $E_{\text{пр}}$ - число проб, выполненных правой рукой, $E_{\text{лев}}$ - число проб, выполненных левой рукой. Виды асимметрии: от -1 до -0.1 левая; от -0.1 до +0.1 амбидекстральная; от +0.1 до 1.0 – правая.

Результаты исследования. В ходе исследования выявлено преобладание студентов с доминированием левого полушария – 84(78,5%) от общего количества, студентов с правополушарным доминированием – 7 (6.5%) и межполушарным равновесием – 16(15%) человек.

Выводы. По итогам проведенного исследования можно сделать вывод, что существующая статистика в примерном процентном соотношении верна и совпадает с мировыми литературными данными. Тип доминирующего полушария может рассматриваться как фактор, обуславливающий специфику протекания высших психофизиологических процессов.

Килибаева А.К., Сандибекова Г.С., Құлым Ж.Б.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ЗА 2018-2022 ГОДЫ НА ПРИМЕРЕ КГП «ПОЛИКЛИНИКИ №3 г.КАРАГАНДЫ»

Кафедра семейной медицины НАО МУК

Научный руководитель – к.м.н., профессор Аbugалиева Т.О.

Цель исследования. Оценить результаты анализа заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения (далее БСК) в КГП «Поликлиника №3 г.Караганды» за период 2018-2022 годы.

Материал и методы. Для исследования были изучены учетно-очетные документации, регистры диспансерных больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в КГП «Поликлиника №3 г.Караганды» УЗКО.

Результаты исследования. Проведен статистический анализ смертности от БСК за 2018-2022 годы в КГП «Поликлиника № 3 г.Караганды» УЗКО. Вычислены общие коэффициенты смертности от БСК путем вычисления отношения числа умерших от БСК к среднегодовой численности населения. По результатам исследования общий коэффициент смертности в 2018 году составил 225,9, в 2019 году 192,6, в 2020 году 193,7, в 2021 году 219,6, и в 2022 году 196,8. Максимальный коэффициент смертности был определен в 2018 году, самый низкий показатель был в 2019 году. Замечается снижение смертности от БСК к 2022 году по сравнению с 2021 годом на 15,7%. Для расчета заболеваемости от сердечно-сосудистых заболеваний были взяты статистические данные за 2018-2022 годы в КГП «Поликлиника №3 г. Караганды» УЗКО. В болезни системы кровообращения вошли следующие нозологии: острая ревматическая лихорадка, хронические ревматические болезни сердца, болезни характеризующиеся повышенным кровяным давлением, ишемическая болезнь сердца, острый инфаркт миокарда, кардиомиопатия, другие нарушения проводимости, пароксизмальная тахикардия, фибрилляция и трепетание предсердий, другие нарушения сердечного ритма, сердечная недостаточность. Был вычислен показатель первичной заболеваемости путем соотношения количества впервые зарегистрированных заболеваний населения за год к среднегодовой численности населения. Так же был рассчитан показатель общей болезненности путем соотношения количества общего числа зарегистрированных заболеваний за год к среднегодовой численности населения. По результатам анализа заболеваемости от БСК показатели первичной заболеваемости составили в 2018 году 3942,3, в 2019 году 4012,0, в 2020 году 3555,0, в 2021 году 2961,3, в 2022 году 3418,1. Показатели общей болезненности сердечно-сосудистыми заболеваниями составили в 2018 году 27173,29, в 2019 году 28336,94, в 2020 году 28331,33, в 2021 году 36336,93, в 2022 году 15375,97.

Максимальный показатель первичной заболеваемости был в 2019 году (4012,0), минимальный в 2021 году (2961,3). По сравнению с 2021 годом в 2022 году отмечается прирост первично заболевших. Хотя показатель общей болезненности в 2022 году самый низкий (15375,97), а в 2021 году напротив был самый высокий показатель общей болезненности.

Выводы. Проведя анализ заболеваемости и смертности, можно прийти к выводам, что смертность населения зависит от заболеваемости населения. Смотря на изменения в представленных данных о заболеваемости и смертности по годам, нельзя исключать возможность связи с экономическими, социальными событиями в Республике Казахстан, а также с изменениями в здравоохранении, в введениях новых программ развития в системе здравоохранения. В результате важно осуществить в полной мере обеспечение широкого охвата населения услугами здравоохранения, развитие профилактической медицины, скрининговых программ по раннему выявлению болезней системы кровообращения, увеличение доли граждан, ведущих здоровый образ жизни приведет к снижению общей и первичной заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Киловатая О.А., Трохина И.Е.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКИ

Кафедра госпитальной терапии ФГБОУ ВО «МГУ им. Н. П. Огарёва». Россия

Научный руководитель – д.м.н., профессор Мосина Л.М.

Цель исследования. Провести анализ заболеваемости воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) у амбулаторных пациентов.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 40 амбулаторных карт пациентов с диагнозом ВЗК, обратившихся за амбулаторной помощью к врачу-гастроэнтерологу в Медико-реабилитационный центр «Вита-Мед» города Саранск в период с февраля по ноябрь 2022 г. Язвенный колит (ЯК) диагностирован у 24 (60%) человек, болезнь Крона (БК) – у 16 (40%) человек. Распределение по полу выглядело следующим образом: женщин – 21 (52,5%), мужчин – 19 (47,5%). Возрастной диапазон обследованных пациентов составил от 20 до 70 лет. Средний возраст больных – 44,1±2,4 года: для женщин – 44,0±3,1 года, для мужчин – 44,2±3,9 года.

В анализ включены следующие данные: пол, возраст на момент появления первых признаков заболевания, характер предъявляемых жалоб. Так же учитывались особенности клинической картины, наличие или отсутствие осложнений. Оценены данные фиброколоноскопии, эзофагогастродуоденоскопии, гистологического исследования биоптата.

Результаты исследования. В группе пациентов с ЯК отмечено преобладание женщин, а среди больных БК – мужчин. Распределение по полу было следующим: для пациентов страдающих БК – 6 женщин и 10 мужчин, для больных ЯК – 15 женщин и 9 мужчин. Возраст пациентов с БК, в среднем, на момент обращения составил 43,5±4,5 лет, ЯК – 44,5±2,8 лет.

Возраст пациентов на момент появления первых признаков заболевания, характерных для ВЗК, составил 38,5±2,5 лет. Возрастные группы были представлены следующим образом: в возрасте 15-30 лет – 14 (35%), 31-45 – 13 (32,5%), 46-70 – 13 (32,5%).

Боли в животе в дебюте ВЗК отмечались у 12 из 16 (75%) больных БК и у 5 из 24 (21%) пациентов с ЯК. Диарея, как первое проявление ВЗК у больных язвенным колитом, встречалась значительно чаще, чем при болезни Крона (в 14 из 24 случаев (58%) и 4 из 16 (25%) случаев соответственно). Наличие крови в стуле (гематохезия) наблюдалось у 15 из 24 пациентов с ЯК (62,5%) и у 3 из 16 больных (19%) БК. Точный диагноз в дебюте заболевания после дополнительного обследования был выставлен 16 пациентам (40%). В остальных случаях ВЗК развивались под маской других патологий, что привело к увеличению времени диагностики.

Фиброколоноскопия при первом обращении к врачу была проведена только 12 больным язвенным колитом (50%) и 9 пациентам с болезнью Крона (56%). Во всех случаях она позволила заподозрить, а потом и подтвердить наличие ВЗК после гистологического исследования биоптатов. На момент обращения за амбулаторной помощью колоноскопия проведена всем 40 пациентам. Подтипы ВЗК по распространенности процесса распределены следующим образом: у пациентов с БК: илеит – 25%, илеоколит – 56%, колит – 19%; у пациентов с ЯК: дистальный – 8%, левосторонний – 21%, субтотальный – 17%, тотальный – 54%. Осложнения развились у 25 (62,5%) пациентов, из них 17 (68%) составили больные с ЯК.

Выводы. Клинические симптомы воспалительных заболеваний кишечника развиваются, в среднем, в возрасте 38,5 лет. Тотальный ЯК является наиболее распространенным, при БК патологический процесс в основном локализуется в подвздошной и толстой кишке. Для клинической картины болезни Крона в первую очередь характерны боли в животе, в то время как для язвенного колита более свойственны диарея и гематохезия.

Клеблеева Г.Д.

РОЛЬ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ, ПОСЛЕ ПЕРЕНОСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Кафедра кожных и венерических болезней СамГМУ. Самарканд.

Научный руководитель- д.м.н., доцент Ташкенбаева У.А.

Цель исследования. Оптимизация лечения у больных с дерматологическими проявлениями, перенесших коронавирусную инфекцию, посредством выявления особенностей их микроэлементных изменений.

Материал и методы. Для изучения роли микроэлементов (МЭ) у больных с дерматологическими проявлениями,

нами были выявлены и изучены дерматологические проявления после перенесенной коронавирусной инфекции у 108 больных, которые проходили диагностику и лечение в условиях Самаркандского областного кожно-венерологического диспансера с июня 2020 по июль 2021 года. Мы проводили спектрометрический анализ волос с целью определения изменений микроэлементного статуса организма, возможно повлекших за собой дерматологические проявления. Для анализа использовали образцы волос больных. Забор волос осуществлялся с затылочной области головы, от корней длиной до 3 см массой 150-200 мг. Забранные волосы помещались в вакутейнер, которые маркировали с указанием данных пациента, а также даты забора.

Результаты исследования. У больных с дерматологическими проявлениями перенесших коронавирусную инфекцию наблюдалось достоверное повышение уровня кальция, натрия и хлора ($P<0,001$) соответственно. Наибольшее их значение наблюдалось у больных с крапивницей. У больных с выпадением волос наблюдалось достоверное снижение уровня железа, цинка ($P<0,001$), а также меди и хрома и селена ($P<0,05$) соответственно. Такие же изменения наблюдались при акродерматитах, папуло-везикулярных высыпаниях и герпетических высыпаниях, причем при последних также наблюдался дефицит йода до $1,1\pm 0,2$ мкг ($P<0,05$) соответственно.

Выводы. МЭ играют важную роль в иммунной системе и могут оказать положительное влияние на исход лечения дерматологических проявлений после перенесенной коронавирусной инфекции. В нашем исследовании показатели эссенциальных МЭ, таких, как цинк, селен, кобальт были достоверно выше у больных с папуло-везикулярными проявлениями и у больных с крапивницей, в отличие от больных с выпадением волос и акродерматитом, где отмечается выраженный дефицит данных МЭ.

Князев И.С.

ЛОКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОАРТРИТА

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель - к.м.н. Махмудов Х.Р.

Цель исследования. Оценить эффективность локальной терапии препаратом АМБЕНЕ БИО у пациентов с посттравматическим остеоартритом тазобедренных суставов.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 28 пациентов с посттравматическим остеоартритом коленного сустава: 18 пациентов (все пациенты мужчины) имели спортивные травмы : на момент осмотра- II ст остеоартрита (OA) по Kellgren у 4 пациентов, III ст OA по Kellgren у 14 пациентов. 10 пациентки (4 женщины и 6 мужчин) имели бытовые/производственные травмы. 3 пациента - II ст остеоартрита (OA) по Kellgren. 7 пациентов- III ст остеоартрита (OA) по Kellgren. Посттравматический анамнез подтвержден данными медицинской документации. Срок давности травмы: $2,5\pm 1,7$ лет. Средний возраст пациентов - $42\pm 4,4$ лет. Пациентам проведен курс, состоящий из 3 внутрисуставных инъекций препарата АМБЕНЕ БИО в объеме 4 мл с интервалом в 5-7 дней между ними под УЗИ навигацией. Оценка эффективности терапии производилась с применением индекса WOMAC (боль и функциональность), до начала терапии и через 4 недели после завершения курса внутрисуставных инъекций.

Результаты исследования. На фоне проведения локальной терапии у пациентов с посттравматическим остеоартритом тазобедренных суставов, имело место снижение по индексу WOMAC (боль при движении) на 57% от исходного уровня и по индексу Womac (боль при покое) на 75% от исходного уровня.

Вывод. Внутрисуставное введение препарата АМБЕНЕ БИО курсом 3 внутрисуставных инъекции в объеме 4 мл с интервалом в 7 дней у пациентов с посттравматическим артритом тазобедренного сустава способствует уменьшению выраженности болевого синдрома по индексу Womac как при движении так и в покое и увеличению двигательной функции сустава.

Кобилова С. Б.

КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ КЕЛОИДНЫМИ РУБЦАМИ

Кафедра дерматовенерологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель – ст. преподаватель кафедры, к.м.н. Валиева М. С.

Целью проведенного исследования являлось выявление сопутствующей патологии среди больных с келоидными рубцами.

Материал и методы исследования. Были обследованы 40 пациентов, обратившихся в ГУ ГКБ КБ с жалобами на наличие келоидных рубцов в возрасте 15-25 лет. Лиц женского пола было 27 человек, мужского - 13. Давность заболевания в среднем составляла 3 года. Больше всего пациентов (80%) было с посттравматическими и послеоперационными келоидными рубцами. Всем больным были произведены общеклинические методы исследования, определены уровни различных гормонов в сыворотке крови, проведены консультации специалистов узкого профиля. Сопутствующая патология определялась после обследования соответствующими специалистами на основании жалоб пациентов и имеющейся клиники.

Полученные результаты. Все пациенты с келоидными рубцами предъявляли жалобы на косметический дефект кожи; у 37 (92,5%) больных отмечалась боль различной интенсивности и парестезии; у 3 (7,5%) пациентов наблюдался периодический зуд в области рубца. 33 (82,5%) человека предъявляли жалобы на головные боли и головокружения; 26 (65%) – на гипергидроз; 9 (22,5%) – на сухость кожных покровов. У 23 (85,1%) обследованных девушек отмечались нарушения менструального цикла. Ожирение I степени выявлено у 12 (30%) больных, II – у 5 (12,5%). У остальных пациентов индекс массы тела был в пределах нормальных значений.

Изучение клинической картины обследованных показало, что у большинства больных (85%) келоидные рубцы располагались на закрытых участках тел (в области передней поверхности грудной клетки, на ягодицах, плечах, на

животе). У 6-ти пациентов келоид располагался на передней поверхности шеи, у 3-х – на лице, у 2-х – на мочке уха. При осмотре кожных покровов, у 35 (87,5%) обследованных наблюдалась угревая болезнь различной степени тяжести. У 28 (70%) девушек отмечались явления гирсутизма. У 38 (95%) больных наблюдались стрии на различных участках кожи: на бедрах и по задней поверхности голени у 14-х (35%), на спине у 11 (27,5%), у 8 (20%) – в области молочных желез, у 7 (17,5%) – в подмышечных впадинах.

Обследование у специалистов узкого профиля выявило признаки гипоталамического синдрома у 21 (52,5%) обследованных пациентов, эндемический зоб различной степени тяжести – у 26 (65%). У 15 (37,5%) девушек диагностированы поликистозные изменения яичников. При изучении гормонального фона у 67,5% лиц женского пола отмечалось повышение уровня лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и пролактина (ПРЛ). У 10 (25%) девушек с поликистозом яичников отмечалось повышение уровня эстрадиола и снижение уровня прогестерона. У 9 (22,5%) обследованных лиц мужского пола отмечалось увеличение секреции пролактина. Нарушения функции щитовидной железы отмечалось у 19 (47,5%) человек из всех обследованных пациентов и проявлялось в повышении среднего уровня тиреотропного гормона (ТТГ) и снижении уровня трийодтиронина (Т3) и тироксина (Т4).

Вывод. Келоидные рубцы кожи формируются у лиц с определенной сопутствующей патологией: вегетососудистыми дисфункциями, гиперандрогенными состояниями и нарушениями гипоталамо-гипофизарных функций.

Кобилова Н.Ф.¹, Розиков У.И.¹, Бобоходжаев Ф.О.²

ВЫЯВЛЕНИЕ ИНФИЦИРОВАННОСТИ MICOBACTERIUM TUBERCULOSIS СРЕДИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ И НЕ МЕДИКОВ

¹Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино,

²ГУ «Национальный центр туберкулеза, пульмонологии и торакальной хирургии». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Сироджидинова У.Ю.

Цель исследования. Совершенствование раннего выявления инфицированности *M. tuberculosis* и латентной туберкулезной инфекции (ЛТБИ) у студентов, как медицинских, так и немедицинских учебных заведений путем проведения туберкулинодиагностики.

Материалы и методы. Нами анализированы результаты туберкулинодиагностики 150 студентов медицинского факультета ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино при прохождении цикла на кафедре фтизиопульмонологии. Группу сравнения составили 150 студентов факультета иностранных языков Российско-Таджикского (Славянского) университета (РТСУ), которым также была проведена туберкулинодиагностика и клинко-рентгенологическое обследование для исключения активной формы туберкулеза.

Результаты исследования. Из 150 студентов РТСУ при проведении пробы Манту было выявлено 5 положительных случаев (7,5%). Среди студентов ТГМУ было также выявлено 5 случаев (7,5%) положительных проб Манту. Все 10 студентов с положительными результатами туберкулинодиагностики были обследованы на предмет исключения активной формы туберкулеза. Дополнительное клинко-рентгенологическое обследование позволило исключить активную форму туберкулеза.

Выводы. Туберкулинодиагностика при массовом проведении помогает своевременно выявить случаи ЛТБИ и впоследствии исключить или подтвердить диагноз активной формы туберкулеза. В нашем исследовании, ЛТБИ была выявлена среди студентов-медиков среди студентов не медиков одинаковая – в 7,5% случаев. Следует принять во внимание, что это предварительные результаты, основанные на данных обследования 300 студентов, которые в настоящее время уточняются дополнительными обследованиями студентов.

Турсунова С.Б., Кодирова Ё.Н., Пирматова М.А.

ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕФРОЛИТИАЗА С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ниязова Н.Ф.

Цель исследования. Оценить взаимосвязь нефролитиаза с первичным гиперпаратиреозом.

Материалы и методы исследования. За последний год мы провели ретроспективный анализ старталов 416 пациентов, обратившихся в отделение нефрологии медицинского центра «Шифобахш». У пациентов учитывались следующие критерии: наличие рецидива заболевания, адрес проживания, с учетом состава употребляемой питьевой воды в этой области, а также очаг расположения камней. Пациентов разделили на группы по возрасту согласно стандартам классификации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Дети-подростки в возрасте 0-17 лет, молодой возраст 18-44 лет, средний возраст 45-59 лет, пожилой возраст 60-74 лет. В процессе изучения старталов также был проведен ретроспективный анализ 16 историй болезни с диагнозом нефролитиаза. Диагноз был поставлен на основании биохимического анализа крови и ультразвукового исследования мочеполовой системы.

Результат исследования. Соотношение женщин и мужчин составило 1:1, 50% (8) мужчин и 50% (8) женщин. Период болезни составлял от 8 месяцев до 19 лет.

Среди всех обследованных пациентов, по данным биохимии крови, было выявлено, что у 5 пациентов был повышенный уровень сахара крови более 6,1 ммоль/л, что свидетельствует о наличии сахарного диабета. У одного пациента был высокий уровень билирубина крови, что может означать нарушение оттока желчи по желчевыводящим путям. Также у этого пациента был высокий уровень кальция крови, что может свидетельствовать о наличии первичного гиперпаратиреоза. Показатели креатинина и мочевины крови были высокими у 43,8% (7) пациентов.

Также, у этих пациентов при ультразвуковом исследовании почек были выявлены камни размером от 0,4 см до 4,5 см.

По анализу старталонгов было выявлено, что распространенность нефролитиаза среди мужчин больше, чем у женщин, а рецидив болезни у этих пациентов составил 17,3% (72). Среди них подростки составили 4,1% (17), молодой возраст 56,2% (234), средний возраст 24,5% (102) и пожилой возраст 14,2% (64). Больше всего нефролитиаза было выявлено в Хатлонской области.

Изучая санитарно-химические показатели питьевых вод в Республике Таджикистан, мы выявили, что в подземных водоисточниках кальций, сульфаты, хлориды и жесткость воды выше, чем в поверхностных водоисточниках. Также было выявлено, что в пределах юго-западного Таджикистана в межгорных впадинах, на глубине 10-100 м преимущественно развиты солоноватые и солёные воды сульфатного и хлоридного состава. Это можно связать с причиной распространенности нефролитиаза среди жителей Хатлонской области.

Вывод. Результаты данного ретроспективного анализа истории болезни демонстрируют сложности диагностики взаимосвязи нефролитиаза с ПГПТ, так как определение уровня кальция-фосфорного обмена в крови не входит в рутинную практику. Связываясь с этим, внедрение скрининговой программы по исследованию кальция могло бы изменить ситуацию к лучшему в плане ранней диагностики нарушения кальция-фосфорного обмена, в том числе первичного гиперпаратиреоза, и стало бы важным шагом к решению данной проблемы.

Кодирова Н.М., Хаитов С.А., Ашурова Ф.Л.

ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ходжиева Г. Б.

Цель исследования. Изучить поражение почек у больных с острым лимфобластным лейкозом.

Материалы и методы исследования. В исследовании были выявлены 79 больных с острым лимфобластным лейкозом, находившихся на обследовании и лечении в гематологическом отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» за период с января 2019 года по декабрь 2019 года. Возраст больных составил от 16 до 82 лет. Медиана составила 38 лет. Мужчин было 43, женщин 36. Больные наблюдались в динамике. Диагноз острый лимфобластный лейкоз был выставлен на основании жалоб, физикального осмотра, лабораторных исследований крови и мочи, УЗИ органов брюшной полости, почек, морфологического исследования пунктата костного мозга, с цитохимическими исследованиями креатинина, мочевины и сыворотки крови.

Результаты исследования. Все больные были разделены на группы согласно этапу терапии: первично поступившие больные - до начала полихимиотерапии, этап интенсивной полихимиотерапии, этап поддерживающей химиотерапии и этап после окончания полихимиотерапии — период ремиссии. На этапе до начала полихимиотерапии обследованы 24 больных от 16 до 73 лет (средний возраст 41). На этапе интенсивной полихимиотерапии наблюдалось 20 больных от 16 до 73 лет (средний возраст 41). На этапе поддерживающей химиотерапии обследованы 16 больных в возрасте от 21 до 66 (средний возраст 38), на этапе ремиссии обследовано 7 больных от 16 до 60 лет (средний возраст 32). У 12 больных от 18 до 49 лет (средний возраст 33 года) наблюдался рецидив. До проведения полихимиотерапии у одного больного на фоне хронического пиелонефрита и мочекаменной болезни возникла лейкозная инфильтрация внутренних органов (легких, почек), появился двухсторонний гидронефроз, двухсторонний гидроторакс, полисерозит, мочевина крови повысилась до 17,5 ммоль/л, креатинин до 358 ммоль/л, возникла хроническая почечная недостаточность. На этапе поддерживающей полихимиотерапии, в результате полиорганной недостаточности у одного больного наступил летальный исход. У 15 больных был хронический пиелонефрит вне обострения. На этапе интенсивной полихимиотерапии были обострения хронического пиелонефрита у 10 больных. Повышение почечного давления у 6 больных.

Вывод. На всех этапах полихимиотерапии у больных с острым лимфобластным лейкозом необходимо наблюдение за мочевыделительной системой, своевременное проведение нефропротекции.

Койтасбаева К.А.

ПРОЦЕСС ВДЫХАНИЯ САХАРОВ ДРОЖЖАМИ, КАК ИСТОЧНИК РАЗВИТИЯ РАЗНОГО ВИДА ПАТОГЕННЫХ СРЕД.

Школа сестринского образования НАО «Медицинский университет Караганды». Караганда.

Научный руководитель – м.е.н., преподаватель ТиПО, Резина Д.К.

Цель исследования. Определить при использовании какого сахара, будет наблюдаться максимальный рост дрожжей.

Материалы и методы. Компьютер. Компьютерный интерфейс Vernier Logger Pro. Датчик газа CO₂. «Магнитная мешалка». 250-мл дыхательная камера. 5% раствор глюкозы, сахарозы, фруктозы, лактозы. 600-мл стакан (для водяной бани). Пипетки. Горячая и холодная вода. Термометр. Четыре пробирки 10 на 100мл. Дрожжевая суспензия.

Приготовили дрожжевую суспензию, с помощью «магнитной мешалки». В 4-х пробирках приготовили растворы с разными сахарами. Налили по 2мл раствора: глюкозы в пробирку G, сахарозы в пробирку S, фруктозы в пробирку F, лактозы в пробирку L, дистиллированной воды в пробирку W (контроль). Поместили в каждую пробирку по 1мл. дрожжевой суспензии. Поместили пять пробирок на водяную баню. Прогрели пробирки в течение 10 минут. С помощью датчика CO₂ измеряли его концентрацию в течение 4 минут. Определяли частоту дыхания. Данные манипуляции проводили с другими пробирками. Опыт повторяли 10 раз. Вычисляли средние показатели скорости дыхания.

Результаты исследования. При измерении концентрации CO₂ в пробирках с дрожжами средний показатель дыхания по интенсивности распределился следующим образом: 1 место-F (фруктоза, фруктовый сахар); 2 место-S (сахароза, столовый сахар); 3 место-G (глюкоза, сахар крови); 4 место-L (лактоза, молочный сахар); 5 место-W (контрольная проба, дистиллированная вода).

В качестве питательной среды для дрожжей, фруктоза показала себя как наиболее благоприятная; интенсивность дыхания дрожжей в среде (F) максимальная, а значит и питания культуры дрожжей в данной среде была наиболее благоприятной и составила максимальный показатель скорости дыхания - 10012 (ppm/мин) в течение 40с контрольного времени; данный показатель может поставить под сомнение пользу употребления фруктозы человеком в качестве заменителя столового сахара (глюкозы); именно фруктоза наиболее благоприятная среда для развития дрожжей, а значит и других культур, которые могут попасть в организм человека и дать негативную реакцию.

Выводы. В течение эволюционного развития все живые организмы на Земле научились сбалансировано употреблять и метаболически использовать разные виды сахаров для своей жизнедеятельности. Используя новейшие технологии, человек научился получать разные виды сахаров как самостоятельные вещества и активно использовать их в разных отраслях промышленности. Фруктозу, как самостоятельное вещество можно приобрести в аптеке, и рекомендуется она для замены столового сахара, но именно питательная среда - F показала максимальную скорость развития дрожжевой культуры. Стоит задуматься о ее истинной безопасности для нашего организма (в случае чрезмерного употребления). Экспериментальная часть исследования выявила, что для дрожжевой культуры все виды исследуемых сахаров являются благоприятной средой развития, но максимальный рост культуры был именно в среде с фруктозой. Злоупотребление сладким может привести, к разным видам расстройств внутренней среды организма, нарушению естественной «биофлоры» и последующую потерю здоровья.

Комилова Г.А., Асоева М.М., Тоджиддинов Т.Б.

НЕЙРОВИЗУАЛИЗИРУЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. Г.Гулямова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - Асоев М. М.

Цель исследования. Изучение частоты и характера структурных изменений головного мозга при перинатальных поражениях центральной нервной системы (ЦНС) у новорожденных и детей раннего возраста с помощью проведения компьютерной томографии (КТ).

Материалы и методы исследования. Проанализированы истории болезни 110 детей с гипоксически-ишемической энцефалопатией (80 с судорогами и 30 без судорог), которые поступили в отделение патологии новорожденных (ОПН) и отделение интенсивной терапии на базе Национального медицинского центра Республики Таджикистан (Шифобахш) г. Душанбе. Среди них: 70 (63,64 %) мальчиков и 40 (36,36 %) девочек. Компьютерная томография (КТ) головного мозга была выполнена по стандартной методике.

Результаты исследования. При изучении состояния здоровья матерей детей с перинатальным поражением ЦНС выяснилось, что различная экстрагенитальная патология отмечалась у матерей детей с судорогами в 72 (90%) случаях и в контрольной группе без судорог в 20 (66,7%) случаях. С возрастанием их количества учащались и резистентные судороги, и изменения головного мозга на УЗИ, и КТ головного мозга. Оценка состояния здоровья детей производилась по шкале Апгар на первой и пятой минуте. УЗИ головного мозга было сделано 85 детям. КТ головного мозга была выполнена по стандартной методике с помощью аппарата Somatom AR фирмы Siemens. Патологические изменения на КТ. Самой частой находкой стало снижение плотности вещества мозга у 78 детей. У новорожденных в зависимости от преимущественного поражения тех или иных структур мозга выделяют: перивентрикулярную лейкомаляцию, субкортикальную лейкомаляцию, фокальные или диффузные ишемические поражения вещества мозга, селективные некрозы базальных ядер и зрительных бугров, парасагиттальный ишемический некроз, селективные некрозы нервных клеток третьего желудочка. В 12 случаях были обнаружены кистозные изменения головного мозга, чаще встречалось кистозное перерождение нескольких долей, которое явилось результатом лейкомаляции, и в некоторых участках как результат эволюции кровоизлияния.

Выводы. Распространенность повреждения головного мозга в большей степени ишемического характера зависит в основном от длительности гипоксии и воздействия нескольких неблагоприятных факторов риска в антенатальном периоде. Установлена высокая информативность метода КТ при диагностике перинатальных поражений мозга у детей, позволяющая определить топiku, характер и степень повреждения головного мозга.

Косарева Т.С., Глазырина Н.Н.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом сестринского дела ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России

Научный руководитель: д.м.н, профессор Хохлачева Н.А.

Цель. Определение степени сопряженности изменений показателей функционального состояния печени у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

Материал и методы. Обследовано 46 пациентов с НАЖБП на стадии стеатогепатоза, среди них 31 женщина и 15 мужчин в возрасте от 20 до 60 лет. В верификации диагноза использованы анамнез, объективные данные,

результаты ультразвукового исследования (УЗИ) печени, уровня ферментов крови (аланинаминотрансферазы–АЛТ, аспаргатаминотрансферазы-АСТ, гамма-глутамилтранспептидазы - γ -ГТФА) и общего билирубина (ОБ), определяемые биохимическим методом. Контрольную группу составили 15 практически здоровых лиц в возрасте от 20 до 50 лет.

Функциональное состояние печени изучались с помощью динамической гепатобилисцинтиграфии (ДГБС) с радиофармпрепаратом (РФП) Тс-99m Бромезида при помощи однофотонной эмиссионной компьютерной томографии Symbia T2 фирмы Siemens. Поглотительная функция печени оценивалась по времени максимального накопления РФП в печени (Tmax), экскреторная функция печени - по времени полувыведения РФП печеночными полигональными клетками (T1/2 печени).

Результаты исследований. При УЗИ печени в 100% выявлены признаки стеатогепатоза, такие как неоднородность структуры печени, снижение ее плотности и звукопроводимости, повышение эхогенности, ухудшение визуализации сосудистого рисунка (ветвей портальной и печеночной вен).

Выявлено статистически значимое повышение биохимических маркеров функции печени. Уровень ОБ составил $15,3 \pm 0,92$ мкмоль/л, $p=0,001$ (при контроле $9,83 \pm 0,56$ мкмоль/л), АЛТ - $41,05 \pm 2,94$ ед, $p=0,001$ (при контроле $16,45 \pm 1,23$ ед), АСТ - $35,00 \pm 3,76$ ед, $p=0,001$ (при контроле $21,02 \pm 0,86$ ед), γ -ГТФА - $48,21 \pm 8,54$ ед, $p=0,001$ (при контроле $22,48 \pm 0,76$ ед).

По данным ДГБС в 80,4% случаев наблюдалось статистически значимое повышение Tmax - $21,08 \pm 0,63$ мин, $p=0,028$ (при контроле $11,55 \pm 0,19$ мин), в 84,7% - повышение T1/2 печени - $38,3 \pm 0,26$ мин, $p=0,012$ (при контроле $15,42 \pm 0,18$ мин).

Установлена достоверная прямая зависимость между показателями поглотительно-экскреторной функции печени и биохимическими маркерами функции печени. Между АСТ и Tmax $r=0,45$, $p=0,031$, АСТ и T1/2 $r=0,41$, $p=0,045$, АЛТ и Tmax $r=0,34$, $p=0,04$, АЛТ и T1/2 $r=0,56$, $p=0,01$, γ -ГТФА и Tmax $r=0,39$, $p=0,042$, γ -ГТФА и T1/2 $r=0,44$, $p=0,039$, ОБ и Tmax $r=0,32$, $p=0,041$, ОБ и T1/2 $r=0,22$, $p=0,036$.

Выводы. Комплексные исследования показателей поглотительно-экскреторной функции печени с одной стороны и биохимических маркеров функции печени с другой позволили выявить новые патофизиологические закономерности, которые необходимо учитывать при проведении лечебно-профилактических мероприятий НАЖБП.

Куватова Г.Х., Насимова С.К., Муминова С.Х.

ПОРАЖЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ОСТРОМ МИЕЛОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ходжиева Г.

Цель исследования. Определить поражение органов желудочно-кишечного тракта при остром миелобластном лейкозе.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 30 больных лечившихся на стационарном лечении в гематологическом отделении ГУ НМИЦ РТ города Душанбе с диагнозом острый миелобластный лейкоз. В течение года всем больным были проведены клинические и лабораторные методы исследования: развернутый и общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов, печеночные пробы, биохимия крови, стерильная пункция с цитохимическим исследованием, гастроскопия, общий анализ мочи, ЭКГ, УЗИ исследование внутренних органов.

Результаты и их обсуждение. Возраст больных с ОМЛ составил 17-67 лет, медиана возраста 42 года. Мужчин оказалось - 19, женщин – 11. Чаще болели мужчины молодого возраста. От общего количества больных (30 больных) у 23 больных встречались изменения со стороны желудочно-кишечного тракта. При определении группы крови оказалось, что больные с I(0) группой крови - 12 человек, со II(A) группой крови - 6 человек, с III(B) группой крови - 12 человек, с IV(AB) группой крови никого не оказалось.

Из 30 впервые поступивших больных 19 больных поступили повторно, для принятия курсов полихимиотерапии, 6 больных отказались от лечения.

Поражение желудочно-кишечного тракта у больных с ОМЛ наблюдалось у 23 больных: в виде гастритов у 7 больных, эрозивного гастрита у 3 больных, холецистита у 5 больных, панкреатита у 6 больных, вирусного гепатита В у 2 больных.

После проведения полихимиотерапии гастриты встречались у 16 больных (69,5%), холециститы у 6 больных (26,0%), панкреатиты у 10 больных (43,4%), токсические гепатиты у 5 больных (21,7%), стеатоз печени у 3 больных (13,0%).

Вывод. Данное исследование свидетельствует, что при острых лейкозах встречается поражение органов желудочно-кишечного тракта, как на фоне основного заболевания, так и на фоне полихимиотерапии данного заболевания, что необходимо учитывать при проведении сопроводительной терапии.

Курбонов А.И., Киматов С.Р., Одинаев Ч.Т.

НЕЙРОПСИХИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ МОНОНАРКОЗА КЕТАМИНА У ДЕТЕЙ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н. Давлатзода Б.Х.

Цель. Изучение нейропсихического влияния кетамина у детей во время и после наркоза.

Материал и методы исследования. Нами были проанализированы 20 случаев проведения операции под однокомпонентной кетаминовой анестезией детям, которые поступили в отделение детской анестезиологии и

реанимации Государственного учреждения Национального медицинского центра «Шифобахш» Республики Таджикистан. Возраст пациентов составлял от 3,5 до 10 лет. Независимо от пути введения, внутримышечным (6 мг/кг) или внутривенно (3 мг/кг), проведена анестезия у 8 (40%) детей без применения препаратов группы транквилизаторов (седуксен, диазепам и др.), у 12 (60%) детей анестезия проведена с применением препаратов группы транквилизаторов в дозе 0,3-0,4 мг/кг.

Результаты исследования и их обсуждения. При проведении однокомпонентной кетаминовой анестезии независимо от пути введения, без применения транквилизаторов у всех больных во время наркоза отмечалось нейropsychическое осложнение.

Больным (n=8), которым была проведена анестезия под внутримышечным обезболиванием в дозе 8 мг/кг без проведения премедикации в зависимости от времени через 2 минуты отмечался нистагм, тремор и мышечный гипертонус, а через 8 минут тахикардия.

У больных (n=12), которым была проведена премедикация с использованием препаратов группы транквилизаторов до начала внутривенной анестезии не отмечалось нейropsychического осложнения в виде тремора, нистагма и мышечного гипертонуса, но наблюдалась тахикардия через 2 минуты после введения кетамина.

Учитывая, что кетаминовая анестезия сопровождается активацией лимбических структур головного мозга, вплоть до возникновения генерализованной судорожной активности, нам кажется целесообразным применять транквилизатор седуксен (0,3-0,4 мг/кг), обладающий противосудорожным действием и устраняющий побочные эффекты кетамина.

В момент пробуждения из общего количества больных, которые не получили премедикацию, у 80% (n=6) больных наблюдалось состояние легкой оглушенности, в единичных случаях – спутанность сознания и делириозное состояние. Через 5 часов и более после кетаминового наркоза у 50% (n=4) детей появлялся бред, у 25% (n=2) – некоторые проприоцептивные расстройства. К исходу суток нейropsychическое изменение у всех детей возвращалось в норму.

Выводы. На основании полученных результатов можно сделать вывод, что независимо от пути введения анестетика кетамина отмечается нейropsychическое осложнение. Прогноз однокомпонентной кетаминовой анестезии у детей с использованием транквилизаторов можно предотвратить эти осложнения.

Курбонова М.Б., Асилова Н.Г., Саидов П.А.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИРОВАНИЯ ПУЧКОВОЙ (КЛАСТЕРНОЙ) ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Ганиева М.Т.

Цель исследования. Изучить проблемы диагностирования кластерной головной боли (КГБ).

Материалы и методы. Исследование велось на базе кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. проф. М.Г. Гулямова, в НМЦ РТ "Шифобахш". Выполнен анализ 16 проходивших терапию пациентов с КГБ.

Результаты исследования. Изучаемую группу составляли мужчины (56,2%) и женщины (43,7%). Начало заболевания охватывало средний возраст - 29 и возраст установления диагноза - 37 лет. До постановления правильного диагноза 43,4% пациентов проходили лечение у ЛОР-врача, 27,9% у стоматолога, 17,9% - окулиста, реже у нейрохирургов, мануальных терапевтов, вертебрологов. трое пациентов были проконсультированы психиатром. В 17,8% случаях было назначено КТ околоносовых пазух. У 65% пациентов больных было проведено МРТ головного мозга. Менее часто назначалось УЗДГ, ЭЭГ, рентгенография черепа и шейного отдела позвоночника. Правильный диагноз установлен в медицинском центре у 70% пациентов. Среди не точных диагнозов встречаются случаи мигрени (32,4%), гайморит (20,1%), невралгия тройничного нерва (19,9 %). Менее редко - дисциркуляторная энцефалопатия, (4,6%), шейный остеохондроз (4,5%), невралгия лицевого нерва (2%). Кроме присущих клинических характеристик заболевания у группы исследуемых пациентов были отмечены и нестандартные симптомы свойственные мигрени (фотофобия - 56,5%, фонофобия - 42,7%, рвота - 24,4%). Наблюдалось характерность сезонности приступов, чаще в весенний (32,4%), и осенние (43,7%) периоды.

Выводы. Учитывая вероятность аналогичности КГБ с другими заболеваниями со схожей симптоматикой, необходимо придерживаться существующих клинических особенностей. В большинстве случаев не устанавливается правильный диагноз. Ученые пришли к мнению, чтобы постановка диагноза была точна при первой консультации, необходимо четкое следование критериям МКБ.

Курбонова М.Б., Толибова Л.Н., Давлатмирова Г.Ш.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЕ ПОЗИЦИОННОЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ В КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., Ганиева М.Т.

Цель исследования. Проанализировать корреляцию клинических и психологических проявлений при первых и повторных случаях доброкачественного позиционного пароксизмального головокружения (ДППГ).

Материалы и методы. В исследовании участвовали 11 пациентов с ДППГ. Пациенты были разделены на 2 когорты: 1-я группа - впервые возникшее ДППГ (n=8); 2-я группа - повторное ДППГ (n=3). Достоверным признаком

являлся схожий эпизод головокружения, установленным врачом, как ДППГ при проведении позиционных тестов. Длительность состояния у пациентов с впервые возникшим приступом составлял $26,6 \pm 19,0$ дня, во второй группе - $20,0 \pm 13,0$ дня. Количество достоверных ДППГ в анамнезе во 2-ой группе было в среднем 1,4 (один приступ ДППГ в анамнезе у одного человека, два - у двоих). Были использованы шкалы: шкала оценки головокружения (DizzinessHandicapInventory, DHI; G. P. Jacobson, 1990), оценка страха по ВАШ (от 0 до 10 баллов), шкала симптомов вертиго (VertigoSymptomScale, VSS; L. Yardley, 1992), шкала депрессии (PatientHealthQuestionnaire, PHQ-9; R. Spitzer, 1999).

Результаты исследования. Компаративный анализ выявил, что пациенты двух групп были схожи по возрасту, полу и течению заболевания на момент обследования.

Доказанные отличия выявлены по уровню страха во время приступа ДППГ - 1-й группе страх был выше ($4,2 \pm 0,95$), чем во 2-й группе ($2,7 \pm 1,6$). По уровню психосоциального стресса, установленного после последнего приступа ДППГ - во 1-й группе уровень был достоверно выше ($127,8 \pm 64,8$), во 2-й группе ($65,5 \pm 32,9$). По другим показателям таким, как уровни депрессии, интенсивность головокружения группы не отличались.

Выводы. В итоге, предварительные материалы по исследованию эмоционально-психологических свойств пациентов с приступами доброкачественных позиционных пароксизмальных головокружений выявили, что при схожем уровне головокружения, при рецидивирующих приступах вертиго возрастает психологический компонент. Причиной, которой предположительно является нарастание уровня эмоционального стресса в группе пациентов с повторными приступами ДППГ. Вероятнее всего для уточнения корреляции между обнаруженными особенностями целесообразно продолжить исследование в более широких масштабах.

Курбонова М.Б., Иргашева Ф., Нуралиев Н.М.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ПАНАЙОТОПУЛОСА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г.Гулямова

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – Шарофиддинов И.А.

Цель исследования. Проанализировать значение ЭЭГ в диагностике затылочной эпилепсии у детей с синдромом Панайотопулоса (СП).

Материалы и методы. Исследуемую группу составили 14 детей (5 мальчиков и 9 девочек) с клиническими особенностями синдромом Панайотопулоса. Средний возраст - 5,2. В неврологическом статусе у пациентов отклонений от нормы не наблюдалось. Отмечалось удовлетворительное психомоторное развитие и соответствующий уровень интеллекта. В анамнезе у 5 пациентов в семье отмечались случаи эпилепсии - 35,7%, 7 исследуемых жаловались на фебрильные судороги в анамнезе - 50% и у 10 больных наблюдался дефицит внимания - 71,4%. На момент обращения к врачу у одного пациента (7,1%) отмечался только один эпилептический приступ, у 8 больных (57,1%) наблюдалось от 2 до 3 приступов и более 3 приступов наблюдалось у 5 детей (35,7 %). Длительность приступов не превышала 4 мин у 9 больных (64,2%), только статусное течение приступов отмечалось у 2 больных (14,2%), сочетание относительно коротких приступов и эпилептического статуса наблюдалось у 3 больных (21,4%). Частыми начальными симптомами приступов были вегетативные проявления. Наиболее яркими симптомами являлись бледность или цианоз лица у 7 пациентов (50 %), задержка дыхания отмечалась у 2 больных (14,2 %), слюнотечение у одного пациента (7,1%). В одном случае (6%) вегетативным симптомам предшествовала слуховая аура в виде простых слуховых галлюцинаций (свист).

Результаты исследования. У исследуемых в наибольшей степени параллельными внеприступными жалобами были: головная боль – у 10 % детей, у 30% жалобы вегетативного характера. Только у 7 % пациентов при первичном обследовании на ЭЭГ не выявлялось отклонений. В 47 % случаев при первичном ЭЭГ-исследовании регистрировалась эпилептиформная активность в затылочной области, у 14% – экстраокципитальная, почти у 5 % – затылочные доброкачественные эпилептиформные паттерны детства. При повторном наблюдении на ЭЭГ не выявлялось эпилептиформных изменений у 25% пациентов, но у 7% появились ДЭПД экстраокципитально (височно-центральные). При проведении психологического тестирования было отмечено мозаичное нарушение когнитивных функций (память, внимание, гнозис, праксис) – у 10% детей, нарушение зрительных и слуховых функций – у 4 %, задержка темпов психоречевого развития – у 11%, синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) – у 18 %. Назначенное лечение антиконвульсантами дало положительный эффект.

Выводы. Несмотря на изученность затылочной эпилепсии и его клинических проявлений, часто постановка диагноза вызывает затруднения. На основании данного исследования, показателями для постановки диагноза, можно считать - не частые стереотипные приступы с вегетативной симптоматикой с тенденцией к генерализации приступа со склонностью к эпилептическому статусу, основным верифицирующим методом, которого является электроэнцефалография.

Курбонова М.Н. Саидов П.А. Назаров Т.Ш.

МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г.Гулямова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н. Исрофилов М.О.

Цель исследования. Изучить механизм развития ишемического инсульта у лиц молодого возраста в Республике Таджикистан.

Материал и методы исследования. Нами проанализированы истории болезни пациентов, находящихся на лечении в неврологическом отделении НМЦ РТ «Шифобахш» с 2021 по 2022 г. Целью работы являлось определить количество инсульта в возрастной группе до 45 лет. Была исследована группа пациентов за 2022 год с диагнозом: ОНМК по ишемическому типу. Количество инсульта в молодом возрасте составило 15 человек от общей группы в 180 человек, что составило 8%. Наиболее ранний случай инсульта был отмечен в возрасте 40-45 лет. Было замечено, что количество инсульта увеличивается с возрастом. Для удобства пациенты были разделены на 3 возрастные группы: от 20 до 29 лет, 30-39 лет и 40-45 лет. В первой группе инсульт составил 9%, во второй – 33% и в третьей – 58%.

Результаты исследования их обсуждения. Частота ишемического инсульта в молодом возрасте в зависимости от гендерной принадлежности указывает на более высокую встречаемость среди женщин. Число случаев инсульта у мужчин 7 (46%), у женщин 8 (54%). Так же, рассматривался уровень поражения сосудов головного мозга. Было выяснено, что наибольший процент (58%) ишемического инсульта у молодых наблюдается при поражении левой средней мозговой артерии. Поражение других магистральных сосудов головного мозга составило:

Средняя мозговая артерия - 79%, Слева - 58%, Справа – 21%

Вертебро-базилярный бассейн - 21%, Задняя мозговая артерия слева – 6% Базилярная артерия – 15%.

Подтипы ишемического инсульта у молодых распределились следующим образом: атеротромботический – 90%, кардиоэмболический – 10%. Однако, наблюдается связь между подтипами ишемического инсульта и возрастом. Так, в первой возрастной категории (от 20 до 29 лет), кардиоэмболический тип ишемического инсульта составил 92%, атеротромботический - 8%. У пациентов в данной группе с кардиоэмболическим типом ишемического инсульта в анамнезе отмечается различные пороки сердца и оперативные вмешательства по этому поводу. Таким образом, можно считать фактором риска ишемического инсульта в молодом возрасте является выраженная кардиальная патология.

Выводы. Исходя из выше изложенного, для ОНМК по ишемическому типу у молодых пациентов характерно: количество инсультов увеличивается с возрастом. Почти одинаково встречается у мужчин и женщин. Наиболее высок уровень поражения левой средней мозговой артерии. Кардиоэмболический подтип ишемического инсульта чаще встречается в возрасте до 30 лет, после 30 лет наиболее характерен атеротромботический подтип.

Кучарова Ш. А., Ибрагимов А.Ф., Вохидова М.А.

НЕЙРОЛЕЙКЕМИЯ – КАКОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРЫХ МИЕЛОБЛАСТНОГО И ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗОВ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ имени Абуалиибни Сино

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры Ганиева М.П.

Цель исследования. Оценить эффективность проведения профилактических мер нейрорлейкоза у больных с острыми лейкозами.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 50 больных с острыми лейкозами. Из них 32 пациента госпитализированы с острым миелобластным лейкозом и 18 больных – с острым лимфобластным лейкозом. Больные находились в гематологическом отделении ГУ Национального медицинского центра «Шифобахш», за период 2021-2023 г. Возраст больных составил от 19 до 68 лет. Мужчин было – 30, женщин – 20. Медиана возраста составила 31,3 лет. Диагноз острый лимфобластный лейкоз был выставлен на основании стерильной пункции, развернутого общего анализа крови, полного исследования биохимических анализов, инструментальных методов исследований (рентгенография органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости), цитохимического и гистохимического исследования пунктата костного мозга. Пациентов, отказавшихся от лечения в группу наблюдения не включили. Больные распределены на две группы. В первую группу вошли 32 пациента с острым лимфобластным лейкозом. Во второй группе под нашим наблюдением находились 18 больных с острым миелобластным лейкозом. Все больные в первой группе получали полихимиотерапию по стандартным программам, также назначались гемостатические препараты, антибактериальная и дезинтоксикационная терапии, компоненты крови (эритроцитарная масса, свежемороженая плазма, тромбоконцентрат), гепатопротекторы, противорвотные препараты центрального действия. С целью профилактики нейрорлейкемии больные получали интратекальное введение метотрексата 15мг, цитозара 30мг и дексаметазона 4мг.

Все больные второй группы также получали стандартную терапию, но без профилактики нейрорлейкемии.

Результаты исследования и их обсуждение. В течение 3-х лет умерли от нейрорлейкоза 9(28.1%) больных, входящих в первую группу. У 12(37.5%) пациентов с острым лимфобластным лейкозом в настоящее время наблюдается стойкая клинико-гематологическая ремиссия, они продолжают получать поддерживающую терапию ремиссии. Остальные 10(31.2%) больных также умерли от различных других (геморрагических, инфекционных) осложнений. Во второй группе трое (16.6%) больных умерли от геморрагического инсульта и постцитостатической энтеропатии. Оставшиеся 15(83.3%) пациентов, входящих во вторую группу, также получают поддерживающую терапию. Таким образом, от нейрорлейкемии умерло 9(28.1%) пациентов первой группы, которые профилактику нейрорлейкемии не получали.

Выводы. Данное исследование доказывает, что интратекальное введение цитостатиков является важным и обязательным звеном в программе лечения острых лимфобластных лейкозов, резко снижает риск развития нейрорлейкозов, повышает шансы больного к выздоровлению.

**¹Кудратова Б.З., ¹Зокирова К.Г., ²Нуралиева С.
МАЪЛУМОТИ АДАБИЁТ ОИД БА ЭНДОМЕТРИОЗ**

¹Кафедраи бемориҳои сироятӣ ва дерматовенерологияи МДТ ДДТХ. Тоҷикистон.

²Коллеҷи тибии МДТ ДДТХ дар ноҳияи Данғара. Тоҷикистон.

¹Роҳбари илмӣ – н.и.т., Исоева Б.И.

Мақсади тадқиқот. Таҳлили маълумоти адабиёт оид ба эндометриоз дар занони синни репродуктивӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Чамъ овардани маълумоти зарурӣ оид ба ин мавзӯ аз адабиётҳои илмӣ ва захираҳои интернетӣ.

Натиҷаҳои тадқиқот. Эндометриоз як бемории ғайрисаратонӣ аст, ки дар он бофтаи шабеҳи пардаи бачадон (эндометрия) дар паси холигоҳи бачадон мерӯяд ва дар тухмдонҳо, перитонеум, масона ва рӯдаи ғафс пайдо мешавад. Дар саросари ҷаҳон тақрибан 176 миллион занони синни репродуктивӣ аз эндометриоз азият мекашанд. Ин беморӣ аз 10% то 25% занони ҷавон таъсир мерасонад ва 35% онҳо дар бораи мушкilotи безуретӣ ё бачапартоӣ арз менамоянд.

Эндометриоз метавонад муддати тӯлонӣ бе нишона чараён ёбад, ки ташҳиси ин беморию душвор мегардонад. 45% гирифторони ин беморӣ аз рушди дарди музмин дар коси хурд шикоят мекунанд, ки ин аломати асосии клиникии ғайримуқаррарӣ аст.

Этиологияи беморӣ ҳанӯз пурра фаҳмида нашудааст. Омилҳои асосии хавфи рушди эндометриоз ихтилоли дисгормоналӣ дар наврасон, ҷарроҳии дохили бачадон (куретаж, исқоти ҳамл, диатермокоагулятсия), осеби канали таваллуд ҳангоми таваллудҳои бо авориз мебошанд.

Барои муайян кардани фокусҳои гетеротопияҳо усулҳои зерин истифода мешаванд: колпоскопия, сервикоскопия, колоноскопия, урографияи экскреторӣ. Дар рӯзҳои 5 ва 6-уми сикли ҳайз, гистероскопия, дар шаклҳои вазнини беморӣ омӯхтани сатҳи маркери онкогении СА-125, тавсия дода мешавад.

Мақсади асосии табобати эндометриоз, ҳамчун як бемории музмини прогрессивӣ, қатъ кардани муваққатии функцияи истеҳсолкунандаи гормонҳои тухмдонҳо ва пас аз он атрофияҳои ошӯбҳои бофтаи эндометрия мебошад. Ҷарроҳӣ дар рӯзи 5-12-уми сикли ҳайз анҷом дода мешавад, ки ин имкон медиҳад, ки дар яқоягӣ бо истифодаи терапияи доруҳои зиддигонадотропӣ ҳатари такроршавӣ ҳадди аққал 50% кам карда шавад.

Хулоса.

1. Эндометриоз як раванди музмин, прогрессивӣ аст, ки этиологияи он ҳанӯз пурра омӯхта нашудааст. Ин беморӣ асосан ба занони синну соли репродуктивӣ, ки ба гиперэстрогенизм майлдоранд ва иммунитетӣ сустдоранд, таъсир мерасонад.

2. Дар марҳилаҳои аввали рушди беморӣ, истифодаи терапияи гормоналии монофазӣ мувофиқ аст. Бо пешравии беморӣ, равиши яқоя истифода мешавад - буридани ҷарроҳии нуктаҳои эндометриоз ва пас аз табобати дору бо антигонадотропин тавсия дода мешавад.

Лим А.С., Яблонская В.Ю., Калбеков Ж.А.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ИНСТИТУТА СУДЕБНЫХ ЭКСПЕРТИЗ.

Кафедра “Школа сестринского образования” НАО МУК . Караганда, Казахстан.

Научный руководитель- д.м.н., профессор Киспаева Т.Т.

Цель исследования. Изучение современных аспектов подготовки медицинских сестер института судебных экспертиз.

Материал и методы. Количественное исследование, анкетирование, статистическое исследование.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования, возникла необходимость в разработке «Программы по специфике работы медицинской сестры общеклинического отдела Института судебных экспертиз», в которую включены основные разделы, отражающие специфику работы медицинской сестры, теоретические и практические аспекты разработок, с возможностью реализации создания специализированного курса по подготовке медицинских сестер в судебно-медицинской службе для повышения эффективности работы, для привлечения востребованности медицинских сестер в данной сфере деятельности.

Выводы. Необходимо осуществлять подготовку кадров по судебно-медицинской службе в Институт судебных экспертиз (медицинских сестер, а также главных (старших) медицинских сестер (бакалавров здравоохранения по сестринскому делу), в медицинских колледжах, ВУЗах, получивших статус на право получения высшего медицинского образования, с учётом специфики работы медицинской сестры общеклинического отдела.

Мавлянова Н.Т.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра Семейного врачевания №2, клинической фармакологии ТашПМИ. Узбекистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Агзамова Н.В.

Цель исследования. Для изучения клинических особенностей бронхолегочных заболеваний у детей младшего возраста пневмококковой этиологии по специально разработанной анкете проводилось ПЦР исследование серотиповой характеристики возбудителя.

Материалы и методы. Материалом для исследования являлась носоглоточная слизь. НГС отбирали от больных на этапе поступления в стационар до начала антибиотикотерапии с соблюдением правил асептики. Серотипирование

проводили двумя методами. Сначала осуществляли молекулярное типирование всех пневмококков с помощью мультиплексной ПЦР, которое позволяло определить 28 наиболее часто встречающихся серотипов. Для доказательства принадлежности таких изолятов к виду *Streptococcus pneumoniae* у них тестировали при помощи ПЦР на выявлении фрагментов специфических генов, кодирующих ферменты аутолизин (lytA) и *cpsA*, которые считают достаточно надежными пневмококковыми маркерами.

Результаты исследования. Полученные данные о ведущих серотипах пневмококков у обследованных детей имеют огромное практическое значение. У 3-х больных с внебольничной пневмонией осложненной гнойным плевритом, был выделен серотип 6 и серотип 5. Распределение серотипов *S.pneumoniae*, ответственных за развитие внебольничной пневмонии у детей, также имеет свои особенности. Так в нашем исследовании у пациентов с пневмониями выделены серотипы 1,3,5,6A,14,19, тогда как по данным зарубежных исследований к наиболее частым серотипам, выделенным от больных с пневмониями являлись серотипы 19, 23, 1, 5, 6B и 3. Нужно отметить, что в наших исследованиях был выявлен 2 серотип, который не включен в состав конъюгированных пневмококковых вакцин. Так при определении серотиповой принадлежности культур *S.pneumoniae* выявлено, что наиболее часто встречались серотипы пневмококка 1,5 и 6A (16,7%) и серотип 4 (12,5%). Такие серотипы как 3 и 19F выделены у двух штаммов и составили 8,3% случаев. Серотипы 6B, 2 и 23F выявлены в одном случае и составили 4,2% от всех исследованных штаммов *S.pneumoniae*.

Выводы. Распространенность и медицинское значение разных серотипов пневмококков существенно различаются. Вирулентность пневмококков разных серотипов варьирует. Пневмококки 1-го, 2-го, 3-го, 5-го, 7-го, 14-го, 16-го, 25-го, 28-го, 36-го, 43-го, 46-го и 47-го серотипов обладают более высокой вирулентностью (выделяются преимущественно при инвазивных инфекциях). Частота встречаемости серотипов пневмококков, вызывающих инфекцию, но не носительство, в разных регионах существенно варьирует. Результаты исследований серотипового состава пневмококков в различных странах свидетельствуют, что на глобальном уровне более 80% наиболее тяжелых инвазивных заболеваний вызываются 20 серотипами, а 13 серотипов вызывают 70–75% заболеваний.

Магомедтаминова Х.А., Ханмурзаева Н.Б.
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ
Кафедра Нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии ДГМУ
ГОУ ТГМУ им. Абуалиибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель- к.м.н. Ханмурзаева С.Б.

Цель. Исследование и выявление острых и отсроченных поражений нервной системы у больных COVID-19.

Материал и методы. COVID-19 представляет с собой вирусное заболевание, характеризующееся поражением дыхательной и многих других систем организма. Его течение носит зачастую тяжелый характер и может быть ассоциировано с многочисленными, нередко фатальными или сохраняющимися длительное время осложнениями. Вследствие своей широкой распространенности и выраженного воздействия на жизнедеятельность пациента особое внимание привлекают когнитивные и эмоциональные расстройства, наблюдающиеся у значительной части пациентов с ПКС. У групп пациентов, перенесших COVID-19 и грипп, позволили установить, что наиболее характерные для ПКС проявления (одышка, тревога/депрессия, астения, когнитивные нарушения, “мозговой туман” и др.), продолжающиеся на протяжении от 90 до 180 сут. на 50% чаще наблюдаются после перенесенного COVID-19. Отмечено, что указанные нарушения реже встречаются у детей и подростков. Наличие ПКС негативно сказывалось на социальном функционировании пациентов, 1700 из которых нуждались в переходе на сокращенный график работы, а еще 839 не могли продолжить трудиться на момент опроса. КН, а также изолированные расстройства памяти наблюдались у большинства пациентов (~88%) вне зависимости от возраста. Интересно, что указанная симптоматика, равно как и ее динамика, существенным образом не зависела от тяжести течения COVID-19, была в равной степени выражена у пациентов с подтвержденным или вероятным COVID-19.

Результаты исследования. В ходе масштабного исследования, в которое были включены 740 пациентов с COVID-19 (средний возраст 49[38-59]лет, 63% (n=464) женщин; время от момента установления диагноза COVID-19 составило 7,6±2,7 мес.). Наиболее характерными были такие когнитивные нарушения, как уменьшение скорости обработки информации (n=33, 18%), нарушения исполнительных функции (n=118, 16%), снижение фонематической беглости речи (n=111, 15%) и категориальных ассоциаций (n=148, 20%), различные расстройства памяти. У пациентов с более тяжелым течением COVID-19, проходивших лечение в условиях стационара, чаще выявлялись нарушения памяти, исполнительных функций, категориальная беглость речи, кодирование памяти по сравнению с больными, получавшими амбулаторное лечение. У пациентов, нуждавшихся в лечении в отделении неотложной помощи, чаще, чем у амбулаторных больных, выявлялись нарушения выполнения теста на поиск категориальных ассоциаций. Также нейропсихологическое обследование проводилось с использованием Монреальской шкалы оценки когнитивных функций и других тестов, больным проводились магнитно-резонансная томография головного (МРТ) мозга и ПЭТ-КТ ФДГ. Результаты нейропсихологического тестирования были полностью подтверждены данными ПЭТ-КТ ФДГ, позволившими установить преимущественное вовлечение в патологический процесс лобно-теменных долей больших полушарий. При этом необходимо обратить внимание, что по данным МРТ у трети пациентов были выявлены единичные мелкоочаговые изменения мозгового вещества, расцененные как последствия лакунарных инфарктов.

Выводы. Данные полученные в результате исследования позволили выявить ряд закономерностей формирования острого и отсроченного поражения нервной системы у больных COVID-19. Дальнейшие исследования в этой области позволят установить более тонкие механизмы патогенеза, разработать объективные критерии для диагностики такого поражения у пациентов всех возрастных групп.

Мадалиев К.А.
ОСТАТОЧНЫЕ ЯВЛЕНИЯ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА

Кафедра дерматовенерологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино
Научный руководитель - к.м.н. Исмагуллоева С.С.

Цель исследования. Выявить структуру остаточных явлений после перенесенного опоясывающего герпеса.

Материал и методы исследования. Объектом исследования были пациенты, перенесшие опоясывающий герпес (n=20). Возраст больных варьировал от 18 до 64 лет и его средний показатель был равен 58,9 лет. Герпетические высыпания по ходу нервных стволов локализовались на коже головы и лица у 4 пациентов (в их числе девушка 18-ти лет), боковой поверхности туловища - у 10, спине - у 3, передней поверхности туловища - у 3. После негативации клинических проявлений на коже, пациенты предъявляли жалобы на боль, слабость, раздражительность, зуд, жжение, рубцы, гиперпигментацию, среди которых превалировала боль. Из собранного нами анамнеза выяснилось, что длительность кожных высыпаний в среднем равнялась 10,3 дням. На этапе разгара болезни у 7 пациентов отмечалось повышение температуры до 38 °C, у 8 - повышение артериального давления. Из 20 больных 12 получили стационарное, 8 - амбулаторное лечение. Наличие детей с ветряной оспой в семье отметили 7 пациентов. Остальные 13 человек появление заболевания ни с чем не связывали. Для уточнения степени болезненных ощущений больным было предложено оценить боль по 10-балльной шкале.

Результаты исследования. У преимущественного большинства пациентов герпетические высыпания были классическими: на фоне эритемы и отека отмечались сгруппированные пузырьки. У 4 пациентов была буллезная форма (причем у 50 % из тех, у кого высыпания локализовались на голове и лице, отмечался офтальмогерпес). Двое пациентов имели геморрагическую форму: у одного локализация преимущественно в паховой области, у пожилой пациентки эрозии, располагались под молочными железами носили сливной, линейный характер. Опрос выявил, что 25% пациентов обратились в медицинское учреждение на 4-й день высыпаний, остальные - позже. В более чем половине случаев пациентов направили в кожное отделение семейные врачи, что указывает об их осведомленности об этом заболевании. Лечение включало в себя общую (противовирусные препараты, витамины группы В) и местную терапию (обработка анилиновыми красителями, прокалывание пузырей, капли для глаз, назначенные офтальмологом (по мере надобности), противовирусные кремы, УФО). В 4 случаях была необходимость в консультации офтальмолога, терапевта, невропатолога. После исчезновения экссудативных элементов, наблюдение за пациентами велось в течение 6 месяцев. Больше половины больных предъявляли жалобы на боль разной интенсивности, слабость. В разгаре заболевания 80% пациентов оценивали болевой фактор в 10 баллов, спустя 1 месяц после клинического улучшения 60 % - в 6 баллов, спустя 3 месяца 45% - в 5 баллов, через 6 месяцев 5% - в 4 балла. Одна пациентка была подвержена холецистэктомии, после которой почувствовала облегчение, девушка 18-ти лет ослепла на правый глаз. Нормотрофические рубцы отмечались у 2 больных с буллезной формой опоясывающего герпеса, стойкая пигментация - у 3 женщин с 3-м фототипом кожи. Положительная реакция на ВИЧ/СПИД инфекцию отмечалась в 2 случаях (для подтверждения/опровержения диагноза больные были перенаправлены в городской центр по борьбе с ВИЧ/СПИД инфекцией).

Выводы. Опоясывающим герпесом страдает чаще взрослый контингент больных. Результаты наблюдений указывают на частую локализацию высыпаний в верхней половине туловища, сопровождающиеся длительным выраженным болевым симптомом, продолжительностью от 1 до 6 месяцев. Остаточные постгерпетические явления могут сохраняться в виде болевого симптома, с нарушением работы внутренних органов на площади соответствующей иннервации, гиперпигментации, рубцов и чувства слабости.

Мадалиев К.А.
ПСИХИЧЕСКАЯ САМООЦЕНКА ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

Кафедра дерматовенерологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино
Научный руководитель - к.м.н. Исмагуллоева С.С.

Цель исследования. Оценить психологическое состояние детей, страдающих витилиго.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явились дети, страдающие витилиго. Согласно классификации Всемирной организацией здравоохранения детским считается возраст с момента рождения до 21 года. Нами были опрошены дети с 10 до 21 года. Поэтому средний возраст пациентов составил 16,8 лет. Все пациенты являлись жителями города Душанбе (исследование проводилось среди пациентов, обратившихся для консультации в ГУ «ГКБ кожных болезней»). Среди них девочек было 27, а мальчиков - 18. Третьими детьми по счету в семье были 22 человека, вторыми - 16, первыми - 3. Из общего количества больных в 16 случаях брак родителей был близкородственным, в 5 - отец и мать являлись жителями одного ограниченного ареала проживания в сельской горной местности. Среди женской половины больных учащихся школы было 9, со средним неоконченным образованием - 11, средним окончанным - 4, на учебе в ВУЗе находились 3 девочки. Среди лиц мужского пола аналогичные показатели составили 11,3,2,2 соответственно. Абсолютно все пациенты до обращения в клинику получали лечение амбулаторно в различных медицинских учреждениях, в том числе частых клиниках на непостоянной основе. Из них у китайский врачей десятидневный курс лечения получили 2 пациента. Всем больным было предложено провести самооценку психического состояния по Г. Айзенку. Согласно опроснику, оценивались степени тревожности, фрустрации, агрессивности, ригидности. Данный тест был адаптирован для пациентов.

Результаты исследования. Среди детей превалировала распространенная форма витилиго. У двоих подростков заболевание сопровождалось зудом средней выраженности. Прогрессирующая стадия болезни, подтвержденная клинически и люминисцентным методом диагностики (лампа Вуда), была у 28,9%, стационарная - у 60%, регрессивная - у 11,1%. Почти у трети больных в патологический процесс были вовлечены волосы. Из числа сопутствующей

патологии преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, холецистопанкреатит, глистная инвазия), заболевания мочеполовой системы (пиелонефрит, мочекаменная болезнь), эндокринная патология (зоб, поликистоз яичников). У 11 пациентов следствием лечения в некоторых очагах были пузыри, сопровождающиеся болезненностью. Все пациенты при лечении витилиго применяли разной степени активности гормональные кремы и мази, фотосенсибилизаторы как местного, так и общего направления. Более половины детей получали физиотерапию (УФО). Также в анамнезе заболевания выявилось применение народных методов лечения (сок инжира и пастернака с последующим нахождением под солнечными лучами). Большинство пациентов или их родителей не смогли озвучить причину появления высыпаний. У 44,4 % пациентов данная патология отмечалась среди родственников.

Мы ориентировались на ответы большинства пациентов. Результатом явились следующие данные: средняя тревожность преобладала у 57,8%, низкая самооценка - у 60%, средний уровень агрессивности - у 86,7%, отсутствие ригидности - у 64,4% пациентов. При этом средний уровень агрессии преобладал среди мальчиков, а в трех других категориях - среди девочек. Сниженная самооценка и уровень тревожности нарастают с увеличением числа лет.

Выводы. Среди детей больных витилиго имеются изменения психического состояния, связанного с болезнью. Согласно опроснику, отмечалось преобладание средней (допустимой) тревожности, низкой самооценки, среднего уровня агрессивности. Причем, данные параметры увеличивались с возрастом, что подтверждает целесообразность использования психотерапии, успокоительных средств, повышения стрессоустойчивости.

Маджонova М.М., Талабова М.М., Боев С.Н.

РАННИЙ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ. ДИАГНОСТИКА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОТРЕКСАТА В РАЗЛИЧНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМАХ В СОЧЕТАНИИ С ЭТАНЕРЦЕПТОМ (АЛТЕБРЕЛ).

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель - д.м.н., доцент Саидов Ё.У.

Цель исследования. Изучить и оценить эффективность таргетного применения метотрексата - МТ/методжета (МТЖ) и энбрела (этанерцепта у пациентов с активным ранним ревматоидным артритом (РРА) в интенсивном режиме в рамках стратегии Т2Т, направленный на достижения конечной цели терапии – состояния низкой активности заболевания – НАЗ/ ремиссии.

Материал и методы. В исследование было включено 28 больных (22 женщины и 6 мужчин) с достоверным диагнозом РРА (по критериям ACR/EULAR, 2010 г.), длительность ревматоидного анамнеза менее 12 мес. в возрасте 24 – 65 лет (средний возраст - $53,5 \pm 3,8$). Обследование пациентов проводили по стандартной программе, включающий оценку влияния терапии через 3, 6 и 12 мес на уровне клинико-лабораторных параметров активности РА. Всем пациентам с РРА с умеренной активностью заболевания – II степени (43,1%) в качестве первого БПВП была назначена МТ перорально в первоначальной дозе 7,5 мг/нед с быстрой эскалацией дозы препарата до 20 мг/нед. Пациентам с высокой активностью заболевания – III степени (56,9%) была назначена подкожные инъекции МТЖ также с быстрой эскалацией дозы препарата до 20 мг/нед. Все пациенты спустя сутки после приема МТ и МТЖ с целью минимизации побочных эффектов препаратов регулярно принимали фолиевую кислоту в дозе 5 мг/нед. Спустя 3 мес от начала терапии все пациенты с РРА были разделены соответственно на две группы: а) ответившие на терапию МТ и МТЖ – эти больные продолжали получать прежнюю терапию; б) пациенты с неудовлетворительным эффектом, которым к терапии были добавлены плаквенил (в сочетание с МТ) и энбрел в дозе 50 мг еженедельно подкожно (в сочетание с МТЖ).

Результаты исследования. Полученные нами результаты при сравнительной оценке общепринятых клинико-лабораторных параметров, отражающих активность РА свидетельствуют о том, что наиболее яркая положительная динамика указанных параметров активности РРА к 12 мес терапии имело место у пациентов на фоне комбинированного применения МТЖ и энбрела. При этом было выявлено, что частота достижения конечной цели стратегии Т2Т – состояние клинической ремиссии было заметно выше у пациентов с РРА на фоне комбинированного приема МТЖ и энбрела (у 60,1% больных), чем у пациентов, принимавших МТ в сочетание с плаквенилом (у 27,0%).

Выводы. Таргетное комбинированное применение МТЖ и энбрела у пациентов с активным РРА в интенсивном режиме и в условиях тщательного мониторинга эффективности/переносимости и улучшения комплаентности больных к лечению является наиболее эффективной схемой в достижении конечной цели стратегии Т2Т – состояния НАЗ/клинической ремиссии.

Маджонova М.М., Махмудзода Х.Р.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АКТИВНЫМ РАЗВЕРНУТЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель - д.м.н., доцент Саидов Ё.У.

Цель исследования. Изучить и оценить функциональное состояние, качества жизни (КЖ) и уровень тревожности у пациентов с активным развернутым ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы. Всего было обследовано 77 больных (62 женщин и 15 мужчин) с достоверным диагнозом РА (по критерии ACR, 1987 г.) в возрасте от 18 до 67 лет (средний возраст - $54,6 \pm 4,3$), средняя длительность заболевания – $11,4 \pm 3,5$ года. Подавляющее большинство обследованных пациентов с активным развернутым РА были серопозитивными по ревматоидному фактору (77,4%), имели умеренную (43,8%) и высокую (56,2%) степень активности заболевания по индексу DAS28, II и III степень рентгенологической стадии, а также висцерального

проявления заболевания (49,1%). С целью комплексного анализа и оценки функционального состояния, КЖ и уровень тревожности у обследованных больных применялись такие общепринятые в практической ревматологии опросники и шкалы таких как: Станфордской шкалы оценки здоровья (Stanford Health Assessment Questionnaire - HAQ), опросник RAQoL (Rheumatoid Arthritis Quality of Life) и шкалы тревоги Тейлора в модификации В.Г. Норакидзе.

Результаты исследования. При анализе и оценки функционального статуса пациентов с активным развернутым РА с помощью шкалы HAQ было установлено его достоверное увеличение по сравнению с больными группы раннего РА (1.9 ± 0.8 ; $p < 0.01$), что свидетельствует о наличии достаточно выраженных функциональных нарушений у пациентов с длительным «ревматоидным анамнезом». Средний балл по шкале RAQoL у обследованных пациентов с развернутым РА составил 23.4 ± 2.6 (от 8 до 30 баллов; $p < 0.001$) из 30 возможных, что в целом свидетельствует о значительном ухудшении КЖ у пациентов с активным развернутым РА. У обследованных больных с развернутым РА средний балл по шкале Тейлора в целом по группе ($n=77$) составил 30.6 ± 2.8 баллов (от 10 до 45 баллов), что соответствует высокому уровню тревожности.

Заключение. Таким образом полученные нами результаты в целом свидетельствуют о том, что присутствие функциональных нарушений, значительное ухудшение КЖ и высокий уровень тревожности являются практически постоянным спутником и характерной чертой пациентов с активным развернутым РА. В связи с этим у пациентов с РА тщательный анализ и мониторинг параметров, которые, с одной стороны, отражают функциональное и психоэмоциональное состояние больного, а с другой, - негативно модифицируют КЖ пациентов, в комплексной оценке эффективности, проводимой активной противовоспалительной терапии, особенно в рамках стратегии T2T становится важным составляющим компонентом. Поскольку, если конечной цели фармакотерапии РА в рамках стратегии T2T и современная концепция «таргетной терапии» для врача считается достижение состояния клинической ремиссии, то для пациента улучшения КЖ и функциональное состояние считаются ведущими параметрами в оценке эффективности проводимой терапии.

Маджонova М.М., Талабова М.М.

РЕЗУЛЬТАТЫ АКТИВНОГО ПОИСКА И СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА ВИСЦЕРАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Кафедра преподавания внутренних болезней ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель - д.м.н., доцент Саидов Ё.У.

Цель исследования. Изучить и оценить распространенность и представить результаты спектрального анализа висцеральных проявлений ревматоидного артрита (РА).

Материал и методы. В исследование включено 56 пациентов (47 женщин и 9 мужчин) с достоверным (по критериям АКР, 1987 г.) диагнозом РА, средний возраст - 48.4 ± 4.6 , средняя длительность заболевания - 10.6 ± 3.5 года, находившихся на стационарном лечении в кардиоревматологическом отделении Городского медицинского центра №2 им. академика К.Т. Таджикива, г. Душанбе в период с 2018 по 2022 гг. Все обследованные пациенты в зависимости от наличия или отсутствия висцеральных проявлений РА были разделены на две группы. В I группу вошли 35 больных с суставно-висцеральными формами РА, во II – 21 больных с суставным вариантом заболевания.

Результаты исследования. В результате активного поиска и спектрального анализа висцеральных проявлений РА было установлено, что наиболее часто встречающимися системными или висцеральными проявлениями РА являются: аутоиммунная анемия (анемия хронического воспаления) сопровождающаяся падением уровня гемоглобина в диапазоне 100-70 г/л, генерализованная амиотрофия, лимфаденопатия, продолжительная лихорадка и ряд симптомов ревматоидного васкулита, выявленные соответственно у 74,1, 31,2, 22,8, 17,1 и 19,9% пациентов от числа больных имевших суставно-висцеральную форму РА ($n=35$). При этом было установлено, что частота встречаемости системных проявлений РА имела тесную ассоциативную взаимосвязь как с активностью воспалительного процесса, так и с длительностью «ревматоидного анамнеза». Довольно редкими системными проявлениями РА являлись: гепатоспленомегалия (у 5 пациентов), чувствительная полинейропатия (у 4), синдром Рейно (у 4), серозиты (у 3), ревматоидный гломерулонефрит (у 2) и поражение легких – фиброзирующий альвеолит (у 2).

В группе висцеральных проявлений РА, которые обладают высоким «прогностическим рейтингом» (так называемые «Мальма-критерии») нами были объединены: серозиты, ревматоидный васкулит, ревматоидный гломерулонефрит и фиброзирующий альвеолит.

Выводы. Висцеральные проявления РА имеют высокую распространенность, широкий спектр и отличаются чрезвычайной гетерогенностью, как в патогенетическом аспекте, так и в прогностическом плане.

Манонова Ф.М., Гончарова М.С., Юлдошев С.А.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ДЕЙСТВИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ПРИЧИНЕНИЕ СЕБЕ ВРЕДА СРЕДИ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ В ГОРОДЕ ДУШАНБЕ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – старший преподаватель Кадырова З.Д.

Цель исследования. Выявление основных факторов, способствующих попыткам суицида у молодежи и подростков, и насколько существенны они сегодня в нашем обществе?

Материал и методы. Исследование было проведено на базе Городской центральной больницы №3, города Душанбе в токсикологическом отделении. Было опрошено 40 человек, среди которых мужчин – 6, девушек – 34.

Возраст опрошенных от 18 до 29 лет. В установлении психогенных реакций использовались клинико-психопатологический и клинико-амнестический методы исследования.

Результаты исследования. Опрос показал ряд причин, послуживших основанием для совершения суицида, к ним относятся: а) отношения с родителями -50% случаев; б) трудности, связанные с учебой- 15%; в) проблемы взаимоотношений с друзьями и противоположным полом -17%; г) специфические поведенческие расстройства у подростков – 18%.

Среди мотивов, объясняющих попытки самоубийства, сами подростки и молодые люди указывают на различные причины, чтобы таким образом оказать влияние на других людей: "дать понять человеку, в каком ты отчаянии" - около 30% случаев, "заставить сожалеть человека, который плохо с тобой обращался" - около 20% случаев, "показать, как ты любишь другого" и "выяснить, любит ли тебя действительно другой" –18%, "повлиять на другого, чтобы он изменил свое решение" –18%, и наконец в 14% случаев "призыв, чтобы пришла помощь от другого".

Выводы. Несмотря на возрастающее сегодня общественное внимание к проблемам семьи, детско-родительским отношениям и просто к проблемам общения и взаимоотношений, современная ситуация в этом плане еще во многом далека от идеала. Отношения родителей с детьми зачастую не строятся на том фундаменте открытых, полностью искренних эмоционально-теплых отношений, которые являются надежной защитой от многих, иногда суровых испытаний, с которыми встречается подрастающее поколение. Существенную роль в суицидах играет сохранность семьи в целом - ведь около половины подростков и молодых людей, совершивших попытки самоубийств, выросли в семьях, в которых один из родителей или умер, или покинул семью.

Проблемы в учебе обычно связаны с неуспеваемостью или плохими взаимоотношениями со сверстниками. Эти проблемы обычно не являются непосредственной причиной самоубийств, но приводят к понижению общей самооценки.

Одним из основных психологических объяснений проблем, связанных со сверстниками, особенно противоположного пола, является чрезмерная зависимость от другого человека. В этом случае часто бывает, что отношения с другом или подругой становятся столь значимыми и эмоционально необходимыми (по типу "я не могу жить без тебя"), что любое охлаждение в привязанности воспринимается как невосполнимая утрата, лишаящая смысла дальнейшую жизнь. При этом иногда, при отсутствии поддержки близких и окружающих, происходят "ситуативные самоубийства" - импульсивные, неподготовленные и собственно несвязанные с осознанным намерением лишить себя жизни.

Манышева К.Б.

КОНЦЕПЦИЯ 5П-МЕДИЦИНЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Кафедра нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии, ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Российская Федерация

Цель исследования – оценка эффективности 5П-модели для предупреждения ишемического инсульта на примере женщин в Республике Дагестан.

Материалы и методы. В 2018 году в проспективное исследование вошли 35 человек путем случайной выборки из числа женщин, постоянно проживающих на территории Дагестана. Средний возраст на момент начала исследования составил $66,46 \pm 10,9$ лет.

Каждая участница исследования была индивидуально опрошена и осмотрена общеклинически, неврологически, в дополнительное обследование вошли: общий анализ крови, биохимический анализ крови с определением липидного спектра и уровня гомоцистеина сыворотки крови, коагулологическое исследование крови, молекулярно-генетическое исследование по 11 мутациям в генах-кандидатах, значимых для развития ишемического инсульта, электрокардиография, нейровизуализация для исключения эпизодов острой церебральной ишемии в анамнезе.

Результаты исследования. Среди фоновых состояний были обнаружены: артериальная гипертензия, сахарный диабет 2 типа, гиперхолестеринемия, ожирение, фибрилляция предсердий. Они входят в число наиболее распространенных сопутствующих заболеваний и фоновых состояний у пациентов с острыми церебральными ишемическими инсультами в Дагестане.

Патологические аллели по 11 мутациям в генах-кандидатах для развития ишемического инсульта, встречались с различной частотой от 8,6% до 94,7%. Из показателей коагулологического и биохимического исследования крови за рамки референсных значений выходили ЛПНП у 10 (28,6%) пациенток (с уровнем от 4,3 до 7,0; среднее значение – 5,2), гомоцистеин сыворотки крови – у 21 (60%) пациентки (с уровнем от 12,5 до 27,6; среднее значение – 17,6).

Каждой участнице были разъяснены результаты проведенного первоначально одномоментного обследования, даны рекомендации по модификации образа жизни, назначена соответствующая диета, в сотрудничестве с кардиологом, эндокринологом и терапевтом подобрана необходимая терапия. С целью модификации образа жизни пациенткам были разъяснены необходимость расширения физической активности, аэробных нагрузок, контроля уровня артериального давления, гликемии, и даны соответствующие рекомендации, в том числе в области диетических ограничений употребления поваренной соли, животных жиров, быстрых углеводов и продуктов, богатых метионином.

Анализ адекватности проводимых мероприятий проводится не реже 1 раза в квартал, при необходимости пересматривается проводимая медикаментозная терапия. В процессе динамического наблюдения за 5 лет у наблюдаемой группы не отмечалось эпизодов острого нарушения мозгового кровообращения, даже несмотря на пандемию COVID-19. Все исследуемые находятся в удовлетворительном состоянии.

Выводы. 5П-модель демонстрирует свою эффективность для предупреждения острой церебральной ишемии, а проведенное исследование является позитивным опытом ее применения у женщин в Дагестане.

**Махмадалиев Ф.Н., Мирзокаримова Н.С., Абдулаева Д.Ю.,
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИФИБРОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПОСКОВИДНОМ ПНЕВМОФИБРОЗЕ**

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ им. Абуалиибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель - д.м.н., профессор Н.И.Мустафакулова

Цель исследования. оценить клиническую эффективность антифиброзной терапии при посковидном пневмофиброзе (ППФ).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 37 пациентов с ППФ, в возрасте от 43 до 65 лет. Среди пациентов мужчин было 20 человек (54,0%), женщин – 17(46,0%). Все пациенты были разделены на 2 группы: I группа больных (18 чел.; 48,6%) получали - на фоне базисной терапии получали антифиброзную терапию (Лонгидаза, раствор для инъекций в дозе 3000 МЕ по схеме) и II группа (19 чел.; 51,3%) получала только базисную терапию (ГКС и цитостатик–азатиоприн по показаниям). Проведены клинико-лабораторное, рентгенологическое, эхокардиографическое и вентиляционное исследования.

Результаты исследования. Пациенты обеих групп жаловались на одышку (98,0 и 99,0%), недомогание (99,0% и 98,0%), сухой кашель (78,0% и 83,0%), боли в области сердца (58,0% и 63,0%), потливость (78,0% и 83,0%).

У пациентов с ППФ, получавших Лонгидазу, отмечалась положительная динамика в клинико-рентгенологических, эхокардиографических и вентиляционных показателях в виде: уменьшения одышки (99,0% и 15,0%), кашля (97,0% и 11,0%), интенсивности и степени поражения легких (100,0% и 12,0%), снижения систолического давления в а. pulmonalis (97,0% и 3,0%), уменьшения диастолического размера правого желудочка (95,0% и 5,0%) и улучшения вентиляционной функции легких (93,0% и 11,0%) по отношению группы сравнения.

Выводы.

1. Пневмофиброз– умеренное тяжистое разрастание соединительной ткани, чередующееся с неизменной легочной тканью хорошо поддающееся антифиброзной терапии.
2. Противофиброзная терапия на фоне базисной терапии оказалась эффективной в виде: улучшения клинико-рентгенологических, эхокардиографических показателей и вентиляционных функций легких.
3. Дыхательные упражнения и легкий бег при фиброзе легких дают положительный эффект. Каждая из методик позволяет достичь определенного усиления кровообращения в области легочной системы и дополнительно увеличить поступление кислорода в ткани, что в свою очередь позитивно сказывается на состоянии здоровья пациента и устраняет основную симптоматику фиброзного поражения.

Махмудов М.О.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ
МОДЕРНИЗИРОВАННЫМ КРАТКОСРОЧНЫМ РЕЖИМОМ ХИМИОТЕРАПИИ В ПИЛОТНЫХ
РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Бобоходжаев О.И.

Цель исследования. Изучить эффективность нового метода лечения больных с лекарственно-устойчивым туберкулезом (ЛУ-ТБ) модернизированным краткосрочным режимом химиотерапии (мКРЛ) в пилотных регионах Республики Таджикистан.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели в 2020 году проведено лечение 107 больных с ЛУ-ТБ по режиму мКРЛ в течение 39 недель с проведением мониторинга состояния в течение 12 месяцев после окончания лечения для выявления возможного развития рецидивов заболевания в пилотных регионах страны - г.Душанбе и районы республиканского подчинения.

Результаты исследования. Из 107 больных, лечившихся методом мКРЛ в течение 9 месяцев (39 недель), эффективно закончили лечение 97 больных (90,7%), 2 больных (1,9%) в процессе лечения умерли, 8 больных (7,4%) за 9 месяцев лечения не достигли эффективного результата и были переведены на другие персонифицированные режимы лечения в течение 20-24 мес. По истечении 12 месяцев после окончания лечения, случаев обострения и реактивации процесса туберкулеза у 97 успешно завершивших лечение больных не отмечено. Предварительные результаты (90,7% эффективности) свидетельствуют о более высокой эффективности лечения данным режимом химиотерапии, по сравнению с персонифицированным режимом ЛУ-ТБ (85,4%). В целом, отличия между этими двумя режимами лечения кроме более высокой эффективности (90,7% и 85,4%) и меньшей продолжительности курса лечения (9 мес. и 20 мес), заключаются также в том, что мКРЛ являясь без инъекционным - содержит только таблетированные противотуберкулезные препараты с сохраненной чувствительностью к микобактериям туберкулеза.

Выводы. Метод лечения мКРЛ является высокоэффективным методом химиотерапии больных с ЛУ-ТБ, способствует резкому снижению случаев смерти и в связи с заметным укорочением срока лечения и значительно меньшего отрыва от лечения.

Махмудова О. Н., Гончарова М.С., Мамонова Ф.М.
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩЕЙ
БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г.Гулямова
ГОО ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – старший преподаватель Нисанбаева З.Х.

Цель исследования. Целью исследования было выявление клинически очерченных расстройств при физиологически протекающей беременности. Беременность и перинатальный период характеризуются существенными биологическими и психосоциальными изменениями, которые влияют на мать и плод, а также на их взаимодействия с окружающей средой. Перестройка организма при беременности (гормональная, биологическая, перенапряжение) могут привести как к патологии беременности, так и вызвать расстройства психической сферы. Имеются данные, что до 40% женщин во время беременности принимают психотропные препараты.

Материал и методы. В исследовании приняло участие 25 женщин с беременностью, протекающей без серьезных осложнений на всем ее протяжении, обратившихся за помощью к психиатрам. Критериями отбора беременных были: наличие психических расстройств, отсутствие гестозов первой и второй половины беременности. Основными методами исследования были: клинико-психопатологический, клинико-анамнестический.

Результаты исследования. Клинический анализ показал, что у 25 женщин с беременностью имелись клинически очерченные психические расстройства: в 48% (n=12) - случаев диагностировались невротические, связанные со стрессом расстройства, в 20%(n=5) - эндогенные психические расстройства, в 20%(n=5) - органические расстройства, в 8%(n=2) - употребление психоактивных веществ, а в 4%(n=1) - умственная отсталость.

Непсихотические психические расстройства формировались задолго до беременности и в ее период обострялись. При всех клинических формах были выявлены астенические, тревожные, депрессивные, поведенческие расстройства разной степени выраженности и сочетания.

Выводы. Исследование показало, что при физиологически протекающей беременности выявляются клинически очерченные психические расстройства. В следствии нейрогуморальных сдвигов во время беременности выявляются психические расстройства, которые имелись ранее, но не были диагностированы, либо обостряются латентно протекающие невротические, органические и эндогенные патологии. На синдромальном уровне преобладают симптомы депрессии и тревожного расстройства. Тесное сотрудничество акушеров-гинекологов и психиатров создает комплексный подход для эффективного оказания лечебных услуг этой категории пациентов.

Азимова А.А Махмудова Р.У Юсупов Ш.С
ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У
БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Самаркандский Государственный Медицинский университет

Научный руководитель –№ 3 Внутренних болезни PhD Пулатов У. С

Цель исследования. Изучить особенности структурно-функциональных нарушений левого желудочка (ЛЖ) у мужчин с подагрой в зависимости от функционального состояния почек и наличия артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы: . В работе представлены результаты обследования 105 пациентов с подагрой (средний возраст $49,5 \pm 8,5$ года). Всем пациентам проводили суточное мониторирование артериального давления (СМАД); эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование с определением типов геометрии ЛЖ и оценкой его диастолической функции на аппарате Atrida pro Toshiba. Стадию хронической болезни почек (ХБП) уста-навливали в соответствии с национальными рекомендациями 2012 года на основании расчета скорости клубочковой фильтрации по методу CKD-EPI. Для статистической обработки данных применялся пакет статистических программ Statistica 6,0 (StatSoft).

Результаты исследования: На основании анализа данных, полученных при СМАД, основную группу исследования составили 75 мужчин (71,4%) с наличием АГ, группу сравнения — 30 (28,6%) больных с отсутствием повышения артериального давления (АД). Установлю-но, что у мужчин с подагрой в сочетании с АГ преобладающим вариантом архитектоники ЛЖ являлась концентрическая гипертрофия ЛЖ (49,3%; $p < 0,05$). Больные с нормальным уровнем АД чаще демон-утрировали нормальную геометрию (26,6%; $p < 0,05$) и эксцентрическую гипертрофию ЛЖ (46,8%; $p < 0,05$). У большинства мужчин с подагрой формируется ХБП, частота встречаемости которой достоверно выше в группе больных, страдающих АГ. У больных подагрой с признаками ХБП преобладающими вариантами архитектоники являлись эксцентрическая и концентрическая гипертрофия ЛЖ. Диастолическая дисфункция (ДД) чаще регистрировалась у больных с наличием АГ и ХБП. Установлены взаимосвязи гиперурикемии и повышенного содержания С-реактивного белка с некоторыми показателями СМАД, параметрами ЭхоКГ, отражающими наличие гипертрофии ЛЖ, и функциональным состоянием почек.

Выводы. У 71,4% больных подагрой выявлена АГ, наличие которой утяжеляет клиническое течение заболевания. Установлена взаимосвязь АГ и функционального состояния почек с особенностями ремоделирования ЛЖ и наличием его ДД. Уровень МК и СРБ сыворотки крови взаимосвязаны с некоторыми показателями СМАД, параметрами ЭхоКГ, отражающими наличие гипертрофии ЛЖ, и функциональным состоянием почек. На основании полученных данных можно утверждать, что повышение уровня МК запускает каскад метаболических нарушений, приводящих к сердечно-сосудистым осложнениям и ухудшению фильтрационной способности почек.

Махмудова Ш., Махмасанова У., Мудинова П.Ч.
ЧАСТОТА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ НА ИНСУЛИНОТЕРАПИИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н., доцент Иноятова.Н.А.

Цель исследования. Изучение частоты ведения больных с СД 2 типа на инсулинотерапии.

Материал и методы. Нами было ретроспективно изучены истории болезней 144 больных с сахарным диабетом 2 типа в возрасте от 25 до 74 лет, средний возраст составил $57,6 \pm 0,8$ лет. Изучение историй болезней проводилось на базе ГМИЦ №1 им. К. Ахмедова. Среди обследованных количество женщин-108, а мужчины-36. Средний стаж заболевания составил $10,1 \pm 0,48$ лет. Всем госпитализированным проводились клинические и лабораторные методы исследования. Для оценки скорости клубочковой фильтрации была использована формула СКФ-ЕРІ. Все больные были поделены на 4 возрастные группы: 1 группа - от 25 до 45 лет, составила- 19 пациентов; 2 группа от 46 до 55 лет - 30 пациентов; 3 группа от 56 до 65 лет – составила 71 пациент; 4 группа старше 66 лет - 23 пациента; Статистическая обработка и математический анализ данных проводился с помощью программы Statistical 8.0. Word 2017.

Результаты исследования. При анализировании историй болезней отмечено, что все больные поступали декомпенсированные. Средней уровень сахара крови при поступлении составил $11 \pm 3,4$ ммоль/л. Средней уровень гликированного гемоглобина составил $10,5 \pm 0,2\%$. Наибольшее количество больных были представлены в возрасте 55-65 лет и составили 50%. Больные поступали в республиканское отделение из всех регионов республики. Так, из РРП количество больных составило 111 пациентов, из Хатлонской области-31 пациент, Согдийской области-2 пациента, ГБАО - 0. Необходимо отметить, что наибольший процент больных поступал из РРП и составил 79,2%. Учитывая, что у большинства больных отмечалась декомпенсация заболевания, была назначена сочетанная терапия инсулином и сахароснижающими препаратами (ССП) или базис-болюсная-терапия (ББТ). На СПП количество больных составило - 75, на ББТ – 30 пациентов, из них на человеческих инсулинах – (Хумулин Р и Н -11 больных, на Хумулине К25 - 8, Хумулин Р и Хумодар К25 - 11 больных), сочетанная инсулин длительного действия одно или двухкратно с СПП - 24 больных) 9 больных, а на аналоговых инсулинах-30 пациентов. Всего на инсулинотерапии находилось 69 пациентов, что составило-47,9%.

Выводы. Изучение показало, что частота ведения больных на инсулинотерапии составила 47,9%, что свидетельствует о тяжести поступивших больных и плохом амбулаторном ведении больных с СД 2 типа.

Маъмулов Ф.М., Раъимов А., Бобошоев С.
ОМИЛӢОИ БА САТӢИ МУРОӢИАТИ АӢОЛИ БА СОХТОРӢОИ КАТС ТАӢСИРКУНАНДА
Кафедраи тибби оилавии МДТ “ДДТГ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”. Тоҷикистон
РоӢбари илмӣ – н.и.т. Љ.И.Инъомзода

Маъмулият. Дар ӢадафӢои рушди Ӣазорсола (ӢРӢ), ки аз Ӣониби СММ қабул шудааст, паст кардани сатӢи беморшавии аӢолӣ маъз дар сатӢи ибтидоии сохтори нигаӢдории тандурустӣ эътироф шудааст. Соли 2020 аз Ӣониби СММ соли баӢодинӣ ба даралаи комёбии ӢульӢати мазкур эълон шуда буд. Зарурати мониторинги даврагии дастовардӢои ӢРӢ аз он бармеояд, ки ӢРӢ доимо дар маркази таваӢӢуӢи нақшаӢои рушди миллӣ ва глобалӣ бояд қарор гиранд. ГуногунаӢаӢагии фаӢолияти тибби оилавӣ вобастагии ноилшавӣ ба мақсадӢои ӢРӢ-ро маъз Ӣамин самти хизматрасонии тиббӣ пешбинӣ менамояд.

Мавод ва тарзи таӢқиқот таӢлили нишондиӢандаӢои тиббию омории марбут ба тамоюли сатӢи беморшавии аӢолӣ ва муроӢиати онӢоро ба муассисаӢои кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ (КАТС) дар соли 2020 дарбар гирифт.

НатиљаӢои таӢқиқот. Дар таӢқиқот далелу нишондиӢандаӢои маъмули давлатӣ – ӢульӢати расмии бақайдгирии муроӢиати аӢолӣ ба марказӢои саломатии ЉТ (шакли №12-и Ӣисоботи даврагии муассисаӢои тиббии ЉТ) дар соли 2020 истифода шуданд.

Зимни таӢқиқот аӢолии ЉТ ба чунин гурӯӢӢои оморию-Ӣисоботии аз Ӣониби мақоми омори тиббии Вазорати тандурустӣ ва Ӣифзи илтимоеи ЉТ тасдиқшуда таӢлил шуданд: 1) Ӣамъи аӢолии ӢумӢурӣ; 2) кӯдакони то 4-сола; 3) кӯдакони синнашон 5-7 сола; 4) кӯдакони то 14-сола; 5) наврасон – 15-17-сола; 6) калонсолон – синнашон 18-сола ва боло.

Дар фаӢолияти ба пешгирӣ ва табобати мукаммали беморию бахшидашудаи самти КАТС-и соӢаи нигаӢдории тандурустии ЉТ дар фазои рушди минбаъдаи тибби оилавӣ тамоюли мусбӣ исбот гардид.

Дар соли 2020 шумораи умумии муроӢиати аӢолӣ ба муассисаӢои КАТС-и ЉТ 1 028 325 нафарро ташкил дод, аз он чумла 111 145 нафар аӢолӣ (10,8%-и муроӢиатӢо) омилӢоеро соӢиб буданд, ки асоснокии муроӢиатро ба сохторӢои КАТС тасдиқ менамоянд.

ХулосаӢо. (1) Натиљаи таӢқиқот имконият медиӢад, ки илрои самти дахлдори ӢРӢ дар ЉТ мусбӣ арзёбӣ шавад. (2) Дар ноилшавӣ ба мақсадӢои ба Ӣифзи саломатии Ӣомеа бахшидашудаи ӢРӢ нақши тибби оилавӣ муӢим аст. (3) ЧорабиниӢои ба мубориза алайӢи беморию дар Ӣомеа нисбатан васеъ паӢншуда самти муӢимтарини тибби оилавӣ шинохта шуда, бо Ӣамкории тахассусӣ ва дастгирии моддию маънавӣ вобастаанд.

Мизаев С. А., Махмудова Р.У., Юсупов Ш.С.
КАРДИОРЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Самаркандский Государственный Медицинский университет
Научный руководитель – Пулатов У. С.

Цель исследования. Высокая частота поражения сердечно-сосудистой системы, сопряженная с нарушением почечных функций, позволила к настоящему времени

сформулировать концепцию «кардиоренального синдрома» (КРС). В зависимости от того, какой орган поражается первично, сердце или почки, выделяют 5 типов КРС.

Известно, что повышение массы миокарда левого желудочка (ЛЖ) сердца приводит к развитию систолической и диастолической дисфункции, аритмии, внезапной смерти. У больных с нарушением почечных функций эти осложнения возникают часто, однако механизмы, лежащие в основе сердечно-сосудистых нарушений у данного контингента, требуют уточнения, особенно на стадии, не требующей лечения диализом.

В этой связи целью нашего исследования было изучение распространенности и факторов риска развития КРС у больных с первичным хроническим поражением почек (КРС 4 типа) и у больных с сахарным диабетом 2 типа (СД2) (КРС 5 типа).

Материал и методы: В наше исследование были включены 172 больных с ХБП. Первую группу составили 83 больных 2–4 ст. ХБП недиабетической этиологии. Средний возраст 46 ± 15 лет, 51% мужчин и 49% женщин. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) составляла 37,2 мл/мин (95% доверительный интервал 33,9–41,4), уровень креатинина сыворотки крови – 2,9 мг/дл (2,6–3,2). Во вторую группу вошли 89 больных сахарным диабетом 2 типа (СД2) и 1–2 стадиями ХБП (40% мужчин и 60% женщин) и альбуминурией, средний возраст $57,3 \pm 7,1$ лет. Длительность СД2 в среднем составила $10,4 \pm 7,1$ лет. Всем больным проводили общеклиническое обследование и эхо-кардиографию сердца. Оценивали воздействие общепопуляционных и связанных с почечной недостаточностью факторов риска на развитие ГЛЖ.

Результаты исследования: У больных ХБП 2–4 стадий недиабетической этиологии ГЛЖ диагностирована в 37,3% случаев. Наряду с традиционными факторами риска развития сердечно-сосудистых осложнений (возраст, женский пол, артериальная гипертония, отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям, гиперхолестеринемия) имели значение факторы, связанные с нарушением почечных функций (анемия, СКФ, креатинин, нарушения фосфорно-кальциевого обмена). По мере прогрессирования ХБП частота развития концентрической и эксцентрической моделей ГЛЖ возрастала.

У больных СД2 ГЛЖ была диагностирована в 36% случаев. Повышение индекса массы миокарда коррелировало с уровнем мочевой кислоты, гликированного гемоглобина, ожирением, а также с наличием альбуминурии. Установлена взаимосвязь диабетической нефропатии с процессами ремоделирования миокарда левого желудочка и наличием сердечно-сосудистых катастроф в анамнезе.

Выводы. Развитие КРС отмечается уже на додиализных стадиях у больных ХБП и СД и связано как с традиционными, так и с «почечными» факторами риска.

Минц Д. В.

ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ВОПРОСАМ САМОКОНТРОЛЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Школа сестринского образования НАО «МУК». Казахстан.

Научный руководитель – м.м.н., ассистент-профессора Большакова И.А, м.м.н. преподаватель-стажер Шозда К.Э.

Цель исследования. Изучение аспекта самоконтроля пациентов, страдающих сахарным диабетом.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено социологическое исследование пациентов с сахарным диабетом в анамнезе, прикрепленных к ТОО МФ «Гиппократ» г. Караганды. Исследование проводилось при помощи авторской анкеты, содержащей 17 вопросов об особенностях самоухода при сахарном диабете. Анкетирование было анонимным, что дает нам возможность предполагать высокую искренность респондентов. Все респонденты были проинформированы перед анкетированием о конфиденциальности персональных данных и целях исследования. Результаты исследования были статистически обработаны при помощи программы Microsoft Excel и представлены в обобщенной форме.

Результаты исследования. Результаты нашего исследования показывают, что более половины опрошенных респондентов, а именно 67%, считают важным соблюдение диеты при наличии сахарного диабета в анамнезе. Более половины респондентов (53%) считают, что углеводы, как составная часть большинства продуктов, повышают уровень глюкозы в крови. 63% респондентов считают, что при уходе за стопами нельзя пользоваться заостренными ножницами, это положительно демонстрирует их владение информацией в области профилактики диабетической стопы.

Лишь 33% опрошенных респондентов на вопрос о способе введения инсулина выбрали вариант ответа «под кожу», необходимо повышать их уровень знаний, потому, как время всасывания и действия лекарственного препарата зависит непосредственно от знания способа/места введения лекарственного средства. Как показали результаты исследования, большая часть опрошенных участников исследования (57%) затруднились ответить на вопрос о месте введения инсулина с более быстрым всасыванием лекарственного препарата и предпочтительным местом введения инсулина короткого действия.

Также основополагающее значение имеет прием пищи после введенной инъекции инсулина, а именно через рекомендуемое время – 15 – 30 минут. Данный вариант ответа выбрала лишь малая часть опрошенных респондентов

(36%), а большая часть – 40% опрошенных затруднились ответить на представленный вопрос.

38% респондентов относительно физической нагрузки считают, что будут прибегать к занятию физической активностью только в случае того, если получат рекомендации от врача, 31% - положительно ответили на данный вопрос, но 22% выбрали вариант – воздержаться от физической нагрузки.

Выводы. По результатам нашей работы было выявлено, что роль медицинской сестры в профилактике осложнений сахарного диабета, а именно в обучении пациентов самоконтролю сахарного диабета, колоссальна, поскольку профессиональная деятельность специалиста сестринского дела состоит в консультировании пациентов относительно диетического питания, важности наблюдения за состоянием стоп и профилактики возникновения синдрома диабетической стопы, правильности постановки инсулина, его хранения и профилактики постинъекционных осложнений, а также информировании пациента о необходимости его активного участия в процессе лечения.

Мирзоев. Р.И Мирзаева Ф.Э. Мирзаев С.А

ИЗМЕНЕНИЯ ОРГАНОВ МИШЕНЕЙ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ.

Кафедра внутренних болезней №3 Самаркандский Государственный Медицинский Университет

Научный руководитель: PhД Пулатов У.С Самаркандского Государственного Медицинского Университета

Цель исследования: Оценить состояние органов-мишеней у людей в молодом возрасте с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ) на разных этапах ее формирования

Методы: Обследованы 200 больных с ЭАГ в возрасте от 18 до 44 лет (средний возраст $31 \pm 2,0$ лет), из них 123 (61,5%) мужчины и 77 (38,5%) женщины. По результатам СМАД больные с ЭАГ были разделены на три группы наблюдения: первая группа-пациенты с феноменом «гипертонии белого халата» -98 человек, вторая группа-подростки с лабильной АГ (ЛАГ)-108 человек; третья группа-подростки со стабильной АГ-93 человека. Гипертрофия ЛЖ в подростковом возрасте диагностировалась в случае, когда индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) ($\text{г}/\text{м}^2$) превышал 95 распределения для соответствующего пола. МРТ головного мозга проводилась на магнитно-резонансном томографе «Magnetom-OPEN» по общепринятой методике. Гипертензивная энцефалопатия (ГЭ) считалась минимальной при изолированном расширении боковых желудочков или субарахноидальных пространств и/или наличии перивентрикулярной отечности. Умеренная степень ГЭ Диагностировалась при расширении боковых желудочков в сочетании с увеличением субарахноидальных пространств (САП) и наличием перивентрикулярной отечности. Активность фактора Виллебранда (ФВ) определялась *in vitro* с помощью набора реагентов фирмы «Технология стандарт» (Барнаул).

Результаты и обсуждение: Изменения геометрии ЛЖ были выявлены у 23,1% обследованных подростков с ЭАГ, при этом концентрическая гипертрофия выявлена у 2%, концентрическое ремоделирование-у 6%, эксцентрическая гипертрофия —у 15% пациентов. У пациентов со ст. АГ шанс формирования эксцентрической гипертонии в 3,13 раза был выше, чем в группе ГБХ и в 2,7 раза выше, чем в группе ЛАГ (ОШ 3,13 (95%ДИ 1,31:7,14), $p=0,0049$ и ОШ 2,7 (95%ДИ 1,2:5,88), $p=0,0076$ соответственно). У пациентов со ст. АГ была выявлена клинически значимая разница средних значений размера левого предсердия по отношению к группе контроля с поправкой на пол и возраст и составила 1,79 мм (95%ДИ 0,09:3,49), $p=0,039$). Минимальные проявления ГЭ были выявлены у 49,3%, а умеренные-у 24,7% подростков с ЭАГ на разных этапах ее становления. Разница средних цифр размеров САП задней черепной ямки во всех группах наблюдения по отношению к контролю с поправкой на пол и возраст была клинически значима. При повышении среднего АД за сутки на 1 мм рт.ст, отмечается увеличение размеров САП задней черепной ямки на 0,14 мм (ДИ 0,02:0,46), $p=0,032$), а увеличение индекса времени систолического АД в ночные часы на 1 ед измерения (%) влечет за собой увеличение этого же параметра на 0,09 мм (ДИ 0,01:0,16), $p=0,028$). В группах пациентов с лабильной и стабильной АГ было выявлено значимое увеличение концентрации ФВ по отношению к контролю. В группе с ЛАГ клинически значимая разница средних значений ФВ по отношению к контролю составила 29,33% (95% ДИ 8,7:49,97, $p=0,0056$), а в группе со ст. АГ-32,77% (95%ДИ 12,31:53,24, $p=0,0018$). У пациентов с ЭАГ и наличием ГЭ отмечались более высокие показатели разницы средних значений активности ФВ и ИММЛЖ, чем в группе пациентов без структурных нарушений головного мозга ($p=0,025$ и $p=0,01$ соответственно).

Выводы: Поражение органов-мишеней начинает формироваться на самых ранних этапах формирования эссенциальной АГ. Своевременное проведение профилактических мероприятий у всех подростков с эссенциальной АГ позволит предотвратить дальнейшее прогрессирование заболевания и будет способствовать регрессии имеющихся клинических симптомов болезни

Мирзовалиева О.И.

ЛЮМИНЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА КОЖНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Кафедра дерматовенерологии ГОУ Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино

Научный руководитель- к.м.н. Исмаилов С.С.

Цель исследования. Дифференциальная диагностика люминесценции под лампой Вуда различных участков кожи у детей.

Материал и методы исследования. Осмотру под лампой Вуда было подвержено 22 ребенка, средний возраст которых составил 8,2 лет. Осмотр проводился в темной комнате после небольшого инструктажа как детей, так и их родных. Из них с диагнозом витилиго было 12, с сухим лишаем 8, с микроспорией волосистой части головы 2 человека.

Результаты исследования. Среди пациентов с витилиго у 8 выявлена прогрессирующая стадия, на которую указывали мелкоточечные депигментации, с четкими границами, не видимые при дневном свете, и у 4- стационарная,

проявляющаяся очагами репигментации с преимущественным расположением вокруг пушковых волос. Данная процедура убедила близких родственников старческого возраста, доверяющих народным целителям и, конфликтующих с молодыми родителями детей, в том, что появление новых очагов не является следствием медикаментозного лечения и некомпетентии врача. Сухой лишай лица имел распространенный характер, почему и вызывал настороженность семьи, и отличался от витилиго наличием мелкопластинчатых чешуек, отражающиеся белесовато-перламутровым свечением, без четких границ и гиперпигментации. Демонстрация осмотра перед родными детей вызвала положительные эмоции, после комментариев специалиста. Зеленое свечение подтвердило наличие микроспории волосистой части головы у 2 детей, с выявлением обсеменения грибковой патологией других участков головы, невидимых без лампы Вуда. Осмотр, проводимый в присутствии родственников детей, доказал им целесообразность обработки кожи всей волосистой части головы, о чем рассказывал лечащий врач. С целью постановки диагноза проводилась идентификация с таблицей цветов. При осмотре патологических очагов интерес вызвало ярко-желтое свечение скоплений в наружном слуховом проходе при случайном попадании лучей лампы. Также, у 4 пациентов в периоральной области, предплечьях, ладонях имело место изменение цвета кожи не подпадающих под таблицу сравнения. В связи с констатацией нескольких цветов, не подходящих ни под какую-нибудь категорию цвета таблиц, с целью их идентификации был собран подробный анамнез с акцентированием внимания на участках неизвестного свечения. Например, при локализации люминесценции вокруг ротовой полости подробно спрашивали что употреблял ребенок в пищу накануне осмотра; при непонятном окрасе предплечий и ладоней интересовались чем обрабатывали конечность или что держал ребенок в руках; при неоднородном свечении волосистой части головы интересовались была ли применена краска для волос (в том числе хна) или имело или место «выгорание» под солнцем и т.д. Результаты анализа полученных при осмотре под лампой Вуда и анамнеза, выяснилось, что на коже молочно-кислые продукты светятся ярко-белым цветом, тональный крем (девочка маскировала под кремом пигментацию поставке) темно фиолетовым, высохшая жидкость, оставленная влажными салфетками - светло желтым, сок мандарина- ярко-оранжевым, краска для волос – разными оттенками неравномерного окрашивания, выгоревшие под действием УФО волосы были светлее на несколько тонов здоровых волос.

Выводы. Люминесцентная диагностика- доступный, неинвазивный метод исследования, помогающий подтвердить или опровергнуть предполагаемый диагноз. УФ-излучение, индуцируемое лампой Вуда, позволяет визуализировать патологические очаги на коже и волосах и провести дифференциальную их диагностику. Для практического использования результатов осмотра под лампой Вуданами была дополнена таблица цветов и даны рекомендации врачам направлять правильно подготовленных пациентов для осмотра.

Мирзоев М.Т., Комилова Г.А., Давлатмирова Г.Ш
КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ СВОЕВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БОЛЕЗНИ
ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г.Гулямова
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н. Ганиева М.Т

Цель исследования. Изучение результатов клинического наблюдения и лечения пациентов с ГЛД на базе Национального медицинского центра Республики Таджикистан г. Душанбе.

Материалы и методы. Обследовано 10 пациентов с ГЛД и членов их семей. Группа 1 – 7 (70 %) пациентов с неврологическими проявлениями (5 мужчин и 2 женщины) в возрасте от 19 до 53 лет. Группа 2 – 3 (30%) пациентов с абдоминальной формой (1 мужчина и 2 женщины) в возрасте от 18 до 50 лет. Проводилось исследование неврологического статуса, когнитивных функций. Оценивались изменения функции печени по данным УЗИ и биохимического анализа крови, а также лабораторные показатели обмена меди.

Результаты и обсуждение. У пациентов в группе 1 в неврологическом статусе наиболее частыми симптомами были изолированный либо сочетанный тремор рук (головы, туловища, нижних конечностей) – 6 наблюдений, дизартрия – 2, координаторные нарушения отмечались в 4 наблюдениях, которые были представлены атаксией при ходьбе, пошатыванием в позе Ромберга, одно- или двусторонней интенцией при выполнении координаторных проб. Изменение мышечного тонуса по пластическому типу определялись у 5 пациентов. Рефлексы орального автоматизма были выявлены у 3 пациентов. Изменения когнитивных функций различной степени выраженности установлены у 6 человек. Имелось место сочетания нескольких симптомов у одного пациента. У 6 (85,7%) пациентов группы 1 были выявлены признаки поражения печени – цирроза печени у 1 (14,3%), – и хронический гепатит в 2 (28.6%) наблюдениях. У 3 (42,9%) пациентов изменения печени по данным УЗИ в дебюте заболевания отсутствовали. Группа 2 - пациенты с абдоминальной формой ГЛД - цирроз печени по результатам обследований установлен у 2 (66,7%) пациентов, хронический гепатит - 1(33,3%). Для терапии в большинстве случаев назначался лекарственный препарат Д-пеницилламин (купренил) 250 мг преимущественно в дозировках 3-4 таблетки в сутки, а также некоторым пациентам назначен сульфат цинка. Подбор дозы осуществлялся с учетом индивидуальной переносимости и наличия побочных эффектов. Была назначена строгая диета.

Выводы. Широкий клинический полиморфизм и возможное отсутствие изменений показателей обмена меди, особенно в начале заболевания, обуславливают сложность клинической диагностики ГЛД. Знание особенностей наследования заболевания, возможность его наличия у родственников пациента, позволяет выявить ГЛД в начальных стадиях и назначить своевременное лечение.

Мирзокаримова Н.С., Камолова Г.Н., Кароматова Т.И.
КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА
ПРИ ПЕРНИЦИНОЗНОЙ АНЕМИИ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуалиибни Сино, Душанбе, Таджикистан
научный руководитель – д.м.н., профессор Мустафакулова Н.И.

Цель исследования. Изучить психоневрологические нарушения при перницинозной анемии (ПА).

Материал и методы исследования. Обследованы 93 пациента с установленным диагнозом – перницинозная анемия в возрасте от 57 до 73 лет. Среди них мужчин было 55, женщин – 38. Проведены развернутый анализ крови, кала на яйца глист, стерильная пункция, исследование биохимических анализов крови, определен витамин В₁₂, психодиагностические методы исследования (шкала тревоги Спилберга, опросник депрессии Бэка). Контрольную группу составили 35 здоровых лиц.

Результаты и обсуждение полученных результатов. Все пациенты жаловались на головные боли, потемнение в глазах, жжение на языке, наличие трещин на языке, боли в эпигастриальной области. В 93,0% случаев у больных отмечалась агрессивность, тревожно-депрессивное состояние (56,0%), утиная походка (23,0%), парестезия верхних и нижних конечностей (11,0%), симптом «ватных ног» (15,0%), бледность кожных покровов с лимонно-желтым оттенком (85,0%), гепатоспленомегалия (73,0%), панцитопения (98,0%), пойкилоцитоз (4,0%). Уровень Витамин В₁₂ у всех пациентов был низким ($162 \pm 1,9$ пмоль / л). В миелограмме был обнаружен мегалобластический тип кроветворения. Личностная тревожность по тесту Спилберга ($57,7 \pm 0,33$) и по шкале депрессии Бэка у пациентов оказались выше ($27 \pm 3,75$).

Выводы. Перницинозная анемия отличается психоневрологическими, гастралгическими и гематологическими проявлениями.

Мирзокаримова Н.С., Абдулаева Д.Ю., Хабибова С.М.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ
ПНЕВМОНИИ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан
Научный руководитель, д.м.н., профессор Мустафакулова Н.И.

Цель исследования. Изучить особенности течения кардиоренального синдрома (КРС) у пациентов с интерстициальной пневмонией (ИП).

Материал и методы исследования. Обследованы 73 больных с установленным диагнозом: интерстициальная пневмония, в возрасте от 47 до 69 лет, из них было 43 (59,0%) мужчины и 30 (41,0%) женщины. Больные с ИП были разделены на 2 группы: в I группу вошли пациенты с КРС (n=39) и во II группу – вошли без КРС (n=34). Были проведены общеклинические, биохимические, функциональные пробы почек, УЗИ почек, рентгенологические исследования, ЭКГ, ЭхоКГ, ФВД.

Результаты исследования и их обсуждение. Пациенты обеих групп жаловались на сухой кашель (95,0% и 77,0%), кровохарканье (33,0% и 10,0%), боль в грудной клетке (27,0% и 7,0%), гипертермию (55,0% и 25,0%). У всех больных I группы в конце 3 недели наблюдалась постоянная одышка и сердцебиение, снижение артериального давления (67,0%), кардиалгия (63,0%), боли в области почек (55,0%). На КТВР был обнаружен «симптом матового стекла». На этой стадии КРС прогрессировал. Из 39 больных с КРС у 11 (28,0%) развилась экстрасистолия, у 3 (7,6%) атриовентрикулярная блокада и нефромегалия у 9 (23,0%) больных, и достоверное увеличение уровня креатинина и мочевины ($149,0 \pm 19,3$ и $25,6 \pm 2,9$ мкмоль/л).

Выводы. Для предотвращения развития КРС при ИП необходимо в ранних стадиях заболевания вести наблюдение за состоянием ССС, а также за *защитной-реабсорбционной функцией почек*.

Мирзокаримова Н.С., Бобоева М.Х., Мухаммад Хакими
ГЕЛЬМИНТЫ И ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЛИМФОИДНОЙ
ЛЕЙКЕМИИ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Мустафакулова Н.И.

Цель. Изучить влияние гельминтов на психовегетативное состояние пациентов с хронической лимфоидной лейкемией (ХЛЛ).

Материалы и методы. Пациенты с ХЛЛ (n=93) в возрасте от 45 до 67 лет, из них мужчин было 53 (57,0%), женщин – 40 (43,0%). Пациенты подразделены на 2 группы: в I группу вошли 55 (59,0%) больных с ХЛЛ, ассоциированных с глистной инвазией (ГИ), и во II группу вошли 38 (41,0%) без ассоциации с ГИ, с аналогичным возрастом и полом. Проведены развернутый анализ крови, копрология, стерильная пункция, исследование сыворотки крови, костного мозга и ликвора (ПЦР и ИФА) на гельминты, исследование шкалы тревоги Спилберга, опросника депрессии Бэка и вегетативного фона с помощью специальной вегетативной комбинированной таблицы А.М. Bein. и соавт (1971).

Результаты. Из 55 пациентов с ХЛЛ обнаружены микст-инвазия антител к *Toxocaracanis* *Ascarislumbricoides* как в сыворотке крови, так и в костном мозге (46,0% и 9,0%), тогда как у одних и тех же пациентов антитела только к *Ascarislumbricoides* в сыворотке крови и костном мозге обнаружены в 11,0% и 8,0% случаях. Психовегетативные расстройства у пациентов с ХЛЛ, ассоциированной с *Toxocaracanis* *Ascarislumbricoides*, были более выражены по

отношению к пациентам без ассоциации глистной инвазии характеризовались эмоциональной лабильностью (69,0% и 33,0%), ранимостью (65,0% и 20,0%), безразличностью (29,0% и 7,0%), головокружением (55,0% и 19,0%), гипертоническим синдромом (77,0% и 29,0%), гиперсаливацией (73,0% и 30,0%) и потливостью (53,0% и 17,0%).

Выводы. Глистная инвазия, несомненно, влияет на течение ХЛЛ и усугубляет психовегетативные расстройства.

Мирсалиев М.М., Сайлаубек С. Ж., Брюшинина Е.М.

ФАКТОРЫ РИСКА СМЕРТИ ПАЦИЕНТОВ И РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ COVID-19

Кафедра Анестезиологии и реаниматологии в том числе детской КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова. Казахстан.

Цель исследования. Изучение летальности и факторов риска смерти больных с COVID-19, госпитализированных для респираторной поддержки в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) ГКБ №1 г. Алматы.

Материал и методы. Ретро- и проспективное исследование было выполнено в отделении ОРИТ ГКБ №1 г. Алматы на базе КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова. В исследование включались все пациенты с известными исходами (смерть от любых причин или выздоровление) SARS-CoV-2 пневмонии, осложнившейся острым респираторным дистресс-синдромом (ОРДС), с 26 марта по 28 сентября 2021 г. Факторы риска смерти анализировали с помощью многофакторной регрессионной модели Кокса.

Результаты. В исследование были включены 311 пациентов, 177 (56,9%) мужчины и 134 (43,1%) женщины. Медиана возраста – 63 года. 186 (59,8%) больных находились в ОРИТ стационара ГКБ №1 г. Алматы. У 298 (95,8%) больных диагноз SARS-CoV-2 инфекции был подтвержден с помощью ПЦР. Умерли 127 (40,8%) пациентов, выжили 183 (59,2%). Основными причинами смерти были ОРДС (93,4%), сердечно-сосудистые осложнения (3,2%) и тромбоэмболия легочной артерии (1,0%). Летальность была низкой у пациентов, находившихся на оксигенотерапии (10,4%), изначальное повышение было у больных, которых приходилось переводить на неинвазивную (36,5%) или инвазивную (84,5%) вентиляцию легких. Риск смерти увеличивался с возрастом в возрастных группах старше 50 лет у мужчин был достоверно выше, чем у женщин. В однофакторных моделях заболеваниями, ассоциированными с развитием летального исхода, были артериальная гипертензия, ИБС, инсульт, фибрилляция предсердий, сахарный диабет 2 типа и ожирение, однако во многофакторной модели, построенной по всем признакам с коррекцией по полу и возрасту, статистическое значение сохранили только ИБС (отношение рисков [ОР] 1,256, 95% доверительный интервал [ДИ] 1,064-1,484, $p=0,007$), сахарный диабет 2 типа (ОР 1,300, 95% ДИ 1,131-1,494, $p<0,0001$) и ожирение (ОР 1,347, 95% ДИ 1,166-1,556, $p<0,0001$).

Заключение. Основными факторами риска смерти больных с COVID-19, переведенных в ОРИТ для респираторной поддержки, были тяжесть ОРДС, прежде всего необходимость ИВЛ, пожилой возраст, мужской пол, а также ИБС, ожирение и сахарный диабет 2 типа.

Мирхонидова О., Гончарова М.С., Тагоев А.А.

ВЛИЯНИЕ НЕЙРОЛЕПТИКОВ НА БОЛЬНЫХ С БРЕДОМ РЕВНОСТИ, НАХОДИВШИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г.Гулямова

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – ассистент Исмаилов И.И.

Цель исследования. Опыт лечения встречается при многих заболеваниях различного генеза. Обычно он сопровождается значительной эмоциональной насыщенностью и внутренним напряжением, которое обеспечивает или поддерживает актуальность и стойкость бреда, лечение его представляет ряд трудностей. В связи с этим мы решили проанализировать влияние нейролептиков на больных с бредом ревности, находившихся на лечении в дневном стационаре МЧКБР диспансер в течение последних трёх лет (2020-2023г).

Материал и методы. На лечении в диспансере находилось 18 больных (15 мужчин и 3 женщины) в возрасте от 25 до 55 лет. Из них четверо больных с бредом ревности алкогольного генеза, четверо - сосудистого, два - психогенного и 2 инволюционного. У пяти больных бред ревности развился на почве органического поражения нервной системы.

Результаты исследования. Лечение большинства больных (15 из 18) проводилось нейролептиками в сочетании с общеукрепляющими и симптоматическими средствами, психотерапией. Трём больным нейролептики не были назначены по соматическим показаниям. Среди нейролептиков, главным образом, применялся аминазин. Дозы были индивидуальны 10-15 мг стелазина и 1-2 мг галоперидола.

Выводы. Анализ проведённого лечения показал, что нейролептики оказывают влияние, главным образом, на эмоциональную насыщенность, актуальность бреда аффективную напряженность. Больные становились спокойнее, мягче, терпимее, относились к супруге (супругу); бред переставал господствовать в сознании больного. Согласно анамнезу полное выздоровление наступило у четвертых больных. Бред ревности у двух из них был алкогольного генеза, у двух - психогенного.

Михеева О.В., Яблонская В.Ю., Калбеков Ж.А.
РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В СОПРОВОЖДЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С
БОЛЕЗНЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ
СЕСТРИНСКОЙ СЛУЖБЫ.

Кафедра “Школа сестринского образования” НАО МУК . Караганда, Казахстан.
Научный руководитель- д.м.н., профессор Киспаева Т.Т

Цель исследования. Изучить роль специалиста сестринского дела в наблюдении и реабилитации пациентов с сердечно сосудистыми заболеваниями в условиях реформирования сестринского дела.

Материал и методы. Наблюдение, опрос (стандартизированное интервью), тестирование, статистический метод исследования. Материал исследования: пациенты с сердечно сосудистыми заболеваниями.

Результаты исследования. По результатам проведенного анкетирования и осмотра в начале исследования подавляющая часть пациентов не осведомлены о своем заболевании и возможных осложнениях. Не знают особенностей лечебной диеты при своем заболевании.

Больше половины респондентов имеют лишний вес, ведут малоподвижный образ жизни. По окончании эксперимента, у пациентов первой группы находившейся под наблюдением медицинской сестры, улучшились показатели АД, снизились показатели холестерина и сахара крови. У некоторых пациентов снизился вес на 2-4 килограмма. У всех пациентов отмечалось улучшение самочувствия.

Выводы. Опытным путем была доказана необходимость привлечения сестринского персонала к наблюдению и реабилитации пациентов с сердечно сосудистыми заболеваниями. Внедренные новые технологии сестринского ухода, основанные на доказательной медицине, позволили улучшить качество жизни больных с сердечно сосудистыми заболеваниями и профилактику осложнений.

Молдажан Л.Е., Әбдікамалова К.М., Әлімжан Г.Т.
ВОПРОСЫ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Кафедра нервных болезней НАО КазНМУ им. С.Д Асфендиярова. Казахстан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Мухамбетова Г.А.

Цель: Исследование охвата вакцинацией детей с органическим поражением нервной системы согласно национального календаря прививок РК.

Материал и методы. Изучены данные о вакцинации 46 детей с различными формами церебрального паралича, которые получали комплексную реабилитацию в условиях РДРЦ «Балбулак». Распределение детей по полу: мальчики составили 33 случая (71,74%), девочки 13 случаев (28,26%). Возраст детей представлен в диапазоне от 1 до 16 лет, средний возраст составил - 7,6 лет. Проведен сбор данных по амбулаторной карте ребенка и паспорту вакцинации, где указаны полученные прививки с момента рождения ребенка, дата получения их, причины отказа или не получения их по медицинским показаниям. Применен клинико-анамнестический метод исследования с изучением выписки из роддома, неврологического и соматического статуса, анализом даты рождения ребенка, даты получения прививок, соответствие их плановому национальному календарю РК.

Результаты исследования. Изучение карты и паспорта вакцинации детей с различными формами церебрального паралича показало 8 случаев (17,39%) отказа от вакцинации по медицинским отводам, 4 случая отказа по различным причинам, в том числе и недоверие к препаратам. В 73,91% дети (34 случая) получили полную и частичную вакцинацию. Из них, в 47,06% детей получили все прививки по индивидуальному календарю. У 52,94 % детей отмечено частичное получение прививок, из них 55,56% получили прививки только в роддоме. Не выявлены случаи неблагоприятного события после иммунизации в исследуемой группе детей. Согласно документа РК «Перечень медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок» диагноз церебральный паралич не входит в перечень противопоказаний. При компенсации соматического, неврологического статуса или выздоровления возможна вакцинация в определенные сроки.

Выводы.

1. Вопросы вакцинации детей с поражением нервной системы разрешимы частично. Охват вакцинацией детей с поражением нервной системы не полный, обусловлен отказом от получения прививок в различные возрастные периоды.
2. Выявление случаев медицинских отводов показало непонимание медицинского сообщества о важности вакцинации детей, в том числе с поражением нервной системы.
3. Необходимо проводить информационную работу о необходимости, эффективности и безопасности вакцинации детей среди медицинского сообщества и населения.

Мубоширова Г.
ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ

Кафедра Внутренних болезней №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – старший преподаватель Фаттоева Н.В.

Цель работы. Изучить влияние физиотерапевтического метода лечения – в частности применения лазерной или квантовой терапии - МИЛ-терапии – от аппарата «Милта-Ф» при лечении и реабилитации больных с гипертонической болезнью.

Гипертоническую болезнь рассматривают как заболевание, развивающееся на почве нарушений кортико-висцеральных соотношений в связи с возникновением очага застойного возбуждения в области сосудорегулирующих центров в коре головного мозга и подкорке.

В связи с этим в лечении и реабилитации гипертонической болезни огромное значение имеют физиотерапевтические методы лечения (в частности применение лазерной или квантовой терапии), т.к. они положительно влияют на весь организм в целом и на нервную и сердечнососудистую систему в частности.

Поэтому методы физиотерапии являются необходимой частью комплекса профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий в системе этапного лечения больных гипертонической болезнью в условиях стационаров, поликлиник и санаториев.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 10 больных (в основном женщины) в возрасте от 45 до 65 лет с диагнозом гипертоническая болезнь 1Б-2А стадии.

В комплекс реабилитационных мероприятий, включая медикаментозную терапию (гипотензивные, коронарорасширяющие, антиаритмические, седативные, диуретические средства и др.) входило применение квантовой терапии от аппарата «Милта-Ф».

Аппарат «Милта-Ф» (магнито-инфракрасный-лазерный терапевтический аппарат) в своём действии использует следующие комбинации воздействий: лазер, оптический квантовый генератор, испускающий свет в узком спектральном диапазоне в виде направленного высококогерентного, монохроматического, поляризованного луча, поток инфракрасного луча, и поток постоянного магнитного поля.

Эти воздействия подаются на ткани организма с помощью излучателя от аппарата «Милта-Ф». зоны воздействий при гипертонической болезни — это точки в области головы, лобно-височной части лица, и на уровне седьмого шейного позвонка. Экспозиция воздействия на каждую зону колеблется от 1 до 2-х минут. Всего количество зон воздействия при гипертонической болезни в пределах 10-12 точек. Частота следования импульсов и мощность излучения светодиодов зависит от стадии гипертонической болезни и возраста больного. Всего на курс лечения назначают 10-14 процедур, затем необходимо сделать перерыв на 2 недели и курс квантовой терапии следует повторить.

Результаты и их обсуждение. Через 20-25 дней после комплекса лечения с помощью лазерной или квантовой терапии значительно уменьшались, или исчезали жалобы больных, наблюдалась тенденция к снижению артериального давления, урежения пульса, нормализации сна, но вес и физическая работоспособность не изменялась.

Явное улучшение общего физического состояния больных наступало после повторного курса лазерной или квантовой терапии. При этом нормализовалось артериальное давление, пульс, сон, повышалась физическая работоспособность, значительно уменьшались или исчезали жалобы и т.д.

Выводы. Таким образом, наблюдения показывают, что применение МИЛ-терапии с помощью аппарата «Милта-Ф» несколькими курсами, положительно влияет на состояние организма при гипертонической болезни.

Мубоширова Г.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАТЯЖНЫМ КАШЛЕМ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

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

Научный руководитель – старший преподаватель Фаттоева Н.В.

Цель исследования. Изучение воздействия ингаляционной терапии солевыми и щелочными растворами с помощью небулайзера при дыхательных осложнениях постковидного синдрома.

Наиболее часто последствия COVID-19 отражаются на системе органов дыхания, которые связаны с риском возникновения хронической дыхательной недостаточности.

В этой статье мы рассмотрим один из методов реабилитации больных с осложнениями органов дыхания с помощью ингаляционной терапии. К осложнениям органов дыхания можно отнести: затруднённое дыхание, чувство нехватки воздуха, кашель, общая слабость.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 8 больных – женщины и мужчины в возрасте от 40 до 60 лет, перенесших COVID-19 лёгкой и средней тяжести. Все они предъявляли жалобы на затруднённое дыхание, чувство нехватки воздуха, одышку, кашель, общую слабость. Всем пациентам, помимо основного терапевтического лечения, была назначена ингаляционная терапия солевыми и щелочными растворами при помощи аппарата небулайзер.

Преимуществом небулайзерной терапии является доставка лекарства непосредственно в дыхательные пути. В ингаляторе-небулайзере действующее вещество распадается в мелкие частицы, которые попадают внутрь органов дыхания и действуют на слизистые оболочки. При этом затрагиваются большие участки дыхательной системы, включая самые нижние отделы. Солевые и щелочные растворы считаются наиболее безопасными, но эффективными средствами. Содержащиеся в них вещества помогают увлажнить слизистую, смягчить кашель, сделать слизь более жидкой, чтобы она легче выходила во время кашля. Для этой цели в основном используют содовые растворы.

Физраствор натрия хлорида (раствор поваренной соли) реализуется аптеками в готовой форме. При ингаляциях это средство используется в чистом виде либо применяется для смешивания с лекарствами. Физраствор оказывает антисептическое действие, сокращает степень отека тканей, борется с микробами.

Ингаляции с растворами солей проводятся не больше 5-ти раз за сутки. Длительность каждой процедуры равна 5-10 минут, в небулайзер заливают около 4 мл раствора.

Результаты исследования и их обсуждение. После проведённого лечения наблюдалась тенденция к уменьшению одышки, кашля и улучшению общего самочувствия.

Вдыхание мельчайших частиц лекарства облегчает выход мокроты, смягчает развитие патологического процесса, уменьшает частоту и тяжесть приступов.

С помощью небулайзера ингаляции возможно делать без визита в поликлинику, в домашних условиях. Ингаляции подходят для людей любого возраста, главное – правильно подобрать препарат и дозировку.

Выводы. В результате применения ингаляционной терапии на этапе реабилитации существенно улучшается экскурсия лёгких, уменьшается кашель и стабилизируется общее состояние больных. При выполнении процедуры с первых симптомов, период протекания заболевания существенно сокращается.

Музафарова М.Э.

ДЕНОСУМАБ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ.

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н. профессор Анварова Ш.С.

Цель исследования. Оценить эффективность применения Деносумаба (ДМБ) на костную систему у больных сахарным диабетом 2 типа с остеопоротическими изменениями.

Материал и методы исследования. В работе приведены данные исследования состояния костной ткани у 15 больных СД 2 типа с остеопоротическими изменениями. Обследованные пациенты были преимущественно женского пола с многократностью в анамнезе и с высоким паритетом, находившихся на госпитализации в эндокринологическом отделении ГМЦ №1 имени Ахмедова Карима. Все пациенты были менопаузального возраста (5-из них находились в пременопаузы, а 10 – в постменопаузальном периоде) с различным уровнем мониторинга диабета; возрастная категория пациенток 45-65 лет, продолжительность течения сахарного диабета 2 типа более 5 лет.

Всем обследованным проводилось определение показателей углеводного и липидного профиля, оценивались критерии форфорно-кальциевого и костного обмена, а также проводилось остеоденситометрическое исследование.

Препарат ДМБ назначался на фоне достигнутой компенсации и субкомпенсации СД 2 типа, осуществленного путем применения диетического режима питания и пероральных сахароснижающих препаратов разных групп дифференцированно в сочетании с метформином, под контролем уровня гликемии и содержания гликированного гемоглобина.

Препарат использовался подкожно однократно в 6 месяцев, в 1 мл препарата содержится 60 мг активного вещества, на фоне сочетанного применения препаратов Са и витамина Д.

Результаты исследования. Деносумаб (ДМБ) – представляет собой полное моноклональное человеческое антитело к лиганду рецептора активатора ядерного фактора каппа β (RANKL) – ключевой молекулы образования зрелых остеокластов, их функциональной активности и выживания. ДМБ – в отличие от бисфосфонатов широко применяемых в лечении остеопороза отличается механизмом действия. Препарат останавливает образование остеокластов из преостеокластов, но не нарушает функцию зрелых клеток, характеризуется также обратимостью своего действия. В Таджикистане ДМБ применяется впервые.

Отмечено, что лечение ДМБ приводит к достоверному приросту МПК, согласно денситометрическим данным, а также улучшает показатели биохимических маркеров костного обмена. В частности, достоверно ($p < 0,05$) снижает показатели резорбции (С-терминального телопептида) и отмечена тенденция к повышению уровня остеокальцина. Клиническая эффективность препарата сохранялась в течении 2-х летнего периода применения препарата.

Выводы. Таким образом, клиническая эффективность и безопасность применения позволяют рекомендовать ДМБ, как препарат первой линии при лечении остеопороза у больных СД 2 типа в постменопаузальном периоде.

Мукушева А.К., Парижева М.Э., Сарбасов Е.Е.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ПАЦИЕНТА С НЕЙРОФИБРОМАТОЗОМ I ТИПА

Кафедра неврологии, нейрохирургии и психиатрии НАО «Медицинский Университет Караганды»

Научный руководитель –заведующая кафедрой неврологии, врач высшей категории, ассоциированный профессор Григолашвили М.А

Введение: Нейрофиброматоз I типа-представляет собой аутосомно-доминантное заболевание, поражающее кожу, центральную нервную систему, периферическую нервную систему, глаза и кости. Одно из наиболее часто встречающихся генетических заболеваний, его распространенность составляет 1 / 3000–4000 человек. Патогенетической терапии нет. Прогноз благоприятный, но есть риск озлокачествления опухолей.

Клинический случай: Пациент М, 14 лет поступает с жалобами на наличие пятен "кофе с молоком", плотные образования под кожей по всему телу. Пятна на теле пациента с рождения, образования начали появляться около года назад. На момент осмотра кожных покровов отмечаются пигментированные пятна по всему телу от 1 см до 5 см, цвета "кофе с молоком", неровными краями, не возвышаются над уровнем кожи, в области лица, верхних конечностей, живота, спины, внутренней поверхности бедра. Множественные узелки мягкоэластичной консистенции, безболезненные, размером с горох, на лице, на правой верхней конечности в области тыла кисти, локтевого сгиба, внутренняя поверхность плеча, в пояснично-крестцовой области. На подошве правой стопы - образование плотное, безболезненное, размером с фасоль. Гиперпигментация кожи на наружной поверхности локтевого сустава, в области пояснично-крестцового отдела позвоночника, на передней поверхности коленных суставов. Неврологический статус без особенностей. Локально: гипотрофия мышц плечевого пояса, крыловидные лопатки; сколиоз.

По результатам инструментальных методов диагностики было выявлено: на ЭНМГ-признаки аксонального поражения моторных волокон локтевого нерва с двух сторон (блок 1 степени получен в стимуляции подмышечных

впадин и точках Эрба). На УЗИ периферических нервов (верхних и нижних конечностей) -на всем протяжении (с уровня выхода, по задней поверхности бедра) в толще нервов лоцируются гипоехогенные, однородные образования овальной формы с четкими ровными контурами размерами от 0,3*0,2 см до 1,7*0,67 см (по 2 узла в седалищных с обеих сторон и более мелкие по берцовым). На всем протяжении (выше запястья на 5-6 см) до плечевого сплетения в толще нервов лоцируются гипоехогенные, однородные образования овальной формы с четкими ровными контурами размерами от 1,2*0,3 см до 2,2*0,6 см. ; заключение: множественные опухолевидные образования нервов (нейрофибром).

Выводы и заключение: на основании диагностических критериев Legius, 2021 г выявлено более 6 пятен по типу «кофе с молоком» размером от 10 мм до 50 мм; более 2 нейрофибром как подкожных, так и глубоких нервов по результатам УЗИ периферических нервов верхних и нижних конечностей; сколиоз, крыловидные лопатки; верифицирован клинический диагноз: Нейрофиброматоз является группой орфанных заболеваний с индивидуальной вариабельностью клинической картины, что затрудняет диагностический поиск. Ранняя диагностика позволяет осуществить коррекцию осложнений и сохранить приемлемое качество жизни.

Муминова С.Х., Куватова Г.Х., Насимова С.К.

АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ОСТРОМ МИЕЛОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ходжиева Г.Б.

Цель исследования. Изучить течение анемического синдрома при остром миелобластном лейкозе.

Материал и методы. Проанализированы 47 историй болезни пациентов с острым миелобластным лейкозом, находившихся на стационарном лечении в гематологическом отделении ГУ НМИЦ РТ г. Душанбе за период 2019 года, с января по декабрь месяцы. Всем больным были проведены лабораторно инструментальные методы исследования: общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов, общий анализ мочи, биохимические анализы крови, такие как общий белок, общий билирубин, печёночные пробы, стерильная пункция с цитохимическим исследованием, ЭКГ, УЗИ внутренних органов.

Результаты исследования. При проведении анализа больных с острым миелобластным лейкозом в течение года (2019), первичных больных оказалось 23, повторных 24 больных. Мужчин было 10, женщин – 13. По возрасту: 18-28 лет – 7 больных, 28-38 лет – 7 больных, 38-48 лет – ни одного больного, 48-58 – 5 больных, 58 и старше – 4 больных, т.е. в молодом возрасте (до 40 лет) оказалось больше больных (14). Городских больных оказалось – 4, сельских – 19 больных.

Поступление больных по месяцам: в январе – 1 больной, в феврале – 9 больных, в марте – 4 больных, в апреле – 6 больных, в мае – не было поступления больных, в июне – 3 больных, в июле – 5 больных, в августе – 1 больной, в сентябре – 3 больных, в октябре – 7 больных, в ноябре – 4 больных и в декабре – 4 больных. Наибольшее поступление больных было в зимний период, в феврале – 9 больных, в весенний период, в марте и апреле – 10 больных, в летний период, в июне и в июле – 8 больных и в осенний период, в октябре – 7 больных.

Все больные поступили с анемичным синдромом различной степени тяжести: анемия легкой степени (Hb 80-100г/л) у 5 больных, анемия средней степени тяжести (Hb 60-80г/л) у 6 больных, анемия тяжелой степени тяжести (Hb <60г/л) у 8 больных.

У первичных больных с острым миелобластным лейкозом чаще встречалась анемия средней и тяжелой степени тяжести, которая усугублялась по мере проведения лечения, что отражается на работе всех внутренних органов, особенно на работе сердечно сосудистой системы.

Из сопутствующих патологий вирусный гепатит наблюдался у 2 больных, гастропатии у 21, плеврит у 2, туберкулез лёгких у 1 больного, токсический нефрит у 2 больных, хронический пиелонефрит у 12, бронхит у 7, пневмонии у 10 больных. Коморбидный статус больных с острым миелобластным лейкозом влияет на течение болезни и прогноз заболевания.

Вывод. У больных с острым миелобластным лейкозом отмечалось развитие анемии различной степени тяжести, чаще средняя и тяжелая степень, что необходимо учитывать при проведении полихимиотерапии, которая еще больше усугубляет состояние больных.

Муродов С.С Абдуллоев А.А

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – Холматова Г.К.

Цель исследования. Оценка факторов риска судорожного синдрома у детей и разработка тактики лечения.

Материалы и методы исследования. В отделение детской реанимации и интенсивной терапии. Национальный медицинский центр РТ по поводу судорожного синдрома получили интенсивную терапию 67 детей в возрасте от 3 месяцев до 8 лет. Чаще всего обращались дети раннего возраста 42 (62.6%) при этом судорожный синдром на фоне гипертермии - 38 (56.7%), отравлении - 8 (11.9%), менингоэнцефалите - 15(23.4%), эпилепсии - 8(11.2%), и менингококковой инфекции-4 (5.9%) больных.

Результаты исследование и их обсуждение. По возрасту больные были распределении следующим образом. От 3 месяцев до 12 месяцев-21, от 1г до 3лет-33, от 3лет 8-13 из 67 больных с диагнозом судорожный статус поступили через приёмный покой, а 32 (47.7%), были переведены из других стационаров города. Показаниями для перевода детей

в реанимационное отделение были тяжелая дыхательная недостаточность, нейротоксикоз 2-3ст. и случай осложнения гипертермией (судорожный статус, отек головного мозга). Пятеро больных поступили в отделение в терминальное состояние в тяжелом и крайне тяжелом состоянии в реанимационное отделение 44(65,6%), больных детей. Всем детям при поступлении в реанимационное отделение катетеризуется подключенная вена по Сельденгеру. Для снятия судорог внутривенно вводится оксигенат натрия из расчета 50-70мг\кг. На фоне вторичного менингоэнцефалита, сепсиса, судороги были у 19 (31,5%), из 19 больных. Эти дети в момент поступления были в бессознательном состоянии с выраженным нарушением внешнего дыхания, менингоэнцефалитом находились на искусственной вентиляции легких 16 часов до 5 суток. У 51 (76,1%) из 67 больных после люмбальной пункции ликворное давление в пределах от 180 до 210 мм воды Ст. и взятие ликвора для обследования в объеме 2-3 мл. После исследования ликвора у 4 больных и детей установлен диагноз менингококковой менингит, для дальнейшего лечения они были переведены в инфекционное отделение. Все больные получили антибактериальную терапию в зависимости от чувствительности патогенной флоры к антибиотикам (к пенициллин, дентамицин, левомицитин, клофаран). Инфузионная терапия включала растворы глюкозы с инсулином, Реополиглютина, белковых препаратов, переливанием одногруппной по показаниям гуморальную терапию, витаминные группы В и С.

Вывод. Таким образом, оказание квалифицированной помощи, направленной на проведение лечебно-диагностической люмбальной пункции, инфузионно-корректирующей терапии, санации трахеобронхиального дерева, ИВЛ коррекция и устранение гипертермического синдрома, предотвращая усугубление тяжести состояния и летальные исходы.

Мусоева М.Ф., Кабирзода Т.Д., Тоирова Н.А.

ВАЗЪИ ФИЗОГИРИИ МОДАР ВА КӮДАКОНИ СИННИ ХУРДСОЛ ДАР ТОЧИКИСТОН

Кафедраи тибби оилави МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Тоҷикистон»

Рохбари илмӣ: ассистенти кафедраи тибби оилави Мукарамова Д.А.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот: Таҳти назорати мо 50 (100%) нафар занҳои ҳомиладори аз синни 18 то 30 сола қарор доштанд; аз онҳо бо ҳомиладории аввалин дар синни 18-21 солагӣ - 24 нафар (48%), бо ҳомиладории дуюм аз 20 - 25 сола бо интервали байни зоиш 1 сол - 16 нафар (32%), бо ҳомиладории сеюм бо синни соли аз 26 - 30 сола бо фосилаи байни зоиш аз 2 сол зиёд 10 нафар (20%) -ро ташқил намуданд. Муддати 3 сол (2020-2022) дар давраҳои антенаталӣ ва баъд аз таваллуд кӯдакон аз 0 - 24 моҳ таҳти назорат гирифта шуданд.

Натиҷаи таҳқиқот. Занҳои ҳомиладори синни аз 18 - 21 сола таваллудӣ яқум ҳамагӣ 24 нафар (48,0%)ро ташқил карданд, аз онҳо бо кӯдакони инкушофи мӯътадили ҷисмони таваллудёфта бо вазни 3200-4000г 16 нафар (66,6%), кӯдакон то шаш моҳ дар ҳурунӣ табии буда, бо асфиксияҳои дараҷаи сабук ва миёна 10 нафар (62,5%), бо ихтилоли ғизои 5 нафар (20,8%) таҳти назорат гирифта шуд, иммунизатсияи онҳо аз рӯи нақша гузаронида нашуд, бо сабаби бо энсефалопатияи перинаталӣ муддати 6 моҳ табобат гирифтаанд. Ба 6 нафар (25%) кӯдак сари вақт ғизои иловагӣ дар вақташ ворид карда нашуд аз сабаби надониести воридкунии ғизои иловагӣ аз тарафи аҳли оила, инчунин инкор намудани тавсияҳои додашуда, паст будани маърифатнокӣ, маданияти ҳуҷум ва шароити иқтисодиву иҷтимоӣ ҳонавода ва инчунин нарасидани табии оилави дар маркази саломатӣ. Кӯдакони бо боздошти инкушофи дохилибатни вазни 2300-2800г 8 нафар (33,3%) буданд. Ин кӯдакон ғизои иловагӣ дар 4-5 моҳгӣ ворид карда шуд, аз ин ғуруҳи кӯдакон 2 нафар (25,0%) дар зинаи дуҷум табобат оиди боздошти инкушофи ҷисмонӣ ва сирояти дохилибатӣ, ҳолатҳои сатҳӣ табобати статсионари гирифтанд ва то ҳол ихтилоли ғизои дараҷаи 1-2 мушоҳида мешавад, аз онҳо 1 нафар (1,25%) бо боздошти инкушофи ҷисмонӣ ақлонӣ ва нутқ таҳти назорат мебошанд, ғайр аз ин, онҳо ба ғуруҳи кӯдакони мутғасил беморшаванда дохил мешаванд. Дар 2 нафар (25,0%) кӯдакон аз сабаби гипогалактияи модар дар синни 2-3 моҳгӣ аввал ба ҳурунӣ омехта ва баъдан ба ҳурунӣ сунӣ гузаронида шуданд. Боз 2 нафар (25,0%) кӯдак бошад, аз сабаби нодуруст ғизои иловагӣ ворид намудан, истифода аз маводҳои ғайритабии барои кӯдакони хурдсол бо диатези алергӣ дуру дароз табобат гирифтанд. Аз ин ғуруҳи кӯдакон ҳамагӣ 2 нафар (25,0%) инкушофӣ мӯътадили ҷисмонӣ равонӣ доранд.

Аз 24 нафар (48%) модарони синни наврас таваллудшуда кӯдакон ҳамагӣ 2 (8,3%) нафар ба ғуруҳи саломатии яқум, танҳо 6 нафар (25,0%) ба ғуруҳи саломатии дуюм А, 15 нафар (62,5%) ба ғуруҳи саломатии дуюм Б, 1 нафар (4,1%) бошад ба ғуруҳи саломатии сеюм саломати дохил карда шуданд.

Хулоса: Таҳқиқоти гузаронидашудаи 3 солаи ретроспективӣ давраҳои солҳои 2020-2022 чунин натиҷаҳо ро нишон дод. Дар модарони ҷавон аз сабаби паст будани сатҳӣ маърифатнокӣ ва дониши кофӣ оид ба масъалаҳои ҳуҷум ҳурунӣ зани ҳомила ва кӯдакони хурдсол, роҷа накардани фосилаи байни зоиш, нарасидани иттилоот оиди фizioгрии дуруст, аз сабаби норосонии табии оилави ва иқтисодиёт дар оилаҳо ба саломатии кӯдакони хурдсол таъсири ҷидди манфӣ расонид.

Аз ин бар меояд, ки модарони ҷавон (наврас) нигоҳубини махсусро талаб менамоянд, бояд ғизои иловагӣ истеъмол намоянд ва бештар истироҳат намоянд то, ки фарзанди солим ба дунё оваранд. Инчунин мебошад бо падарон, бибиёну бобоҳо оиди маданияти фizioгрии занони ҳомила ва кӯдакони хурдсол қорҳои фаҳмондадиҳиро пурзӯр кард. Омодасозии бештари табии ва ҳамширагонии оилави дар айни замон зарур ва хатмӣ мебошад.

Мустафаева Ю. А., Белобородова К. С.
ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Кафедра амбулаторно-поликлинической терапии ФГБОУ ВО «МГУ им. Н. П. Огарёва»
Научный руководитель – к.м.н., доцент Шокина С.В.

Цель исследования. Изучить особенности ведения пациента с диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких в условиях поликлиники.

Материал и методы. Теоретический анализ медицинской и научной литературы по теме исследования.

Результаты исследования. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – заболевание, характеризующееся персистирующим ограничением воздушного потока, которое обычно прогрессирует и является следствием хронического воспалительного ответа дыхательных путей и легочной ткани на воздействие ингалируемых повреждающих частиц или газов. По данным систематического обзора по состоянию на 2019 год глобальная распространенность ХОБЛ среди людей в возрасте 30–79 лет составляет 391,9 млн человек. Ежегодно в мире от ХОБЛ умирают около 3 млн человек (3-е место среди причин смерти в 2019 году), к 2060 году прогнозируется смертность от ХОБЛ более 5,5 млн человек в год. Основными факторами риска развития заболевания являются: курение, профессиональные вредности (ингалируемые частицы или газы), возраст старше 40 лет, мужской пол.

Во всем мире существует проблема поздней диагностики ХОБЛ, когда у пациента в легких развиваются необратимые изменения. Поэтому врачу поликлиники важно акцентировать внимание на наличие следующих симптомов и факторов риска у пациента: одышка, малопродуктивный кашель, курение в анамнезе. Объективным методом измерения ограничения воздушного потока у данных пациентов является спирометрия. Спирометрическим критерием ограничения скорости воздушного потока является фиксированное соотношение ОФВ₁/ФЖЕЛ <0,7 после ингаляции бронхолитика. Таким образом, постановка диагноза ХОБЛ базируется на симптомах, анамнезе и результате спирометрического исследования.

В лечении ХОБЛ имеется ряд проблем: гетерогенность ХОБЛ по фенотипам и эндотипам; широкая распространенность курения и нежелание отказа от привычки; низкий уровень самоконтроля у пациентов (нежелание отказа от вредных привычек, отсутствие физической активности, несоблюдение техники ингаляций). Поэтому врачу и пациенту требуется активное сотрудничество для решения этих проблем и достижения эффекта от терапии. В отношении лечения ХОБЛ применим термин «прецизионная терапия», то есть стратегия лечения выбирается индивидуально для каждого пациента в зависимости от его фенотипа (А, В, С, D классы по классификации GOLD) и эндотипа (например, лечение эозинофильной ХОБЛ и ХОБЛ вследствие дефицита альфа1-антитрипсина). Неотъемлемый компонент лечения ХОБЛ – легочная реабилитация, которая включает в себя обучение больного самоконтролю, динамическую оценку состояния пациента, психологическую поддержку, комплекс физических упражнений. Оценка эффективности и коррекция легочной реабилитации осуществляется в процессе диспансерного наблюдения врачом поликлиники, кратность которого составляет 2–4 раза в год в зависимости от стадии заболевания.

Выводы. В связи с проблемой ранней диагностики ХОБЛ, врачам амбулаторного звена следует активно выявлять симптомы и факторы риска у пациентов для своевременного направления их на спирометрические исследования с целью выявления ограничения воздушного потока.

Из-за гетерогенности ХОБЛ по фенотипам и эндотипам в отношении лечения данной патологии все чаще применяется термин «прецизионная терапия», которая подразумевает индивидуальный подход к лечению каждого пациента.

Неотъемлемый компонент лечения – легочная реабилитация, которая позитивно влияет на прогноз пациентов с ХОБЛ.

Мустафакулов С.С., Мирзокаримова Н.С., Фаридан Рауфзод
СОСТОЯНИЕ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЛЕЙКЕМИИ

Кафедра внутренних болезней №3, Кафедра урологии, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Научный руководитель – д.м.н., профессор Мустафакулова Н.И.

Цель исследования. Изучить особенности поражения МПС при лейкомии.

Материал исследования. Обследовано 123 пациента с лейкомией в возрасте от 37 до 63 лет. Среди них мужчин было – 77, женщин – 46. Все пациенты были распределены на 2 группы: I группа пациентов с острой миелоидной лейкомией (ОМЛ) составили 73 человека, II группа пациентов с хронической миелоидной лейкомией (ХМЛ) (n=50).

Методы исследования. Развернутый анализ крови, стерильная пункция с морфологическим и цитохимическим исследованием костного мозга, общий анализ мочи, мочевины и креатинина, общий белок и белковые фракции, коагулограмма, сахар крови, мочевины, кислоты, УЗИ почек, мочевого пузыря, яичек, яичников, предстательной железы; пробы по Зимницкому, Нечипоренко, Реберга-Тареева.

Результаты и их обсуждение. У пациентов с ОМЛ в более половине случаев обнаружено поражение почек (38 чел.; 52,0%), у 9 человек (12,3%) – гонад, 5 чел (7,0%) – яичников, у 27 чел. (37,0%) – предстательной железы. У пациентов ОМЛ в 23,0% случаев обнаружена массивная гематурия, тогда как при ХМЛ этот показатель составил всего 7,0%. Из 50 чел. ХМЛ у 11 чел. (22,0%) обнаружено поражение почек, у 9 чел. (18,0%) яичников, у 4 чел. (8,0%) кавернозных тел полового члена (приописм). Нефротический синдром (НС) в основном развился у пациентов с хроническим лимфоидным лейкозом (39,0%), тогда как у пациентов с ОМЛ ни у одного из них НС не развился.

Выводы: Поражение МПС при лейкомии в основном связано с миелотоксичностью самого опухолевого процесса и токсического влияния ПХТ.

Мухамедова М.А., Ятимова С.С
ВЫЯВИТЬ ЧАСТОТУ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОГО СЕРДЦА ПО ДАННЫМ
ГОРОДСКОГО ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА г. ДУШАНБЕ

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н., доцент Пирматова М.А.

Цель исследования. Выявить частоту встречаемости и определить предикторы формирования тиреотоксического сердца у больных с тиреотоксикозом.

Материалы и методы. Нами было проанализировано 126 амбулаторных карт с тиреотоксикозом за период с 2017 по 2022 гг., больные были как с иммунным генезом заболевания (болезнь Грейвса), что составило 70% больных, а также не иммунного характера, в том числе тиреотоксическая аденома и много узловых формы зоба – 30% больных. Средний возраст пациентов составил $43,5 \pm 1,08$ лет, из них мужчин было 19 (15,2%) больных, а женщин 106 (84,8%) человек, средний стаж заболеваний составил $13,47 \pm 0,27$ месяцев. Ретроспективный анализ позволил нам провести оценку потенциально возможных факторов риска развития тиреотоксического сердца, сюда были включены данные физикального осмотра, ЭКГ и ЭХО-КГ сердца, сердечно-сосудистая патология в анамнезе и исходный кардиологический статус, течение тиреотоксикоза и его терапия.

Результаты исследования. По результатам анализа выявлено, что частота встречаемости тиреотоксического сердца у лиц с различным видом тиреотоксикоза составила 93 (74,4%) человека. Также в процессе выявлено, что лиц с признаками тиреотоксического сердца по сравнению с лицами у которых отсутствуют данные симптомы больше длительности течения тиреотоксикоза (15,6 [19;5] месяцев и 8,3 [10;3] месяцев, соответственно), возраст старше (55,2 [66;35] лет и 38,1 [46;26] лет, соответственно) и больше ИМТ ($27,2 [30,1;26,0]$ кг/м² и $20,1 [26,2;19,1]$ кг/м², соответственно). Кроме того, признаки тиреотоксического сердца более выражены среди мужчин по сравнению с женщинами. А также обнаружено, что тиреотоксическое сердце чаще встречается при неиммунном тиреотоксикозе. При анализе кардиологического статуса выявлено что тиреотоксическое сердце чаще встречается у лиц с артериальной гипертензией в анамнезе ($p < 0,001$), признаками хронической сердечной недостаточности ($p < 0,05$), а также с разными видами экстрасистолы ($p < 0,001$). Дискриминационный анализ показал, что к факторам, которые вносят вклад в развитие тиреотоксического сердца, относятся длительность тиреотоксикоза, возраст, частота сердечных сокращений и индекс массы тела.

Выводы. Таким образом, анализ показал, что к предикторам развития тиреотоксического сердца относятся длительность течения тиреотоксикоза, индекс массы тела, а также кардиологический статус больного на момент выявления тиреотоксикоза.

Мухаммадсоки Мухаммад, Алиева Сарвиноз, Аламова Нигора
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВУШЕК- ПОДРОСТКОВ

Кафедра семейной медицины ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель- к.м.н., зав. кафедрой семейной медицины - М.Дж. Ёдгорова

Целью исследования было определение факторов влияющих на репродуктивное здоровье девочек-подростков.

Материалы и методы исследования. Нами проведён ретроспективный анализ историй развития на одном из участков девочек достигших 15 лет, проходивших медицинский осмотр на базе ГЦЗ №12 города Душанбе за 2022 год.

Все девушки проходили тщательный осмотр семейного врача, акушер-гинеколога, уролога, эндокринолога, окулиста и хирурга. Были исследованы общие анализы крови, мочи, кала и биохимический анализ крови. Также респондентам проводились инструментальные исследования: УЗИ и рентгенография.

Результаты исследования. Исследования показали, что из 14 девочек подросток у 12 (85,7%) имеет места анемия дефицитного генеза, у 11 обнаружена диффузное увеличение щитовидной железы, что составила 78,5%, у 8 девочек выявлен (57,1%) пиелонефриты и низкий вес в 7 (50%) случаев имел место вульвовагинит, миопия выявлена у 5 девочек, что составила 35,7% и ожирение в 2 случаях, что составило 3,6%.

К факторам, негативно влияющим на репродуктивное здоровье подростков, в ходе исследований отнесены: соматическое здоровье, условия и образ жизни, а также доступность медицинского обслуживания 100%, физиологическое и половое воспитание 95,6%, наследственность 7,1%, санитарная культура населения 89,5%, экология и вредные привычки 57,8%.

Выводы. На сегодняшний день демография в Таджикистане характеризуется высокой степенью мужского и женского бесплодия, повышением частоты рождения детей с генетическими заболеваниями и с врожденными пороками развития.

Если репродуктивный потенциал складывается из таких понятий как: репродуктивное здоровье, репродуктивное поведение, а также репродуктивные потери, то на этом уровне своевременное выявление и лечение заболеваний в ходе проведения диспансеризаций, половое воспитание подростков, соблюдение правил личной гигиены, соблюдение режима труда и отдыха и ведение здорового образа жизни должно стоять на первом месте.

Основными задачами профилактики должны стать: своевременное выявление гинекологических заболеваний путем проведения профилактических осмотров;

лечение и реабилитация половых и гинекологических патологий;

гигиеническое наблюдение за девушками в возрасте до 18 лет с гинекологическими заболеваниями и нарушениями полового развития;

работа с детьми и подростками для повышения их уровня знаний по физиологии репродуктивной системы,

профилактике нежелательной беременности, заболеваний, передающихся половым путем, а также информация о вреде абортов.

Мухторова Сабина

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра семейной медицины. ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан Научный руководитель –
к.м.н.доцент Муродов Н.М.

Цель исследования. Изучение особенности профилактика и лечение больных с сахарным диабетом в амбулаторных условиях и в практике семейного врача.

Материал и методы исследования. В основе настоящей работы проведенной в Государственном учреждении «Городской центр здоровья №10» Республики Таджикистан за период 2020-2023гг. лежит анализ результатов комплексного обследования и изучение особенностей профилактики и лечения больных с сахарным диабетом на основе амбулаторных карт и выписок из историй болезней 60 пациентов в возрасте от 20 до 60 лет. Всем больным, наряду с общеклиническими методами были проведены исследования: общее анализ крови, исследование уровня сахара в крови, биохимический анализ крови, консультации эндокринолога и других узких специалистов.

Результаты исследования. В результате проведенных исследований установлено, что эти больные более 10 лет страдают сахарным диабетом. Все 40 больных были разделены на две группы: 1-я группа (основная) – 25 больных с сахарным диабетом, 2-я группа (контрольная) – 15 больных. Больным 1-ой группы (основная), страдающих сахарным диабетом, были проведены ряд профилактических мероприятий таких как: проведение бесед, чтение лекций, диетотерапия, коррекция уровня сахара в крови, наблюдение эндокринолога и семейного врача. Контрольная – 15 больным были назначены традиционные методы лечения. В результате проведенных исследований установлено, что тяжелой формы – в 6 случаях, средней тяжести – в 9 случаях у 10 пациентов легких форм. Изучение анамнеза в первой группе позволило установить, что клиника декомпенсации стала причиной углеводного обмена. Среди жалоб у больных СД преобладали характерная для декомпенсации полидипсия -92,0 %, сухость во рту -96,0%, а также астенические проявления -100,0%, респираторные симптомы в виде кашля -92,0%, одышки -65,0%, боли в грудной клетке -15,0%, головные боли 65,0%. По температурной реакции на воспаление, группы несколько отличались: гипертермия (субфебрильная так и фебрильная) отмечено у больных первой группы в 2 раза чаще, чем в контрольной группе. Основными методами диагностики являются: общий анализ крови, исследование уровня сахара в крови, биохимический анализ крови. Со стороны анализа крови в обеих группах наблюдался лейкоцитоз со сдвигом влева, ускорение СОЭ, повышение уровня сахара в крови. Больным первой группы (основная) была назначена адекватная антибактериальная терапия, антибиотиками широкого спектра действия, общеукрепляющая: но учитывая декомпенсацию углеводного обмена в первой группе по назначению эндокринолога назначено: сахароснижающие препараты под контролем уровня сахара крови. 2-ой группе (контрольная) была назначена традиционная методика лечения.

Выводы. СД характеризуется большей тяжестью, тенденцией к затяжному течению, стойкостью воспалительных изменений, а так же сопровождается выраженной и длительной декомпенсацией углеводного обмена, с этой целью в службе первично-медикосанитарной помощи этих пациентов должны брать на диспансеризацию, провести ряд профилактических мероприятий, противорецидивное лечение, длительное наблюдение у семейного врача.

Мухтонов Ш.И., Бобоев Ф.Д., Мангитова Ч.Г.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В АССОЦИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Кафедра внутренних болезней №2

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Научный руководитель - к.м.н. Сулаймонова Ш.А.

Цель исследования. Оценить особенности возрастных показателей суточного колебания артериального давления (АД) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) на фоне сахарного диабета 2 типа (СД 2).

Материал и методы. В суточном мониторинге артериального давления (СМАД) приняли участие 70 пациентов с АГ в ассоциации с СД 2, которые были разделены на группы по возрасту: 43 человек (средний возраст $65,2 \pm 1,8$ лет) вошли в группу пожилых больных, 27 пациентов зрелого возраста (средний возраст $52,4 \pm 1,5$ лет) составили группу сравнения. По длительности АГ и СД 2 обследуемые группы были сопоставимы. Пациенты с декомпенсацией СД 2 в мониторинг не включены. СМАД проводилось на портативном аппарате МДП-НС-01 в условиях свободного двигательного режима и продолжалось в среднем 24 бодрствования и 60 минут во время сна. Оценивались средние значения систолического (САД), диастолического (ДАД), пульсового (ПАД) АД за сутки, день и ночь, суточный индекс САД и ДАД, вариабельность САД и ДАД в дневные и ночные часы.

Результаты исследования. При сравнении средних показателей СМАД было установлено, что среднесуточные показатели ДАД ($77,5 \pm 6,5$ мм рт.ст.) и показатели среднедневного ($79,3 \pm 2,4$ мм.рт.ст.) были достоверно ниже в группе пожилых пациентов в сравнении с группой пациентов среднего возраста с АГ и СД 2 ($83,0 \pm 3,8$ и $85,5 \pm 5,8$ мм.рт.ст., соответственно). Между тем, у пожилых больных наблюдались достоверно высокие показатели ПАД в дневные ($62,6 \pm 7,8$ мм.рт.ст.) и ночные часы ($63,7 \pm 10,3$ мм.рт.ст.) в сравнении с пациентами зрелого возраста. Анализируя суточный критерий АД, было выявлено превалирование нарушенного суточного ритма АД у больных пожилого

возраста. В структуре данных нарушений, у пожилых больных ассоциированной патологией достоверно преобладал «nightpeaker»-тип (ночное повышение АД) в сравнении с больными среднего возраста (51,2% и 14,8% для САД и 45,4% и 12,8% для ДАД, соответственно). При анализе вариабельности АД достоверно установлены низкие показатели ночной вариабельности САД и дневной вариабельности ДАД у больных пожилого возраста с ассоциированной патологией в сравнении с больными среднего возраста.

Выводы. Таким образом, среди возрастных особенностей показателей СМАД у пациентов с АГ в ассоциации с СД 2 типа можно выделить высокие показатели ПАД в дневные и ночные часы, превалирование нарушенного суточного ритма АД («night-peaker»-тип для САД и ДАД), а также низкие показатели ночной вариабельности САД и дневной вариабельности ДАД. Обнаруженные возрастные особенности отображают присутствие значительного риска сердечно-сосудистых осложнений и ригидности состояния гемодинамики у пожилых больных ассоциированной патологией, что необходимо учитывать как при подборе антигипертензивной терапии, так и для оценки ее результативности в процессе динамического наблюдения за пациентами пожилого возраста.

Мухамадиева С.И., Тоирова Н.А.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А СРЕДИ ДЕТЕЙ В Г.ДУШАНБЕ

Кафедра семейной медицины ГОУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель- Мукарова Д. А.

Цель исследования. Выявление особенностей эпидемического процесса вирусного гепатита А в современных условиях и выработка адекватной тактики профилактики.

Материалы и методы исследования. В рамках работы семейными врачами ГЦЗ №1 района Фирдавси был проведен ретроспективный анализ заболеваемости вирусным гепатитом А в период с 2020-2022 года по данным отчета ГЦЗ №1, Душанбе.

Была определена динамика проявления эпидемического процесса гепатитом А в разных возрастных группах населения от 0-14 лет. Нами было исследовано 16255 (100%) амбулаторных карт за три года (2020-2023), детей заболевших гепатитом А. Из них мальчиков всего 7380 (45,4%), из них в возрасте от 0 до 3 мес составляло 1874 (25,3%), от 3 до 8 лет - 2260 (30,6%), от 8 до 14 лет - 3246 (43,9%) детей, девочки всего 8875 (54,5%) в возрасте от 0 до 3 мес - 1651 (18,6%), от 3 до 8 лет - 2621 (29,5%), от 8 до 14 лет - 4603 (51,8%) детей.

Результаты исследования. Проведенная статистическая обработка данных, показала пути заражения детей вирусным гепатитом А, в 74,5% случаев причиной заболевания являлась грязная вода, несоблюдение правил личной гигиены со стороны детей, т.е. через грязные руки самого ребенка 17,6% и заражение через продукты питания, составило 7,9%.

Выводы. Предупреждение развития эпидемии, связанной с распространением вирусного гепатита А в мире и у нас является приоритетной. Несмотря на разработанное Министерством здравоохранения и социальной защиты населения страны целого комплекса инструкций, регламентирующих профилактику, лечение, распространение заболевания, а также комплекса санитарно-гигиенических мероприятий, заболеваемость среди детей всего возраста по прежнему остаётся высокой, в связи с малоинформативностью населения из-за нехватки кадрового потенциала, в частности семейного врача в центрах здоровья.

Набиев П.З., Юлдошева З.Х.

ОСОБЕННОСТИ НЕФРОПРОТЕКТИВНОЙ СТРАТЕГИИ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – старший преподаватель Бобиева Н.Х.

Цель исследования. Изучить влияние блокаторов рецепторов ангиотензина II на темп нарастания протеинурии и частоту прогрессирования проявлений хронической почечной недостаточности.

Материал и методы. Исследовательская работа выполнена на базе нефрологического отделения ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», ретроспективным анализом историй болезни 24 пациентов в возрасте от 40 до 70 лет, страдающих различной хронической патологией почек (хроническим гломерулонефритом, хроническим пиелонефритом, диабетической нефропатией), осложненной хронической почечной недостаточностью. Из них 14 женщин (58,3%) и 8 мужчин (41,7%). Больные распределены на 2 равные группы. Первую, основную группу составили больные, в базисную терапию которых была включена моногипотензивная терапия препаратами группы блокаторов рецепторов ангиотензина II; во вторую контрольную группу вошли больные, принимавшие препараты из группы β-адреноблокаторов. У всех больных обеих групп в клинической картине преобладали артериальная гипертензия, ренальная анемия, уремический и отечный синдромы.

Всем больным проводились исследования: общие анализы крови и мочи, проба Реберга, определение уровня мочевины и креатинина, ЭКГ; контроль артериального давления и протеинурии, проводилось определение скорости клубочковой фильтрации.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что тенденция к снижению показателей протеинурии наблюдалась у 10 (83,3%) больных основной группы и у 5 (41,6%) больных контрольной группы. Увеличение скорости клубочковой фильтрации в первой группе наблюдалось у 8 (66,6%) пациентов, а во второй группе у 5 (41,6%) пациентов. Приём препаратов из группы блокаторов рецепторов ангиотензина II способствовал снижению уровня артериального давления у 9 (91,6%) больных основной группы, а во второй группе с применением препаратов из группы β-адреноблокаторов снижение артериального давления наблюдалось у 5 (41,6%) пациентов.

Наблюдение показало, что применение препаратов из группы блокаторов рецепторов ангиотензина II у нефрологических больных, как гипотензивный препарат очень практично, так как не вызывают побочных эффектов, хорошо снижают уровень артериального давления, не снижают скорость клубочковой фильтрации, протеинурия значительно снижается.

Выводы. В качестве нефропротективной стратегии при лечении артериальной гипертензии у больных с хронической почечной недостаточностью препаратами выбора являются блокаторы рецепторов ангиотензина II, так как являются наиболее эффективными и безопасными при нарушении функции почек.

Наврузмамадова З.Ч., Мадалиев Қ.А., Гафоров А.А.
ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНДЕКС КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ВИТИЛИГО
Кафедра дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.
Научный руководитель - зав каф. д.м.н. К.М. Мухамадиева

Цель исследования. Оценка качества жизни больных с различными формами витилиго.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 67 больных витилиго в возрасте 17-25 лет, среди них лиц мужского пола -17, женского -18. У 34-х больных наблюдалась сегментарная форма витилиго, у 26-acrofacialная. Локализация высыпаний на открытых участках кожного покрова наблюдалась у 30 больных, на закрытых - у 37-ми. Оценка тяжести витилиго определялась по индексу. Качество жизни оценивали на основании дерматологического индекса качества жизни больных с применением опросника ДИКЖ, который охватывает 3 сферы: эмоциональную, социальную (работа, учеба, ежедневная деятельность), кожную (симптомы, жалобы, отношение к ранее проведенному лечению). Данный опросник включает 10 вопросов и оценивается по балльной системе. Подсчет ДИКЖ производили простым суммированием. Минимальное значение равно 0, максимальное – 30 баллам. Чем больше баллов, тем большее влияние оказывает патологический кожный процесс на качество жизни больных.

Полученные результаты. Наиболее высокий индекс качества жизни наблюдался при локализации очагов на открытых участках кожных покровов, который составил 23,1 у больных с акрофациальной и 14,0 – с сегментарной формой. Показатели ДИКЖ у больных с локализацией витилиго на закрытых участках кожного покрова были ниже, чем у больных с локализацией очагов на открытых участках в 1,3 раза как при акрофациальной форме (23,1 против 18,1 соответственно), так и при сегментарной (14,0 против 11,2). Однако, их значения были наиболее высокими по вопросам, касающимся межличностных отношений. Опрос больных показал, что 32 (86,5%) пациента с локализацией очагов до поражения на закрытых участках кожи испытывали значительные затруднения в интимной жизни, нарушениях отношений с противоположным полом. При этом, наиболее высокие показатели индекса качества жизни у больных с локализацией очагов на открытых участках, чаще всего касался вопросов ежедневной деятельности. Из этой группы больных, у 17 (56,7%) обследованных снижение качества жизни выражалось в трудностях в учебе, у 9 (30,0%) в частой смене работы, а 4 (13,3%) больных отказались от карьерного роста. То есть, если у больных с локализацией очагов на открытых участках кожи показатель качества жизни был наиболее высоким в сфере социального состояния (работа и учеба), то у больных с локализацией очагов на закрытых участках кожи, ухудшение качества жизни наблюдалось в вопросах межличностных отношений.

Из всех больных исследуемых групп у 52-х (86,7%) больных, выявленные психоэмоциональные нарушения значительно отражались на отношении к дальнейшей терапии рубцов кожи, что выражалось нежеланием дальнейшего лечения, отсутствием веры в эффективность, негативным отношением к медперсоналу.

Выводы. Таким образом, витилиго, независимо от локализации очагов поражения существенно влияет на психоэмоциональное состояние больных и является главной причиной стигматизации данного контингента больных. Независимо от локализации очагов поражения, витилиго, ухудшает качество жизни больных, что отрицательно сказывается и на результатах лечения данной патологии.

Наврузов Э.Ф., Назаров А.А., Тагоев А.А.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗНЫХ ФОРМ АГРЕССИВНОСТИ ПРИ ПОМОЩИ ОПРОСНИКА БАССА-ДАРКИ
Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель - старший преподаватель Кадырова З.Д.

Цель исследования. Выявить разные формы агрессивности у пациентов с алкогольной зависимостью при помощи опросника Басса-Дарки.

Материалы и методы. Было проведено уточнение наркологического анамнеза и психологическое обследование больных с зависимостью от алкоголя II стадии на базе Республиканского клинического наркологического центра им. проф. М.Г. Гулямова. Всего в исследование было включено 120 пациентов мужского пола в возрасте от 24 до 59 лет. Лица, перенесшие алкогольный делирий (ранее или в настоящую госпитализацию), составили 40 человек; пациенты без психозов в анамнезе – 80 человек. Больных со стажем злоупотребления алкоголем до 10 лет было 40 человек (I гр.), со стажем от 10 до 20 лет – 48 человек (II гр.), со стажем 20 лет и более – 32 человека (III гр.). На каждого респондента заполнялась специально разработанная карта, обследование проводилось на 10-14 день госпитализации, вне абстинентного состояния. Все обследованные предоставили добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Разные формы агрессивности определяли при помощи опросника Басса-Дарки с последующим расчетом суммарного индекса агрессивности (физическая, косвенная и вербальная агрессия) и индекса враждебности (обида и подозрительность).

Результаты исследования. При анализе результатов опросника Басса-Дарки установлено, что суммарный

индекс агрессивности у всех обследованных составил $25,4 \pm 0,2$ балла (норма по опроснику – 21 ± 4 балла), индекс враждебности – $10,7 \pm 0,2$ балла (норма по опроснику – 7 ± 3 балла). В группе контроля указанные показатели оказались существенно меньше и составили $15,9 \pm 0,7$ балла и $7,5 \pm 0,4$ балла соответственно, различия являются значимыми ($t=11,95$ и $t=7,24$ соответственно; $p < 0,001$).

Повышенный уровень общей агрессивности зарегистрирован у 58,9% респондентов, нормативные показатели получены у 41,1 % соответственно. Повышенный уровень враждебности присутствовал в 55,8 % случаев, нормативные показатели отмечены в 44,2 % случаев. У пациентов, перенесших алкогольный делирий, индекс агрессивности составил в среднем $25,9 \pm 0,3$ балла, у больных с неосложненной абстиненцией – $25,1 \pm 0,3$ балла ($t=1,88$; $p > 0,05$). Агрессивность в зависимости от стажа злоупотребления алкоголем – индексы агрессивности и враждебности были максимальными во II группе (стаж от 10 до 20 лет) – $26,8 \pm 0,2$ балла и $12,0 \pm 0,3$ балла соответственно, в основном за счет физической агрессии, раздражительности и подозрительности.

Выводы. Таким образом, большинство пациентов с алкогольной зависимостью характеризуются повышенным уровнем общей агрессивности и враждебности. При этом у лиц, перенесших алкогольный делирий, высокий уровень враждебности встречается в 1,5 раза чаще, чем у пациентов с неосложненной абстиненцией. Были выявлены высокие показатели общей агрессивности и враждебности у больных, злоупотребляющих алкоголем от 10 до 20 лет, которые были в 2,5-2,9 раза больше, чем у лиц со стажем до 10 лет, и в 1,6-2,1 раза больше, чем у лиц со стажем 20 и более лет. Полученные результаты демонстрируют личностные особенности пациентов с алкогольной зависимостью, которые обязательно должны учитываться при выборе дифференцированных лечебно-реабилитационных программ.

Наджмидинова Н.С.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И СТРАТЕГИЯ ВЕДЕНИЯ МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

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

Научный руководитель – д.м.н., профессор Расулов У.Р.

Цель исследования. Изучение динамики возникновения и клинического течения острого инфаркта миокарда у молодых пациентов.

Материал и методы исследования. Отбор клинического материала осуществлялся из базы данных Республиканского клинического центра кардиологии Республики Таджикистана.

Критерии включения: возраст пациентов до 44 лет.

Для выявления особенностей клинического течения ОИМ отдельно мы изучали все случаи благоприятного исхода в изучаемых временных интервалах: 60 клинических случаев в 2020-2021 и 80 эпизодов в 2022-2023 годах. Медиана возраста у пациентов составляла 32 года.

Результаты исследования. Развитие ОИМ у молодых пациентов происходило на отягощенном анамнестическом фоне. Более чем в 90% случаев в обоих временных интервалах начало ОИМ проявлялось затяжным ангинозным приступом. Длительность периода боль-стационар осталась прежней, несмотря на существенное сокращение временных задержек на этапе боль-вызов СМП. Большинство молодых пациентов с ОИМ госпитализировались в специализированные кардиологические отделения. Следование рекомендациям по медикаментозному ведению постинфарктных больных привело к тому, что жизненно необходимые группы лекарственных препаратов рекомендовались большинству молодых пациентов при выписке из стационара, а частота их назначения при сравнительном анализе разных интервалов времени многократно увеличилась.

Выводы. 1) На основании наших исследований выявлено, что частота ОИМ среди молодых пациентов увеличивается с каждым годом и у мужчин встречается чаще, чем у женщин.

2) У пациентов молодого возраста ОИМ стал чаще развиваться на фоне сахарного диабета.

3) Одна из особенностей возникновения инфаркта у молодых это то, что почти у 80% пациентов он возникает из-за вазоспазма.

4) Создание сосудистых центров и преимущественная госпитализация больных молодого возраста в специализированные медицинские учреждения способствовали значительной интенсификации интервенционных вмешательств в остром периоде ИМ у молодых пациентов.

Наджмидинова Н.С., Махмудова Г.Н.

ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Уроков К.З

Цель исследования. Обратить внимание и осветить аспекты необходимости своевременной диагностики синдрома преждевременного возбуждения желудочков.

Материал и методы исследования. На базе ревматологического и 4-го кардиологического отделения Республиканского клинического центра кардиологии Республики Таджикистана было проанализировано 578 историй болезни пациентов с кардиальной и ревматологической патологией и выявлено 5 случаев синдрома раннего возбуждения желудочков. Среди них 4 CLC и 1 WPW синдромы. Также был проведен анализ литературы по данной проблеме.

Результаты исследования. В результате анализа 578 историй болезни были выявлены 5 пациентов с синдромом преждевременного возбуждения желудочков. Из них 4 женщины с CLC синдромом и 1 мужчина с WPW синдромом. Из 5 опрошенных жалобы на периодически возникающие ощущения сердцебиения предъявляли четверо: ощущения

сердцебиения предъявляли четверо пациентов: женщины 21, 24, 50 лет, мужчина 44 года. Четырём пациентам было проведено холтеровское мониторирование. В плане дальнейшего исследования – добавить ЭХО-КГ для выявления возможных изменений в сердце.

Выводы. Синдром преждевременного возбуждения желудочков является редкой патологией, может сопровождаться нарушениями ритма, и должен быть диагностирован как можно раньше, чтобы предупредить осложнения. Лечение больных с синдромом преждевременного возбуждения желудочков необходимо лишь при клинических проявлениях его в форме пароксизмальных тахикардий. Лекарственное купирование заключается во внутривенном введении обидана, новокаинамида, дизопирамида, кордарона. При неэффективности лекарственного лечения выполняют радиочастотную катетерную абляцию дополнительных проводящих путей.

Назарова С.Б., Урунова Ш. Д., Давлатмирова Г.
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ
Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – профессор Нажмидинова М.Н.

Цель исследования. Оценить когнитивные функции у подростков с эпилепсией, изучить их корреляции.

Материалы и методы исследования. Исследованы 45 детей в возрасте 11-18 лет с впервые возникшим генерализованным эпилептическим приступом. Подростки были разделены на 3 группы по 15 человек. Изучены избирательность, объем и переключаемость внимания, память, мышление, восприятие, а также проводился анализ видео-ЭЭГ-мониторингов на предмет наличия эпилептиформной активности, вида и процента ее представленности. Неврологический осмотр, тест 10 слов Лурия, тест творческого мышления Торренса-Вильямса, методика «Исключение слов». Всем больным проводился видео-ЭЭГ.

Результаты. Анализ данных показал, что подростков после первого и второго судорожного приступа отмечалось снижение объема кратковременной памяти по сравнению с контролем. После первого приступа подростков отмечалось снижение максимального числа запоминаемых слов. После второго приступа максимальное число слов увеличивалось и уже не отличалось от таковых в контроле. После впервые возникшего судорожного приступа самым низким был показатель долговременной памяти - количество слов, названных через час после последней попытки, а также отмечался высокий коэффициент потери информации. После второго приступа данные показатели увеличивались, хотя были достоверно ниже контрольных значений. У детей с впервые возникшим генерализованным судорожным приступом наблюдалось воспроизведение «лишних слов» и застревание на них при каждой попытке. В группе подростков со вторым и третьим приступом динамика запоминания была лучше, чем в первой группе, но также ниже контрольных значений. У подростков старше 15 лет объем кратковременной и долговременной памяти был ниже, чем в группе пациентов младшего подросткового возраста. У подростков с эпилепсией проведен анализ познавательных функций в зависимости от данных ЭЭГ и характера судорожной активности. В группе подростков с наличием генерализованной судорожной активности на ЭЭГ отмечено выраженное достоверное снижение объема слухо-речевой памяти. В группе больных, у которых на ЭЭГ регистрировались генерализованные комплексы «пик-медленная волна», зафиксирован высокий коэффициент потери информации через час. У подростков, на ЭЭГ которых регистрировалась генерализованная эпилептиформная активность, отмечено достоверное снижение объема внимания и выраженная недостаточность уровня избирательного внимания.

Выводы. Таким образом, анализ корреляции значений когнитивно-интеллектуальных и творческих функций при судорожной активности показал наибольшую отрицательную зависимость от судорожной активности показателей кратковременной и долговременной памяти и показателей аналитико-синтетического мышления.

Назарова Ф., Холикова Н.Н., Джураев А.А.
РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПОЧЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.
Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры Ганиева М.П.

Цель исследования. Оценить эффективность ультразвукового исследования в постановке диагноза почечных заболеваний.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением в нефрологическом отделении ГУНМЦ РТ находились 50 пациентов с хроническим гломерулонефритом. Мужчин было 30 (60%) пациентов и женщин 20 (40%) больных. Средний возраст больных составил 44,3 лет. Дополнительно проводились УЗИ органов брюшной полости, общий анализ мочи, пробы Нечипоренко, Реберга и Зимницкого, биохимические исследования, в том числе мочевины и креатенина.

Результаты исследования. Больные были распределены на 2 группы. Первую группу составили 30 пациентов только с данными УЗИ. Вторую группу составили 20 пациентов с данными УЗИ и лабораторными исследованиями. На УЗИ в обеих группах выявлены изменения в почках по толщине, плотности, размеру. Все данные соответствовали поражению паренхимы почек. Размер почек: правая от 100-120 до 143 мм, левая от 126 до 137 мм. Толщина паренхимы: правая от 8 мм до 25 мм, левая от 15 до 22 мм. Эхогенность паренхимы у всех пациентов повышена. Во второй группе в общем анализе мочи выявлены цилиндрурия, лейкоцитурия, протеинурия, характерные для гломерулонефрита. В пробе по Нечипоренко выявлены незначительная лейкоцитурия, цилиндрурия. В пробе Зимницкого отмечено снижение концентрационной функции почек. В пробе Реберга выявлено снижение скорости клубочковой фильтрации. Обе группы пациентов, получившие базисную терапию гломерулонефрита, отметили улучшение.

Вывод. Таким образом, на основании УЗИ данных можно диагностировать почечные заболевания, но для эффективной терапии необходимо провести лабораторные методы исследования. Проведение ультразвукового исследования почек необходимо в постановке почечных заболеваний.

Нарзулаева З.А., Пирматова Т.А.

ПРОЛАКТИН И БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино. Таджикистан

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

Цель работы. Определить биохимические показатели крови у женщин репродуктивного возраста с гиперпролактинемией.

Материалы и методы исследования. Обследование и последующее лечение больных выполнялось на базе Городского эндокринологического медицинского центра г. Душанбе за период с 2013 по 2018гг. Критерием включения были больные с установленным диагнозом гиперпролактинемии опухолевого и неопухолевого генеза, подтвержденного данными комплексного исследования. Пролактин (ПРЛ) определен у 193 женщин. Сформирована группа женщин, с указанием на нарушение менструального цикла (НМЦ) и с отсутствием родов; группа контроля – женщины без нарушений репродуктивной функции. Функциональное и морфологическое состояние печени, показатели жирового и углеводного обменов (уровень трансаминаз, глюкозы, гликозилированного гемоглобина, холестерина, триглицеридов и липопротеидов (ЛПНП, ЛПОНП, ЛПВП) оценивали общепринятыми методиками. Биопсия печени проводилась у 9 больных под ультразвуковым контролем.

Результаты. Средний уровень ПРЛ у женщин в возрасте 25-45 лет, которые указали на отсутствие родов $17,33 \pm 10,95$ нг/мл, выше, чем у женщин группы контроля – $11,71 \pm 9,28$ нг/мл, $p=0,001$. У женщин только с НМЦ средний уровень ПРЛ составил $14,89 \pm 11,04$ нг/мл и сопоставим с группой контроля. Признаки гепатоза на УЗИ характеризовались повышением эхогенности печени, обеднением сосудистого рисунка, при неизменной структуре органа. Гиперэхогенность печени встречалась у 43 (33,1%) больных, преимущественно в группе больных с гиперпролактинемией опухолевого генеза с наличием ожирения, кроме того выявлена умеренная гепатомегалия у 34 (26,1%) пациентов. Повышение АлАТ и АсАТ в 2-2,5 раза в группе больных с нарушением репродуктивной функции ($p<0,05$). Анализ показателей липидного спектра у больных с гиперпролактинемией различного генеза показал достоверные различия по сравнению с лицами контрольной группы ($p<0,05$). Выявлено повышение уровня холестерина у 36,9% больных с ГПРЛ, повышение ЛПНП и ЛПОНП отмечено у 16,9% и снижение показателей ЛПВП у 12,2% пациентов. Уровень же триглицеридов в крови у больных с гиперпролактинемией как опухолевого и неопухолевого генеза был повышен в 25,6% случаях. Обнаружено некоторое повышение соотношения количества холестерина в атерогенной фракции липопротеидов и индекса атерогенности у 55,7% больных с ГПРЛ. При проведении корреляции КА с уровнем пролактина нами выявлена положительная закономерность ($p<0,05$; $r=0,822$). При подсчете индекса НОМА выявлено достоверное ($p<0,01$) его повышение в группе больных по сравнению с группой контроля.

Заключение. По данным популяционного исследования у женщин в возрасте 25-45 лет, у которых не было родов средний уровень ПРЛ выше, чем в группе контроля: $17,33 \pm 10,95$ и $11,71 \pm 9,28$ нг/мл; обнаружена тенденция к повышению показателей ОХС, ЛПНП, ТГ, ИМТ, ОТ, АД.

Насимова С.К., Куватова Г.Х., Муминова С.Х.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им.Абуали ибни Сино

Научный руководитель -доцент к.м.н.Ходжиева Г.Б.

Цель. Определить этиологические факторы развития железодефицитной анемии.

Материал и методы исследования. Во взрослом гематологическом отделении ГУНМЦРТ «Шифобахш» в течение трехмесяцев (октябрь, ноябрь, декабрь) 2022 года под нашим наблюдением находились 22 пациента с диагнозом железодефицитной анемии в возрасте от 18 до 75 лет, медиана возраста составила 47 лет. Мужчин оказалось 4, женщин-18 больных. Больные, поступившие впервые (первичны), составили 19 человек, больные, поступившие повторно (повторные), составили 3 человека. Больные были распределены по степени тяжести: больные с легкой степенью анемии-4, больные средней степени тяжести -9, больные тяжелой степени тяжести -9. Всем больным были проведены клинические и лабораторные методы исследования: развернутый общий анализ крови, биохимия крови (печеночные пробы, билирубин, общий белок), сывороточное железо, ЭКГ, УЗИ внутренних органов.

Результаты и их обсуждения. У всех больных с железодефицитной анемией встречались изменения со стороны желудочно-кишечного тракта и со стороны органов малого таза. Поражение желудочно-кишечного тракта при железодефицитной анемии наблюдались в основном в виде гастритов, гастродуоденитов, язвы луковицы 12-перстной кишки, панкреатитов, холециститов. Поражение органов малого таза наблюдались в основном в виде эндометрита, миомы матки, внутреннего наружного геморроя.

При этом гастриты встречались в 9,09% (у 2 больных), гастродуодениты 50% (у 11 больных), панкреатиты 50% (у 11 больных), холециститы 50% (у 11 больных), язва луковицы 12-перстной кишки - 4,5% (у 1 больной), эндометрит - 13,6% (у 3 больных), внутренний и наружного геморрой - 13,6% (у 3 больных).

Результаты нашего исследования направлены на то, чтобы выявить этиологические факторы железодефицитной анемии у мужчин и женщин разной возрастной категории.

По данным ВОЗ, более 2 миллиардов людей в мире имеют недостаток железа в организме. Железодефицитная

анемия является заболеванием крови и проявляется многочисленными симптомами, которые объединены в два основных синдрома: анемический и сидеропенический.

Выводы. Таким образом, из нашего исследования выяснилось, что этиологическими факторами железодефицитной анемии чаще всего являются поражения органов желудочно-кишечного тракта в виде гастритов, гастродуоденитов, холециститов, панкреатитов, а также поражения органов малого таза в виде эндометритов, миомы матки, внутреннего и наружного геморроя, что необходимо учитывать при проведении сопроводительной терапии.

Ниязова Ф.У., Нарзулаева З.А.

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ПРОЛАКТИНА И КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино. Таджикистан

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

Цель работы. Определить частоту метаболического синдрома у женщин с гиперпролактинемией разного генеза.

Материалы и методы исследования. В 2013-2018 гг. проводилось обследование 130 лиц с гиперпролактинемией обоего пола среди жителей разных регионов Таджикистана поступивших в эндокринологический городской центр. Среди выявленных больных с гиперпролактинемией были преимущественно женщины от 25 до 45 лет. Всем обследованным выполнен комплекс клинико-лабораторных исследований. Обследование пациентов включало такие параметры как: пол, возраст больных в период манифестации болезни, жалобы, анамнез, характеристику клинического осмотра, в частности окружность талии, анализы крови жирового и углеводного обменов, уточнение уровней гормонов. Определение гормонального статуса включало в себя: исследование гормонального профиля, которое проводилось в утреннее время с 8 до 10 часов, оценивались уровни пролактина. За критерии метаболического синдрома взяты предложенные всероссийским научным обществом кардиологов 2009г. - абдоминальное ожирение + 2 любых компонента. Анализ выполнен в квартилях (Q) пролактина, где Q1 – уровень пролактина до 1000 МЕ/л, Q2- это уровень выше 1000 МЕ/л

Результаты. В процессе изучения частоты избыточного веса и ожирения среди больных с гиперпролактинемией выявлено, что 46,9% пациентов имеют избыточную массу тела, из них 7,7% обследованных с ожирением 1 и 2 степеней. В группе больных с избыточной массой тела женщин было больше (23,8%). В процессе обследования 90 женщин с гиперпролактинемией в Q1 показателей пролактина больше женщин с объемом талии ≥ 80 см, чем в Q2: 58,5% и 41,5%, $p=0,050$. В Q1 ЛПНП ≥ 3 ммоль/л имеют 52,2% женщин и 48,8% – в Q2, $p=0,036$; ЛПВП $\leq 1,2$ ммоль/л в Q2 – 29,3%, меньше, чем в Q1 – 46,9%, $p=0,025$. Артериальная гипертензия наблюдалась лишь у 25% обследованных (130/80 мм.рт.ст.), среди лиц с незначительно высокими значениями пролактина (Q1). Женщин с метаболическим синдромом (ВНОК, 2009г) в Q1 больше, чем в Q2: 38,4 % и 16,1%, $p=0,060$.

Заключение. Нами не выявлена взаимосвязь и влияние высоких значений пролактина на частоту встречаемости метаболического синдрома среди женщин 25-45 лет со значением пролактина ближе к границе референсных значений, больше лиц с метаболическим синдромом (по дефинициям ВНОК, 2009) – 28,4%, чем среди женщин с высокими уровнями пролактина выше референсных значений.

Нозири Н.Х., Мунисан Н.

ПОЗДНЕЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра семейной медицины ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель старший преподаватель Хайдарова С.Ф.

Цель исследования. Изучить поздние проявления цитомегаловирусной инфекции у детей в практике семейного врача.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 42 карт форм №024 детей с цитомегаловирусной инфекцией. Всем детям проводились клинико-лабораторные исследования (общий анализ крови, мочи, кала) серологический и иммуноферментный анализ (ИФА), антицитомегаловирусный IgA, IgM, Ig Q. По показаниям рентгенографии грудной клетки, пазух носа, УЗИ головного мозга и аудиометрии слуха, определение весового коэффициента, консультации специалистов (невролог, окулист, ЛОР врач).

Результаты исследования. Анализ полученных результатов показывает, что возраст больных до 3 лет составляет 12 детей (28%), с 4 до 6 лет - 19 (45%), с 7 до 9 лет- 9 (21%), с 10 до 14 лет - 4 ребенка (4,7%).

У детей, страдающих манифестной цитомегаловирусной инфекцией, имели место отдаленные неврологические последствия в виде задержки психо моторного и умственного развития, а также снижение слуха. У 6 (14,2%) больных детей в анамнезе болезни были судороги, у 2 (4,7%) микроцефалия, у 3 (7,1%) парезы, у 1 (2,3%) снижение слуха, 2 (4,7) девочек из одной семьи сенсорно-невральной глухотой, 4 (9,5%) больных со снижением зрения от 0,5 до 1,5 дптр, 7 (16,6%) детей гиперактивные в сочетании с невозможностью сосредоточиться, 4 (9,5%) больных сложность при обучении, 2 (4,7%) пациентов имели поведенческие проблемы. Один мальчик 10 летнего возраста страдает отдельной формой аутизма.

В картине крови были признаки анемии, ускоренное СОЭ, лейкоцитоз. Результаты серологического исследования на цитомегаловирус определяли титр IgM, IgA, IgQ, в основном у больных отмечался титр иммуноглобулина IgA в пределах от 1:40 до 1:200, т.е. все дети перенесли ЦМВИ.

Выводы. Таким образом полученные данные позволяют сделать вывод, что ЦМВИ имеет неблагоприятные последствия для подрастающего поколения. Специфического противовирусного лечения при ЦМВИ не существует. Лечение в первую очередь должно быть направлено на восстановление защитных функций организма.

Нурализода О.Ш., Пулатова Ф.Дж., Файзиддинзода З.Х.
РАЗНОВИДНОСТЬ ФОРМ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА В г.ДУШАНБЕ
Кафедра терапевтических дисциплин №2 ГОУ ХГМУ. Таджикистан.
Научный руководитель – Одинаев Б.С.

Цель исследования. Выявить частоту встречаемости различных форм детского церебрального паралича среди населения города Душанбе.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования служили данные Городского центра здоровья №13 за период 2021-2022 годов.

Результаты исследования. По анализам данных за этот период было зарегистрировано 145 детей с диагнозом ДЦП. Из общего числа больных детей девочек было 85 человек, что составило 58,6%, мальчиков - 60 человек, что составило 41,3%. Возраст исследуемых больных детей варьировал от 1 года до 12 лет. Различают следующие формы ДЦП: спастическая, дискинетическая, атактическая и смешанная. Спастическая форма - это одна из самых тяжелых форм ДЦП, которая клинически проявляется ранним формированием контрактур, деформацией туловища и конечностей. Встречаемость в городе Душанбе составила 70 случаев (48,2%). Почти в половине случаев двигательные расстройства сопровождались патологией черепных нервов: косоглазием, атрофией зрительных нервов, нарушениями слуха и псевдобульбарными расстройствами. Дискинетическая форма, которая наблюдалась у 30 больных детей (20,6%), сопровождалась повреждением структуры экстрапирамидной системы и слухового анализатора. Клиническая картина характеризовалась наличием гиперкинезов: атетоза, хореоатетоза, дизартрией, глазодвигательными нарушениями и снижением слуха. Атактическая форма встречалась у 21 больного, что составило 14,4%. Клинически характеризовалась классическим симптомокомплексом (мышечной гипотонией, атаксией) и различными симптомами мозжечковой асинергии (дисметрией, дизартрией, интенционным тремором). Смешанная форма, которая проявлялась сочетанием спастической и дискинетической форм (при сочетанном выраженном поражении экстрапирамидной системы), отмечалось и наличие гемиплегии на фоне спастической диплегии. Наблюдалась данная форма ДЦП у 24 больных детей (16,5%).

Выводы. Таким образом, по результатам исследования выяснилось, что в городе Душанбе встречаются все формы ДЦП, чаще всего спастическая форма. Причинами данной патологии являются преждевременные роды, низкий вес при рождении, родовые травмы.

Нурулхаков Н.С., Салихов О. Х.
АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ПЛЕВРИТА НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
ГУ «Национальный центр туберкулёза, пульмонологии и торакальной хирургии». Таджикистан.
Научный руководитель - д.м.н., Сангинов А.Б.

Цель исследования. Повысить достоверность диагностики и сокращения сроков госпитализации для установления этиологии плеврита путем разработки диагностического алгоритма и применения биопсии плевры в ранние сроки госпитализации.

Материал и методы. В Национальном центре туберкулёза, пульмонологии и грудной хирургии с 2014 по 2022гг. для выполнения поставленных задач проведено комплексное обследование 502 больных с плевритом неясной этиологии. Среди них мужчин было 303 (60,35%), женщин – 199 (39,65%). Возраст варьировал от 18 до 63 лет (в среднем 41 год). Нами были проведены рентгенография и УЗИ грудной клетки, после эвакуации экссудата - КТ-томография, стандартные клинико-лабораторные анализы (общий анализ крови, мочи, цитологическое и бактериологическое исследование плеврального выпота; кожная проба 2 ТЕ (МАНТУ), Диаскин-тест исследование белковых фракций сыворотки крови, электрокардиография, ЭХОКГ, бронхоскопия, торакоскопия с биопсией плевры с последующим исследованием биоптата, экссудата и фибрина в цито-гистологической и бактериологической лабораториях. В процессе проведения исследования учитывали частоту обнаружения достоверных признаков туберкулёза при том, или ином методе получения информации.

Результаты исследования. Нами была выявлена этиология заболевания у 502 больных, поступивших с плевритом неясной этиологии. После проведения лабораторно - функционального обследования у 502 больных с биопсией плевры с последующим исследованием биоптата, экссудата и фибрина в цито-гистологической и бактериологической лабораториях. На фоне цито-гистологических исследований выявлено у 102 (20,31%) больных - воспалительный характер, у 41 (8,16%) - онкология, у 204 (40,63%) - туберкулёзная этиология. На основе клинико-лабораторных исследований выявлено у 114 (22,71%) - сердечная патология и у 41 (8,16%) - ангионефротическая этиология.

Выводы. Проведение дифференциальной диагностики плевритов неясной этиологии продолжает оставаться актуальной проблемой, требующей дальнейшего изучения. Адаптация алгоритма диагностики плевритов неясной этиологии по ESTS (Европейское общество торакальных хирургов) в условиях здравоохранения Республики Таджикистан позволит расширить его применение, что, несомненно, улучшит результаты диагностики и лечение этой группы больных. Современный уровень развития диагностической техники позволяет наряду с применением общепринятых методов постановки диагноза одновременно проводить лечебные процедуры у больных с плевритом неясной этиологии.

Нурулхаков Н.С., Салихов О.Х.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕЛЕГочНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЁЗА

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино,

ГУ «Национальный центр туберкулёза, пульмонологии и торакальной хирургии». Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н. Сангинов А.Б.

Цель исследования. Изучить эффективность диагностики и лечения внелегочных форм туберкулёза с использованием современных и традиционных методов.

Материал и методы. Изучали больных, госпитализированных в отделение внелегочного туберкулёза Национального центра туберкулёза, пульмонологии и торакальной хирургии с внелегочными формами туберкулёза в период 2014-2022гг. Проводилась оценка поло-возрастных клинических и диагностических характеристик больных с подозрением на внелегочные формы туберкулёза. Подтверждение диагноза внелегочного туберкулёза проводилось с использованием дополнительных инвазивных методов (пункция, операция, открытая биопсия) для дальнейшего исследования биологического материала традиционными (гистология, посев) и молекулярно-генетическими (Gxpert, Хайн-тест) методами, наряду с микроскопией и посевом мокроты на питательные среды.

Результаты исследования. В Национальном центре туберкулёза, пульмонологии и торакальной хирургии с 2014 по 2022г.г. находились на лечении 408 больных с внелегочными формами туберкулёза, преобладали мужчины - 217(53,18%), женщин -178 (43,62%). Наибольшую долю составили больные в возрасте 18-55 лет - 395 человек. В 2014-2022г.г. доля детей среди больных с внелегочными формами туберкулёза составила 13 (3,18%), что в большей мере связано с поражением лимфатических узлов первичного генеза. Ведущими формами внелегочного туберкулёза в наблюдаемом периоде определены поражения костей и суставов, туберкулёз лимфоузлов и органы брюшной полости.

Выводы. Использование у больных с внелегочными формами туберкулёза молекулярно-генетических методов: (GenXpert и Хайн-тест), лапароскопия, лапаротомия, пункция с биоптатом, проба манту 2ТЕ, диаскин-тест, КТ и МРТ позволили диагностировать или исключить внелегочные формы туберкулёза, выявить множественную лекарственную устойчивость возбудителя туберкулёза в ранние сроки и назначить соответствующее лечение.

Нурулхаков Н.С., Салихов О.Х., Чилаев С.

ДИАГНОСТИКА БОЛЬНЫХ С ПЛЕВРИТОМ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Кафедра фтизиопульмонологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н., А.Б. Сангинов.

Цель исследования. Улучшить результаты диагностики и лечения больных с плевритом неясной этиологии пункционным биопсионным методом.

Материал и методы. Нами была произведена пункционная биопсия с иглой Monopty под ультразвуковым контролем больным, поступившим в Национальный центр туберкулёза, пульмонологии и грудной хирургии, с диагнозом плеврит неясной этиологии (100 больных). Среди них мужчин было 55 (55%), женщин – 45 (45%). Возраст варьировал от 25 до 65 лет (в среднем 38 лет).

Результаты исследования. Нами была выявлена этиология у 100 больных, поступивших с плевритом неясной этиологии, из них у 50 (50%) больных гистология показала воспалительный характер, у 18 (18%) больных - аденокарцинома и у 32 (32%) больных - туберкулёз лёгких. Полученные результаты позволяют считать методику эффективной и рекомендовать её к применению.

Выводы. Больные с плевритом неясной этиологии должны обследоваться в специализированных торакальных отделениях. Преимуществом пункционной биопсии плевры под ультразвуковым контролем является малая травматичность и высокая диагностическая эффективность.

Одилзода И.Ё.

АНАЛИЗ И КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ СТРУКТУРНО-МОДИФИЦИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ В РАЗЛИЧНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМАХ В ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОГО ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ I - III СТАДИИ

Кафедра профилактики внутренних болезней. ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

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

Цель исследования. Сравнительная оценка и применение современных структурно-модифицирующих препаратов (СМП) в различных лекарственных формах (структур, артра, алфлутоп, остераж, остенил) у пациентов с ранним и развернутым первичным (ОА) коленных суставов (КС).

Материал и методы. Согласно протоколу настоящего исследования, всего было обследовано 103 пациента с первичным ОА КС, которые в зависимости от эволюционных этапов прогрессирования заболевания были распределены на 3 группы больных - I, II и III. В I группу вошли 26 пациентов с ранним достоверным первичным ОА КС (согласно критериям American College of Rheumatology - ACR, 1991 г. и международного проекта по классификационным критериям раннего ОА КС (Luyten F.P. et al., 2017), во II и III группы были включены 77 пациентов с развернутым первичным ОА КС - со II (n=40) и III (n=37) стадии заболевания по Келлгрэну-Лоуренсу.

Все обследованные пациенты с первичным ОА КС (n=103) в качестве препаратов первой линии в режиме по потребности и по показаниям получали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и глюкокортикоиды (ГК) в виде 1-2 интраартикулярных инъекций. Всем пациентам I группы в комплексе с препаратами симптоматического ряда (НПВП, ГК) была назначена структур из группы СМП по 500 мг 2 раза в сутки в течение 6

мес. В то же время всем больных II и III групп, наряду с НПВП и ГК был назначен комбинированный препарат из группы СМП - артра: первоначально - в течение первых трех недель терапии по 1 таблетке 3 раза в день, а в последующем до конца курса (в течение 5 месяцев и 9 дней) по 1 таблетке 2 раза в день. Определенным категориям больных I, II и III групп (15,4, 35,0 и 48,6% - соответственно), которые условно были объединены в группе «особого внимания» по показаниям дополнительно были назначены парентеральные инъекции алфлутопа (по 1,0 мл, 20 инъекции) и интраартикулярные инъекции препаратов гиалуроновой кислоты (ГЛК) – остераж и остенил по 3 еженедельной инъекции в каждый КС. Нами с целью оценки эффективности проводимой комплексной терапии у больных с первичным ОА КС, наряду с общепринятым клинико-лабораторным параметром (интенсивности болевого синдрома по ВАШ, продолжительностью утренней скованности, СОЭ, СРБ), был выбран индекс WOMAC.

Результаты. Полученные результаты при сравнительном анализе и оценке изучаемых клинико-лабораторных параметров тяжести и активности первичного ОА КС у больных I, II и III групп в момент завершения исследования (спустя 6 мес от начала активной терапии) свидетельствуют о том, что наиболее значимая положительная динамика изучаемых параметров имеет место у пациентов I группы. На фоне приема препаратов симптоматического ряда, структурума и отчасти остеража интраартикулярно), и наиболее малозаметная динамика - у пациентов III группы, несмотря на более интенсивный характер проводимой терапии на фоне приема препаратов симптоматического ряда, комбинированного СМП - артра и дополнительного приема алфлутопа (у 26,5% пациентов III группы) и интраартикулярные инъекции остенила у значительной части пациентов - соответственно у 48,6%). В момент завершения исследования (через 6 мес) у обследованных пациентов с первичным ОА КС I - III стадии были верифицированы статистически значимое улучшение всех клинико-лабораторных параметров, отражающих как тяжесть, так и активность заболевания и индекса WOMAC суммарный и всех его субшкал (WOMAC боль, WOMAC скованность, WOMAC нарушение функции) преимущественно у пациентов с ранним ОА КС (I - II стадии).

Заключение. Длительное (полугодовое) применение современных СМП в различных лекарственных формах у пациентов с первичным ОА коленных суставов I, II и III стадии положительно модифицирует (преимущественно у больных с I - II стадии) как и клинические (боль, скованность и функциональное состояние пациента - в рамках индекса WOMAC), так и инструментальных (признаки тендинитов и субклинического синовита) симптомов заболевания, а также максимально ограничивает потребность больных как к НПВП, так и к ГК.

Одилзода И.Ё.

РОЛЬ И НАИБОЛЕЕ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВОГО И СУСТАВНОГО СИНДРОМОВ В ВЕРИФИКАЦИИ ПЕРВИЧНОГО ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ В ДЕБЮТНОМ ЭТАПЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель- д.м.н., доцент Саидов Ё.У.

Цель исследования. Изучить и идентифицировать наиболее отличительные особенности болевого и суставного синдромов в дебюте первичного остеоартрита (ОА) коленных суставов (КС).

Материал и методы. Из общего числа обследованных нами пациентов с первичным ОА КС (n=103), у 26 больных диагноз заболевания был верифицирован с помощью современных международных рекомендаций (Luyten F.P. et al., 2017). При продолжительности суставного синдрома в рамках первичного ОА КС было <24мес. С целью верификации диагноза первичного раннего ОА КС с учетом указанных рекомендаций международных экспертов нами была составлена своеобразный трехэтапный «диагностический сценарий», направленный на активный и целенаправленный поиск ранних симптомов заболевания. Основными этапами, которые были направлены на верификации диагноза первичного ОА КС в дебютном этапе заболевания, являлись: а) тщательный анализ и оценка анамнестических данных; б) идентификация наиболее отличительных особенностей болевого и суставного синдромов в рамках первичного ОА КС; в) тщательный анализ и оценка данных, полученных при артрозонографии и МРТ КС.

Результаты. Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что наиболее типичными характеристиками как болевого, так и суставного синдромов в дебютном этапе развития первичного ОА КС, которые обладают ценными диагностическими значениями являются: 1) отличительные особенности болевого синдрома: а) «механический ритм» с неоднородными болевыми ощущениями, чаще всего в виде болей при движении (у 79,9%), «стартовые боли» (у 61,4%), боли в состоянии покоя (у 19,2%) и ночные боли (у 23,04%); 2) отличительные особенности суставного синдрома (выявленные при осмотре, пальпации и «аускультации» КС): а) эпизоды не ярко выраженного синовита в анамнезе (в основном на фоне механической перегрузки КС) или в момент осмотра (у 19,2%); б) наличие болезненности в периартикулярных структурных компонентах КС (в области энтезисов боковых связок - у 38,4%, надколенника - у 23,04% и в проекции так называемых «гусиных лапок» - у 46,08%); в) дистанционная крепитация при пассивном движении КС и/или выявленная с помощью аускультации КС (у 34,6%).

Полученные нами результаты также показали, что менее распространенным, но дополнительным отличительным чертом болевого синдрома в дебютном этапе развития первичного ОА КС являются: а) ночные боли, которые приводят к пробуждению пациента - утренние боли (у 19,2%); б) болевые ощущения в области КС во время пробуждения больного (у 23,04%); в) наличие «дескрипторов» неврологической боли (у 15,6%); г) транзиторный блок КС на фоне интенсивного болевого синдрома (у 26,9%).

Заключение. Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что ранняя диагностика первичного ОА КС, из-за чрезвычайной гетерогенности клинического сценария заболевания, по-прежнему остается труднейшей задачей и требует комплексного подхода. В этом аспекте идентификации отдельных характеристик хронического мультифакторного болевого и суставного синдромов, обладающей высокой рейтинговой значимостью в ранней диагностике первичного ОА КС является первым этапом в решении этой сложной проблемы.

Олимова М.Р
ПОРАЖЕНИЕ ГЛАЗ У БОЛЬНЫХ С КОРЬЮ

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – старший преподаватель Фузайлова М.С.

Цель исследования. Изучить развитие осложнений со стороны глаз у больных с корью.

Материал и методы исследования. Нами были обследованы и изучены истории болезней 110 пациентов с корью, госпитализированных в инфекционное отделение ГМЦ имени А. Ахмедова г. Душанбе, которые находились в отделении с декабря 2022 г до февраля 2023 г.

Результаты исследования. По результатам исследования выявлено, что среди 110 пациентов 18 взрослых (16%) среди которых были 2 беременных женщин и 98 детей, которые составили 84%. У всех госпитализированных в стационар больных диагноз был подтвержден методом ИФА. Среди детей - 42 девочки (43%) и 56 мальчиков (57%). Как, выяснилось из анамнеза жизни, 32 ребенка не вакцинированы, 66 не помнят о получении вакцины. 89,7% детей поступили в стационар из сельской местности.

У исследуемых больных заболевание сопровождалось конъюнктивитом у 72 (65,5%) больных, инъекция склер глаз у 22 (20,0%), блефароспазм и светобоязнь у 50 (45,4%), слезотечение у 25 (22,7%), отёк век у 25 (22,7%), осиплость голоса у 28 (25,4%). Патогномичный признак пятна Филатова – Бельского – Коплика у 38 (34,5%). Пятнисто папулезная сыпь у 100% и из них у 3 (2,7%) отмечалась геморрагическая сыпь, колит у 12 (10,9%) исследуемых больных.

Среди обследованных больных ранние осложнения со стороны глаз в виде гнойного конъюнктивита отмечено у 26 (23,6%) больных, в виде кровоизлияния в склеру глаз у 6 (5,4%). Поздние осложнения проявились ухудшением зрения у 4 (3,6%) пациентов, потеря светочувствительности и временная потеря зрения у 3 (2,7%) пациентов. После проведенного лечения с сульфаниламидами и витамина «А» у 2 пациентов полностью восстановилось зрение, когда у 1-го больного зрение полностью не восстановилось.

Заключение. Результаты проведенных нами исследований показывают, что поражения глаз хоть и не является частым осложнением у больных с корью, однако могут привести к снижению трудоспособности и инвалидизации пациентов, перенесших корь. У лиц, получивших прививку, в 95-97% вырабатывается иммунитет, который предотвращает развитие заболевания и грозных осложнений. Таким образом, специфическая профилактика в виде вакцинации предотвратит не только развитие заболевания, но также предотвратит тяжёлые осложнения в частности поражение и потерю зрения. Своевременное назначение витамина «А» в возрастных дозировках снизит к минимуму осложнения со стороны глаз.

Олланова Ш.С., Абдураимов Б.С

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ.

Самаркандский государственный медицинский университет, кафедра неврология.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Абдуллаева Н.Н.

Цель исследования. Дать оценку качества жизни у больных с болезнью Паркинсона хроническим болевым синдромом.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 50 пациентов, из которых 25 мужчин и 25 женщины, средний возраст $67,5 \pm 9,1$ лет. Исследование повседневной активности и качества жизни проводилось с помощью европейского опросника качества жизни (EP- 50). Для оценки качества жизни также использовалась шкала РОС 39, состоящая из 39 вопросов, в состав которой входит 7 подшкал.

Результаты исследования. У пациентов с болевым синдромом при БП оценка по визуальной аналоговой шкале для определения качества жизни, связанного со здоровьем, было достоверно ниже, чем у пациентов без болевого синдрома. При этом у пациентов с болью при БП были ниже показатели повседневной активности, а также повышен уровень тревоги и депрессии, боли и дискомфорта. Таким образом, у пациентов с болевым синдромом при БП качество жизни, определяемое по шкале EP — 50, было ниже, чем у пациентов без болевого синдрома.

Оценка уровня качества жизни по шкале EP — 50 у больных с болевым синдромом коррелировала с оценкой III части UPDRS ($D=0,42$, $p<0,05$), а также с выраженностью гипокинезии и ригидности. Выявлена зависимость между интенсивностью болевого синдрома, оцениваемого по ВАШ, и показателем EP-50 ($D= -0,43$; $p<0,01$).

Пациенты с большей выраженностью депрессивной симптоматики демонстрировали более низкую оценку качества жизни по визуальной шкале

EP-50 ($D= -0,5$; $p<0,001$), а также более высокий уровень тревоги депрессии по шкале EP-50 ($D= 0,5$; $p<0,01$).

У пациентов с болевым синдромом оценка по шкале РОС-39 была выше ($53,05 \pm 21,3$), чем у пациентов без болевого синдрома ($41,03 \pm 17,4$), что отражает более низкое качество жизни. Оценка уровня качества жизни у больных БП с болевым синдромом по шкале РОС-39 коррелировала с оценкой III части UPDRS ($D=0,33$, $p<0,05$), а также с выраженностью гипокинезии и ригидности.

Вывод. Таким образом, на качество жизни больных влияют выраженность болевого синдрома, длительность заболевания, выраженность симптомов паркинсонизма и депрессивной симптоматики.

Осипова Е.Ф.
ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА ФИЗИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ СПОРТСМЕНОВ

Российский университет дружбы народов, г. Москва, Россия

Кафедра управления сестринской деятельностью

Научный руководитель – Снегирёва Т. Г.

Цель исследования. Анализ физической активности спортсменов во время самоизоляции.

Материалы и методы. Анкетирование посредством Googleforms с 2020 по 2022.

Результаты исследования. В исследовании приняло 40 спортсменов. Из них 50% (n=20) женщин и 50% (n=20) мужчин в возрасте от 17 до 24 лет. Из общего числа опрошенных 40% имеют среднее общее образование, 35% – высшее образование – бакалавриат, 12,5% – основное общее образование, 10% – среднее профессиональное образование и 2,5% – высшее образование – специалитет, магистратуру. По данным анализа выявлено, что 55% занимаются спортом 10-15 лет, 27,5% – больше 15 лет, 12,5% – 5-10 лет и 5% – меньше 5 лет. Хорошее состояние здоровья отметили 52,5%, 40% респондентов оценили свое состояние здоровья как удовлетворительное, плохое – 7,5%. Определенно, что из 40 опрошенных только 82,5% занимались физической культурой во время самоизоляции. Утреннюю гимнастику всегда делали 27,5%, по настроению – 37,5%, а остальные 35% респондентов не выполняли физическую нагрузку по утрам. После оценки результатов анкеты стало ясно, что проблему прогулок на свежем воздухе опрошенные разрешали следующими образами: переезд в частный сектор, прогулки в ночные или утренние часы, с собакой, на балконе, до магазина, до места работы или вовсе не выходили на улицу. Ответы респондентов показали, что 27,5% ложились спать в период с 21:00 до 23:59, столько же опрошенных – после 02:00, а остальные 45% – после полуночи. Несмотря на нагнетаемый информационный фон, который оказывал значительное влияние на психологическое здоровье, во время самоизоляции курили лишь 15% опрошенных, из них 42,9% выкуривали в день больше 20 сигарет, 42,9% – 1-5 сигарет и 14,3% – 5-10 сигарет. На вопрос «Как Вы чаще всего проводили время на самоизоляции?» 37,5% ответили, что общались с друзьями с помощью дистанционных технологий, 25% – занимались спортом, а остальные в равном количестве читали книги, смотрели телевизор и играли в компьютерные игры. 70% респондентов для занятий спортом с помощью дистанционных технологий выбирали интернет, 20% – мобильную телефонную связь, а остальные 10% не использовали дистанционные технологии. В период самоизоляции чаще всего использовали следующие продукты: свежее мясо и мясные продукты – 37,5%, свежие овощи и фрукты – 30%, зерновые или злаковые продукты – 12,5%, полуфабрикаты – 7,5%, фастфуд – 7,5% и жаренную, копченую и острую пищу – 5%. На вопрос «Как часто Вы ели фрукты в период самоизоляции?» 35% респондентов ответили, что ели их каждый день, 27,5% – 2-3 раза в неделю, 22,5% – больше 4 раз в неделю и оставшиеся 15% – меньше 2 раз в неделю. Из 40 опрошенных, только 42,5% принимали витамины во время самоизоляции. В виде перекусов респонденты предпочитали: хлебобулочные изделия и конфеты – 37,5%, чипсы, сухарики и газированные напитки – 27,5%, сухофрукты и орехи – 17,5% и фрукты так же 17,5%.

Выводы. В связи с пандемией коронавируса были отменены соревнования, закрыты спорткомплексы и ограничен выход из дома, в следствие чего режим дня спортсменов кардинально поменялся. Несмотря на то, что большинство продолжили заниматься физической культурой в домашних условиях, отсутствие тренировок отрицательно сказалось на распорядке дня, физическом и психологическом состоянии спортсменов.

Охонова О.Д., Талабова М.М., Боев С.Н.

ПРЕДИКТОРЫ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗВЕРНУТЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель- д.м.н., доцент Саидов Ё.У.

Цель исследования. Целенаправленный поиск и идентификация предикторов структурно-функционального ремоделирования кардиоваскулярной системы (КВС) у больных с развернутым ревматоидным артритом (РА) в зависимости от наличия метаболического синдрома (МС).

Материал и методы. Всего было обследовано 59 больных (49 женщин и 10 мужчин) с достоверным диагнозом РА в возрасте от 18 до 67 лет (средний возраст – $54,6 \pm 4,3$), средняя длительность заболевания – $11,4 \pm 3,5$ года. Все обследованные пациенты в зависимости от наличия или отсутствия МС были разделены на две группы. В I группу вошли 36 больных РА в сочетании с МС, во II – 23 пациента с РА без сопутствующего МС. У всех обследованных пациентов с активным развернутым РА (РА без и в сочетании с МС) с целью поиска субклинических или предикторов ремоделирования КВС было выполнено дуплексное сканирование сонных артерий, ЭхоКГ. У определенной части пациентов I (n=9) и II (n=6) группы, с целью анализа и оценки состояния коронарных артерий было выполнено коронароангиография (КАГ).

Результаты исследования. Результаты целенаправленного поиска и идентификации предикторов структурно-функционального ремоделирования КВС у пациентов I и II демонстрируют следующее: а) статистически значимое увеличение толщины комплекса интима-медиа - КИМ и индекса жесткости β общей сонной артерии; б) наличие (по данным КАГ) стенозирующего атеросклероза коронарных артерий различной степени выраженности и локализации.

Установлено, что у обследованных пациентов как в I группе, так и во II группе наиболее распространенным субклиническим ЭхоКГ-изменением, которые в отдельности являются самостоятельным детерминантом, характеризующихся структурно-геометрическим состоянием левых отделов сердца (ЛОС), а в совокупности формируют отличительные особенности ремоделирования ЛОС являлись: гипертрофия левого желудочка - ГЛЖ

(преимущественно по концентрическому типу), диастолическая дисфункция левого желудочка (ДДЛЖ), фиброз структуры аортального и митрального клапанов, уплотнение и расширение аорты, гемодинамического незначимого клапана порока сердца. В целом было установлено, что наиболее высокая частота встречаемости предикторов структурно-функционального ремоделирования КВС имела места у пациентов РА в сочетании с МС.

Выводы. У пациентов с активным развернутым РА по мере прогрессирования заболевания и присоединения МС постепенно развивается структурно-функциональная перестройка КВС, наиболее ранними маркерами чего являются: значимое увеличение толщины КИМ индекса жесткости β общей сонной артерии, ГЛЖ, ДДЛЖ, фиброз структуры аортального и митрального клапанов, уплотнение и расширение аорты, гемодинамического незначимого клапанного порока сердца.

Перминов А.В., Сутягина А.Д.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО СКРИНИНГА ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА С ПОМОЩЬЮ mPEST-ТЕСТА

Кафедра внутренних болезней с курсами лучевых методов диагностики и лечения, военно-полевой терапии
ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России. Россия.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Руденко И.Б.

Цель исследования. Апробация модифицированного скринингового опросника mPEST для раннего выявления ПсА у пациентов с хронической артралгией и дорсалгией.

Материал и методы. В исследование были включены 53 пациента (40 женщин и 13 мужчин), средний возраст которых составил $62,5 \pm 7,89$ года. Обследование и анкетирование проводилось у пациентов, находящихся на лечении в ревматологическом и нефрологическом отделениях БУЗ УР ГКБ №6 г. Ижевска в 2022 году. Данные пациенты заполняли опросник mPEST, где положительный ответ оценивался в 1 балл. В случае, если общее количество баллов составляло 3 и более, предполагалось наличие псориатической артропатии. Выявление пациентов с болями в спине воспалительного характера определялось согласно критериям ASAS (Assesment of Spondyloarthritis International Society, 2009). Диагноз ПсА выставлялся в соответствии с диагностическими критериями CASPAR.

Результаты исследования. По данным скрининг опросника mPEST, диагноз ПсА ($mPEST \geq 3$) заподозрен у 47 (88,7%) пациентов. По критериям CASPAR окончательный диагноз ПсА выставлен только у 21 (44,6%) из группы положительных по mPEST. У остальных пациентов, набравших более 3 баллов по mPEST имелись подтвержденные диагнозы: остеоартрит у 10 (21,4%), ревматоидный артрит у 8 (17%), подагра у 8 (17%). Псориаз в момент осмотра выявлен у 9% пациентов, отягощенный семейный анамнез по псориазу имели 30% опрошенных. Дактилит в момент осмотра был выявлен у 22%, в анамнезе - у 83% пациентов. Основные жалобы обследуемых были следующими: болезненность и припухлость суставов – у 87% из всех опрошенных. Чаще болезненность наблюдалась в коленных суставах 91%, а также – в мелких суставах кистей рук - у 60%, в плечевом суставе – у 56,5% и у 22% больных - в суставах пальцев стоп. Изменения на ногтях пальцев рук и ног в виде неровностей или точечных углублений, а также боль в области пятки беспокоили 60% пациентов. Воспалительная боль в спине согласно критериям ASAS - выявлена у 100% опрошенных.

Выводы. Окончательный диагноз ПсА был выставлен лишь у 44,6% пациентов, положительных по mPEST, что свидетельствовало о высокой чувствительности теста в постановке диагноза артрита, в принципе, но низкой специфичности по диагностике ПсА. Для диагностики ПсА недостаточно использовать только скрининговый опросник mPEST. Такая ситуация, с одной стороны, может привести к гипердиагностике ПсА, а с другой - позволит заподозрить различные формы артритов. Пациенты с положительным mPEST нуждаются в дифференциальной диагностике и детальном обследовании ревматологом на выявление нозологической формы заболевания. В группу риска, по выявлению ПсА, могут войти лица, имеющие дополнительно - поражения ногтевой пластины, кожные изменения и талалгию. С особой настороженностью в отношении ПсА нужно обращать внимание на суставную боль в нижних конечностях с дактилитом в анамнезе.

Пулатова С.Д., Пулатов Д.И.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕНТОКСИФИЛЛИНА У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ КЛАССА В ПО ЧАЙЛД-ПЬЮ

ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗ СЗН Республики Таджикистан

Цель: изучить влияние пентоксифиллина на уровень провоспалительных цитокинов.

Материалы и методы исследования. Клинические исследования по изучению эффективности пентоксифиллина были проведены у 30 больных циррозом печени класса В по Чайлд Пью (15 женщин и 15 мужчин) в возрасте от 22 до 71 года (средний возраст – $38,5 \pm 3,5$ лет). Больные получали пентоксифиллин в дозе 400 мг сутки в течение 3-х месяцев.

Всем больным были проведены лабораторные и инструментальные методы исследования: общий анализ крови, мочи, кала, биохимический анализ крови, сахар крови, свертывающая система крови, остаточный азот, были определены уровни сывороточных про- и противовоспалительных цитокинов (ИЛ-2,6,10 и ФНО-альфа), ультразвуковое исследование органов брюшной полости, фиброэластометрия печени, ЭГДС вен пищевода.

Результаты исследования: Исследование концентрации цитокинов в сыворотке крови больных циррозом печени класса В по Чайлд Пью показали статистически значимое повышение их уровней. Так, уровень ФНО-альфа у больных этой группы до лечения составил – $131,0 \pm 10,1$ ($p < 0,001$) и ИЛ-2 и ИЛ-6 $441,1 \pm 18,1$ пг/мл и ИЛ-6 $135,7 \pm 12,0$ пг/мл соответственно. В концентрации противовоспалительного интерлейкина-10 (ИЛ-10) в сыворотке крови этих

больных была снижена и составила $22,6 \pm 4,2$ пг/мл.

На фоне 3-х месячного курса лечения пентоксифиллином в дозе 400 мг в сутки в виде монотерапии установлено значительное улучшение клинико-биохимических проявлений цирроза печени. Наблюдалось восстановление лабораторных показателей больных - снижения уровня АЛАТ, АсАТ, билирубина, а также концентрации провоспалительных цитокинов. Так после лечения уровень ФНО-альфа у больных этой группы составил – $46,0 \pm 3,4$ пг/мл ($p < 0,001$) и ИЛ-2 $107,5 \pm 10,9$ пг/мл и ИЛ-6 $44,9 \pm 5,7$ пг/мл соответственно, а концентрация противовоспалительного интерлейкина-10 (ИЛ-10) в сыворотке крови этих больных повысилось $227,0 \pm 31,4$ пг/мл.

Выводы: Пентоксифиллин при длительном использовании в терапии цирроза печени значительно снижает содержание провоспалительных цитокинов (ФНО- α , ИЛ-2, 6) с одновременным повышением уровня противовоспалительного цитокина ИЛ-10 в сыворотке крови.

Пушкина Я. А., Гончарова Л. Н., Сергутова Н. П.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСУДИСТОЙ ЖЕСТКОСТИ У СТУДЕНТОВ, ДЛИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗУЮЩИХ КУРЕНИЕ КАЛЬЯНА

Кафедра факультетской терапии с курсом медицинской реабилитации ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва».
Саранск

Научный руководитель – д.м.н., профессор Гончарова Л.Н.

Цель исследования. Оценить показатели сосудистой жесткости у студентов, длительно использующих курение кальяна.

Материал и методы. Исследование проводилось на кафедре факультетской терапии МГУ им. Н. П. Огарёва. Было обследовано 50 иностранных студентов (26 юноши и 24 девушки) обучающихся на третьем курсе, по анамнезу которых выявлено использование кальяна от 3 до 5 лет. Средний стаж курения кальяна составил в среднем $3,5 \pm 0,3$ года. Средний возраст студентов $24,1 \pm 1,5$ года (от 21 до 27 лет). Средний возраст юношей $24,5 \pm 1,8$ года, девушек $23,5 \pm 1,0$ года. Определялись антропометрические данные, уровень артериального давления (АД), употребление кальяна и длительность, а также оценивали состояние сосудистой стенки по показателю скорости пульсовой волны (PWV) и сердечно-лодыжечного сосудистого индекса (CAVI) методом объёмной сфигмографии на аппарате «VaSera VS-1500» фирмы "FukudaDenshi", Япония. Методика измерения и оценка показателей соответствовала предложенному руководству. Статистический анализ проводился с использованием пакета программы Statistica ver. 10.0 (StatSoft, США). Уровень статистической значимости различий расценивался при $p < 0,05$.

Результаты исследования. По результатам антропометрического исследования средний показатель ИМТ находился в пределах нормальных значений, составив $22,8 \pm 5,7$ кг/м², у юношей ($22,4 \pm 1,3$ кг/м²), у девушек ($22,6 \pm 4,3$ кг/м²) ($p > 0,05$). Средние показатели САД находились в пределах нормальных значений $122,8 \pm 15,2$ мм рт. ст. и ДАД $76,3 \pm 4,4$ мм рт. ст. У девушек САД $117,0 \pm 12,5$ мм рт. ст. и ДАД $78,7 \pm 4,1$ мм рт. ст., у юношей САД $126,7 \pm 16,6$ мм рт. ст., ДАД $80,0 \pm 13,2$ мм рт. ст. ($p > 0,05$). При анализе показателей сосудистой жесткости было выявлено, что все студенты длительно использующих курение кальяна имеют повышенный показатель CAVI отражающий структурно-морфологические изменения сосудистой стенки независимо от гендерной принадлежности (у девушек $7,3 \pm 0,2$, у юношей $7,2 \pm 0,7$) составляя $7,4 \pm 0,5$, что значительно превышает их паспортный возраст соответствуя 31-40 годам.

Выводы. В результате проведенного исследования у иностранных студентов в возрасте 21-27 лет на фоне курения кальяна выявлен высокий показатель CAVI, что указывает на изменение эластичных свойств сосудистой стенки. Поэтому необходимо внедрение в обследование лиц молодого возраста, использующих применение кальяна, показателей сосудистой жесткости, в частности CAVI, что позволит выявлять ранние субклинические признаки изменения сосудистой стенки своевременно воздействовать на патологический процесс в силу ранней стадии его течения.

Пчеловодова О.В.

ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом сестринского дела ФГБОУ ВО «ИГМА» МЗ РФ.
Ижевск.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Вахрушев Я.М.

Цель: изучение особенностей течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. Проведен анализ 60 историй болезни на базе БУЗ УР «ГКБ №8 МЗ УР» отделения гастроэнтерологии, 60 амбулаторных карт на базе БУЗ УР «ГП №5 МЗ УР»

Полученные результаты. Анализ свидетельствует, что на современном этапе преобладают пациенты с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (85 человек). Установлено, что большинство пациентов входят в возрастную группу от 18 до 50 лет (94,3%) и старше 50 лет (5,7%). В развитии язвенной болезни отмечена значимость инфекционных факторов (*Helicobacter pylori* в 65% случаев), воздействие токсических факторов (никотиновая зависимость в 12%, злоупотребление алкоголем в 5%). В анамнезе сопутствующая патология встречается у всех пациентов (ОРВИ, хронический гастрит, хронический панкреатит, хронический холецистит, хронический гастродуоденит, хронический холецистит, ГЭРБ). Знаниями о своем заболевании владели 12% пациентов. У 38% пациентов язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки протекала бессимптомно и была обнаружена при прохождении профилактических осмотров, у 62% эзофагогастродуоденоскопия проведена в связи с жалобами пациентов. Изменений локализации язвы при обострениях не выявлены. Пациентам назначалась комплексная терапия:

65% получали антибиотики с целью эрадикации *Helicobacter pylori*, из них 85% - 2 антибиотика (амоксциллин, кларитромицин), 25% - 2 антибиотика (амоксциллин, левофлоксацин). Все пациенты принимали ингибиторы протонной помпы (ИПП), 16% - препараты висмута. Бесконтрольный прием ингибиторов протонной помпы отмечен у 48%. Пациенты с гиподинамией составили 69%. Приверженность к лечению была у 78% пациентов, не выполняли назначения врача 22% больных.

Выводы. Таким образом, на современном этапе язвенная болезнь часто встречается в молодом возрасте и нередко, обусловленные по-видимому вредными привычками и бесконтрольным приемом пациентами ИПП.

Рабоева Ш.Р., Исоева М.Б., Таджиддинов Т.Б.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКОГО СОСТАВА ВУЗОВ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г.Гулямова

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., Ганиева М.Т.

Цель исследования. Изучить особенности нейropsихологического статуса и эмоционального состояния преподавательского состава высших учебных заведений.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе кафедры неврологии и основ медицинской генетики ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. В обследовании приняли участие 25 преподавателей с различным стажем работы, в диапазоне от 5 до 45 лет. По стажу работы обследованные были разделены на три группы: первая- 11 человек со стажем работы до 10 лет; вторая- 8 преподавателей со стажем работы от 11 до 15 лет; третья группа составила 6 человек со стажем работы более 15 лет. В ходе обследования использовался метод анамнеза, преподавателям был проведен нейropsихологический тест по шкале MMSE(mini-mentalstateexamination), проведена оценка эмоционального состояния при помощи опросника «Эмоциональное выгорание» В.В. Бойко, методики Г. Айзенка.

Результаты исследований и их обсуждение. Анализ анамнестических данных показал, что 76% обследуемых охарактеризовали свое состояние как «хорошее» и «отличное»; 14% охарактеризовали свое состояние как «обычное», 10% жаловались на усталость. Число преподавателей, беспокоящихся о состоянии своего здоровья, с возрастом увеличивается в 2,4 раза. При этом число преподавателей, считающих, что они уделяют своему здоровью достаточно внимания, незначительно (6%). Причинами неудовлетворительного состояния своего здоровья 41,5% преподавателей считают материальное положение, 39,4%- чрезмерную нагрузку, нервно- эмоциональное напряжение, 27,5% - экологические факторы, 16% - неумение ритмично работать. Педагогические кризы являются проявлением формирования у преподавателей психосоматических заболеваний. Основными признаками психоэмоционального напряжения являются нарушение сна, частые головные боли, повышение артериального давления. Степень нарушения когнитивных функций выявлялся в основном в снижении памяти, затруднении праксиса. Так, в первой группе у 27,3% обследованных выявлены проявления когнитивных нарушений, во второй 37,5%. В третьей группе наравне с проявлениями когнитивных функций (50%) выявлены признаки сосудистой деменции лёгкой степени (33,3%), что связано с начальными изменениями кровообращения головного мозга, явлениями энцефалопатии. Полученные результаты психодиагностического тестирования «эмоционального выгорания» показали высокий уровень эмоционального выгорания в трёх группах в равной степени (33,3%). Наибольшее количество эмоционально не выгоревших во второй группе – 70%.

Оценка уровня эмоциональной стабильности обследуемого установила взаимосвязь между психологическим типом личности и степенью выраженности эмоционального перенапряжения. Наиболее подверженными эмоциональной нестабильности являются меланхолики (по опроснику Айзенка) – 38%, и холерики – 34%. В рамках проведенного исследования сангвиники и флегматики оказались в равных соотношениях – 11%.

Выводы. Полученные данные могут явиться основой подбора профилактических мероприятий, направленных на своевременную диагностику когнитивных нарушений, факторов риска развития энцефалопатии и снижение эмоционального напряжения, которые, в свою очередь, будут являться фактором эффективности деятельности преподавательского состава вуза.

Рабоева Ш.Р., Таджиддинов Т.Б., Исоева М.Б.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ГЕНЕОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦЕФАЛИИ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г.Гулямова

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н. Ганиева М.Т.

Цель исследования. Изучить клиническую характеристику и определить тип наследования микроцефалии.

Материалы и методы исследования. В данное проспективное исследование были включены 46 детей с различными видами микроцефалии. Больные по этиологическим факторам были распределены на три группы: в основную группу (17 больных из 7-и семей) входили больные с истинной наследственной семейной микроцефалией, вторую группу (29 больных) составляли больные с эмбриопатической и синдромологической микроцефалией. Возраст больных варьировал от 3 мес до 17 лет. Всем больным были проведены анамнестическое, клинко-инструментальное и лабораторные исследования. Всем пациентам была оформлена гениологическая карта.

Результаты исследования и обсуждение. Из всех обследованных девочек было 19 (41%) и мальчиков 27 (59%). При обследовании во всех группах были выявлены следующие особенности: у больных с микроцефалией отмечается

различной степени нарушения двигательной сферы - 14 (30%); нарушения речи - 35 (76%); нарушение интеллекта – легкие нарушения -6 (13%), умеренные нарушения -13 (28%), грубые нарушения -27 (59%); расстройства концентрации внимания -40 (89%); судорожные припадки - 29 (63%). Больные основной группы (17 больных) были из 7 семей, у родителей которых отмечался родственный брак во втором и третьем поколении. В двух семьях из пятерых детей трое, страдали микроцефалией. Из анамнеза было выяснено, что беременность матерей протекала хорошо, роды без осложнений. У 4-х детей (23%) основной группы отмечался умеренный центральный гемипарез, у 2-х детей (12%) умеренный центральный тетрапарез, у 11 (65%) больных изменений со стороны двигательной системы не отмечалось. Со стороны когнитивных функций наблюдались нарушения, начиная от умеренных расстройств до грубых когнитивных нарушений. У 11 (64,7%) больных олигофрения в стадии дебильности, у 4 (23,5%) имбецильность и у 2 (11,7%) больных наблюдалась идиотия.

Вывод. Основным симптомом микроцефалии являются моторные нарушения и снижение когнитивных функций. При данном заболевании превалирует аутосомно-рецессивный тип передачи болезни.

Рабоева Ш.Р., Исоева М.Б., Таджиддинов Т.Б.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г.Гулямова

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н. Ганиева М.Т.

Цель исследования. Изучение особенностей проявления и диагностики гиперкинетической формы детского церебрального паралича (ДЦП).

Материал и методы исследования. С этой целью были обследованы 67 пациентов с диагнозом ДЦП гиперкинетическая форма в детском неврологическом отделении ГУ НМЦ «Шифобахш» Республики Таджикистан. Возраст больных с ДЦП варьировал с 6 мес до 6 лет. Период исследования с января 2020 по июнь 2023 гг. Из общего числа пациентов девочек было –37%, мальчиков –63%. Всем больным при поступлении в стационар применяли анамнестический, клинико-неврологический, офтальмологический, сурдологический, нейровизуализационные (электроэнцефалография, МРТ и КТ головного мозга) методы исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ анамнестических данных выявил, что у 4,7% пациентов при рождении диагностирована гемолитическая болезнь новорожденных. У 72,6% детей в анамнезе отмечалась пролонгированная желтуха, из них билирубин был определен только у 23% детей, уровень билирубина от 188 до 680 ммоль/л за счет непрямой фракции. Для большинства детей данной группы характерно выраженное беспокойство, нарушение сна, вялость, непроизвольные движения. Согласно анамнестическим данным, гиперкинезы у детей стали проявляться через несколько месяцев после рождения: у 5,9% детей в возрасте 3-х месяцев; у 11% с 4 мес; у 9,3% в 5 мес возрасте; у 12,7% в 7 мес возрасте и у остальных 61% детей гиперкинезы появились после 8 до 10 месячного возраста. Чем выше у детей отмечалась гипербилирубинемия, тем раньше формировались гиперкинезы, а также, чем раньше формировались гиперкинезы, тем тяжелее отмечалась степень тяжести детского церебрального паралича. При ДЦП гиперкинезы наблюдались в виде атетоза – у 32,2%, хореоатетоза – у 41,5% и торсионной дистонии – у 26,2% больных. Кроме двигательных наращений у детей с ДЦП гиперкинетической формы, у большинства детей отмечается гиперкинетическая дизартрия: речь невнятна, замедлена и невыразительна; все дети развиваются с задержкой речевого развития. У 85% детей наблюдалась задержка психического развития. Среди детей данной группы выявлена нейросенсорная тугоухость – у 4,2% детей. Повышенная потливость у 3,4% пациентов; вегетативно-висцеральные расстройства у 5,1% детей; аффективно-респираторные пароксизмы у 6,7% детей; частичная и полная атрофия зрительных нервов у 8,5% больных с гиперкинетической формой ДЦП. На МРТ картинах были определены бледность базальных ганглий, многоочаговые атрофические изменения, перивентрикулярная лейкомаляция, субкортикальная атрофия головного мозга.

Выводы. Таким образом, гипербилирубинемия у недоношенных детей часто является причиной развития дистонической формы ДЦП. Для данной формы ДЦП характерны расстройства вегетативной нервной системы, аффективно-респираторные пароксизмы, нейросенсорная тугоухость, атрофия зрительных нервов, а также атетодные, хореоатетодные и торсионно-дистонические гиперкинезы. Нейровизуализация позволяет определить локализацию и объем пораженного очага.

Рахимжанова А.А., Мунгалова О.А., Джаханова Ж.С.

ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА В КАЗАХСТАНЕ. СОСТАВЛЕНИЕ ПЛАНА МАРШРУТИЗАЦИИ.

Кафедра неврологии, нейрохирургии, психиатрии и реабилитологии НАО «Медицинский университет Караганды».

Научный руководитель – ассоциированный профессор, заведующая кафедрой неврологии, нейрохирургии, психиатрии и реабилитологии, врач высшей категории Григолашвили М.А.

Цель исследования: провести анализ заболеваемости болезни Паркинсона по Карагандинской области и составление плана маршрутизации.

Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный анализ истории болезни пациентов с верифицированным диагнозом болезни Паркинсона по Карагандинской области с 2019 г. – 2022 г. Полученные данные распределены соответственно возрасту, половому составу, клиническим стадиям по шкале Хён – Яр с последующей

оценкой выбора терапии и выявленных осложнений согласно клиническому протоколу Республики Казахстан. Предоставленные результаты были сопоставлены с международными данными согласно научным сведениям, опубликованным в базе данных PubMed, Medline. Разработан алгоритм действий ведения пациентов с синдромом паркинсонизма, позволяющий оптимизировать междисциплинарный подход между врачом общей практики, неврологом и кабинетом экстрапирамидных расстройств.

Результаты исследования. По Карагандинской области на диспансерном учете состоят 221 пациент с верифицированным диагнозом «болезнь Паркинсона». Средний возраст среди пациентов составил $66,5 \pm 9,02$. В 1,6 раз преобладает частота встречаемости у женщин ($n=138$, 62,4 %) по сравнению с мужчинами ($n=83$, 37,5%).

Во время исследования прослеживалась связь между клинической стадией и возрастом пациента, преобладающей являлась 3 стадия по Хен - Яр ($n=66$, 29,8%), средний возраст $64,02 \pm 8,7$. Также возрастная группа и клиническая стадия сопоставлялась с выбором противопаркинсонических препаратов. В возрастных группах до 50 лет, 50-70 лет, старше 70 лет в зависимости от моторного дефекта были назначены препараты леводопы, MAO-B, АДР, антагонисты глутамата, холинолитики. Одновременно с этим, на фоне приема препаратов леводопы имелись пациенты ($n=9$, 6,6%) с осложнениями в виде дискинезии и моторных флуктуаций. В плане хирургического лечения были выявлены 22 прооперированных пациентов (9,9%) по Карагандинской области. При этом длительность заболевания составила $7,3 \pm 2,3$ (диапазон 49-71 лет). Из общего количества прооперированных пациентов проведены различные методы нейрохирургического лечения: трансплатация нейроцитов ($n=1$), деструктивные операции ($n=2$), глубокая стимуляция мозга ($n=19$).

В процессе исследования, сопоставляя и анализируя все выявленные данные, был разработан план маршрутизации пациентов с болезнью Паркинсона согласно диагностическим критериям Международного общества по изучению двигательных расстройств и критериев отбора пациентов на хирургическое лечение, который даст эффективный первоначальный подход и взаимодействие между врачом общей практики/семейным врачом, неврологом и пациентом.

Выводы. В ходе проведенного ретроспективного исследования выявлены расхождения клинико – эпидемиологических показателей, обозначена наиболее вероятная причина их несоответствия, описаны основные методы лечения применяемые в международной практике с последующим сопоставлением сведений по Казахстану и Карагандинской области. Также разработан алгоритм действий пациентов и семейных врачей с синдромами при болезни Паркинсона, который способствует облегчению работы врачам амбулаторно – поликлинической службы.

Рахимзода О.Ш., ²Ганиев Х.Т.

ИЗУЧЕНИЕ ТЕЧЕНИЯ И ЧАСТОТЫ СПАСТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ

¹Кафедра неврологии и основ мед.генетики ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан

²Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., дотсент Ганиева М.Т.

Цель исследования. Проанализировать структуру течения и частоту ДЦП по данным обращаемости.

Материал и методы исследования. Под нашими наблюдениями находились 80 больных спастическими формами детского церебрального паралича. Все больные госпитализированы в травматологическое отделение национального медицинского центра «Шифобахш» Республики Таджикистан. Возраст больных варьировал от 3 до 10 лет. Медиана возраста составила 3,5 лет. Всем больным были проведены общие клинические методы исследования, общий анализ крови, общий анализ ЭНМГ, рентгенография нижних конечностей, ЭКГ, так же проведено исследование амплитуды движения голеностопного сустава, оценка мышечной спастичности по шкале Эшворта, оценка умственного, речевого и слухового развития. Консультация невропатолога была обязательной. Все обследуемые больные были распределены на 2 группы, в первую группу вошли 60 больных возрастом от 3 до 6 лет, вторую группу составили 20 больных возрастом от 7 лет до 10. Исследования проводились в течение шести месяцев и оценивались результаты лечения по соотношению больных ДЦП и их возрасту.

Результаты исследования. В стационар чаще поступали пациенты в возрасте от 4 до 5 лет. Это составило 51.6%. В возрасте 3-4 года поступило 18.3%, до 6 лет 30.0% больных. Вторую группу составили пациенты в возрасте от 7 до 10 лет. Их оказалось значительно меньше, т.е. максимально до 8 пациентов. Таким образом, хирургическое лечение проводилось пациентам в возрасте от 3-х до 8 лет.

При исследовании уровня спастичности мышц по шкале Эшворта выявлено, что у пациентов входящих в первую группу в среднем составил от 3-х до 4-х баллов. У пациентов, входящих во вторую группу этот показатель составил 4 балла. Обе группы в среднем выявили одинаковые показатели. При определении умственного развития, речи и слуха выраженных изменений не выявлено. Таким образом, выраженных различий при определении клинических показателей у пациентов в обеих группах не выявлено.

Выводы. Проанализировав течение и частоту ДЦП по данным обращаемости, мы пришли к выводу что заболевание поражает нижние конечности и чаще всего голеностопные и коленные суставы, исходя из этого оперативное вмешательство проводится чаще на голеностопных и коленных суставах в возрасте от 3 до 8 лет.

Рахимзода О.Ш., Собиров Ш.М., Ганиев Х.Т.

ОСОБЕННОСТИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ДИФфуЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ

Кафедра неврологии и основы медицинской генетики ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Исоева М.Б

Цель исследования. Изучение характера поражений нервной системы при различной степени тяжести тиреотоксикоза.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением было 30 больных с диффузным токсическим зобом, из них 20 женщин в возрасте от 24 до 56 лет, мужчин – 10, в возрасте от 25 до 45 лет. Всем больным производилось общеклиническое обследование – развернутый анализ крови, определялось содержание холестерина, липопротеидов в сыворотке крови, проводилось определение тиреотропного гормона (ТТГ), свободного тироксина (Т₄), свободного трийодтиронина (Т₃). Также больным производилось УЗИ щитовидной железы, электроэнцефалографическое (ЭЭГ) и реоэнцефалографическое (РЭГ) исследования. Для оценки степени увеличения щитовидной железы использовалась классификация ВОЗ (1994).

Результаты исследования. Анализ данных гормонального исследования позволил отметить достоверное повышение уровня тиреоидных гормонов (Т₃ и Т₄) и снижение концентрации тиреотропного гормона (ТТГ) в крови. Причём, у больных с легкой степенью тиреотоксикоза отмечено умеренное повышение уровней Т₃ и Т₄ при умеренном снижении концентрации ТТГ в крови. У пациентов же со средней и тяжелой степенью тиреотоксикоза наблюдался значительно сниженный уровень ТТГ при повышенных концентрациях Т₃ и Т₄ в крови.

В процессе исследования нами были выявлены разнообразные симптомы поражения нервной системы у больных диффузным токсическим зобом, зависящие от степени тяжести тиреотоксикоза.

В группе обследованных больных с легкой формой тиреотоксикоза был выявлен преимущественно невротоподобный синдром (гиперстеническая форма).

У больных со средней степенью тиреотоксикоза невротоподобный синдром был более выражен и часто сочетался с вегетососудистой дистонией. Температура тела была субфебрильная – 37,3-37,5°C. У одной больной со средней тяжестью тиреотоксикоза, наряду с проявлениями невроза, отмечалась токсическая энцефалопатия, которая проявлялась легкой недостаточностью VII и XII черепно-мозговых нервов (сглаженность носогубной складки, отклонение языка от средней линии), фибриллярные подергивания языка.

Терапия больных с диффузным токсическим зобом была направлена на нормализацию функции щитовидной железы, а также коррекцию неврологических расстройств. Больным были назначены антигипертиреотические препараты (мерказолил 15-30 мг в зависимости от степени тяжести тиреотоксикоза), В-блокаторы (анаприлин 20-30 мг в день). При наличии депрессивного состояния были рекомендованы антидепрессанты. Достижение эутиреоидного состояния способствовало смягчению и устранению отмеченных неврологических нарушений у всех наблюдавшихся больных.

Выводы: Неврологические нарушения при диффузном токсическом зобе зависят от степени тяжести тиреотоксикоза. Функциональные расстройства нервной системы встречаются при легкой степени тиреотоксикоза, отмечается органическое поражение нервной системы. Дифференцированно подобранная терапия, с включением патогенетических средств, с учетом степени тяжести тиреотоксикоза способствует достижению эутиреоза и регрессу неврологических симптомов в течении 3-4 недель лечения.

Рахимова У.Т., Курбонов А.Д., Джураева М.Х.

СТРУКТУРА ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ НА ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ

Кафедра семейной медицины ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Носирова М.П.

Цель исследования. Изучить структуру эндокринной патологии наиболее часто встречающейся среди городского населения на первичном звене.

Материал и методы. Проведён анализ сводных отчётов городского центра здоровья, выкопировка данных амбулаторных карт пациентов, обратившихся за медицинской помощью к врачу-эндокринологу. Deskriptivное исследование включало определение количества городского населения с эндокринной патологией наиболее часто встречающейся на первичном звене, нозологическую структуру заболеваний, с вычислением их долей (%).

Результаты исследования. В 2019 году в Таджикистане принята «Программа профилактики ожирения и формирования здорового питания на 2019-2024 годы», согласно которой на уровне первичного звена проводятся массовые обследования населения, пропаганда здорового образа жизни, выявление людей, страдающих эндокринной патологией. Из 196630 пациентов, обратившихся за медицинской помощью в центр здоровья у 985 (5,0%) выявлен избыток веса. На конец 2022 года на диспансерном учёте у врача эндокринолога состояло 1032 пациента (10,0% от общего количества населения), среди которых ожирение диагностировано у 282 (27,3%) человек: подростки составили 3,5% (10), юноши и девушки в возрасте 18 – 19 лет - 15,2% (43), остальные 81,3% (229) составили лица старше 20 лет, причём в третьем возрастном коридоре пациентов женского пола было почти в 2,5 раза больше, чем мужского (164 против 65). Наравне с ожирением население страдает сахарным диабетом 2-го типа – 27,3% (282), женщины (177 – 62,8%) также преобладают над мужчинами (105 – 37,2%). Второе место в структуре заболеваемости эндокринной патологии первичного звена занимают пациенты с эндемическим зобом 244 (23,6%), среди них женщин – 224 (91,8%), мужчин 20 (8,2%). Размеры щитовидной железы у женщин намного меньше, чем у мужчин, а потребность в гормонах щитовидной железы в период полового созревания, беременности и лактации больше. Возможно, этим

объясняется и то, что узловой зуб выявлен только у женщин (30 пациенток – 2,9% от общего количества диспансерных больных).

Пищевой рацион подростков, должен быть сбалансированным, полноценным и удовлетворять энергетические потребности организма, связанные с бурным ростом и физическим развитием, учитывая активную деятельность, однако некоторые тенденции современной моды, пищевые привычки в молодёжной среде, очень вредны для здоровья. Недостаточность физического развития, чаще дефицит веса, занимают третью позицию в структуре эндокринных заболеваний. Всего пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении 126 (12,2%), в возрасте 15 – 17 лет выявлен 121 подросток (96,0%) и старше 20 лет - 5 пациентов (4,0%). Особую тревогу вызывает состояние здоровья девушек, так как они составляют 92,0% из числа наблюдаемых.

Пациентов с сахарным диабетом первого типа наблюдалось 22 человека (2,1%), гипоталамическим синдромом 18 (1,7%).

Выводы. 1. Наиболее часто на первичном звене среди эндокринных заболеваний населения встречались ожирение и сахарный диабет второго типа (по 27,3%), эндемический зуб (23,6%) и недостаточность физического развития (12,2%).

2. Необходимо обратить особое внимание на состояние здоровья женского населения, среди всей встречающейся эндокринной патологии значительно преобладающее количество составляют девушки и женщины.

3. Еще Гиппократ сказал, что человек рождается здоровым, а все его болезни приходят к нему через рот с пищей. Оздоровление населения наблюдаемой территории необходимо проводить строго следуя программам, принятым в нашем государстве.

Рахимова М.С

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ниязова Н.Ф.

Цель исследования. Проанализировать особенности клинического течения ишемического инсульта (ИИ) у больных с сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы исследования. Исследование было проведено в отделении неврологии ГУ «ГМЦ №1 им. Ахмедова Карима» г. Душанбе. В исследование были включены 40 пациентов с ИИ, средний возраст которых составил $60,2 \pm 2,2$ года. Все исследуемые были разделены на 2 группы:

I группа (основная) — больные с сахарным диабетом 2 типа (СД 2), диагностированным до развития острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), осложненным впервые развившимся ИИ — 21 человек (8- женщины, средний возраст $60,7 \pm 1,8$ лет; 13 мужчин, средний возраст $59,2 \pm 3,5$ лет). Длительность СД 2 у больных основной группы была от 3 до 9 лет. Все больные до развития ИИ получали плановую сахароснижающую терапию; 44,4% (9 человек) — препараты сульфонилмочевины и метформин; 12 человек (55,6%) — инсулинотерапию. Адекватность лечения СД 2 оценивали с помощью целевых показателей гликемии и гликолизированного гемоглобина (HbA_{1c}). До развития ИИ в среднем по группе уровень HbA_{1c} составил 6,8%.

II группа (сравнения) — больные с впервые развившимся ИИ, не страдающие СД 2, основными сосудистыми факторами риска у которых были артериальная гипертензия, атеросклероз церебральных сосудов - 19 человек (среди них 7 женщины, средний возраст составил $64,2 \pm 2,1$ года; 12 мужчин, средний возраст $61,8 \pm 3,7$ года).

Результаты исследования. Нами был проведен анализ субъективных и объективных клинических признаков и лабораторных данных. На старте исследования анализ субъективных и объективных клинических данных двух исследуемых групп (основной и сравнения) показал, что очаговая неврологическая симптоматика преобладала у всех больных. Клинические проявления очаговых неврологических симптомов у лиц первой группы оказались разнообразными: снижение силы или появление неловкости половины тела, чувствительные расстройства в виде гемигиперестезии, нарушения речевых функций в виде афотических расстройств и дизартрии, дефицит черепно-мозговой иннервации в виде гемипареза мимической мускулатуры, девиации языка.

Выводы. Таким образом, у больных ишемическим инсультом, развившимся на фоне сахарного диабета 2, отмечены более выраженные неврологические расстройства и меньшая скорость их регресса и восстановления утраченных функций, а также длительные (до 6 месяцев) нарушения памяти, зрительно-пространственных функций и ориентации по сравнению с больными ишемическим инсультом, не страдающих сахарным диабетом 2 типа.

Рахмонов Дж.Т., Ибрагимов А.Ф., Зокирова М.Н.

ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Научный руководитель: к.м.н., доцент Джамолова Р.Дж.

Цель исследования: Определить значение концентрации D-димера и оценить влияние гепаринопрофилактики на риски клинически значимых тромбоэмболических осложнений (ТЭО) у больных с тяжелой атакой тотального язвенного колита (ЯК).

Материалы и методы. В исследование включены пациенты с тотальной формой язвенного колита (ЯК) находившиеся на лечении в гастроэнтерологическом отделении ГУ Института гастроэнтерологии РТ в течение 2022–2023 гг. Были обследованы 67 пациентов с тотальным ЯК тяжелого течения. Всем пациентам определяли

концентрацию D-димера [N=0,0–0,50 мкг/мл] на момент госпитализации методом микролатексной агглютинации. Клинически значимые ТЭО визуализировали методом ультразвуковой доплерографии и компьютерной томографии. Всем пациентам с тяжелой атакой тотального ЯК проводилась профилактика ТЭО низкомолекулярными гепаринами вне зависимости от наличия или отсутствия доказанных факторов высокого риска ТЭО. Проведен регрессионный анализ рисков ТЭО в зависимости от концентрации D-димера.

Результаты. ТЭО в течение периода наблюдения встречались у 18 (8,3%) пациентов; ни в одном случае не наблюдалось летального исхода. Уровень D-димера в группе больных с ТЭО составил от 1,0 до 3,8 мкг/мл, в группе больных без ТЭО – от 0,1 до 1,8 мкг/мл. Риск ТЭО выше в группе пациентов, имеющих концентрацию более 0,50 мкг/мл (отношение рисков 0,062; 95% доверительный интервал 0,113–0,034; χ^2 – 105,292; $p < 0,001$). Установлена сильная корреляционная связь между уровнем D-димера и риском ТЭО ($r=0,88$; $p < 0,001$). В 2022 г. частота клинически значимых ТЭО пациентов составила 14 (14,3%); в 2023 г. частота клинически значимых ТЭО пациентов составила 4 (3,4%); отношение рисков 4,250; 95% доверительный интервал 1,445–12,497; χ^2 – 8,431; $p=0,004$.

Выводы. У госпитализированных пациентов с ЯК значения D-димера имели сильную корреляционную связь с риском ТЭО. Профилактика низкомолекулярными гепаринами достоверно снижает риски ТЭО у пациентов с тотальным ЯК тяжелого течения.

Цой В.Н., Рахмонов Дж.Э., Ёрова С.К.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВОЙ СХЕМЫ ВААРТ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Кафедра инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Рахманов Э.Р.

Цель исследования. Дать оценку эффективности новой схемы ВААРТ у больных ВИЧ-инфекцией используя клинический критерий.

Материал и методы. Материалом исследования послужили истории болезни пациентов с ВИЧ-инфекцией, журнал регистрации больных, отчетные данные специализированного отделения для пациентов с ВИЧ-инфекцией ГКИБ г. Душанбе за 9 месяцев 2017 года и 9 месяцев 2022 года.

Результаты исследования. За 9 месяцев 2017 года в отделение было госпитализировано 285 пациентов с диагнозом ВИЧ-инфекция, из них 31(10,9%) больной с впервые диагностированной ВИЧ-инфекцией, 254(89,1%) пациента с уже установленным диагнозом ВИЧ-инфекция. 221(77,6%) больной был госпитализирован в стадии СПИДа (14%) - это пациенты, диагностированные в приемном покое ГКИБ г. Душанбе по клиническим показаниям, 56 (19,6%) пациентов в 3 клинической стадии ВИЧ-инфекции, 8(2,8%) – во 2 клинической стадии. 66% составляли жители города Душанбе, 34% сельское население. Все пациенты получали ВААРТ, применялись 11 различных схем. 58% больных получали схему, состоящую из тенофовира, эмтрицитабина и эфаверенза.

За аналогичный период 2022 года было госпитализировано 110 больных с ВИЧ-инфекцией, из них 25(22,7%) с впервые диагностированной инфекцией, 85(77,3%) пациентов с подтвержденным статусом ВИЧ-инфекции. В 4 клинической стадии было госпитализировано 66 (60%) больных (44,6%-это пациенты с впервые выявленной инфекцией в ГКИБ г. Душанбе), 36(32,7%) больных в 3 клинической стадии, 8(7,3%) пациентов во 2 стадии. 54,5% составляли городские жители, 45,5% сельские. Все пациенты получали схему ВААРТ состоящую из тенофовира, ламивудина и долутегравира.

Причинами госпитализации пациентов с уже установленным диагнозом ВИЧ-инфекции являлись симптомы оппортунистических инфекций, таких как кандидоз полости рта, опнохмикоз, диарея неясного генеза, лихорадка неясного генеза, туберкулез легких.

Выводы. Таким образом, применение современной схемы ВААРТ способствует уменьшению проявлению клинических симптомов ВИЧ-инфекции, побочных действий препаратов и уменьшению случаев повторной госпитализации.

Рахмонов Р.Х., Хочиев Ш.Р., Рачабов Ш.А.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РИТУКСИМАБА ПРИ РЕЗИСТЕНТНОМ ТЕЧЕНИИ ИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им Абуалиибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель – Шамсов А.Т.

Цель. Определить эффективность применения ритуксимаба у больных с иммунной тромбоцитопенией.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в гематологическом отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» находились 26 больных с иммунной тромбоцитопенией (ИТП) в возрасте от 29 до 79 лет. Из них мужчин – 16, женщин – 10. Медиана возраста – 46 лет. Длительность заболевания варьировала от 6 месяцев до 3-х лет.

Диагноз ИТП выставлен на основании жалоб, анамнеза заболевания, общего анализа крови с подсчётом тромбоцитов, биохимических анализов крови, рентгенографии органов грудной клетки, УЗИ и КТ органов брюшной полости, аспирационной биопсии и цитогенетического исследования костного мозга, цитохимического и гистохимического исследования пунктата костного мозга.

Оценивали количество тромбоцитов, выраженность геморрагического синдрома, количество линий терапии и длительность наблюдения до назначения таргетной терапии ритуксимабом. Больные вторичной тромбоцитопенией, в том числе установленной по результатам гистологического исследования селезенки, исключались из исследования. У всех 26 больных констатирован рецидив заболевания к ранее проводимой терапии.

Длительность наблюдения за больными до ритуксимаба составила от 4-х месяцев. до 3-х лет. В общем анализе

крови у всех больных выявили критическую тромбоцитопению от $8,0 \cdot 10^9/\text{л.}$ до $47,4 \cdot 10^9/\text{л.}$, у 5 больных наблюдалось умеренное повышение количества лейкоцитов крови до $14,0 \cdot 10^9/\text{л.}$. У 17 больных обнаружили нормохромную анемию, ретикулоцитоз - 6, ускорение скорости оседания эритроцитов - 19 больных.

Результаты. У всех 26 больных констатирована резистентность заболевания к ранее проводимой терапии. Предшествующая терапия включала глюкокортикоидную терапию, агонисты тромбопоэтиновых рецепторов (эльтоникс, риволейд) и спленэктомию.

Учитывая отсутствие желаемого эффекта от проводимой терапии 1-й, 2-й и 3-й линии, всем больным назначили моноклональные антитела – ритуксимаб по 700 мг 1 раз в неделю в течение 1–4 недель, внутривенно, капельно, затем каждый 28 день до 6 месяцев.

У 15 больных через 1 месяц купировались проявления геморрагического синдрома (синяки, петехии, носовые, маточные кровотечения и кровоточивость дёсен). В общем анализе крови показатели красной крови нормализовались, уровень тромбоцитов увеличился выше критического уровня – $50,0 \cdot 10^9/\text{л.}$. У остальных 11 больных уменьшились проявления геморрагического синдрома, но показатели тромбоцитов периферической крови оставались ниже $50,0 \cdot 10^9/\text{л.}$. Через 5 месяцев у 4 больных достигнута полная клинико-гематологическая ремиссия, у 10 больных уровень тромбоцитов увеличился выше $50,0 \cdot 10^9/\text{л.}$ и полное купирование геморрагического синдрома, у 5 больных уровень тромбоцитов выше $30,0 \cdot 10^9/\text{л.}$ но кожные проявления геморрагического синдрома сохраняются. У остальных 7 больных особой динамики в течении заболевания и в лабораторных исследованиях не наблюдали.

Выводы. Применение ритуксимаба у больных с рефрактерным течением ИТП является эффективным препаратом у подавляющего большинства больных в III линии терапии.

Рахмонов Р.Х., Каримов Б.Д., Давлатов Д.Х.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИЕЙ

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

Научный руководитель – Шамсов А.Т.

Цель. Определить клинико-эндоскопическую картину состояния слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки у больных с истинной полицитемией.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в гематологическом отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в период 2019-2021гг. находились 23 пациента с истинной полицитемией (эритремия, болезнь Вакеза-Ослера) во второй стадии заболевания с выраженным плеторическим синдромом в возрасте от 21 до 75 лет. Из них мужчины – 14, женщины – 9. Длительность заболевания варьировала от 6 месяцев до 7 лет.

Диагноз истинная полицитемия (ИП) выставлен на основании жалоб, анамнеза заболевания, результатов периферического анализа крови с подсчётом тромбоцитов и ретикулоцитов, свёртывающей системы крови, печеночных проб, D-димера, общего белка, азотистых шлаков, рентгенографии органов грудной клетки, УЗИ и КТ органов брюшной полости, аспирационной биопсии и цитогенетического исследования костного мозга и эндоскопического исследования желудка и 12-перстной кишки.

В клинической картине у всех больных дебютировал выраженный плеторический синдром, явления эритромелалгии и гепатоспленомегалия. Геморрагический синдром различной тяжести наблюдали у 2 больных.

В общем анализе крови исследуемых количество лейкоцитов варьировал в пределах от $12,0 \cdot 10^9/\text{л.}$ до $55,5 \cdot 10^9/\text{л.}$, эритроциты от $5,8 \cdot 10^{12}/\text{л.}$ до $8,2 \cdot 10^{12}/\text{л.}$, гемоглобин от 165 г/л до 234 г/л , тромбоциты от $188,9 \cdot 10^9/\text{л.}$ до $586,9 \cdot 10^9/\text{л.}$. В пунктате костного мозга у всех больных выявили трёххростковую гиперплазию. Наличие мутации в гене JAS 2 определили у 5 больных за рубежом.

Фиброгастродуоденоскопию (ФГДС) проводили всем 23 пациентам, биопсию с проведением уреазного теста 4 больным. У всех 23 больных подробно изучили гастроэнтерологические жалобы.

Результаты. Все 23 пациента предъявляли жалобы, вызванные плеторическим синдромом. Гастроэнтерологических жалоб практически не предъявляли из-за скудности клинических проявлений поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), жалобы минимальны. Тяжесть в эпигастрии, особенно после приёма пищи, вздутие живота, метеоризм, изжогу и дискомфорт испытывали – 8, боли в эпигастрии – 2 больных.

При оценке эндоскопической картины отёчность и гиперемия слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки выявлено у всех 23 больных. Складки утолщены и плохо расправляются воздухом. У 18 больных обнаружили мелкоточечные эрозии, покрытые белым налетом и иногда сливающиеся в обширные поля. У 7 больных в желудке и луковице 12-перстной кишки выявили язвенные дефекты, покрытые фибринозными наложениями серовато-белого и желтоватого цвета, с темными вкраплениями на дне язвы. У 4 больных обнаружили гиперемизированные участки слизистой оболочки с линейным или звёздчатым втяжением стенки (стадия красного рубца).

Выводы. Таким образом, наш опыт подтверждает, что язвенно-эрозивные поражения слизистой оболочки желудка поражения ЖКТ при ИП встречаются часто, протекают бессимптомно или имеют скудную клиническую картину. Эндоскопический метод позволяет своевременно оценить состояние ЖКТ.

**¹Рачабзода Б.Н., ¹Мирзочонов Х.И., ²Касирзода М.
ОМИЛҲОИ БЕШТАР ВОХЌРАНДАИ ХОЛЕСИСТИТИ КАЛКУЛЁЗӢ**

¹Кафедраи фанҳои муолиҷавии №1, МДТ ДДТХ. Тоҷикистон.

²Коллеҷи тибии МДТ ДДТХ дар ноҳияи Данғара. Тоҷикистон.

¹Роҳбари илмӣ – Эргашев Х.Ю.

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши омилҳои бештар вохӯрандаи холесистити калкулёзӣ дар байни аҳоли.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Барои тадқиқот 20 нафар бемороне, ки бо таъхиси холесистит дар шӯъбаи амрози дарунии Беморхонаи клиникии Ҷумҳуриявии н. Данғара дар соли 2022 бистарӣ будаанд, омӯхта шуд. Ҳангоми муоина анамнези беморӣ ва ҳаёти баҳо дода шуд. Ҳисоби миёнаи синну соли беморон аз 40 то 60 солро ташкил дод. Ба беморон худдорӣ намудан аз истеъмоли таомҳои гӯштии сарравған ва моҳигӣ, занбӯргҳо, бирёнӣ, тезӣ, шӯрӣ, туршӣ, маҳсулотҳои ҳамирӣ, нӯшокиҳои спиртӣ, ҳасибҳо, нони (хилеб) сиёҳ ва маҳсулотҳои ширӣ, инчунин машғул шудан ба тарбияи ҷисмонӣ тавсия дода шуда буд.

Натиҷаҳои тадқиқот. Аз 20 нафар беморони бистарӣ шуда, 18 нафар (90%) зан ва 2 нафар (10%) мардро ташкил дод. Аз шумораи умумӣ 10 нафар (50%) беморон аз дард дар зерқабурғаи рост, 5 нафар (25%) аз талхшавии даҳон ва 5 нафари (25%) дигар беморон аз вазнини дар зерқабурғаи рост ва талхшавии даҳон шикоят намуданд. Дар тадқиқоти ултрасадоии 5 нафар (25%) беморон васеъшавии девораи тахладон, дар 8 нафар (40%) поён фаромадани талхадон, дар 7 нафар (35%) ҳам васеъшавии девораҳои талхадон, ҳам поён фаромадани талхадон мушоҳида шуд. Дар таҳлили биохимиявии хуни 10 нафар (50%) зиёдшавии миқдори холестерин аз 9 ммол/л зиёд, дар 5 нафар (25%) зиёдшавии миқдори билирубини умумӣ аз 24 мкмол/л зиёд, дар 5 нафар (25%) зиёдшавии ҳам миқдори холестерин (9 ммол/л), ҳам зиёдшавии миқдори билирубини умумӣ (24 мкмол/л) ба назар расид. Холесистити калкулёзӣ дар байни занҳо нисбати мардҳо 70% зиёдтар ба назар расид, ки омилҳои мусоидаткунанда инҳо буданд: фарбеҳӣ, ҳомиладорӣ ва кам ҳаракатӣ.

Хулоса. Аз тадқиқоти гузарондаи мо маълум гашт, ки холесистити калкулёзӣ дар байни заноне, ки ба парҳез роия намекунанд ва кам ҳаракат мебошанд бештар ба қайд гирифта шуд. Барои пешгирии холесистити калкулёзӣ дар байни аҳоли онд ба роияи речаи ғизо, инчунин ташкил намудани тарзи ҳаёти солим фаҳмондадиҳии профилактикӣ гузаронидан лозим аст.

**Рачабов Ш.А., Раҳмонов Р.Х., Давлатов Д.Х.
ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ КРОВИ И МИЕЛОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ**

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

Научный руководитель – Шамсов А.Т.

Цель исследования. Изучить изменение гемограммы у больных хроническим лимфолейкозом.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением в гематологическом отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» находились 33 пациента с хроническим лимфолейкозом (ХЛЛ). В возрасте от 40 до 76 лет. Из них мужчин – 18, женщин – 15. Длительность заболевания варьировала от 3-х месяцев до 3-х лет.

Диагноз ХЛЛ был выставлен на основании общего анализа периферической крови, полного исследования биохимических тестов, свертывающей системы крови и пунктата костного мозга.

У всех больных брали 5 мл венозной крови для определения общего анализа крови с подсчетом тромбоцитов и ретикулоцитов на гемоанализаторе и проводилось микроскопическое исследование.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенных исследований у 28 больных наблюдалось повышение абсолютного количества лейкоцитов крови от 10 до $378 \cdot 10^9/\text{л}$. В лейкоцитарной формуле наблюдали нарастающий лимфоцитоз у всех 33 пациентов, снижение числа сегментоядерных нейтрофилов, моноцитов и эозинофилов. Сдвиги в лейкоформуле отмечали на фоне резкого повышения числа лимфоцитов. У большинства больных лимфоциты представлены достаточно зрелыми малыми лимфоцитами, практически не отличающимися от нормальных клеток. При микроскопическом исследовании в мазках периферической крови выявили популяцию мноморфных малых клеток с высоким ядерно-цитоплазматическим соотношением с цитоморфологическими признаками зрелых лимфоцитов. Ядра клеток округлые, имеют плотную и глыбчатую структуру хроматина. Процент морфологически зрелых лимфоцитов составлял от 45 до 95 %. У 5 больных в периферической крови определили менее зрелые лимфоциты больших размеров, ядро которых более гомогенно и не имеет глыбчатости хроматина зрелого лимфоцита, а ободок цитоплазмы более широкий и может иметь перинуклеарное просветление. У 22 больных имела место относительная нейтропения и у 9 - абсолютная нейтропения. У 9 больных в узком ободке слабо или умеренно базофильной цитоплазмы, не содержащей гранул, определяли вакуолизацию, незначительное снижение показателей системы крови. Характерным признаком ХЛЛ является также наличие клеток Боткина-Гумпрехта, причиной, которых является хрупкость мембран. Эти клетки лейколиза представляют собой артефакт, они образуются в процессе приготовления мазка периферической крови. У 17 больных обнаружили нормохромную анемию, ретикулоцитоз у 6 пациентов, тромбоцитопению у 8 и ускорение скорости оседания эритроцитов у 19 больных.

У 23 больных костномозговой пунктат гиперплазирован. Количество лимфоцитов у всех 33 пациентов составлял более 30% всех ядросодержащих клеток костного мозга, с такими же цитоморфологическими признаками, как у клеток, обнаруживаемых в периферической крови. У 5 больных встретили тотальную лимфатическую метаплазию костного мозга.

Выводы. Таким образом, у больных ХЛЛ были выявлены изменения гематологических параметров системы крови. Прослеживалась общая тенденция к резкому увеличению числа лейкоцитов, сдвиг в лейкоформуле в сторону нейтропении на фоне лимфоцитоза, снижение концентрации гемоглобина и показателя гематокрита.

Реймер В.А., Маргачева И.Д.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ
Кафедра неврологии, медицинской генетики, ФГБОУ ВО ОрГМУ. Россия.
Научный руководитель: д.м.н., профессор Ишков С.В.

Целью исследования явилось изучение результатов хирургического лечения пациентов с метастатическим поражением головного мозга.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни амбулаторных карт 51 пациента (28 мужчин и 23 женщин в возрасте от 32 до 75 лет), оперированных по поводу метастатических опухолей головного мозга в нейрохирургическом отделении ГАУЗ «Оренбургская областная клиническая больница им. В.И. Войнова» в период 2016 – 2020 гг. Солитарные метастазы были у 29 пациентов, множественные у 22 (2 узла – у 5, три – у 7 и более узлов – у 10). Супратенториальные метастазы были у 44 больных, субтенториальные – у 4, супрасубтенториальные – у 3. Метастаз рака легкого гистологически был верифицирован у 23 пациентов, почки – у 11, молочной железы – у 9, колоректального рака – у 5, желудка – у 3. До операции качество жизни пациентов с метастатическим поражением головного мозга оценивалось по шкале Карновского. Средний балл во всей совокупности пациентов составил 65,0, из них, 80 баллов имели – 18 пациентов, 70 баллов – 17, 60 баллов – 13, 50 баллов – 2.

При выборе метода операции оценивали общее состояние больного и состояние соматического статуса. Траекторию доступа рассчитывали с использованием системы компьютерной нейронавигации. Выполняли краниотомию в зоне локализации очага. Опухолевый узел удаляли единым блоком с окружающей перифокальной и периваскулярной зоной. При множественных метастазах, оперативное лечение было направлено на очаг, вызывающий клинические проявления масс-эффекта.

Ближайшие результаты оперативного лечения оценивали при выписке пациента по шкале Карновского. Отдаленные результаты оценивали при контрольном осмотре пациентов через 6 и 12 месяцев. С учетом данных контрольной МРТ головного мозга.

Сравнительную оценку результатов проводили с статистически установленными средними сроками выживания больных с метастатическим поражением головного мозга, проходившими курс комбинированного лечения без операции (данные ООКОД).

Результаты исследования и их обсуждение. После операции умерли 2 пациента: 1 в результате отека и дислокации головного мозга и 1 от тромбоэмболии легочной артерии. Летальность составила – 3,9%. Через 6 месяцев после операции умерли 4 пациента из 49 (8,2%), 2 из которых были с множественными метастазами. Средний балл по шкале Карновского у выживших составил – 60,2%. В последующие 6 месяцев умерли 10 пациентов из 47 (21,3%), 5 из которых были с множественными метастазами. Средний балл по шкале Карновского среди выживших составил – 40,8%. В течение года умерли 13 из 37 пациентов (35,1%), 7 из которых были с множественными метастазами. Процент годичной выживаемости у пациентов с метастатическим поражением головного мозга, подвергшихся оперативному лечению составил 47,1%. У 24 выживших больных средний балл по шкале Карновского составил 44,8%. У 3 пациентов выявлен локальный рецидив очага, у 3 – появились дополнительные очаги в головном мозге. Среди неоперированных пациентов медиана выживаемости составила 50 дней.

Выводы. Сроки выживания в группе оперированных пациентов превысили таковые в группе неоперированных в среднем на 3 – 4 месяца. Лучшие показатели общей выживаемости были достигнуты у больных с высоким функциональным статусом до операции (≥ 80) и контролем экстракраниального опухолевого процесса. Хирургическое лечение в системе комплексного лечения метастатического поражения головного мозга позволяет достичь увеличения продолжительности и качества жизни этой категории пациентов.

Ризоева М.Д.
ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У
ОБСЛЕДОВАННЫХ ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС В
ОТДАЛЁННОМ ПЕРИОДЕ

Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Научный руководитель - Нодирова З.Х.

Цель исследования. Изучение состояния желудка и толстой кишки с помощью эндоскопического метода у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС в отдаленном периоде.

Материал и методы. В нашем центре за период с 2022 по 2023 г. обследовано 90 человек, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС в 1986 г. Эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией выполнена 82 ликвидаторам и фиброколоноскопия – 15. У 7 ликвидаторов с эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны проводились гистологические, бактериоскопические, морфометрические исследования биоптатов слизистой оболочки антрального отдела желудка и гемокульт. тест (FOBT).

Результаты. Выявленная патология у ликвидаторов отличалась большей частотой поверхностной деструкции слизистой оболочки желудка- эрозивный гастродуоденит встречался у 38,5% обследованных, в то время как в группе сравнения- у 28%. При изучении механизмов возникновения эрозивных гастритов и эрозивных дуоденитов установлены чаще высокая обсемененность пилорическими хеликобактерами (у 60%) и увеличение IgG и IgE-продуцирующих клеток. Особенностью патологии толстой кишки у ликвидаторов являются часто встречающиеся диффузные катаральные изменения слизистой оболочки, составляющие 42. При изучении канцерогенного эффекта радиации на желудок и толстую кишку через 33-35 лет после воздействия нами не отмечено более частого

возникновения злокачественных новообразований ЖКТ.

Выводы. Неопухолевые формы отдалённых последствий протекают скрыто, на фоне относительного клинического благополучия, продолжающегося годами, поэтому при контроле состояния здоровья важное место занимает тщательное диспансерное обследование данной категории пациентов. Внимание - как группе особого медицинского риска.

Романова А.О., Пыганова Т.В.

АНТИКОАГУЛЯНТЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИЙ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Кафедра амбулаторно-поликлинической терапии ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва». Россия.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Прекина В.И.

Цель исследования. Изучить риск тромбоэмболических осложнений и проводимую противотромботическую терапию у больных с фибрилляцией предсердий.

Материал и методы. Проведён анализ амбулаторных карт пациентов с фибрилляцией предсердий. В исследование включено 90 пациентов в возрасте от 46 до 84 лет, средний возраст $69,9 \pm 0,8$ года. Из них мужчин составляет 31 (34,4%), женщин – 59 (65,6%). Риск тромбоэмболий оценивали по шкале CHA₂DS₂-VASc, риск кровотечений – по шкале HAS-BLED, проводимую профилактическую медикаментозную противотромботическую терапию.

Результаты исследования. Высокий риск тромбоэмболий отмечен у 84 (93,3%) пациентов, риск был высоким (≥ 2 баллов у мужчин/ ≥ 3 баллов у женщин). В соответствии с клиническими рекомендациями, этим пациентам необходимо назначение антикоагулянтов, отдавая предпочтение прямым оральным антикоагулянтам (ПОАК) для профилактики риска инсульта и других тромбоэмболий. Средний риск тромбоэмболий (1 балл у мужчин/ 2 балла у женщин) имели 4 (4,4%) пациента, назначение антикоагулянтов этой группе следует рассмотреть, так как наличие одного и более клинического фактора повышает вероятность ишемического инсульта. В противотромботической терапии не нуждались 2 пациента (2,2%), так как имели низкий риск (0 баллов у мужчин/ 1 балл у женщин) развития тромбоэмболий. Наиболее частыми причинами риска тромбоэмболий у обследуемых пациентов были: артериальная гипертензия (95,5%), ишемическая болезнь сердца (стенокардия напряжения и/или постинфарктный кардиосклероз (60%), возраст более 65 лет (55,5%). Риск кровотечений у 8 (9%) пациентов был высоким (3 балла), у 68 (76%) – средний, у 14 (16%) низкий. При анализе причин высокого риска кровотечений, оказалось, что 7 пациентов из 8 имели 1 или 2 модифицируемых факторов риска: уровень артериального давления (АД) $>160/90$ мм.рт.ст., лабильное международное нормализованное отношение (МНО) при приеме варфарина, прием антиагрегантов (кардиомагнил). Эти факторы можно устранить путем нормализации АД на фоне коррекции антигипертензивной терапии, отмены антиагрегантов, а при лабильном МНО необходим перевод на ПОАК. Анализ проводимой противотромботической терапии показал, что пациенты высокого риска тромбоэмболий получали антикоагулянты только в 78% случаев из нуждающихся: из них ПОАК – 55% и варфарин – 23%. 18 пациентов (21%) принимали антиагреганты. Причина назначения антиагрегантов была обоснована в медицинской документации отказом пациентов от приема антикоагулянтов. Анализ контроля эффективности и безопасности лечения пациентов варфарином показал, что в 62% случаев было лабильное МНО и только у 38% МНО находилось в терапевтическом диапазоне 2,0-3,0 в 70% и более результатов лабораторных данных.

Выводы. Результаты исследования показали, что 93,3% пациентов имели высокий риск тромбоэмболий и нуждались в назначении антикоагулянтов. Основными факторами риска были артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца и пожилой возраст старше 65 лет. В большинстве случаев риск тромбоэмболий был выше риска кровотечений. Высокий риск кровотечений отмечен у 8,7% пациентов, при этом преимущественно за счет модифицируемых факторов, которые можно устранить и, таким образом, снизить риск кровотечений. Антикоагулянты получали 78% больных из нуждающихся, чаще ПОАК (55%) и реже варфарин (23%). При лечении варфарином у 62% больных было лабильное МНО, что может быть показателем неэффективности или опасности применения данного препарата и диктует необходимость перевода таких пациентов на ПОАК.

Русейкина Л.С.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРА ЯНУС-КИНАЗ В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Кафедра госпитальной терапии ФГБОУ ВО МГУ им. Н. П. Огарева. Саранск

Научный руководитель - д.м.н, профессор Мосина Л.М.

Цель. Изучение эффективности применения препарата тофацитиниб при тотальном поражении толстой кишки на клиническом примере.

Материалы и методы. Клиническая история болезни пациентки А, 45 лет

Результаты. Пациентка А 45 лет с 2013 года страдает язвенным колитом. Постоянного лечения не получала до 2019 г.

Декабрь 2019 г - обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на частый жидкий стул до 5 раз в сутки. После проведенного обследования пациентка госпитализирована в стационар, где получала стандартное лечение, выписана с улучшением.

Март 2020 г – ухудшение состояния в виде появления гематокезии, жидкого стула до 7-8 р/сут, выраженной слабости, отеков, резкого похудения на 10 кг. Впервые диагностирована анемия Hb 98 г/л, гипопротеинемия- общий белок 63 г/л, СОЭ 45 мм/ч, на колоноскопии- тотальное поражение толстой кишки (Мейо 76). После стационарного

лечения в том числе глюкокортикостероидами, выписана с улучшением, однако, через 2 месяца симптомы возобновились.

В связи с отсутствием эффекта от стандартной терапии, прогрессирующим, рецидивирующим течением заболевания, формированием гормонозависимости было принято решение о начале терапии тофацитинибом. Пациентка принимала препарат в индукционной дозе 20 мг в течение 8 недель, после чего почувствовала улучшение состояния: стул 2-3 р/д, оформленный, без примесей, прибавка в весе на 5 кг. Улучшились и показатели крови ОАК: Нб 128 г/л, СОЭ 10 мм/ч, общий белок 70 г/л, фекальный кальпротектин 73,8 мкг/г

По настоящее время пациентка принимает поддерживающую дозу препарата 10 мг/сут. На приеме у гастроэнтеролога жалоб не предъявляет. Стул оформленный 1 раз/сут, без крови и слизи, отеки отсутствуют, ОАК: Нб 138 г/л, лейкоциты $4,1 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 10 мм/ч. Колоноскопия: язвенный колит, фаза ремиссии (Мейо 0-1 б). Таким образом, достигнута клиническая и эндоскопическая ремиссия. Пациентка социализирована.

Вывод. Терапия малыми молекулами (тофацитинибом) позволяет получить быстрое купирование симптомов заболевания, дает стойкий эффект при поддерживающей терапии и приводит к клинико-эндоскопической ремиссии.

Рустамзода Ш.Дж., Рахматшоева П.Ш.

ХАРАКТЕРИСТИКА КАВЕРНОЗНОГО И ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ПО ДАННЫМ ГОЛОВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СТАЦИОНАРА

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Бобоходжаев О.И.

Цель исследования. Провести количественный, поло-возрастной, региональный и клинический анализ больных с кавернозным и фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, госпитализированных в ГУ «Национальный центр туберкулеза, пульмонологии и торакальной хирургии» (НЦТПиТХ) за последние 5 лет.

Материал и методы. Материалом для данного исследования служили архивные истории болезней всех больных с кавернозным и фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, госпитализированных в НЦТПиТХ в период 2017-2021 гг.

Результаты исследования. Всего в течение 5 лет было госпитализировано 68 больных с кавернозным и фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, в том числе 36 - мужчин и 32- женщин. 20 больных были жители города и остальные 48 – жители села. У 38 больных процесс был односторонний и у остальных 30 – двухсторонний. При исследовании чувствительности к противотуберкулезным препаратам лекарственноустойчивые формы встречались в более чем 50% случаев.

Удельный вес госпитализированных случаев фиброзно-кавернозного туберкулеза в НЦТПиТХу впервые выявленных больных ежегодно составляет немного более 1%. Общеизвестно, что образование деструкции в легком – весьма важный и часто критический этап в клинической картине, течении и исходе болезни. С ее появлением возникает реальная опасность бронхогенного распространения микобактерий туберкулеза, заноса инфекции в верхние дыхательные пути и кишечник и развития ряда серьезных осложнений, прежде всего кровохарканья или легочного кровотечения с летальным исходом. Кавернозный и фиброзно-кавернозный туберкулез и его осложнения являются основной причиной смерти больных туберкулезом легких (75–80%). В целом, распад очага специфического воспаления в легких и формирование каверны могут наблюдаться при прогрессировании любой формы туберкулеза, если для этого возникают предрасполагающие условия в виде изменения реактивности организма, повышения его сенсибилизации, массивной суперинфекции, присоединения других заболеваний и воздействия различных вредных факторов, снижающих общую резистентность. Патогенетически эта форма не возникает самостоятельно, а является следствием инфильтративного туберкулеза. Гематогенно-диссеминированная форма также служит источником фиброзно-кавернозных процессов в легких.

Выводы. Несмотря на то, что кавернозный и фиброзно-кавернозный туберкулез легких в структуре впервые выявленных больных ежегодно составляет немного более 1%, их развитие происходит в связи с несвоевременным выявлением патологических процессов в легких, поздним началом лечения туберкулеза, неадекватной терапией или ее нарушениями.

Рустамова Д.Р., Багандов Б.Р.

БОЛЬ В СПИНЕ У ЮНОШЕЙ

Кафедра нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии, ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Российская Федерация

Научный руководитель – ассистент К.Б. Манышева

Цель исследования – оценка неспецифической боли в спине у юношей.

Материал и методы. В исследование вошел 31 пациент с жалобами на боль в спине, из них лиц женского пола – 23, мужского – 8. Средний возраст составил $20,58 \pm 1,31$ лет. 11 человек (35,48%) из группы исследуемых систематически занимались непрофессионально групповыми или индивидуальными видами спорта. Индекс массы тела у всех исследуемых находился в пределах общепринятой нормы. Для сбора данных в течение 2 недель производились добровольные опросы и анкетирование, а также клиническое неврологическое обследование. Для оценки боли в спине использовали методы анкетирования и исследования неврологического статуса по общепринятой схеме. Статистический анализ выполняли с использованием программы MS Excel 2016 с применением методов описательной статистики.

Результаты исследования. При анализе результатов анкетирования обнаружено, что у абсолютного

большинства исследуемых боль возникала периодически, лишь у 1 юноши (3,23%) она носила постоянный характер. Среди характеристик боли наиболее частыми описательными критериями выступали: «ноющая» – 22 (70,97%), «тупая» – 13 (41,94%), «острая» – 7 (22,58%), «колющая» – 4 (12,90%), «режущая» – 4 (12,90%), при чем более, чем в половине случаев наблюдалось описание болевого синдрома у одного пациента с использованием двух и более характеристик. Средняя длительность боли составила $2,5 \pm 1,5$ лет [0,5; 7]. В 14 случаях (45,16%) пациенты связывали возникновение первого болевого эпизода с чрезмерной физической нагрузкой, 2 юношей (6,45%) – с сидячим образом жизни, по 1 случаю связи отмечалось с стрессом и переохлаждением, в 13 случаях (41,94%) пациенты ни с чем возникновение боли связать не могли. Средняя частота обострений в течение последнего года составила $5,07 \pm 4,29$ случаев [0; 20]. 4 пациентам до включения в исследование была выполнена спондилография в связи с обращением к профильному специалисту, 3 пациентов в анамнезе получали терапию НПВС для купирования болевого синдрома по назначению врача, еще 9 пациентов получали ранее предписанное немедикаментозное лечение: 7 – массаж, 2 – сочетание массажа и электрофореза. Среди факторов провокации рецидива болевого синдрома наиболее частыми были чрезмерная физическая нагрузка и длительное статическое напряжение – пребывание в положении стоя или сидя.

При оценке клинических данных обнаружено, что боль локализовалась в шейном отделе позвоночника у 8 исследуемых (25,81%), в грудном – у 6 (19,35%), в поясничном – у 17 (54,84%). Интенсивность боли по ВАШ составила 1-2 балла у 5 человек (16,13%), 3-4 балла – у 18 (58,06%), 5-6 – у 8 (25,81%). При неврологическом осмотре симптомы поражения корешков не были обнаружены ни у одного пациента, наблюдался лишь локальный болевой синдром без иррадиации и признаков радикулярного вовлечения.

Заключение. Важным показателем качества жизни является физическое функционирование, а болевые синдромы могут явиться причиной его нарушения. В результате исследования установлено, что неспецифическая боль в спине в большинстве случаев беспокоит юношей периодически и носит рецидивирующий характер. Локализация боли может быть различной, интенсивность – легкой или средней. Обострения болевого синдрома связаны с внешними факторами, а при клиническом обследовании признаков вовлечения корешков в патологический процесс не наблюдается. Все это дает основание предполагать, что у юношей наиболее эффективной стратегией профилактики очередного обострения является модификация образа жизни для ограничения действия внешних факторов.

Сабурова М.Х., Зокирова Н.Ф., Ниязова М.О.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ДЕТЕЙ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – Холматова Г.К.

Цель исследования. Выделить основные факторы риска и описать течение клинической синдромологии ишемического инсульта в детском возрасте.

Материалы и методы исследования. Было проведено обследование 15 больных (10 мальчиков и 5 девочек), перенесших ИИ в возрасте от 1 месяца до 17 лет. Все пациенты вошли в исследование по окончании острого периода заболевания. Клиническое обследование у всех больных включало сбор анамнеза, общеклинический и неврологический осмотр. Для нейровизуализационного обследования инсульта в остром периоде 11 пациентам была выполнена МРТ головного мозга, 4 пациентам – КТ ангиографическом режиме.

Результаты исследования и их обсуждение. Клиническая симптоматика у больных в остром периоде артериального ишемического инсульта регистрировалась: гемипарез – у всех пациентов, парез мимической мускулатуры по центральному типу – в 12 случаях, моторная афазия – 6, сильная локальная головная боль – 5, нарушение сознания – 5, судороги – 5, рвота – 4, мерцающие скотомы – 3 случая. Таким образом, острый период артериального ИИ характеризовался преобладанием очаговой симптоматики, соответствующей пораженному сосудистому бассейну. В восстановительном периоде ИИ полное исчезновение неврологического дефицита отмечено только у 4 больных. Реже определялись: центральный парез лицевой мускулатуры – в 3 случаях, поведенческие нарушения – 3, симптоматическая эпилепсия – 2, грубая задержка психомоторного развития и задержка речевого развития – по 1 случаю.

Выводы. По нашим результатам более 70% детей, перенесших ИИ, имеют стойкие неврологические симптомы. У данной категории больных возможны прогнозирование и профилактика инсульта. Многие дети, у которых развивается инсульт в этом возрасте, уже имеют какое-либо “фоновое” заболевание, влияющее на их психомоторное или физическое развитие. Сюда следует отнести больные врожденными пороками сердца, метаболическими заболеваниями, серповидноклеточной анемией.

Сабурова М.Х., Рабоева Ш.Р., Ниязова М.О.
ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКӢ ВА ТАШҲИСИИ САКТАИ КАМХУНӢ ДАР КӢДАКОН

Кафедраи асабшиносӣ, психиатрия ва психологияи тиббии ба номи М.Г. Фуломов

МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”

Роҳбари илмӣ – н.и.т. Фаниева М.Т.

Мақсади таҳқиқ. Муайян кардани омилҳои асосии хавфи сактаи камхунӣ ва хусусиятҳои клиникӣ он дар кӯдакон.

Маҷод ва усулҳои таҳқиқ. Таҳқиқоти 9 нафар беморони гирифтори сактаи камхунӣ аз синни 1 – солаву 6 – моҳа то 13 – сола, ки дар шӯъбаи асаби кӯдаконаи МД ММТ ҚТ “Шифобахш” бистарӣ буданд, дар бар гирифт. Муоинаи клиникӣ ҳамаи беморон ҳамчун овардани анамнези беморӣ, муоинаи клиникӣ ва неврологиро дар бар

мегирифт. Барои нейровизуализатсияи сактаи камхунӣ дар давраи шадид ба ҳамаи беморон томографияи магнитии резонансии мағзи сар бо ангиографияи рағҳои хунгради мағзи сар, ташхиси хун ба амал бароварда шуд. Инчунин дар беморон сатҳи холестерин, креатинин ва қанди хун муайян карда шуд.

Натиҷаи таҳқиқ ва муҳокимаи он. Ба омилҳои этиологӣ бемориҳои дил (3 нафар бемор), осеби тавлидии мағзу косахонаи сар (1 бемор), аномалияи инкишофи рағҳои хунгарди мағзи сар (2 нафар) ва бемориҳои хун (3 нафар) дохил карда шуд.

дар беморон зимни давраи шадиди сактаи камхунӣ ҳолатҳои зерин ба қайд гирифта шуд: гемипарез – дар ҳамаи беморон, нимфалаҷи мушакҳои рӯй ба намуди марказӣ дар 6 ҳолат, афазияи моторӣ дар 4 нафар бемор, вайроншавии ҳуш дар 1 нафар, ҳуруқҳо дар 2 нафар бемор.

Дар давраи барқароршавӣ пурра аз байн рафтани норасоии асабӣ танҳо дар 1 нафар дида шуд. Дар беморони боқимонда ин ё он аломати норасоии асабӣ, бештар гемипарез дар 6 нафар, нимфалаҷи марказии мушакҳои рӯй дар 2 нафар бемор муайян карда шуд.

Аз рӯйи маълумотҳои нейровизуализатсия дар ҳамаи беморони гирифтори сактаи камхунӣ вайроншавии хунгардиш дар ҳавзаи шараёни миёнаи мағзи сар – дар 4 бемор, ҳиссаи чап дар 5 бемор муайян карда мешавад.

Хулоса. Дар бештари кӯдакони гирифтор ба сактаи камхунӣ аломатҳои неврологӣ боқӣ мемонанд. Дар кӯдакон сактаҳои камхунӣ ҳақман начандон калон ташхис карда шуд, ки сабабаш иллати шоҳаҳои хурди шараёни миёнаи мағзи сар мебошад.

Садвакасова Ж.Б

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ПО Г.АСТАНА

Кафедра общественного здоровья и эпидемиологии НАО «Медицинский Университет Астана». Республика Казахстан.

Научный руководитель – ст.преподаватель Ерденева Г.К.

Цель исследования: анализ заболеваемости населения туберкулезом, динамики и тенденций изменения заболеваемости в г.Астана.

Материалы и методы: Исследование простое, ретроспективное. Проанализированы данные о заболеваемости населения туберкулезом за период с 2017 по 2022гг. Материалом для исследования послужили статистические данные Министерства здравоохранения Республики Казахстан. Проведен литературный обзор по базам данных PubMed, Киберленка о заболеваемости туберкулезом в странах дальнего и ближнего зарубежья.

Результаты исследования: Анализ показал, что за рассматриваемый период с 2017 по 2020г. в г.Астана заболеваемость туберкулезом снизилась с 48,2 до 33,9 случаев на 100 тысяч населения, темп снижения составил 29,7%. В целом, за аналогичный период по Республике Казахстан впервые в жизни установленном диагнозом темп снижения составил 31,6%. Среди населения по Акмолинской области заболеваемость туберкулезом снизилась с 234 в 2017 году до 136 в 2020 году, что составляет снижение темпов на 41,8%.

В 2017 и 2018 году показатели контингента больных активным туберкулезом составили 95,9 и 79,2 соответственно, а к 2019 году наблюдается тенденция роста заболеваемости до 80, однако в 2020 году выявляемость не только вернулась к прежнему показателю, но и снизилась до 54,0 человек на 100 тыс. населения. Смертность от активной формы туберкулеза имела самый высокий показатель в 2018 году (2,8 на 100 тыс. населения) с дальнейшим снижением до 1,3 в 2019 году и повышением показателя до 1,7 в последующем году.

В столице наблюдался стабильно низкий уровень регистрации заболеваний и повышение числа успешных результатов лечения туберкулеза и случаев ко-инфекции туберкулеза в период с 2017 по 2022 год. Заболеваемость туберкулезом в Астане за последние 5 лет(2017-2022г.) снизилась на 30,1%, основная доля снижения которой приходится на период пандемии и постпандемии COVID-19.

Согласно ВОЗ, основные детерминанты, способствующие распространению микобактерий туберкулеза, связаны с такими факторами, как рост населения, возрастная структура, передвижение (внутренняя или внешняя миграция), урбанизация, уровень образования и экономическое положение, загрязнение воздуха и система здравоохранения.

Выводы: Согласно анализу эпидемиологической ситуации г.Астаны, выявлено снижение показателей заболеваемости. Во время пандемии коронавирусной инфекции, число выявляемости туберкулеза и контингент больных снизилось, связано это с тем, что в период COVID-19 люди не имели возможности своевременно проходить диагностику, получать лечение и медицинскую помощь. Также сократилось финансирование основных видов противотуберкулезной помощи. Все это привело к увеличению числа заболеваемости и смертности населения от туберкулеза.

Таким образом, реализация стратегий для снижения заболеваемости активной формы туберкулеза требует активизации действий, основанных на разработки и введения в действие эффективных ответных мер по борьбе с туберкулезом, устранение социальных и экономических детерминант.

Садирова Н.И., Урунова Ш.Д., Шамсиев Э.Д.

ТЕРАПИЯ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ В СРЕДНЕМ И ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г.Гулямова
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Определение характера головокружений у пациентов, страдающих вертебробазилярной недостаточностью и подходов к их терапии.

Материал и методы. В исследование включены 52 пациента 50-65 лет, с жалобами головокружение. Больные подходили лечение в ГУ НМЦ на базе кафедры неврологии психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Из исследования исключались пациенты с головокружениями. У пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией причиной может быть заболевание кохлео-вестибулярного аппарата или заболевания внутренних органов, крови, сопровождающиеся головокружением и нарушением равновесия.

Результаты исследования. Из обследованных, 52 пациента страдали головокружением. Средний возраст пациентов составил 39,5- 13,1 года женщин было-22, мужчин 30. Более половины пациентов 58,5 % предъявили жалобы на головокружение.

16,4 (25) пациентов предъявили жалобы на системное головокружение в виде ощущения вращения. При неврологическом осмотре в межприступном периоде эти пациенты имели органических неврологических знаков, а также нистагма или клинических признаков нарушения равновесия. Все пациенты с системным головокружением прошли клиническое отоневрологическое исследование с применением специальных проб. У 4-х (2,6%) пациентов с системным головокружением при неврологическом осмотре были выявлены признаки вертебробазилярной недостаточности и диагностированы следующие заболевания: вестибулярный нейронит-1 случай, болезнь Меньера- 3 случая. Было показано, что решающую роль в патогенезе головокружения имеет такое свойство личности, как тревожная сенситивность. Если эффективные симптомы тревоги положительно коррелируют с выраженностью головокружения любого типа в силу высокой стрессогенности этого симптома, то тревожная сенситивность (повышенное внимание к положению тела в пространстве, сосредоточенность на соматических ощущениях при наличии субклинической неполноценности вестибулярного аппарата при мигрени) является симптомообразующим признаком. Наконец, головокружение вертебробазилярной недостаточности может быть обусловлено различными заболеваниями периферического вестибулярного аппарата (болезнь Меньера, вестибулярный нейронит), что в нашем исследовании наблюдалось наиболее редко -2,6% случаев.

Выводы. Правильная и ранняя диагностика головокружения при вертебробазилярной недостаточности важна для предотвращения хронизации заболевания, обеспечения адекватного лечения и улучшения качества жизни пациентов. Наиболее эффективным лечением ВБН является сочетание медикаментозной терапии с проведением вестибулярной реабилитации.

Садуллаева Ш.С., Солиева С.Р. ПСОРИАТИЧЕСКАЯ ОНИХОПАТИЯ

Кафедра дерматовенерологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научные руководители – к.м.н., доцент Дадабаев Р.Д., Хомидзода Х.Х.

Цель исследования. Изучить частоту поражения и клинические формы ногтевых пластинок у больных псориазом.

Материал и методы. Под наблюдением находились 60 больных псориазом (мужчин - 24, женщин - 36) в возрасте от 1,5 до 25 лет.

Пациенты осматривались с помощью диагностической лампы Вуда и методом дерматоскопии.

Степень тяжести псориаза ногтей оценивалась в баллах от 0 до 160 с помощью индекса NAPSI (NailPsoriasisSeverityIndex). Для получения результата оценивалось наличие характерных повреждений матрицы ногтя или характерных для ногтевого ложа изменений в четырех квадрантах каждой ногтевой пластинки кистей и стоп.

Для изучения возбудителей онихомикозов производили глубокий соскоб пораженных ногтевых пластин, полученные чешуйки помещали в каплю 10-20% раствора КОН, слегка подогревали над пламенем спиртовки для лучшей мацерации, производили микроскопию нативных и окрашенных по методу Рамановского-Гимзы препаратов.

Результаты исследования. Изменения ногтевых пластин были представлены ониходистрофией по гипертрофическому типу с явлениями частичного или тотального ногтевого гиперкератоза и онихолизисом. У большинства пациентов 48 (80%) преобладали множественные поражения ногтевых пластинок.

Точковидные вдавления-симптом “напёрстка” и онихолизис отмечен у 39 (65%). онихомадезис – у 2 (3%), подногтевые геморрагии – у 3 (5%), гиперкератоз, трахионихия – у 8 (14%), койлонихия – у 5 (8%), продольные линии, линии Бо – у 3 (5%) пациентов.

Характерным проявлением псориаза на ногтях пальцев стоп был подногтевой гиперкератоз. На кистях в патологический процесс вовлекался матрикс, ногтевое ложе, гипонихий, а на стопах процесс ограничивался ногтевым ложем и гипонихием.

Следует отметить, что при тяжелых формах псориаза отмечаются характерные признаки поражения ногтевых пластинок. Так, при псориатической эритродермии наблюдалось тотальное поражение всех ногтевых пластин, которое чаще протекало по типу онихолизиса и трахионихии.

Для псориатического артрита был характерен подногтевой гиперкератоз, симптом напёрстка (у 100% больных), онихолизис, трахионихия и линии Бо.

У больных ладонно-подошвенной формой псориаза преобладал онихолизис.

При обыкновенной и экссудативной форме псориаза с одинаковой частотой выявлялись койлонихия, подногтевой гиперкератоз, онихолизис, симптом напёрстка, онихомадезис, трахионихия, симптом масляного пятна, линии Бо, продольные линии и подногтевые геморрагии в виде занозы.

Выводы.

1. Изменение ногтевых пластин отмечено у 35% больных псориазом.

2. Клинические формы поражения ногтей при псориазе представлены чаще всего симптомом “напёрстка”, онихолизисом и подногтевым гиперкератозом.

3. Клинические формы поражения ногтей при псориазе в РТ изучены недостаточно, что вызывает необходимость дальнейших исследований в этой области.

**Сайдмахмудова К.С., Жалилова М.К., Мамашукурова М.И.
УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ ЦИРРОЗЕ**

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии Самаркандского государственного медицинского университета, Узбекистан, Самарканд
Научный руководитель – ассистент Мамедов А.Н.

Цель исследования: изучить литературу, связанную с диагностикой цирроза печени, а также методику проведения ультразвукового исследования.

Материалы и методы исследования: Нами проанализированы следующие статьи: М.Г. Тухбатуллин, Г.Р. Ахунова, З.М. Галеева «Возможности эхографии в диагностике цирроза печени и портальной гипертензии», Л.В. Донова, М.С. Новрузбеков, В.Е. Сюткин «Оценка нарушений внутрипечечной гемодинамики у пациентов с портальной гипертензией методом комплексной эхографии», В.И. Карандин, А.Г. Рожков, Р.М. Нагаев, Б.А. Захаров, З.А. Агаева «Ультразвуковое исследование терминального отдела грудного протока и глубоких вен шеи при портальном циррозе печени».

Результаты исследования: Цирроз печени — хроническое прогрессирующее заболевание, характеризующееся диффузным разрастанием соединительной ткани, патологической узловой регенерацией паренхимы с образованием псевдодолек, уменьшением количества функционирующих полноценных гепатоцитов, а также перестройкой структуры паренхимы и сосудистой сети. Цирроз печени занимает первое место среди причин смертности от болезней органов пищеварения (исключая опухоли). Распространенность составляет 2-3% (на основании данных аутопсий), наблюдают в 2 раза чаще у мужчин старше 40 лет по сравнению с общей популяцией. Диагностировать цирроз печени невозможно без применения УЗИ. С помощью ультразвукового исследования можно диагностировать не только поражение самой печени (изменения в тканях, увеличение), но и осложнения, проявляющиеся в состоянии других органов. По статистике, около 50% цирроза печени связаны со злоупотреблением алкоголя. Среди других причин выделяют: болезни обмена, аутоиммунные поражения, заболевания сосудистой системы, прием лекарственных препаратов и др. Симптомы цирроза могут быть разные. Чаще всего пациентов беспокоят: сниженная трудоспособность, дискомфорт в животе, общая слабость, повышенная утомляемость, диспепсия. Также могут наблюдаться зуд и шелушение кожи.

Выводы: Сегодня УЗИ дает нам возможность точно определить размер, форму и расположение органа в брюшной полости, а также выявить очаговые изменения, степень плотности и строение печени.

**Салимов А., Тагоев А.А., Юлдошев С.А.
НОСОМНИҲОИ РАВОНӢ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ БЕМОРИҲОИ ОНКОЛОҒӢ (ҶАНБАӢҲОИ
ТАБОБАТӢ-БАРҚАРОРКУНӢ)**

Кафедраи асабшиносии, психиатрия ва психологияи тиббии ба номи профессор Ғуломов М.Ғ. МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Роҳбари илмӣ – устоди калон кафедра Шаропова М. С.

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои вайроншавиҳои равонӣ дар беморони гирифтори бемориҳои онкологӣ

Маводҳо ва усулҳо. Микдори беморони тадқиқшаванда - 28 нафар барои табobati махсус, 10 нафар барои табobati паллиативӣ (сабуқкунанда), синну сол - аз 35 то 65, муддатзамони беморӣ – аз 1 то 9 сол, аз 38 бемори тадқиқшаванда 26 нафар мард ва 12 нафар зан буданд.

Натиҷаи тадқиқот. Дар зинаи табobati махсус бартарафкунии пурраи вайроншавиҳои рухиву равонӣ (дараҷаи “А”) танҳо дар 4 нафар (1 мард ва 3 зан) бемор дида шуд. Натиҷаи табobati нисбатан хуб (дараҷаи “В”) дар 8 нафар (4 мард ва 4 зан) бемор пайдо шуд. Натиҷаи табobati нопурра (дараҷаи “С”) ё қаноатбахш танҳо дар 10 нафар (9 мард ва 1 зан) бемор ба вучуд омад. Дар беморони дигари боқимонда (6 нафар мард) натиҷаи табobati махсуси бартарафкунии вайроншавиҳои рухиву равонӣ бениҳоят паст (дараҷаи “Д”) буд. Дар бемороне, ки табobati паллиативиро гирифта буданд, дараҷаи “С” ё натиҷаи нопурра (қаноатбахш)-и табобат танҳо дар 3 нафар (1 мард ва 2 зан) бемор ва натиҷаи бениҳоят паст (дараҷаи “Д”)-и табобат дар бақияи беморони дигар (5 мард ва 2 зан) дида шуд. Типологияи вайроншавиҳои рухиву равонӣ дар заминаи бемориҳои онкологӣ асосан бо ихтилолоти зерин муайян мешавад: алоими астеникӣ, алоими вайроншавиҳои шуур, таваҳҳумот (галлюцинатсия), пароксизмҳои сарҳмонанд, деменсия (ин ихтилолҳо асосан ҳосил беморони гирифтори омӯси сар мебошанд). Басомади пайдоиши ин ихтилолот дар мардон нисбат ба занон зиёдтар аст. Натиҷаи табobati рухиву равонӣ аз навъи табобат (табobati махсус ва паллиативӣ) ва синну соли беморон вобастагии зиёд дорад.

Хулоса. Аз натиҷаи тадқиқот метавон ба хулоса омад, ки бемориҳои онкологӣ ва ихтилолоти равонӣ дар заминаи бемориҳои мазкур дар ҳар ду ҷинс, вале бештар дар мардон дида мешавад. Бартарафкунии ин ихтилолот низ дар занҳо тезтар ва осонтар ва дар мардон баръакс, дер ва мушкилтар ба амал меояд. Пайдоиши ин ихтилолот ва вайроншавиҳои рухиву равонӣ аз синну сол, ҷинс, муддатзамони беморӣ вобаста мебошанд. Яъне ҳар ҷи қадар синну сол бузург ва муддатзамони беморӣ тулонӣ бошад ҳамон дараҷа эҳтимоли пайдоиши ихтилолоти мазкур зиёд ва табобат мушкил аст.

Самиева Ш.Т.

СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ГИПОТИРЕОЗ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ И ИБС И РИСК АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н., доцент Иноятова Н.А.

Цель исследования. Изучить гормональное состояние щитовидной железы у больных с ожирением и ИБС с АГ для изучения роли субклинического гипотиреоза в прогрессировании атерогенеза.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 132 пациента 39-69 лет ($54,6 \pm 0,2$ лет) с ожирением и ИБС. Всем больным определяли рост, вес с расчётом ИМТ по Кетле, также измеряли уровень артериального давления. Натощак провели забор крови для определения липидного спектра. Для определения функционального состояния щитовидной железы определяли уровень тиреотропного гормона (ТТГ). Статистическая обработка и математический анализ проводились по программе Statistica 10, Excel 2017.

Результаты исследования. Избыточный вес и ожирение было выявлено у 77% обследованных больных с ИБС. Ожирение в 3 раза чаще встречалось у женщин, чем у мужчин. В группе пациентов с ожирением и избыточным весом большую долю составили пациенты с тяжелой артериальной гипертензией (68,5%), а в группе больных с нормальной массой тела 11,3%. У 18,3% обследованных пациентов был выявлен субклинический гипотиреоз ($\text{ТТГ} \geq 4,0$ мМЕ/л). Повышение ТТГ ассоциировано с атерогенной дислипидемией и сосудистым поражением коронарного русла. Наличие субклинического гипотиреоза увеличивает риск артериальной гипертензии у обследованных больных.

Выводы. Субклинический гипотиреоз у пациентов с ожирением способствует формированию ИБС и артериальной гипертензии. Определение ТТГ показано всем пациентам с повышенным сердечнососудистым риском.

Сангинов Н.Н., Назаров А.А., Хусайнов Н.А.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ, ПРОВОЦИРУЮЩИХ РЕЦИДИВЫ АЛКОГОЛИЗМА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель-ассистент Саидов С.С.

Цель исследования. Изучить факторы, провоцирующие рецидивы алкоголизма с возвращением симптоматики, а также выяснение причины, обусловившие рецидив.

Материал и методы. Исследование было проведено на базе Республиканского Клинического центра наркологии им. проф. М.Г. Гулямова. В исследовании приняли участие 67 пациентов, было изучено 30 историй болезней. Из них 63 – мужчины и 4 – женщины. Средний возраст больных составил $34 \pm 1,6$ лет. Применялись лабораторный, клинко-психопатологический и клинко-анамнестический методы исследования.

Результаты исследования. Сами факторы, которые, дестабилизируют ремиссии и провоцируют развитие рецидивов (так же, как и факторы, которые способствуют становлению и углублению ремиссий) можно разделить на биологические (клинические), психологические и социальные. Эти факторы выступают как провоцирующие рецидив моменты с разной частотой. Из биологических (клинических) факторов аффективные и астенические расстройства могут быть причинами рецидива болезни в 15% случаев, возобновление или усиление патологического влечения к алкоголю – в 15% случаев. Самыми частыми являются рецидивы болезни, которые возникают под воздействием факторов психологического характера. Пользуясь высказываниями пациентов, которые уже находятся в терапевтической ремиссии, можно сгруппировать эти факторы таким образом: а) представления о безопасности употребления небольших доз алкоголя (фактор, что свидетельствует об отсутствии мотивации к трезвому образу жизни) способствуют к рецидиву в 45% случаев; б) реакции на экстраординарные жизненные ситуации вызывают 10% рецидивов; в) желание проверить результаты лечения – 5% случаев. Заметно реже выступают в качестве провокаторов рецидива факторы невротизации: г) чувство неполноценности при общении с друзьями 2,5% рецидивов; д) переживания сексуальных конфликтов 2,5% рецидивов. Эти факторы тесно связаны с личностными характеристиками пациентов, которые относятся к своим психологическим особенностям к личностям астенического круга. Среди социальных факторов, которые провоцируют рецидивы алкоголизма (5%) чаще всего приходится сталкиваться с традиционным употреблением алкоголя (возвращению в прежнюю питетную компанию).

Выводы. Предотвращение рецидивов непосредственно связано с проблемами продолжения и углубления ремиссий, оно также содержит в себе комплексы биологических психологических и социальных моментов. Конкретное действие фактора (например, угроза с увольнением с работы) зависит от многих параметров, в частности личностных особенностей, выраженности изменений личности и т.д. Действие всякого патогенного фактора зависит и от стадии ремиссии, на которой возникает угроза рецидива.

Саттаров Г.Р., Жаруллаев С.В., Байсеитова А.М.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Кафедра Общей врачебной практики №1 НАО «КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова», Казахстан
Научный руководитель – к.м.н., профессор Хабижанова В.Б.

Цель исследования: Изучение клинической характеристики, выраженности болевого синдрома и функциональной активности у пациентов с остеоартритом коленных суставов.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 30 пациентов с

достоверным диагнозом ОА коленных суставов I-III стадии по J.Kellgren и J.Lawrence, проходивших обследование и лечение в КГП на ПХВ ГП №16 г. Алматы в период с ноября по декабрь 2022 года. На каждого больного заполнялась индивидуальная карта, включающая антропометрические показатели, данные анамнеза, клинического осмотра и результаты лабораторных исследований пациентов (ОАК, ОАМ, б/х крови СРБ, мочевая кислота, креатинин и др.). Для оценки интенсивности болевого суставного синдрома использовали Визуально-аналоговую шкалу (ВАШ). Функциональную активность коленных суставов определяли по индексу Лекена - опросника, содержащего вопросы по боли и скованности, дистанции ходьбы и повседневной функциональной активности (максимальная сумма баллов 24, что соответствует чрезвычайно высокой степени тяжести). Всем пациентам проводилась стандартная рентгенография коленных суставов. Программа Statistica-6 была использована для оценки результатов исследования, где $p < 0,05$ считали их достоверными.

Результаты исследования. Гендерно-возрастное распределение пациентов с ОА коленных суставов было следующим: 25 женщины (83,3%) и 5 мужчины (16,7%). Средний возраст женщин – 62,84 лет [min-49; max-75] был значительно выше среднего возраста мужчин – 52 [min-28; max-64], $p = 0,003$. Длительность заболевания у женщин и мужчин статистически не отличались: у женщин – 4,72 лет [min-1; max-10], у мужчин – 4,4 лет [min-1; max-10]. Более низкие значения боли по ВАШ были у мужчин 36 мм против 39,6 мм у женщин. На момент исследования 7 (23,3%) пациентов имели ОА рентгенологической стадии, среди них 5 женщин, у 7 (23,3%) женщин – I-стадия, у 11 (36,7%) женщин – II-стадия, 4 (13,3%) пациента – II-III, у 1 (3,3%) женщины – III стадия.

Средние значения функциональной активности суставов по индексу Лекена были статистически значимо ниже у женщин 8,7[3,5; 14,5] балла, чем у мужчин 6,9[1,5; 13,5], $p < 0,05$. Распределение по степеням тяжести ОА, полученное на основании индекса Лекена у женщин, оказалось следующим: легкая степень тяжести – у 2 (8%), средняя степень тяжести – 7 (28%), тяжелая степень тяжести – 8 (32%), очень тяжелая степень тяжести – 8 (32%) более 11 баллов, тогда как у мужчин: легкая степень тяжести – 1 (20%), средняя степень тяжести – 2 (40%), тяжелая степень тяжести – 1 (20%) и чрезвычайно тяжелая степень тяжести – 1 (20%).

Выводы. Таким образом, по нашим наблюдениям женщины чаще страдают остеоартритом коленных суставов, чем мужчины. Средний возраст женщин выше, чем у мужчин (62,84 лет, 52 года, соответственно, $p = 0,003$). Выраженность болевого синдрома превалирует у женщин. Показатели функциональной активности суставов по индексу Лекена были статистически значимо ниже у женщин 8,7[3,5; 14,5] балла, чем у мужчин 6,9 [1,5; 13,5], $p < 0,05$. Степень тяжести заболевания более выражена у женщин.

Сафаров Ш.А., Мадалиев К.А., Гафоров А.А.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ

¹Кафедра дерматовенерологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Научный руководитель – д.м.н. Мухамадиева К.М.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения псориаза в детском возрасте.

Материал и методы исследования. Обследовали 32 больных распространенным псориазом (15 женского и 17 мужского пола в возрасте от 7 до 15 лет). Оценку тяжести псориаза проводили с использованием индекса PASI (Psoriasis Area and Severity Index) (1978).

Результаты исследования. Были выявлены следующие формы псориаза: каплевидный – у 19 пациентов (59,3%), бляшечный – у 8 (25,0%) пациентов и 5 (15,6%) – экссудативный псориаз. Каплевидный псориаз чаще всего наблюдался у детей в возрасте 7-10 лет, а бляшечная и экссудативная формы – в возрасте 11-15 лет. При изучении анамнеза больных, было выявлено, что у 17 (53,1%) больных это заболевание диагностировано также у родителей и ближайших родственников первого и второго поколения. Было выявлено, что у 12 (37,5%) пациентов псориаз дебютировал в возрасте $5,5 \pm 1,5$ лет, у 20 (62,5 %) – в возрасте $8,5 \pm 1,5$ лет. Причинами обострения заболевания у 15 (46,8%) больных послужила перенесенная инфекция (ОРЗ, обострения хронических тонзиллитов, гайморитов), у остальных 20 (62,5%) больных выявить причину обострения не удалось. При обследовании детей наиболее часто выявлялась патология ЛОР-органов – у 13 (40,6%) больных; заболевания желудочно-кишечного тракта выявлены у 12 (37,5%), а заболевания эндокринной системы и нарушения обмена веществ выявлены у 7 (21,9%) больных. У 14 (43,8%) больных отмечалась осенне-зимняя форма заболевания, у 18 (56,2%) – летняя. На основании подсчета индекса PASI были выявлены степени тяжести у больных с разными формами псориаза. У больных в возрасте 7-10 лет в клиническом течении псориаза отмечалась легкая степень псориаза, что проявлялось показателем индекса PASI, который составил при каплевидном и экссудативном псориазе, соответственно $12,05 \pm 9,3$ и $12,01 \pm 1,3$ баллов, а при бляшечном псориазе – $11,01 \pm 1,3$ баллов. Средняя степень тяжести псориаза наблюдалась в возрасте 11-15 лет и проявлялась увеличением индекса PASI до $19,11 \pm 1,5$ баллов. Наиболее тяжелая степень псориаза наблюдалась у больных с экссудативным псориазом, при котором индекс PASI составил $27,04 \pm 1,2$ баллов в возрасте 10-15 лет. Из всего количества больных у 11 (34,3%) больных была выявлена легкая степень псориаза, у 19 (59,3%) – средняя степень, а у 2 (6,25%) – тяжелая степень псориаза. Среди всех обследованных больных наблюдались II, III и IV фототипы кожи. I фототип наблюдался у 9 (28,1%) больных, II фототип – у 16 (50,0%), а IV фототип – у 7 (21,9%) больных. Из 19 пациентов с каплевидным псориазом, II, III и IV фототипы были выявлены соответственно в 1-м, 6-ти и 10-ти случаях. У пациентов с бляшечным псориазом II, III и IV фототипы были выявлены соответственно в 2-х, 3-х и 3-х случаях, а при экссудативной форме наблюдались только III и IV фототипы кожи, которые выявлялись соответственно в 2-х и 3-х случаях.

Выводы. Таким образом, особенностями клинического течения псориаза у детей являются его проявления в виде каплевидного псориаза в 59,3% случаях в возрасте 7-10 лет. Причиной дебюта заболевания в 46,8% случаев являются заболевания острыми респираторными вирусными инфекциями, а частым сопутствующим заболеванием

являются заболевания ЛОР органов. С увеличением возраста детей ухудшается тяжесть течения псориаза. В 50,0% случаях псориаз наблюдается у детей с III фототипом кожи и в 56,2% случаях обострения заболевания возникают в летнее время года.

Сафарова М.М., Ахмедова М.Б., Талабова Ш.Н.
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В
ЙОДДЕФИЦИТНОМ РЕГИОНЕ

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Иноятова Н.А

Цель работы. Определить частоту встречаемости эндемического зоба у беременных женщин.

Материал и методы. Исследование проводилось ретроспективно на базе клинического Городского медицинского центра №7. В исследовании проанализированы данные амбулаторных карт 121-ой беременных женщин. Средний возраст женщин составил $25,9 \pm 0,5$ лет. Средний срок беременности составил $13,07 \pm 0,3$. Среднее количество родившихся детей составило $1,1 \pm 0,1$. Среднее количество беременностей $2,2 \pm 0,1$. Все беременные были проконсультированы эндокринологом. Больным помимо стандартных лабораторных исследований, проводилась ультразвуковая сонография щитовидной железы. Статистическая обработка данных проведена с помощью прикладного пакета «Statistica 8/0»

Результаты исследования. В ходе исследования было выявлено, что у 73% беременных отмечалось увеличение щитовидной железы I степени. Из 121 беременной у 23 (27%) отмечалось увеличение щитовидной железы II степени. Необходимо отметить, что II степень отмечалась именно у многорожавших женщин, так у 20 женщин (16,5%) в анамнезе имелось 4-5 беременностей и 3-5 родившихся детей. В проведенном исследовании было выявлено у 37 (30,5%) впервые беременных отмечалось увеличение I-II степени.

Вывод.

3. Таким образом, частота встречаемости эндемического зоба у беременных женщин составила 70,3%.
4. Несмотря на то, что в течение 25 лет в регионе йодировалась соль у многорожавших беременных женщин прогрессирует увеличение щитовидной железы и составило в данном исследовании 27%.

Серёгина А.А., Приходченко Ю.А., Насырова Д.Х.
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЕРИФИЦИРОВАННЫХ СЛУЧАЕВ МИАСТЕНИИ В ЦЕНТРАЛЬНОМ
КАЗАХСТАНЕ

Кафедра неврологии, нейрохирургии, психиатрии и реабилитологии НАО «Медицинский университет Караганды».

Научный руководитель-ассоциированный профессор, заведующая кафедрой, врач высшей категории Григолашвили М. А.

Цель исследования. Анализ особенностей когорты пациентов с миастенией в Центральном Казахстане.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 98 пациентов с верифицированным диагнозом «миастения гравис», проходивших лечение с января 2020 по декабрь 2022 года в неврологических отделениях Карагандинской области (Центральный Казахстан). Проведен литературный обзор по ключевым словам «миастения гравис» и «эпидемиология» по базам данных PubMed, Google Scholar.

Результаты исследования. Среди исследованных 98-и пациентов с миастенией выявлено преобладание лиц женского пола более чем в два раза (мужчин 31,6%, женщин 68,4%). Соотношение мужчин и женщин составило 1:2,2. Во всех возрастных группах преобладают лица женского пола. Дебют заболевания максимально отмечен нами в возрастной группе от 18 до 39 лет ($n = 45$), в отличие от исследований других стран, в которых возраст начала заболевания у обоих полов увеличивается с возрастом, достигнув максимума между 60-80 годами.

Миастении чаще сопутствовали заболевания сердечно-сосудистой системы (35%), из которых преобладала гипертоническая болезнь, эндокринологические заболевания с преобладанием сахарного диабета 2-го типа (17 пациентов). Наиболее связанная патология с миастенией гравис - аутоиммунный тиреоидит - зафиксирован у 8 пациентов (7 из которых - лица женского пола и 1 мужчина). Из 98-и пациентов на момент исследования коронавирусной инфекцией различной степени тяжести переболели 24 пациента. У 3-х пациентов дебют миастении зарегистрирован в различные сроки после перенесенной коронавирусной инфекции в анамнезе – от 3-х месяцев до 2-х лет. Возникновение миастении не зависело от тяжести течения COVID-19.

У пациентов Карагандинской области в дебюте заболевания глазная и генерализованная формы представлены в равном соотношении. Титр антител различен у пациентов с глазной формой миастении: может быть как в пределах референсных значений, так и повышен, в то время как в других странах при глазной форме миастении антитела практически не определяются.

Тимома была выявлена у 23 пациентов, персистирующая вилочковая железа - у 7, гиперплазия вилочковой железы выявлена у 3 человек, у 52 пациентов данные за тимому не обнаружены. Прогноз у пациентов с тимомой продолжает ухудшаться в длительный срок, даже после удаления тимомы.

Все исследованные получали терапию пиридостигмина бромидом, глюкокортикоидами; цитостатическую терапию – 1 пациент; иммуноглобулин G – 1 пациент; отсутствовали пациенты с терапией моноклональными антителами.

Выводы. В ходе проведенного исследования получены сведения о клинко-эпидемиологических данных миастении в Центральном Казахстане, оценено влияние пандемии COVID-19 на когорту пациентов с миастенией, где

не выявлено четкой связи с дебютом заболевания и перенесенной коронавирусной инфекцией в анамнезе. Полученные данные могут являться основой для дальнейшего сравнительного анализа, последующего мониторинга. Необходимы улучшения в области иммунологической диагностики и внедрение международных схем лечения.

Силемоншоева Дж.С.¹, Набирова Д.А.², Тиллоева З.Т.³
"ПОЗДНЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ВСПЫШКИ БОТУЛИЗМА- СЕЛО БАХТ, ДЕВАШТИЧСКИЙ РАЙОН,
ТАДЖИКИСТАН, 2022 ГОД"

Кафедра: Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова, Казахстан
Научный руководитель: доктор философских наук(Phd)- Роберта Х.З.

Цель исследования: Мы провели расследование вспышки, чтобы определить источник и предотвратить новые случаи.

Материалы и методы. Мы определили заболевших как жителей села Бахт, район Деваштич, обратившихся за медицинской помощью с 10 по 12 февраля с 3 или более симптомами тошноты, рвоты, слабости, диареи, диплопии, нарушения зрения, птоза, сухости во рту или дисфагии. Мы собрали клинические и лабораторные данные из медицинских карт и провели структурированные интервью с пациентами. Мы определили заболевших как жителей села Бахт, район Деваштич, обратившихся за медицинской помощью с 10 по 12 февраля с 3 или более симптомами тошноты, рвоты, слабости, диареи, диплопии, нарушения зрения, птоза, сухости во рту или дисфагии. Мы собрали клинические и лабораторные данные из медицинских карт и провели структурированные интервью с пациентами.

Результаты исследования: Мы выявили 3 случая. Все они были взрослыми из одной семьи. 11 февраля пациент А первоначально обратился за медицинской помощью по поводу головных болей и тошноты и получил амбулаторное лечение от истощения. 13 февраля пациент А снова обратился за медицинской помощью после того, как у него возникли трудности с глотанием, и продолжил амбулаторное лечение. 15 февраля пациенту А был поставлен диагноз миастения гравис после развития диплопии и тахикардии, и он был госпитализирован. 17 февраля у пациентов В и С развились схожие симптомы, и птоз был госпитализирован с аналогичными симптомами. Было подозрение на ботулизм; все пациенты получали антитоксин от ботулизма. Тестирование на ботулизм ограничено в Таджикистане и не проводилось. Пациенты вместе ужинали 9 февраля и ели домашние консервы. Все домашние консервы были съедены и недоступны для осмотра. Только у пациента А было тяжелое заболевание; летальных исходов не произошло.

Выводы: Диагностика ботулизма часто откладывается или пропущена. Миастения гравис- распространенный ошибочный диагноз. Раннее выявление ботулизма может быть усилено в Таджикистане. Ботулизм следует рассматривать у пациентов с симптомами миастении гравис и записывать их пищевой анамнез. Расследование вспышки и введение антитоксина от ботулизма могут снизить заболеваемость и смертность.

Солиев Б.З.
РЕАБИЛИТАЦИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА С
ПОМОЩЬЮ МАССАЖА

Кафедра внутренних болезней № 1 ГОУ ТГМУ им. Абуалиибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н., доцент Алиева Е.Г.

Цель исследования. Изучение влияния массажа шейно-воротниковой зоны и головы при неврологических осложнениях постковидного синдрома.

Постковидный синдромом – комплекс симптомов, сохраняющийся у пациента через 3 месяца после выздоровления и более, если эти симптомы нельзя объяснить никакими другими заболеваниями. Чем тяжелее протекает острая инфекция, тем выше риск постковидного синдрома, однако он может развиваться даже у людей, которые перенесли болезнь легко. С подобным синдромом сталкивается практически каждый человек, переболевший инфекцией. Постковидный синдром может возникнуть вне зависимости от того, в какой форме коронавирус протекал у человека: скрытой, легкой, средней, тяжелой или критической.

Реабилитация после коронавируса может длиться от нескольких месяцев до года. Перечень реабилитационных мероприятий зависит от индивидуальных особенностей пациента и может состоять из следующих элементов: лечебной гимнастики, дыхательной гимнастики с применением респираторных тренажеров, массажа, психотерапии, диетотерапии, физиотерапевтических процедур.

В этой статье мы рассмотрим влияние массажа на состояние больных с неврологическими осложнениями постковидного синдрома.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 10 больных – женщины в возрасте от 35 до 50 лет, перенесших COVID-19 легкой и средней тяжести. Все они предъявляли жалобы неврологического характера, а именно: головные боли, головокружения, нарушение сна, снижение концентрации внимания и памяти.

Всем пациентам был назначен курс массажа шейно-воротниковой зоны и головы. Данная процедура снимает мышечное напряжение, улучшает кровообращение сосудов головного мозга, улучшают сон и снимают депрессивное состояние. Лечение составляло 3 курса по 10-15 процедур с перерывами в 2 недели, в течении 3-5 месяцев.

Массаж повышает чувствительность нервных окончаний, ускоряет процесс регенерации, ослабляет болезненные ощущения или полностью избавляет от них, делает менее восприимчивыми к боли, увеличивает кровоснабжение тканей, улучшает их трофику, стимулирует деятельность головного мозга, ускоряет образование нервных клеток. Массаж является эффективным средством для снятия основных симптомов депрессии и тревожности, повышения качества сна, восстановления чувства общего благополучия и здоровья.

Результаты исследования и их обсуждение. После проведенного лечения наблюдалась тенденция к

улучшению общего самочувствия, восстановления сна, памяти, уменьшению головных болей. Повысилась работоспособность и настроение.

Выводы. Длительное применение массажа больным с неврологическими нарушениями постковидного синдрома существенно улучшает состояние больных в восстановительном периоде.

Солиев Б.З.

ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ЭЛЕКТРОФОРЕЗА ПРИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры Алиева Е.Г.

Цель исследования. Изучение физиотерапевтического воздействия в виде применения натрий бром электрофореза в чередовании с эуфиллином на шейно-воротниковую зону при неврологических осложнениях постковидного синдрома.

Коронавирусная болезнь чревата не только тяжелым течением, стремительным ростом заболеваемости среди населения, но и длительным реабилитационным периодом после. Выздоровление от коронавируса у многих проходит не так легко и быстро, как хотелось бы. Многие люди имеют так называемый постковидный синдром и вернуться к обычной активной жизни не удастся сразу.

В этой статье мы рассмотрим методы реабилитации больных с неврологическими осложнениями постковидного синдрома с помощью физиотерапевтического метода лечения, в частности лекарственного электрофореза.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 10 больных – женщины в возрасте от 35 до 50 лет, перенесших COVID-19 лёгкой и средней тяжести. Все они предъявляли жалобы неврологического характера, а именно: головные боли, головокружения, общая слабость, нарушение сна, снижение концентрации внимания и памяти.

Всем пациентам был назначен курс натрий бром электрофореза в чередовании с эуфиллином на шейно-воротниковую зону. Данная процедура снимает мышечное напряжение, улучшает кровообращение сосудов головного мозга, улучшает сон и снимает депрессивное состояние. Лечение составляло 3 курса по 10-15 процедур с перерывами в 2 недели, в течении 3-5 месяцев.

Лекарственный электрофорез — это сочетанное воздействие на организм постоянного электрического тока и, вводимого с его помощью, лекарственного вещества. При использовании данного метода, помимо действия постоянного тока, добавляются лечебные эффекты, введенного им, конкретного лекарственного вещества.

Под воздействием постоянного тока в подлежащих тканях активируются системы регуляции локального кровотока и повышается содержание биологически активных веществ, вызывающих активацию факторов расслабления сосудов. В результате происходит расширение просвета сосудов кожи и ее гиперемия. Расширение капилляров и повышение проницаемости их стенок, вследствие местных нейрогуморальных процессов, возникает не только в месте приложения электродов, но и в глубоко расположенных тканях, через которые проходит постоянный электрический ток. Наряду с усилением крово- и лимфообращения происходит ослабление мышечного тонуса, усиление выделительной функции кожи и уменьшение отека в очаге воспаления или в области травмы. Кроме того, уменьшается компрессия болевых проводников. Постоянный электрический ток стимулирует обменно-трофические и местные нейрогуморальные процессы в тканях. Постоянный электрический ток обуславливает не только существенные особенности введения лекарственных веществ, но и значимо влияет на их фармакокинетику и фармакодинамику.

Результаты исследования и их обсуждение. После проведенного лечения наблюдалась тенденция к улучшению общего самочувствия, восстановления сна, памяти, уменьшению головных болей. Повысилась работоспособность и настроение.

Выводы. Длительное применение физиотерапевтического лечения в виде применения электрофореза с натрий бром эуфиллином на шейно-воротниковую зону существенно улучшает состояние больных в восстановительном периоде постковидного синдрома.

Солнева С.Р., Садуллаева Ш.С.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

Кафедра дерматовенерологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научные руководители – к.м.н., доцент Дадабаев Р.Д., к.м.н. доцент Алиев Х.И.

Цель исследования. Выявить клинические признаки гнездной алопеции (ГА) и провести дифференциальную диагностику с другими формами выпадения волос.

Материал и методы. Под наблюдением находились 25 пациентов – в возрасте от 2 до 55 лет с ГА, мужчин – 13, женщин – 12. Давность заболевания колебалась от одного месяца до 5 лет.

Пациентам был проведен визуальный осмотр, дерматоскопия, микроскопия волос, осмотр под лампой Вуда, тест на натяжения волос и анализ из корней волос под увеличительным стеклом.

Результаты исследования. Клиническими признаками ГА у 100% (25 пациентов) было выпадение волос; наличие «желтых точек» (устьев фолликулов, заполненных кожным салом и дегенеративным кератином) – 80% (20 пациентов); симптом «черных точек» – 52% (13 пациентов); веллус – 36% (9 пациентов); перипилярные знаки, дистрофические в виде «восклицательного знака» и обломанные (кадаверизированные) волосы – 28% (7 пациентов).

Дифференциальными диагностическими критериями выпадения волос при синдроме Литтла Лассюэра

являлись: рубцовые очаги выпадения волос с застойной эритемой и наличием фолликулярных папул застойно-синюшного цвета с пупкообразным вдавлением; не рубцовое выпадение волос в подмышечных впадинах (пелада);

- при трихотилломании: участки потери волос с неровными границами; неравномерно оборванные волосы; концы в виде «языков пламени»; экскориации, геморрагии; очаги располагаются в зонах волосистой части головы, удобных для доступа рук; отрастающие волосы всегда пигментированы; могут быть вовлечены брови, ресницы (только верхние); иногда возможно сочетание с онихофагией;

- при очаговой склеродермии: области атрофии и уплотнения кожи; очаги плотноэластической консистенции со снижением чувствительности кожи; сглаженность кожного рисунка, истончение и сращение с подлежащим апоневрозом; отсутствие устьев фолликулов;

- при микозах волосистой части головы: зуд и/или болезненность в очагах поражения; обломанные волосы в виде «пеньков»; расширения волос в виде веретена в области надлома стержня; при обследовании под лампой Вуда наблюдается свечение мицелий гриба; стержни волос тусклые, светло-серого цвета, «одетые» в белую муфту;

- при токсической алопеции: симптомы поражения ЦНС; изменение цвета и формы ногтей; отмечается накопление высоких концентраций тяжелых металлов или других токсичных веществ в крови и моче; поражение внутренних органов.

Выводы.

4. Кардинальными клиническими признаками ГА являются: выпадение волос, наличие «желтых точек», симптом «черных точек», наличие vellus, перипиларных знаков, дистрофических в виде «восклицательного знака» и обломанных (кадаверизированных) волос.

5. Для постановки диагноза и проведения лечебно-профилактических мероприятий необходимо провести дифференциальную диагностику с другими формами выпадения волос.

Султонбеков Н.С., Абдурахманова У.Ш., Мубаширова Г.Ф.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОЖИРЕНИЯ У БЫВШИХ СПОРТСМЕНОВ МЕТОДОМ ИМПЕДАНСА

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

Научный руководитель – доцент, к.м.н. Алиева Е. Г.

Цель исследования. Исследовать частоту встречаемости ожирения у бывших спортсменов относительно к посетителям, которые не вели активный образ жизни в прошлом.

Материал и методы исследования. В условиях инновационного фитнес клуба «Крокус фитнес Таджикистан» в период с 20 января 2023г. по 28 февраля 2023 г. нами было обследовано 113 абонементов. Первую группу составили 71 пациент, в возрасте от 19 до 67 лет, из них 60 мужчин и 11 женщин, которые в прошлом активно занимались спортом. Контрольную группу составили 32 абонемента, того же возраста, которые не вели в прошлом активный образ жизни. Всем обследуемым были проведены следующие методы исследования: собран спортивный анамнез, осмотр и биоэлектрический импеданс тела на аппарате ACCUNIQ 380.

Результаты исследования. При сборе анамнеза выяснился следующий факт, что большинство одноклубников в прошлом за свой спортивный опыт посещали разные секции: в частности 52,1% занимались дзюдо, тхэквондо, боксом и борьбой, 38% занимались футболом, волейболом и легкой атлетикой, остальные посетители 9,9% посещали секции по акробатике, художественной гимнастике и плаванию. Состояние всех одноклубников на момент поступления было хорошее. При внешнем осмотре не было видно явных отклонений. По результатам проведения анализа состава тела, в первой группе были следующие результаты. Тип телосложения стандартный, был у 10 пациентов, индекс массы тела (ИМТ) в пределах 18,7 до 24,7, процент жировой ткани (ПЖТ) составлял от 12-26,5%. Одноклубники с избыточным весом 22, ИМТ от 24 до 29,2, ПЖТ был в районе 22-35%. Состояние предожирения зафиксировано у 13 пациентов, ИМТ от 26,3 до 29,6, ПЖТ составлял от 26-38,2%. У 13 респондентов было ожирение первой степени, ИМТ от 29 до 32, ПЖТ 28-37,9%. Ожирение второй степени было у 14 одноклубников, ИМТ от 30,1 до 39,9, ПЖМ был в пределах 33-45,4% от общей массы тела. В контрольной группе были следующие результаты. Тип телосложения стандартный был у 9 пациентов, ИМТ от 19,5 до 21,6, процент жировой ткани у них составлял от 11-25%. Избыточный вес у 6, ИМТ от 23,9 до 28, ПЖТ был в районе 21,8-35,8%, Состояние предожирения зафиксировано у 9 пациентов, ИМТ от 26,8 до 29,9, ПЖТ составлял от 25,2-39,8%. Ожирение первой степени было у 3 пациентов, ИМТ достигал от 27,5 до 31,5, ПЖТ составлял от 36,7-41,6%. Ожирение второй степени было у 5 одноклубников, ИМТ достигал 30,9-35,8, ПЖМ был в пределах 38-43,2% от общей массы тела.

Выводы. Наше исследование доказывает, что состояние ожирения в 37,5% случаев чаще всего встречалось в основной группе, в контрольной группе этот показатель достигал 25%. Тем самым мы можем сказать, что не только состояние физической подготовленности, но и обмен веществ снижается у бывших спортсменов, что приводит к нарушению веса, развитию сердечно-сосудистых и эндокринных заболеваний.

Султоншоева С.Л., Мухаммад Юнус Сарвари, Мадалиев К.А.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВИТИЛИГО У БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Кафедра дерматовенерологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Научный руководитель – зав каф. д.м.н. К.М. Мухаммадиева

Цель исследования. Изучить особенности клинических проявлений витилиго у больных с разными типами вегетативной нервной системы.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 120 больных витилиго в возрасте от 17 до 25 лет, мужчин

— 54 (45,0 %), женщин — 66 (55,0 %). Состояние вегетативной нервной системы определяли методом дермографизма и пилomotorного рефлекса

Результаты. При обследовании были выявлены 45 больных с сегментарным витилиго (СВ) и 75 — с несегментарным витилиго (НСВ). У 12 (26,7%) пациентов с СВ наблюдался ваготонический тип, у 33 (80,0%) — симпатикотонический. Из 75 с несегментарным типом (НСВ) у 60 (80,0%) — ваготонический, симпатикотонический — у 15-х (20,0%). Сегментарный тип витилиго характеризовался асимметричным зостериформным расположением и локализовался у 20 больных на лице; у 12- на туловище, у 13- на конечностях. Из числа пациентов с сегментарным витилиго (45), у 8 (17,8%) была выявлена унисегментарная форма, у 14 (31,1%) — бисегментарная, у 23 (51,1%) — плюрисегментарная форма. У больных с несегментарным витилиго наблюдались поражения лица, кистей, стоп, кончиков пальцев (acrofacial) и симметричные множественные депигментированные пятна на различных участках кожи (vulgar form). У пациентов с сегментарным витилиго, максимальная величина данного индекса наблюдалась у больных с плюрисегментарной формой СВ и составила $915,3 \pm 32,8$ баллов, что указывало на тяжелую степень витилиго. У больных с унилатеральной формой СВ наблюдалась легкая степень витилиго и индекс VIMAN составил $42,1 \pm 5,1$ баллов. У пациентов с НСВ, максимальная величина индекса VIMAN наблюдалась у больных с vulgar form НСВ и составила $985,5 \pm 29,8$ баллов, что указывало на тяжелую степень витилиго. У больных с acrofacial form НСВ наблюдалась средняя степень тяжести витилиго, которая выражалась в разнице показателей распространенности поражения ($294,1 \pm 17,3$ баллов) и периферической репигментации ($9,0 \pm 1,1$ баллов), при котором индекс VIMAN составил ($285,1 \pm 16,4$ баллов). У больных с acrofacial form НСВ наблюдалась средняя степень тяжести витилиго (индекс VIMAN $285,1 \pm 16,4$ баллов). Были выявлены отличия клинической картины СВ и НСВ. У больных с НСВ и ваготоническим типом дистонии (60), у 25 (41,7%) больных наблюдалось покраснение кожи лица. У 11 (18,3%) — мраморность кожных покровов и пастозность. В 19 (31,7%) случаях наблюдалась повышенная сальность кожи лица, склонность к угревой сыпи. У 5 (8,3%) больных выявлен стойкий красный дермографизм. Из 15-ти больных с симпатическим типом дистонии при несегментарной форме кожные покровы характеризовались повышенной сальностью кожи у 15 (100%) больных. У 14 (93,3%) больных определялся белый, у 1 (6,6%) — красный дермографизм. Среди 12 больных с ваготоническим типом НСВ кожные покровы характеризовались мраморностью кожи лица 5 (41,7%), пастозностью 3 (25,0%), в то время как покраснение и повышенная сальность кожи наблюдались лишь у 4 (33,3%) детей. У 8 (66,6%) больных выявлен красный, у 4-х (33,3%) — уртикарный дермографизм. В группе детей с симпатикотоническим типом дистонии (33) на первый план выступала мраморность кожи кистей и стоп 16 (48,5%), а покраснение кожи и пастозность лица не выявлены ни у одного больного. У 29 (87,9%) — выявлен стойкий белый дермографизм, у 4-х (12,1%) — красный дермографизм. У всех больных определялся выраженный пилomotorный рефлекс.

Выводы. Клинические проявления сегментарного и несегментарного витилиго отличаются у больных с разными типами вегетативной дистонии.

Смагулова А.К., Нуралинов О.М., Бакытжанулы А.

КАТЕТЕРНАЯ АБЛАЦИЯ БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ ФЛЮОРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ АРИТМИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Кафедра внутренних болезней с курсами гастроэнтерологии, эндокринологии и пульмонологии НАО

«Медицинский университет Астана», г.Астана, Казахстан

Научный руководитель — д.м.н., ас.профессор Абдрахманов А.С.

Научный консультант — д.м.н., профессор Айнабекова Б.А.

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность катетерной аблации без применения флюороскопии в лечении аритмий у беременных

Материалы и методы: было проведено проспективное одностороннее исследование с последовательным включением в наблюдение всех случаев проведения катетерной аблации аритмии у беременных. Из 99 случаев различных нарушений сердечного ритма у женщин без структурной патологии сердца во время гестации у 48 беременных потребовалось интервенционное лечение (группа наблюдения). Была проведена оценка клинических данных, послеоперационных осложнений, исходов беременности и наличия рецидивов аритмии в течение 12 месяцев.

Результаты исследования: среди 99 обследованных женщин без структурной патологии сердца наджелудочковая тахикардия диагностирована в 46,5% случаев, экстрасистолия — 36,3%, желудочковая тахикардия — 8,1%, брадикардия — 9,1%, при этом у 55,6% беременных аритмии были диагностированы впервые. В связи с неэффективностью медикаментозной терапии и гемодинамической нестабильностью в 48 случаях была выполнена катетерная аблация без применения флюороскопии (Средний возраст женщин составил $25,7 \pm 4,3$, средний срок беременности — $24,1 \pm 3,2$ недель). В группе наблюдения наиболее частым нарушением ритма сердца была атрио-вентрикулярная узловая реентри тахикардия (43,8%). В трети случаев (31,2%) выявлен синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта с комбинацией с медленными путями проведения у 3-х женщин (6,3%). Случаи желудочковой тахикардии были редкими у беременных (6,3%). Аблация в связи с частыми желудочковыми экстрасистолами была выполнена в 12,4% случаев. Технические характеристики интервенционного лечения беременных: процедура катетерной аблации выполнялась с помощью 3D навигационных систем CARTO (43,8%) and Ensite Precision (56,2%) без применения флюороскопии; среднее время операции составило 71 ± 15 минут. Аблация была эффективно выполнена во всех 48 случаях (100%). Послеоперационное осложнение было в одном случае в виде развития илеофemorального тромбоза (2%). Перинатальные исходы: дальнейшее течение гестации было благоприятным во всех случаях без прерывания беременности; наиболее частым видом родоразрешения были вагинальные роды (75%), выполнение кесарева сечения требовалось реже (25%). Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и развитие

эклампсии наблюдалось у двух женщин (4%). Случаев материнской смертности не было. Неонатальные исходы: во всех случаях наблюдалось живорождение без случаев младенческой смертности. Средний вес новорожденных составил 3324.7 ± 684.4 , оценивание витальных функций по шкале Апгар составило в среднем 8.4 ± 1.3 балла. Во время периода динамического наблюдения в течение 12 месяцев после проведенной катетерной аблации случаев повторного развития аритмии зафиксировано не было.

Выводы: катетерная аблация аритмий без применения флюороскопии является эффективным и безопасным методом лечения у беременных женщин и характеризуется благоприятными акушерскими и неонатальными исходами.

Тагоев А.А., Гончарова М.С., Назаров А.А.

АКТУАЛЬНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – ассистент Салихова А.Х.

Цель исследования. Проанализировать эффективность восстановления и сохранения статуса личности, посредством психотерапевтических методик. Причиной психогенных заболеваний считают не само неприятное жизненное событие, а особое неудачное сочетание личностных качеств и индивидуально значимой ситуации, которые вступают в неразрешимое противоречие. Психотерапия – представляет собой систему лечебного воздействия на психические состояния индивидуума и опосредованно на весь организм в целом. Осуществляется данный вид помощи посредством установления глубокого личного контакта с пациентом, с применением различного вида методик (когнитивных, поведенческих, психологических и т.п.).

Материал и методы. В исследовании приняли участие 45 человек, получавших психотерапевтические методики лечения наряду с другими. Средний возраст пациентов $30 \pm 1,7$ лет, из них женщин – 25, мужчин – 20. Исследование было проведено на базе кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. проф. М.Г. Гулямова. Критериями отбора пациентов стало наличие пограничных психических расстройств: паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, депрессия и соматоформные расстройства. Из исследования исключались пациенты с шизофренией, органическим поражением ЦНС, деменцией, эпилепсией, аффективными расстройствами, алкоголизмом или наркоманией в анамнезе. Использовались клинико-психопатологический и клинико-анамнестический методы.

Результаты исследования. Пациенты с паническим расстройством составили 17,8% (n=8), генерализованным тревожным расстройством 20% (n=9), с депрессией 37,8% (n=17), соматоформными расстройствами 24,4% (n=11). В процессе исследования было отмечено, что во время получения психотерапевтической помощи у пациентов отмечается повышение уровня дифференцировки эмоциональных состояний и способности их выражения, меняется отношение к своей болезни – формируется адекватная критика, улучшаются профессиональное функционирование и межличностные отношения.

Выводы. Применение психотерапевтических методик лечения в превентивной медицине сможет объединить классическую психотерапию и современные методики медицинской помощи, позволит оказать эффективную амбулаторную помощь, позволит своевременно предупредить развитие и осложнение симптоматики пограничных психических заболеваний. Проведение продолжительной реабилитационной работы с пациентами данного профиля вне стационара может стать причиной их восстановления. Методы простой психотерапии могут применяться при оказании первичной помощи. Методы краткосрочной или долгосрочной поддерживающей психотерапии может проводиться всеми психиатрами. Специальные методы психотерапии применяют преимущественно специалисты-психотерапевты.

Психотерапевтические подходы могут обеспечить доступность, своевременность, анонимность, может стать инструментом, повышающим социально-трудовую адаптацию, а также способствует более эффективному ведению пациентов с пограничными психическими заболеваниями благодаря целостному подходу и интегративной помощи.

Тагоев А.А., Наврузов Э.Ф., Курбонов К.А.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ РАЗВИТИЯ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - старший преподаватель Кадырова З.Д.

Цель исследования. Оценить уровень интернет зависимости подростков, находящихся на разных этапах развития согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Материал и методы. Проведен опрос 55 подростков, обратившихся в Государственный Республиканский клинический детский психиатрический центр в Городской Медицинский Центр №1. Средний возраст опрошиваемых 11-15 лет (ранний этап развития) - $13,64 \pm 1,36$ лет, 17-20 лет (поздний этап развития) – $17,74 \pm 2,26$ лет. Юношей среди анкетированных было - 99%. Девушек - 1%. Результаты анкетирования оценивались при помощи «InternetAddictionTest» К. Янг для определения «Интернет зависимости». Результаты в диапазоне 50-79 баллов – есть некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением интернетом, 80-100 баллов – интернет-зависимость.

Результаты исследования. Интернет-зависимость была выявлена у 9,15% ($p \leq 0,05$) среди всех подростков, обучающихся в колледжах и средних технических учреждениях. Чрезмерное увлечение интернетом наблюдается у

27,10% среди позднего этапа переходного возраста (17-19 лет, согласно определению ВОЗ). 72,90% приходится на обычного интернет-пользователя. У подростков 13-14 лет (ранний этап развития) интернет-зависимость наблюдается реже, чем у подростков (17-19 лет). Проблемы, связанные с чрезмерным увлечением интернетом, чаще отмечались среди студентов 17-21 года (28,3% и 27,6% соответственно).

Выводы. Выявлено, что у подростков позднего периода развития (17-19 лет) наблюдается большая встречаемость интернет-зависимости. У подростков, в возрасте 13-16 лет, чаще выявляется чрезмерное увлечение интернетом. Это являетсястораживающим фактором, так как развитие зависимости любого вида происходит поэтапно. И увлечение со временем может перейти в полноценную зависимость.

**Таджиддинов Т.Б., Исоева М.Б., Рабоева Ш.Р.
ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ МИГРЕНИ**

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., Ганиева М.Т.

Цель исследования. Изучить причины, провоцирующие приступ мигрени.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 20 женщин, страдающих головной болью. Средний возраст составлял 35,6. Для скрининг-диагностики мигрени была использована анкета ID-Migraine, которая рекомендована в качестве стандарта Международных критериев диагностики головной боли. Для снижения функциональной активности при мигрени - шкала МИДАС. Критерием оценки шкалы МИДАС является общее число дней со сниженной или утраченной трудоспособностью. Если число таких дней за 3 мес не превысило 20, это указывает на умеренную степень потери работоспособности, если оно превысило 20 - на выраженную степень.

Результаты и их обсуждение. В процессе исследования были отмечены следующие причины, провоцирующие приступы мигрени с аурой: интенсивная работа (23,9%), яркий солнечный свет (11,4), недосыпание (17,2%), красное вино, пассивное курение, менструация, духи. Такие причины, как гормоны, яркий свет и стресс, отмечены у 62, 47 и 42% пациентов соответственно. Нами было выявлено значительное гендерное различие. Мигрень чаще наблюдалась у женщин, 18% женщин мигренью страдали уже с пубертатного возраста, более 55% женщин имели приступы мигрени, связанные с менструациями, большинство женщин отмечают уменьшение частоты приступов мигрени во время беременности и менопаузы. У женщин по сравнению с мужчинами более выражено снижение работоспособности, согласно данным шкалы МИДАС. Частым провоцирующим мигрень фактором было нарушение сна, отмечающееся у 33,6% больных. К нарушениям сна, связанным с головной болью, относились трудности засыпания у 4,4%, у 3,6% сонное апноэ, раннее пробуждение отмечались в 18%, бессонница 11%, дневная сонливость 6,8%, тревожные пробуждения во время сна 2,3%, сонливость при вставании 3,7%. Медикаментозная терапия мигрени проводилась по двум направлениям: профилактика приступов и их индивидуальная симптоматическая терапия. К сожалению, лечение мигрени обычно не оптимально, так как не назначаются триптаны (триптан форте) и профилактическая терапия. Опросы пациентов с мигренью и результаты клинических испытаний демонстрируют, что наиболее желанными при лечении являются быстрое наступление эффекта, длительная активность препарата и незначительное число побочных эффектов. Причины неудовлетворенности терапией включают: длительное время уменьшения боли, непостоянство результата, повторные приступы и побочные эффекты, что приводит к отказу от продолжения лечения. Очень важным при лечении мигрени является отсутствие повторения приступа в течение 24 ч после приема препарата без побочных эффектов. Данный показатель ассоциируется с более высоким и специфическим для больных мигренью уровнем жизни.

Несмотря на рекомендации врача, примерно у 2/3 пациентов констатировали поздний прием препарата. Одни пациенты верили, что приступ может пройти самостоятельно, другие прибегали к триптану для более сильных приступов. Поэтому в исследовании более 80% приступов имели среднюю или сильную интенсивность. Это наблюдение еще раз доказывает важность информирования пациентов о необходимости раннего приема препаратов при приступе мигрени.

Выводы. В настоящее время, несмотря на трудности диагностики и лечения мигрени, возможно не только качественное и полноценное купирование приступов заболевания, но и улучшение качества жизни пациентов на основе исключения провоцирующих факторов, модификации образа жизни.

**Таджиддинов Т.Б., Абдурахмонзод Т.А., Хайдарова У.З.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА**

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н. Ганиева М.Т.

Цель исследования. Изучение особенностей течения бокового амиотрофического склероза в популяции жителей Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Проведено обследование больных боковым амиотрофическим склерозом за период с 2018 по 2022 г. Общее число больных составило 12 человек (3 женщин и 9 мужчин), в возрасте от 33 до 65 лет. Средний возраст больных ± 50 лет. Диагноз устанавливался на основании Эль-Эскориальских критериев, клинико-лабораторных данных, игольчатой электромиографии, МРТ головного и спинного мозга. Для оценки степени неврологического дефицита применялась функциональная шкала нарушений функций при БАС (ALS Functional ratings scale revised). В процессе диагностики мы использовали Североамериканскую классификацию БАС и

классификацию БАС по О.А. Хондкариана.

Результаты исследования и их обсуждение. По данным анамнеза заболевания и данным неврологического статуса больные с бульбарной формой БАС составили группу из двух человек (16.7%), с шейно-грудной формой – два человека (16.7%), с пояснично-крестцовой формой – 1 человек (8.3%), с церебральной формой - 7 человек (58.3%). Больные с церебральной (высокой) формой БАС предъявляли жалобы на слабость в конечностях (тетрапарез), дизартрию, дисфагию, фасцикуляции мышц туловища и конечностей, насильственный смех и плач. Больные с шейно-грудной формой предъявляли жалобы на слабость в руках, фасцикуляции в мышцах верхних конечностей, дизартрию, атрофии мышц кистей, дисфагию, слюнотечение (в порядке убывания частоты предъявления жалоб). Больные с бульбарной формой БАС предъявляли жалобы на дизартрию, дисфагию, саливацию, фасцикуляции мышц туловища и конечностей, слабость мышц шеи и верхних конечностей (в порядке убывания частоты предъявления жалоб). Больные с пояснично-крестцовой формой БАС предъявляли жалобы на слабость в ногах, затруднение передвижения, стояния, фасцикуляции мышц нижних конечностей. В дебюте заболевания наиболее частыми проявлениями являлись атрофии (70%), гиперрефлексия (70%), бульбарный синдром (50%), фибрилляции мышц (70%), повышение тонуса мышц (50%), патологические рефлекс (40%), псевдобульбарный синдром (60%), гипотония (30%), клонусы (30%). По функциональной шкале нарушений функций при БАС (ALS Functional ratings scale revised) у 2 больных (16.7%) болезнь имела быстро прогрессирующее течение, у 3 больных (58.3%) – средний темп течения и у 7 больных (25%) – медленно прогрессирующее течение. По данным игольчатой электромиографии были выявлены следующие изменения: увеличение средней длительности ПДЕ, превышение норм средней и максимальной величин амплитуды ПДЕ, увеличение числа полифазных ПДЕ, спонтанная активность в покое, бурные потенциалы фасцикуляций, потенциалы фибрилляций, бурные положительные острые волны. Выявленные изменения при проведении электромиографии игольчатыми электродами характерны для генерализованного процесса денервации мышц, являющегося следствием заболевания двигательных нейронов.

Выводы. Все изученные нами случаи бокового амиотрофического склероза имели спорадический характер. Имеются географические особенности распространения в области с максимумом в южной части страны. Наибольшую по частоте встречаемости составила церебральная форма БАС.

Таджидинов Т.Б., Давлатджонова Х.Д., Полвонова И.Р.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ВЕДУЩИЕ ФАКТОРЫ РИСКА МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА У СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Ганиева М.Т.

Цель исследования. Изучить эпидемиологические характеристики и ведущие факторы риска инсульта у сельского населения Республики Таджикистан на примере Гиссарского района.

Материал и методы исследования. Исследование включало в себя ретроспективный анализ всех выявленных случаев инсульта в условиях стационаров Гиссарского района республики, а также проанализированы истории болезней пациентов – жителей Гиссарского района, находившихся на лечении во 2-м неврологическом отделении Национального медицинского центра РТ с января по декабрь 2020 года. Подсчёт заболеваемости и смертности от инсульта проводился с помощью стандартных показателей. Было выявлено 238 больных, из которых женщин было 102 (42.8%), мужчин – 136 (57.1%). Учитывался возраст больных, пол, тип инсульта (ишемический и геморрагический), бассейн мозгового сосуда, в котором произошло нарушение кровообращения. Особое внимание уделялось таким основным факторам риска развития инсульта, как гипертоническая болезнь, ожирение, атеросклероз, сахарный диабет, заболевания сердца (нарушения сердечного ритма, ИБС, ИМ), стресс, наследственный фактор, вредные привычки и наличие аневризмы.

Результаты исследования и их обсуждение. Ишемический инсульт диагностирован у 151 (63,4%) больного, геморрагический – у 71 (29,8%), смешанный инсульт – у 5 (2,1%), неясный тип инсульта в 11 (4,6%) случаях. В связи с тем, что не всем больным была проведена нейровизуализация, тип инсульта в 11 случаях не установлен. Хотя по клинике можно было определить тип инсульта, но с учётом того, что клиника ишемии иногда похожа на геморрагический инсульт и верифицируется только с помощью компьютерной или магнитно-резонансной томографии мы не стали распределять на тот или иной тип инсульта. При статистической обработке материала прослеживалась высокая степень корреляции между увлечением возрастом пациентов и нарастанием частоты инсультов. При анализе встречаемости ишемического и геморрагического инсульта по возрасту и полу было определено, что ишемический инсульт чаще регистрировался в возрасте от 60 до 79 лет, а геморрагический – в возрасте от 49 до 59 лет. При обеих формах инсульта превалировал мужской пол. Достоверно большая заболеваемость у мужчин по сравнению с женщинами объясняется отсутствием стремления к здоровому образу жизни, наличием вредных привычек (алкоголь, курение табака и наса) у мужчин. Оценка локализации очага в зависимости от сосудистого бассейна показала, что в 55,0% инсульт локализовался в бассейнах средней мозговой артерии, у 6,5% – в передней мозговой артерии, у 10,9% – базиллярной артерии, 12,1% – в задней мозговой артерии, более одного очага установлено у 2,1% больных, неясной локализации 13,4%. Из факторов риска учитывали артериальную гипертензию, стресс, ожирение, атеросклероз, вредные привычки, наследственный фактор, сердечную патологию (ИБС, нарушение сердечного ритма, ИМ), сахарный диабет и разрыв аневризмы. Основными причинами инсульта в Гиссарском районе в 2020 году являлись артериальная гипертензия (90,6%). Стресс у 67,9% случаев, ожирение – у 58,5%. Атеросклероз встречается у 54,6%, вредные привычки – у 25%, наследственный фактор у 22,6%, сердечная патология составляла 21%. Сахарный диабет (СД), как причина инсульта, встречался – у 13,2% и разрыв аневризмы встречался только – в 1,5% случаев. Сочетание

2 факторов риска наблюдалось в 69,7%, 3 и больше факторов риска – в 24,2 %.

Выводы. Изучение особенностей мозгового инсульта среди сельского населения способствует своевременному принятию организационных решений и проведению мероприятий по профилактике вторичных инсультов.

Таджидинов Т.Б., Точиддинов Х.А., Юлчиев М.Ю.
НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., Ганиева М.Т.

Цель. Выявить нарушения памяти у больных с хроническим нарушением мозгового кровообращения.

Материалы и методы. Обследовано 50 пациентов с хроническим нарушением мозгового кровообращения. В возрасте от 46 до 80 лет ($68 \pm \text{лет}$). М - 8(16%), ж – 42 (84%). Длительность нарушений памяти составила от 1 до 20 лет ($6,5 \pm$). Всем больным был проведен скрининговый тест MiniCog (Lorentz W.J., 2002) и использовался тест называния растений и слов на букву «С» за минуту. Уточнялась длительность расстройств памяти. В зависимости от результатов тестов, было выделено 4 группы пациентов: 1 группа – отсутствие нарушений; 2 группа – нарушения по гиппокампальному типу: больные не узнавали предъявляемые слова и не справлялись с тестом называние растений за минуту; 3 группа – нарушения по лобному типу: пациенты могли самостоятельно не вспомнить заученные слова, но подсказки помогали, также они называли менее 9 слов на букву «С» за минуту; 4 группа – нарушения по нейродинамическому типу: пациенты допускали ошибки, но всегда исправляли их, за минуту они называли более 14 растений и более 9 слов на букву «С».

Результаты. По результатам корреляционного анализа получена максимальная корреляция м/д тестом растения и узнавание слов ($0,347 \pm p < 0,05$) и тестом слова на «С» и подсказкой ($0,198 \pm p < 0,05$). Это свидетельствует о том, что при дисфункции гиппокампальных структур страдает узнавание слов и семантический словарь, а при дисфункции лобных структур страдает эффект подсказки и фонетический словарь. Среди всех обследованных у 14(28%) нарушения не выявлены, у 3(6%) выявлены нарушения по гиппокампальному типу, у 21(42%) по лобному типу и у 12(24%) по нейродинамическому типу.

Выводы. У большинства больных хроническим нарушением мозгового кровообращения преобладает лобный тип нарушений памяти. Раннее выявление и диагностика нарушений памяти среди больных хроническим нарушением мозгового кровообращения играет важную роль в своевременном лечении этих расстройств и предупреждении развития таких тяжелых последствий, как деменция.

Талабова М.М., Боев С.Н.
НАИБОЛЕЕ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СОННЫХ И КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ВИСЦЕРАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель - д.м.н., доцент Саидов Ё.У.

Цель исследования. Изучить и идентифицировать наиболее отличительные особенности структурно-функционального ремоделирования сонных и коронарных артерий (КА) у пациентов с ревматоидным артритом (РА) в зависимости от наличия висцеральных проявлений заболевания.

Материал и методы. Всего обследовано 64 пациента (51 женщина и 13 мужчин) с достоверным активным развернутым РА в возрасте 24-69 лет (средний возраст $56,5 \pm 3,8$), последовательно проходивших стационарное обследование и лечение в кардиоревматологическом отделении Городского медицинского центра №2 им. академика К.Т. Таджиева, г. Душанбе. Пациенты в зависимости от наличия висцеральных проявлений РА были разделены на две группы. В I группу вошли 31 больной РА без висцеральных проявлений, во II – 33 пациента РА с висцеральными проявлениями.

У всех пациентов с активным развернутым РА (РА без и с висцеральными проявлениями) с целью поиска субклинических симптомов атеросклероза - АС (увеличение толщины комплекса интима-медиа - КИМ, наличие атеросклеротических бляшек (АТБ), индекс жесткости ($\text{stiffness index } \beta$), который характеризует локальную регидность сосудистого русла) было выполнено дуплексное сканирование сонных артерий. У определенной части пациентов I ($n=6$) и II ($n=9$) группы, с целью анализа и оценки состояния КА была выполнена коронароангиография (КАГ).

Результаты исследования. Результаты, которые были получены в процессе целенаправленного поиска, анализа и оценки структурно-функциональных свойств сонных артерий у пациентов I и II и КАГ у определенной части больных I и II группы демонстрируют следующее: а) увеличение толщины КИМ у значительной части больных I и II группы в сравнении с данными контрольной группы; б) статистически значимое увеличение индекса жесткости β общей сонной артерии у всех пациентов как в I группы, так и во II группы; в) наличие (по данным КАГ) тонирующего АС КА различной степени выраженности и локализации у пациентов I и II группы.

Выводы. У больных с активным РА без и с висцеральными проявлениями выявлены ряд симптомов, наличие которых свидетельствует о том, что у пациентов данной категории имеет место патологическое ремоделирование сонных и КА атерогенного генеза, которые как по частоте встречаемости, так и по степени выраженности наиболее ярко были представлены у пациентов с активным развернутым РА с висцеральными проявлениями II группы.

Темурова Ф. Х.
ПАТОЛОГИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У РАБОЧИХ «ТАДЖИКЦЕМЕНТА»
Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Научный руководитель - Нодирова З. С.

Цель исследования. Оценить состояние рентгенологической картины опорно-двигательного аппарата рабочих асбестоцементного производства.

Материал и методы. Материалом для исследования послужил анализ рентгенологической картины у 100 рабочих «Таджикцемент» во время проведения планового медицинского осмотра в 2022 году. Возраст обследованных варьировал от 25 до 60 лет.

Результаты исследования. Рентгенологические исследования костной структуры опорно-двигательного аппарата, проведенные у 100 лиц с подозрением на наличие профессиональной патологии (остеоартрозы плечевых, локтевых, лучезапястных межфаланговых суставов, остеохондрозы различных отделов позвоночника), позволили выявить у 30,2% (64 чел.) обследуемых основных производства признаки изменений элементов опорно-двигательного аппарата, тогда как у лиц контрольной группы эти изменения были в 13,2% (18 чел.). У 15 обследуемых (15%) обнаружены явления остеоартроза плечевых суставов, у 17 человек (17%) остеоартроз локтевых суставов, у 10 человек (10%) остеоартроз лучезапястных суставов, появившийся в виде дегенеративных изменений хрящевых пластинок суставных поверхностей; дегенеративные изменения суставной поверхности и деформирующий остеоартроз межфаланговых суставов наблюдались у 35 человек (35%), остеохондроз шейного отдела позвоночника выявлен у 10 чел. (10%); у 13 чел. (13%) вышеуказанные изменения выявлены в поясничном отделе позвоночника.

Выводы. Таким образом рекомендуем проводить контрольные рентгенологические исследования работникам для своевременного выявления патологии и осуществлять профилактические мероприятия по предупреждению костно-суставной патологии.

Тиллоева М.Б., Атомуллоева А.Ш., Бобоева С.Х.
ХУСУСИЯТИ РАСТАНИИ ШИФОБАХШИ ХУДРӢИ THYMUS
Кафедра и бемориҳои сироятӣ ва дерматовенерологияи МДТ ДДТХ. Тоҷикистон.
Роҳбари илмӣ – н.и.т., Исоева Б.И.

Мақсади тадқиқот. Омӯхтани растании шифобахши худрӯи Thymus.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Ҷамъ овардани маълумоти зарурӣ оид ба ин мавзӯ аз адабиётҳои илмӣ ва захираҳои интернетӣ.

Натиҷаҳои тадқиқот. Thymus Pallasianus як растании бисёрсолаест, ки навдаҳои хеле кӯтоҳ ва то андозае беҳосил, ки аз пояш тӯл мекашанд. Мавҷудият ва микдори рағанҳои эфирӣ, кислотаҳои рағанӣ, пайвастагиҳои тритерпенӣ ва фенолӣ, карбогидратҳо, аминокислотаҳо ва кислотаҳои органикӣ, элементҳои минералие, флавоноидҳо ва фенилпропаноидҳо ҳамчун ғурӯҳи асосии биологӣ ҷаҳол ҳисобида мешаванд.

Бо истифода аз усулҳои гуногуни хроматографии (хроматографияи газӣ – масс-спектрометрия) 27 моддаи дорои хусусияти фенолӣ дар аксари мавридҳо бори аввал муайян карда шуданд. Бо усулҳои интиҳобӣ экстрактсия, хроматография ва кристаллизатсия дар як ҳолат 20 пайвастагии фенолӣ ҷудо карда шуд, ки барои онҳо сохтор муқаррар карда, ҳосиятҳои физикию химиявӣ омӯхта шуданд.

Пайвастҳои ҷудошуда бо кислотаҳои фенолӣ ифода карда мешаванд: ванилин, п-гидроксibenзой, галлик; кислотаҳои гидроксикорӣ: кофеин, кумарин, розмарин; пайвастагиҳои флавоноидҳо, ки ҳамчун флавоноҳо тасниф мешаванд ва бо агликонҳо ва 7-моногликозидҳои онҳо намояндагӣ мекунанд.

Мавҷудияти сапонинҳои тритерпенӣ, ки дар онҳо кислотаҳои урсолӣ ва олеанолӣ муайян карда шудаанд, дар Thymus Pallasianus ҳам тавассути реаксияҳои сифатӣ ва хроматографияи кабати тунук муайян карда шуда, ҷудокунии онҳо бо роҳи муқаррар кардани сохтор гузаронида шуд.

Хулоса. Яке аз муҳимтарин вазифаҳои илми фармасевтикаи муосир ҷустуҷӯи доруҳои самарабахш дар асоси пайвастагиҳои табиӣ мебошад. Дар баробари ин омӯхтани растаниҳои шифобахши худрӯи Thymus Pallasianus ва ҷӣ дар шакли растаниҳои шифобахш, ашёи хом ва ҷӣ дар истеҳсоли доруворӣ истифода бурдани онҳо аҳамияти махсус пайдо кард.

Тиллоева З.Х.¹, Шарифов Р.Н.¹,
ТУБЕРКУЛЁЗ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ У ТРУДОВЫХ
МИГРАНТОВ, Г.ДУШАНБЕ

¹ГУ «Городская дезинфекционная станция»
Научный руководитель - к.м.н., доцент Мирзоев А.С.

Цель исследования. Описать клинико-эпидемиологические характеристики больных туберкулёзом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (ТБ с МЛУ МБТ) из числа трудовых мигрантов г.Душанбе и определить факторы, влияющие на неблагоприятный результат их лечения.

Материалы и методы. Проведено когортное проспективное исследование среди 87 трудовых мигрантов больных ТБ с МЛУ МБТ, зарегистрированных для получения лечения в г.Душанбе за период 2017-2022 годы.

Результаты. Трудовые мигранты составили 19,5% больных ТБ с МЛУ МБТ (87 из 447 больных), средний возраст которых составил 34,9 лет (17,9-67), 76% из них приходится на возрастные группы 20-44 лет, 73% мужчин и 17% женщин, средний индекс массы тела больных составил 21,4 кг/м² (12-45,1), 70% были безработными на момент

установления диагноза. Из общего числа трудовых мигрантов больных ТБ с МЛУ МБТ 77% имели собственное жильё, 17% проживали в арендованном жилье, 6% составили лица, без определенного места жительства (БОМЖ), 55% проживали в семье с численностью 4-6 человек.

Потребители алкоголя составили 11,5% больных, 13% потребители наркотических средств, 16,1% больных ранее лишались свободы, 23% были в контакте с больным ТБ в семье, 43% имели сопутствующие заболевания, сахарный диабет отмечен у 3%, маркеры гепатита В отмечены у 5% и гепатита С у 18,4% больных. Доля больных с ВИЧ-положительным статусом составила 15% среди трудовых мигрантов.

Впервые выявленные больные составили 56% больных, 99% с лабораторным подтверждением диагноза ТБ с МЛУ МБТ, 84% из них составили больных с легочным ТБ, 16% ТБ внелёгочной локализации. Из числа больных ТБ с МЛУ МБТ лёгочной локализации (73 больных) 7% диагностированы с фиброзно-кавернозным ТБ, 46,6% с распадом легочной ткани. Структура ТБ с МЛУ МБТ включала 65% ТБ с рифампицин\множественной лекарственной устойчивостью, ТБ с преширокой лекарственной устойчивостью 22%, 13% ТБ с широкой лекарственной устойчивостью.

Успешный результат лечения отмечен у 69% больных. Безуспешное лечение в наблюдаемой когорте отмечена у больных с ВИЧ-положительным статусом (ОР=2,4; 95% ДИ 1,08-3,85; $p=0,05$), потребляющих алкоголь (ОР=2,25; 95% ДИ 1,2-4,2; $p=0,04$) и наркотические средства (ОР=3,56; 95% ДИ 2,15-5,88; $p<0,001$), гепатитом С (ОР=2,28; 95% ДИ 1,26-4,15; $p=0,02$), (ОР=; 95% ДИ ; $p=$), у больных получающих длительные режимы лечения.

Не обнаружена связь безуспешного результата лечения с полом (ОР=1,18; 95% ДИ 0,48-2,92); , наличием контакта в семье (ОР=0,63; 95% ДИ 0,25-1,61; $p=0,3$), сахарным диабетом (ОР=1,09; 95% ДИ 0,21-5,99; $p=0,9$), гипотрофией (ОР=1,18; 95% ДИ 0,57-2,43; $p=0,7$), локализацией ТБ (ОР=0,76; 95% ДИ 0,23-2,53; $p=0,65$), лишением свободы (ОР=1,9; 95 ДИ 0,59-6,2; $p=0,28$), метом лечения (ОР=1,4; 95% ДИ 0,5-3,97; $p=0,49$), спектром устойчивости к противотуберкулезным препаратам (ОР=2,73; 95% ДИ 0,69-10,79; $p=0,14$).

Выводы. Требуется направить ориентированный на пациента подход на трудовых мигрантов-ТБ больных с МЛУ МБТ, сочетанной с ВИЧ-инфекцией, гепатитом С, потребляющих алкоголь и наркотические средства, а также вовлеченных в длительные режимы лечения.

Тоджиддинов Т.Б., Исоева М.М., Рабоева Ш.Р.

ПРИМЕНЕНИЕ L-ЛЕДИЗИНА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЕЙШЕГО ПЕРИОДА ИНСУЛЬТА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г.Гулямова

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н. Ганиева М.Т.

Цель исследования. Изучить влияние L-ледицина в острейшем периоде инсульта.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 42 пациента в острейшем периоде инсульта, поступившие на стационарное лечение во II неврологическое отделение НМЦ РТ г. Душанбе. Из 42 пациентов было 25 мужчин, 17- женщин. Возраст больных составил 55-76 лет. Больные были распределены на 2 группы. 1-ю группу составили 20 больных, принимающих L-ледицина в острейшем периоде инсульта; 2-ю группу составили 22 больных, не принимающих этот препарат. Оценка неврологического статуса больных осуществлялась с использованием шкалы NIHSS (шкала тяжести инсульта), а когнитивную функцию определяли с помощью шкалы MMSE (mini-mentalstateexamination- краткая шкала оценки психического статуса). Исследование проводилось на 1-й, 3-й и 7-й день лечения.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования было отмечено, что препарат положительно влияет на уровень сознания, двигательную и чувствительную сферу, речь, а также на объём запоминания и воспроизведения, концентрацию и устойчивость внимания, ассоциативные процессы, психомоторные функции. Динамика состояния больных по шкале NIHSS имела постоянную тенденцию к нормализации процесса. Эти результаты нашли отражение в проводившемся тестировании. В 1-й день лечения средний балл по шкале NIHSS в 1-й группе составил $25,5 \pm 1,0$, на 3-й день – $16,0 \pm 0,5$ и на 7-й день средний балл составил $12,0 \pm 0,3$. Во второй группе результаты были менее значительными. По шкале NIHSS в начале лечения средний балл составил $26,0 \pm 0,5$, а на 7-й день лечения $16,5 \pm 1,0$. По шкале MMSE в 1-й группе также отмечалась положительная динамика. Эти результаты нашли отражение в проводившемся тестировании. В 1-й день лечения средний балл по шкале MMSE в 1-й группе составил $24,5 \pm 1,0$, на 3-й день – $25,0 \pm 0,5$ а на 7-й день средний балл составил $27,0 \pm 0,3$. Во второй группе результаты были менее значительными. По шкале MMSE в начале лечения средний балл составил $23,4 \pm 0,5$, а к концу лечения $24,5 \pm 1,0$.

Таким образом, применение препарата L-ледицина оказывает положительное влияние на уровень сознания, моторную и чувствительную сферы, а также на когнитивную функцию. Данный препарат может быть включен в комплексное лечение больных в острейшем периоде инсульта.

Толибова Г.Н.

ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ МЕНОПАУЗЕ КОМБИНИРОВАННЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ

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

Руководитель – к.м.н. Ураков К.З

Цель исследования. Изучение влияния комбинированных препаратов при лечении артериальной гипертензии при менопаузе.

Материалы и методы исследования. Для выявления особенностей клинического течения гипертонической

болезни (ГБ) у женщин с климактерическим синдромом (КС) мы исследовали 20 пациенток в возрасте от 44 до 60 лет с АГ и проявлениями КС в период менопаузы. Всем больным проводили методы исследования: общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ), электрокардиограмма (ЭКГ) в 12 отведениях в покое в положении лежа, эхокардиограмма (ЭХОКГ), осмотр гинеколога - изменение менструального цикла в возрасте от 40 лет, не связанные с заболеваниями. Оценку КС проводили по шкале Куппермана.

Результаты исследования. Все пациентки включенные в исследование, прошли первичное клинико-лабораторное исследование, измерение роста 155 см-168 см, веса 60-80 кг, измерение систолического давления (АД) максимальное 180 мм.рт.ст минимальное -140 мм.рт.ст и диастолического АД максимальное 140 мм.рт.ст минимальное -100 мм.рт.ст, ЧСС в покое 65-73 уд.мин. ОАК и ОАМ в пределах нормы. ЭКГ и ЭХОКГ без патологических изменений. По шкале Куппермана 10 пациенток получили 3 балла, 8 пациенток получили 6 баллов, 2 пациентки получили 8 баллов. При обследовании гормонального фона наблюдалась снижение уровня половых стероидов в крови.

Выводы. Поскольку лечение АГ из-за гормональных изменений становится сложной задачей, применение комбинированных ЛС с малыми дозами компонентов даст более лучшие результаты.

При ГБ с КС своевременное применение комбинированных лекарственных средств благоприятно влияет на течение гипертонической болезни.

Тошева Ш.А., Сатторова З.Т., Холматов З.В.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОРИ У ВЗРОСЛЫХ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Рахманов Э.Р.

Цель исследования. Изучить клинико-эпидемиологические особенности кори у взрослых в Республике Таджикистан.

Материал и методы. В городской клинической инфекционной больнице г. Душанбе нами изучены клинические и эпидемиологические данные у 23 больных с корью. Из общего количества больных женщин было – 7 (30,5%), мужчин – 16 (69,5%), из них городские жители составили 15 (65,2%) а сельские – 8 (34,8%). Возраст больных колебался от 16 до 53 года и в среднем составил $23,2 \pm 1,8$ лет.

Результаты исследования. Корь у взрослых протекала классически, с преобладанием среднетяжелых форм у 20 (87%) а у 3 (13%) больных с осложнениями в виде пневмонии – 1 (4,3%), бронхита – 1 (4,3%) и у одной (4,3%) беременной был выкидыш на 20 недели беременности. Пятна Филатова-Коплика определялись у 23 (100%) больных. Чаще больные поступали на 5–6 день от начала болезни - 12 (52,2%), однако в более поздние сроки поступало 3 (13,1%) больных. На 3-4 день болезни было госпитализировано лишь 8 (34,7%) больных. Этапное появление пятнисто-папулезной сыпи у 100%, а пигментация у 82% пациентов. На основании анализа течения кори у взрослых пациентов в период вспышки у всех пациентов имеются типичные, диагностически значимые признаки – кашель у 16 (69,6%), конъюнктивит у 7 (30,4%). Диагноз кори у всех больных подтвержден с помощью иммуноферментного анализа в Центре иммунопрофилактики РТ, использован биологический материал (кровь). Из общего количества больных только 3 (13,1%) получали ревакцинацию. Основными причинами отсутствия прививок у детей младше 17 лет, а у взрослого населения – недостаточный охват вакцинаций лиц в возрасте моложе 35 лет и отсутствие вакцинации у лиц старшего возраста.

Выводы. Основной причиной заражения корью взрослого населения является контакт с больными корью. Отмечается низкая осведомленность населения о необходимости вакцинации против кори. В возрастной структуре заболевших корью взрослых преобладает население в возрасте от 15 до 20 лет. Регистрация заболеваемости корью у взрослых, вакцинированных и ревакцинированных против кори, может быть связана со снижением поствакцинального иммунитета. Все это свидетельствует о необходимости проведения дополнительных ревакцинаций против кори.

Тошов Х. Д., Оқилзода К. Н.

НАҚШИ ДУРУСТ ТАШКИЛ КАРДАНИ ҚОРҲОИ ОМУЗИШИ ДАР МАКТАБИ ДИАБЕТ БАРОИ ПЕШГИРИИ ОРИЗАҲОИ МУЗМИНИ ДИАБЕТИ ҚАНД.

Кафедраи эндокринологияи МДТ ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино

Роҳбари илми н.и.т Пирматова Маҳина Абдурахимовна

Мақсад-омухтани нақши дуруст ташкил кардани қорҳои омузиши дар мактаби диабет барои пешгирии оризаҳои диабети қанд.

Маводҳо ва усулҳо. Аз тарафи мо натиҷаи омузиши 50 нафар беморон бо диабети қанд ки маводҳои қандпастанда мегирифтанд татқиқ карда шуд. Дар байни онҳо 27 мард ва 23 зан, ки синни миёнаи онҳо $48,63 \pm 1,29$ буданд. Давомнокии миёнаи бемориашон $11,78 \pm 0,62$ солро ташкил мекард.

Усулҳои гуногунро муқоиса кардем. Сараввал як ғуруҳи беморон иборат аз 9 то 20 дар ҳуҷрае, ки асбобҳо буданд омузонидани шуд вале малакаҳои амали гузаронидани нашуд. Фақат қорҳои фаҳмондадиҳи гузаронидем. Баъдан ҳамон беморон ғуруҳи иборат аз 8 нафар дуҷумбора дар синфҳои махсус таълим дода шуданд. Бо онҳо баъди қисми лексионӣ малакаҳои амали гузаронидани мешуд. Тағйиротҳо дар риояи қоидаҳои пешгирии баамалони оризаҳои музминии диабет мушоҳида шуд. Онҳо муоинаи дурусти попанча ва ҷен кардани фишори артериявӣ худро дар давоми рӯз, инчунин басомади ҷанкунии қанди хунро дар давоми ҳафта, омӯхтанд. Коркарди омори тавассути барномаи амалистатистика гузаронидани шуд.

Натиҷа. Омӯзандагонро пеш аз омузиши дуҷумбора ба баъди 5-6 моҳи омузиш имтиҳон карданд. То омузиши

дуюмбора муоинаи попанчаро 13 нафар(22%) ва баъди омузиши дуюмбора 37нафар (76,3%) гузаронида тавонистанд.ҳамаруза чен кардани фишори артериявиро бошад аввал 17 нафар(28,8%) баъдан бошад 44 нафар (88,1%) амали мекарданд.басомади қанди хунро дар давоми ҳафта аввал 11нафар(18.6%) баъд 42нафар(71,2%) ҳисоб мекарданд.дар ҳама ҳолат фарқият назаррас буд.

Хулоса. Ташкили дурусти кории мактаби саломати сатҳи омузишро нисбат ба пешгирии оризаҳои музмини диабети қанд баланд мекунад.

Тураев Б.С., Бобоалиев А.М., Атакуллаев Н.Б.
ҲОЛАТИ ТУРШЌ- АСОСЌ ХАНГОМИ БЕМОРИИ САРЬ

Кафедраи анестезиология вареаниматологияи МДТ «ДДТТ ба номиАбуалӣибниСино». Тоҷикистон.

Роҳбари илмӣ – н.и.т. Раҳимов Н.Г.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзишӣ ҳолати туршӣ-асосӣ хангоми норасоии шадиди роҳи нафас дар беморони гирифтори саръ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар 20 нафар беморони гирифтори саръ бо норасоии шадиди нафас, дар шӯъбаи эҳғарии калон солони МД ММТ ҚТ "Шифобахш" дар давраи солҳои 2020-2022 бистари шуда буданд, таҳлили муқоисавии нишондодҳои мувозинати туршӣ-асосӣ ва газҳои хун пешвабаъдаз табобати интенсивӣ гузаронда шуд.

Беморонро ба ду гурӯҳ тақсим намудем: гурӯҳи 1 (гурӯҳи асосӣ) иборат аз 10 нафар (50,0%) беморони гирифтори саръ бо норасоии шадиди нафас (НШН) дараҷаи вазнин, гурӯҳи 2 (гурӯҳи назоратӣ) иборат аз 10 нафар (50,0%) беморони гирифтори саръ бо норасоии шадиди нафас дараҷаи сабук ва миёна. Хангоми муроҷиат ва дар рафти табобатни шондихандаҳои тавозуни туршӣ-асосӣ ва газҳои хун аз қабилир Н, ВЕ, PO_2 , PCO_2 омӯхта шуданд.

Барои ислоҳи вайроншавии мувозинати туршӣ-асосӣ, ҳамаи беморон табобати оксигенӣ, муколитикӣ ва бронходилататорӣ гирифтанд. Беморони гуруҳи 1-ум бо сабаби вазнинии НШН ба нафаси сунъии шушҳо гузаронида шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Таҳқиқоти гузарондаи мо нишондод, ки дар беморони гурӯҳи 1 ацидозии метаболикии декомпенсатсионӣ мушоҳида мешавад ва нишондихандаҳои тавозуни туршӣ-асосӣ ва газҳои хун хангоми қабул, ба: $pH-7,32 \pm 0,03$; $(-BE) - 7,8 \pm 0,2$ ммоль/л; $PO_2 - 78,5 \pm 4,1$ мм ст. сим, $PCO_2 - 48,2 \pm 3,8$ ммоль/л баробар буданд.

Пас аз интиқоли беморони ин гурӯҳ ба нафаси сунъии шушҳо ва ислоҳи атсидозии метаболикӣ бо бикарбонати натрий ин нишондихандаҳо беҳтар шуда баробар шуданд ба: $pH-7,38 \pm 0,03$; $(-BE) - 2,3 \pm 0,2$ ммоль/л; $PO_2 - 84,0 \pm 2,05$ мм ст. сим; $PCO_2 - 44,0 \pm 1,5$ ммоль/л.

Беҳтаршавии мувозинати туршӣ-асосӣ вобастааст ба бартараф намудани норасоии шадиди нафас дараҷаи вазнин бо роҳи гузарондани нафаси сунъӣ ба ин беморон.

Дар беморони гурӯҳи дуюм хангоми таҳлили нишондихандаҳои тавозуни туршӣ-асосӣ ва газҳои хун дар вақти қабул, атсидозии компенсатории метаболикӣ ($pH-7,39 \pm 0,01$; $(-BE) - 2,9 \pm 0,3$ ммоль/л; $PO_2 - 81,0 \pm 3,3$ мм Нг ; $PCO_2 - 46,1 \pm 3,7$ ммоль/л) мушоҳида шуд.

Пас аз табобати оксигенӣ ва бронходилататорҳо ин нишондодҳо дар ин гурӯҳи беморон беҳтар шуда баробар шуданд ба: $pH-7,45 \pm 0,01$; $(-BE) - 2,8 \pm 0,4$ ммоль/л; $PO_2 - 85,0 \pm 4,1$ мм ст. ст.; $PCO_2 - 38,2 \pm 1,8$ ммоль/л.

Муътадилшавии нишондихандаҳои ҳолати туршӣ-асосӣ вобастааст ба гузарондани табобати оксигенӣ, муколитикӣ ва бронходилататорӣ ба ин гурӯҳи беморон.

Хулоса. Хангоми норасоии шадиди нафас дар беморони гирифтори саръ, ислоҳнамудани нишондихандаҳои ҳолати туршӣ-асосӣ, усули бо эътиمود барои самаранокии табобат ва назорати интенсивӣ барои ин беморӣ мебошад.

Турсунова С.Б., Пирматова М.А., Ниязова Ф.У.
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРЕИМУЩЕСТВА МОЛЕКУЛЯРНОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ

Клинический случай

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель-к.м.н., доцент Ниязова Н.Ф.

Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ)-это избыточная продукция паратгормона, вследствие гиперплазии паращитовидных (околощитовидных) желез(ПЩЖ), или их опухолевого поражения, характеризуется выраженным нарушением обмена кальция и фосфора. [Лукьяненко А.В., и соавтор.]. Распространенность ПГПТ по разным данным, составляет от 4 до 188 случаев на 100 000 человек\год. Ранняя диагностика и лечение гиперпаратиреоза позволяет избежать такие тяжелые осложнения такие как: остеопороз с переломами, рецидивирующие мочекаменные и желчнокаменные болезни, а также осложнения других органов и систем, снижая риск инвалидизации, тем не менее улучшая качество жизни больных. [Слашук К.Ю., Румянцев П.О. и соавтор.]. Последние годы интенсивно развивается ядерная медицина что позволяет определить подробные изображения того, что происходит внутри тела на молекулярном и клеточном уровне, в то время как другие диагностические процедуры визуализации – такие, как рентген, компьютерная томография (КТ) и ультразвук - предлагают изображения только физической структуры.

Приведем наш клинический случай рецидива ПГПТ, после паратиреоидэктомии:

Больной Б., 1987 года рождения, обратился к нам с жалобами рецидива ПГПТ, после паратиреоидэктомии с двух сторон. Анамнез заболевания со слов пациента: болеет более 3-х лет. Неоднократно находился на обследовании и лечении в отделении урологии с диагнозом уrolитиаза. В 2021 году при случайном определении высокого уровня

кальций крови (3,5 ммоль/л), было решено дообследовать паращитовидные железы. По результатам обследования, был поставлен диагноз первичного гиперпаратиреоза на основе высокого уровня паратгормона 876,0 пг/мл в крови, а также при ультразвуковом исследовании ПЩЖ, была определена аденома ПЩЖ справа (25-35 мм). Также в этом же году, провели паратиреоидэктомию с двух сторон, но спустя год пациент обратился к нам с жалобами на усталость, утомляемость, ухудшение памяти, боли в суставах и костях, в особенности в нижних конечностях. С нашей стороны на основе полученных следующих показателей: паратгормон 46,69 пмоль/л (норма 1,58-6,8), кальций крови 3,23 ммоль/л (норма 2,1-2,55), неорганический фосфор крови 0,66 ммоль/л (норма 0,85-1,60), витамин Д 45,1 нг/мл (норма 30-150) был диагностирован рецидив ПГПТ. Кроме лабораторных анализов, мы провели денситометрию костей в 3-х стандартных зонах (позвоночник, предплечья и бедренная кость), в результате которого был определен остеопороз во всех 3-х зонах. В связи с полученными данными, после паратиреоидэктомии с двух сторон, нами было решено направить пациента на скинтиграфию паращитовидных желез, для уточнения причины рецидива заболевания. Вовремя скинтиграфии была определена гиперфункция изотопа в проекции щитовидной железы, и в связи со сложностью определения точного расположения очага, было решено провести дополнительную визуализацию с гибридным методом, который в ядерной медицине включает в себя, однофотонную эмиссионно-компьютерную томографию, совмещенную с компьютерной томографией (ОФЭКТ\КТ), благодаря этому расположение остаточной опухолевой клетки ПЩЖ был определен, а также было найдено мелкое узловое образование в базальной поверхности правой доли щитовидной железы. После диагностики, мы отправили пациента на повторное хирургическое вмешательство. В результате которого были получены ремиссии заболевания у данного пациента.

Вывод: Молекулярная визуализация (скинтиграфия в режиме ОФЭКТ-КТ), позволяет обнаружить и определить точную локализацию гиперфункционирующей новообразования в ПЩЖ, что в свою очередь снижает травматичность и время операции, а также риск послеоперационных осложнений, персистенции или рецидива заболевания.

Турсунова С.Б., Пирматова М.А., Ниязова Ф.У.
АДЕНОМЫ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ниязова Н.Ф.

Цель исследования. Оценить частоту встречаемости клинических проявлений, при аденомах паращитовидных желез у лиц молодого возраста.

Материалы и методы. Нами были проведены ретроспективные исследования историй болезней на базе сердечнососудистой хирургии, в отделении рентгенэндоваскулярной хирургии г. Душанбе. За период с 2008 по 2021 года, были выявлены 23 прооперированных пациентов, по поводу первичного гиперпаратиреоза (ПГПТ), в возрасте от 18 до 44 лет. Всем пациентам были проведены: биохимические, гормональные, гистологические и инструментальные исследования. Также некоторым пациентам проводилась денситометрия костей в 3-х стандартных зонах и скинтиграфия паращитовидных желез (ПЩЖ), которая проводилась изотопом Технетрил Тс99m 18mCi в городе Ташкенте. При сложности определения активного очага методом скинтиграфии, нами было решено провести визуализацию очага гибридным методом - однофотонная эмиссионная компьютерная томография, совмещенная с компьютерной томографией (ОФЭКТ\КИ).

Результаты исследования. Из 23 пациентов, у 18 обнаружили аденому одной, реже двух и более ПЩЖ. Средний возраст больных составил 33 года, 86,9% из них - женщины. Соотношение Ж:М составило 6:1. Все пациенты по клиническому течению заболевания, были разделены на 2 группы: 20 пациентов (86,9%) вошли в группу манифестного ПГПТ, 3 человека в группу бессимптомного варианта. 11 (55%) больных с манифестной формой ПГПТ имели остеопороз, 2 (10%) пациента имели мочекаменную болезнь (МКБ) и 7 (35%) пациентов имели остеопороз в сочетании с МКБ. Уровень 25(ОН)D в крови был определен лишь у 13 (56,5%) больных, также мы выявили у 8 (34,7%) нормокальциемическую форму ПГПТ, у которых имелись клинические проявления в особенности костной формы ПГПТ. У 6 пациентов аденомы ПЩЖ выявлены случайно, в ходе операций по поводу различных заболеваний щитовидной железы и не сопровождалась клинико-лабораторными проявлениями ПГПТ. Множественные опухоли удалены в 2 случаях, у которых была проведена скинтиграфия с препаратами технеция, так как был выявлен рецидив, после паратиреоидэктомии.

У проанализированной больной аденомы, ПЩЖ располагались в области шеи, диаметром от 0,4 до 5,5 см и массой от 0,4 до 7,5 г. При гистологическом исследовании, больше всего выявили светлоклеточные аденомы.

Выводы. Клинические проявления ПГПТ в молодом возрасте, отличаются более тяжелым поражением костной ткани, чем у взрослых, в виде грубых деформаций конечностей. Хирургическое лечение позволило эффективно добиться ремиссии у больных, добиваясь полного выздоровления.

Умаров Ф.С., Исмоилов А.Б., Пачаджанова Х.Н.
НЕКОТОРЫЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Кафедра инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Рахманов Э.Р.

Цель исследования. Изучить некоторые медико-социальные показатели у больных ВИЧ-инфекцией в Республике Таджикистан по материалам Городской клинической инфекционной больницы г. Душанбе.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 35 историй болезни ВИЧ-инфицированных пациентов. Анализ проведен на основе показателей медико-социальных особенностей больных, факторов риска, пола, путей заражения, стадии ВИЧ-инфекции. Диагноз ВИЧ-инфекции был подтвержден экспресс-тестированием, ИФА и

иммуноблотингом.

Результаты исследования. Проведенные исследования показали следующее: из общего количества обследованных больных 22(62,8%) были жителями города и 13(37,2%) составили жители села. Из них мужчин было 20 (57,1%), женщин – 15 (42,9%). Средний возраст больных ВИЧ-инфекцией составил $41,6 \pm 2,8$ лет, заболевание чаще регистрировалось у молодых лиц мужского пола.

По социальному составу среди заболевших преобладали безработные – 10 (28,5%), а затем домохозяйки – 7 (20%), служащие – 9 (25,7%), студенты – 2 (5,8%), ПИН – 4 (11,4%), заключенные – 3 (8,6%).

По данным эпидемиологического анамнеза выявлено, что предполагаемыми путями передачи инфекции в данной группе (35 обследованных), лиц употребляющих инъекционные наркотики было 4 (11,4%), половым путём заразились 19 (54,3%), в 8 (22,9%) случаях заражения больных связывали с различными медицинскими манипуляциями, а у 4(11,4%) больных путь заражения ВИЧ-инфекцией не был установлен.

Хотя в последние годы удельный вес парентерального пути заражения (путём в/в применения наркотиков) уменьшился, но до настоящего времени остается определяющим. Однако, возрастание полового пути передачи, может спровоцировать повторный подъем заболеваемости.

В момент исследования: 1 (2,9%) пациент находился во 2-ой клинической стадии ВИЧ-инфекции, 9 (25,7%) в 3 клинической стадии и 25 (71,4%) больных в 4 клинической стадии болезни. При поступлении самыми частыми жалобами были: слабость у 35 больных (100%), тошнота у 6(17%), рвота у 5(14,3%), похудание у 21(60%), отсутствие аппетита у 29(82,8%), диарея у 10(28,6%). Из общего количества обследованных больных (35) были выявлены оппортунистические инфекции, такие как кандидоз у 32% больных, пневмоцистная пневмония у 4% и туберкулёз легких у 15% больных.

Выводы. Таким образом, исследования показали, что ВИЧ-инфекция чаще встречается у мужчин молодого трудоспособного возраста, которые чаще заражаются половым путем и по социальному статусу чаще у безработных и служащих.

Умаров И.Я.

СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

Кафедра внутренних болезней №4 Самаркандского государственного медицинского университета.
Узбекистан.

Цель исследования – установление характера изменений слизистой рта у больных, перенесших неспецифическую интерстициальную пневмонию.

Материал и методы. На базе кафедры внутренних болезней №4 Самаркандского государственного медицинского университета в рамках консультативного совета был проведен прием 24 пациентов (16 женщин и 8 мужчин), перенесших неспецифическую интерстициальную пневмонию, с патологией слизистой полости рта, с привлечением врача-стоматолога и применением клинко-лабораторных методов исследования.

Результаты исследования. Наблюдаемые пациенты предъявляли жалобы на различные высыпания, дефекты, появление бляшек, трещин в ротовой полости. Большинство пациентов (86 %), в первую очередь, отмечали неприятный запах изо рта, вероятно, обусловленный нарушениями вкусовой и обонятельной чувствительности. Следует отметить, что нарушения обоняния и вкуса бывают абсолютными и относительными.

На слизистой оболочке щеки образовывались язвы, покрытые фибринозным налетом. На твердом нёбе отмечались множественные ярко-красные эрозии, которые обнаруживались и в ретромолярной области на фоне невоспаленной слизистой оболочки.

У 64 % пациентов после проведения бактериологического исследования был поставлен диагноз кандидоз. У некоторых - псевдомембранозный налет на языке в виде белых бляшек. Слизистая оболочка твердого нёба частично гиперемирована, отмечаются энантемы (твердое нёбо). Петехиальные изменения встречались у 17,4 % пациентов.

Эритематозная сыпь у пациентов различалась по внешнему виду. В последнем случае на твердом нёбе отмечались миллиметровые петехии без эритемы на фоне невоспаленной слизистой оболочки. Также подобные пациенты отметили появление петехий до разгара болезни, что исключает реакцию слизистой на лекарственные препараты, вероятно, является первопричиной развития патологии.

Одним из наиболее часто встречающихся заболеваний в полости рта у пациентов, переболевших вирусной инфекцией, является хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Ведущим фактором этиопатогенеза является модуляция перекрестной иммунной реакции, в результате чего в полости рта образуются афты. При этом больные жалуются на наличие резко болезненного дефекта. Они отмечают появление небольшого, диаметром до 1 см, гиперемированного или анемичного, резко ограниченного круглого или овального пятна, которое через несколько часов приподнимается над окружающей слизистой оболочкой, эрозируется и превращается в афту. Высыпания зачастую множественные, локализация афт – это переходная складка, боковые поверхности языка, слизистая оболочка губ и щек. По мере нарастания тяжести и длительности заболевания количество афт становится больше, удлиняется период их заживления с 7–10 дней до 2–4 недель. В некоторых случаях афты покрыты фибринозным налетом, при этом афты полигональной формы, располагаются на слизистой оболочке нижней губы.

Также следует отметить, что у всех пациентов отмечались заболевания пародонта, гингивита и пародонтита. Гигиена полости рта была неудовлетворительной, обильное количество мягкого зубного налета, над- и поддесневое зубное камня.

Выводы. Следовательно, полученные результаты обследования полости рта у больных, перенесших неспецифическую интерстициальную пневмонию, демонстрируют разнообразные стоматологические проявления.

При этом наблюдаются отдаленные неблагоприятные последствия в виде ослабления иммунитета или склонности к аутоиммунным процессам.

Умедов Х.А

ОЦЕНКА КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЁНКИ

Самаркандский Государственный медицинский университет,
Самаркандский филиал РНЦЭМП, Республика Узбекистан.

Цель. Оценить роль современных технологий гемостаза при травме печени и селезенки.

Материал и методы. Мы проанализировали 34 пострадавших с сочетанной травмой, при которой ведущим было повреждения печени (27) и селезенки (7). Они сочетались с травмой черепа в 12 (37,5%), груди - в 11 (34,4%), таза и конечностей - в 8 (25,0%) случаев. Из них мужчин было 29 (85,3%), женщин - 5 (14,7%) средний возраст составил $29,5 \pm 1,4$ лет.

Всем больным при поступлении кроме клинического обследования выполняли УЗИ, КТ брюшной полости и других анатомических областей. В дальнейшем тактику ведения определяли в зависимости от тяжести состояния пациента, объема гемоперитонеума, интенсивности кровопотери, гемодинамических показателей.

Результаты. При УЗИ исследовании объем гемоперитонеума составлял у 32 больных от 200 до 350 мл, а у 1 - более 1200 мл. Последнему была произведена эндохирургическая операция с благоприятным исходом. У 20 больных с повреждениями печени объем гемоперитонеума составили $355,5 \pm 10,0$ мл.

Всем больным потребовалось переливание криопреципитата соответствующей группы крови в среднем по $3,5 \pm 0,3$ дозы. 12 больным - свежзамороженной плазмы по $350,8 \pm 55,8$ мл каждому пациенту, и 8 больным $250,5 \pm 40,0$ мл донорской эритроцитарной массы.

К 7 дню лечения при сонографии и КТ свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.

При накоплении опыта были определены критерии консервативного лечения: 1) отсутствие признаков продолжающегося внутрибрюшного кровотечения; 2) стабильные гемодинамические показатели (пульс, АД, ЦВД) на фоне проводимой инфузионной и гемостатической терапии; 3) количество излившейся в брюшную полость крови до 400-500 мл (менее 10% ОЦК); 4) отсутствие признаков перитонита и повреждения других органов живота.

Выводы. Применяемые методы консервативного адекватного гемостаза печени и селезенки были эффективны в 96,8% наблюдений. Лечебная лапароскопия может стать альтернативной лапаротомии, что позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений.

Использование современных технологий (УЗИ, КТ, видеолапароскопии) позволяет успешно осуществить консервативное лечение повреждений печени и селезенки. Осложнения и летальных исходов в связи с применением консервативной терапии и видеолапароскопической технике не было.

Урунова Ш.Д., Рабоева Ш.Р., Назарова С.Б.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г.Гулямова
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель - д.м.н., профессор Нажмидинова М.Н.

Цель работы. Изучение особенностей клинического течения гипертонической энцефалопатии у больных в условиях Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Нами проводилось ретроспективное исследование историй болезней 771 больных, находившихся на стационарном лечении в неврологическом отделении в Республиканском клиническом центре «Шифобахш» Республики Таджикистан. Всем больным проводились общеклинические, биохимические, инструментальные методы исследования (измерения АД на обеих руках, ЭКГ, ритмограмма, доплер, УЗИ внутренних органов, рентгенография грудной клетки). Все больные с ГЭ были распределены на 4 группы, согласно тяжести заболевания: 1 группа (338 больных) - ГЭ I стадия, риск 3; 2 группа (421 больных) - ГЭ II стадия, риск 4; 3 группа (7 больных) - ГЭ III стадия, риск 3; 4 группа (5 больных) - ГЭ III стадия, риск 4. Среди них мужчин - 229, женщин - 542, средний возраст - $47,5 \pm 12,2$ лет.

Результаты. На основании наших исследований выявлено, что наиболее часто встречается ГЭ II стадии, риск 4 (421 больных), причем у женщин встречалась чаще, чем у мужчин (148:273). Затем ГЭ III стадия, риск 3 (338 больных), причем у женщин встречалась чаще, чем у мужчин (262:76). Наиболее редко отмечались госпитализация больных ГЭ III стадии, риск 4 (5 больных), причем у женщин встречалась чаще, чем у мужчин (3:2). Следовательно, ГЭ во всех стадиях чаще выявлялась у женщин, чем у мужчин (70,3% и 29,7%). При распределении больных по возрасту отмечалось наиболее частая заболеваемость больных в возрастной группе от 35 до 60 лет (421 больных), затем в возрастной группе от 60 лет и старше (348 больных) и реже всего госпитализировались больные в возрастной группе от 16 до 35 лет (2 больных). Следовательно, ГЭ реже встречается у молодых (2 случая) и чаще всего в возрасте от 35 до 60 лет, чаще у женщин, причем соотношение мужчин и женщин составило 107:314 больных. При сравнительном анализе заболеваемости у мужчин ГЭ II и III стадий, 759:12, т.е. отмечается уменьшение количества тяжелых больных. У женщин это соотношение, соответствует 3:7. Следовательно, у женщин (II стадия ГЭ - 535, III стадия ГЭ - 7) сравнительно с мужчинами (II стадия ГЭ - 224, III стадия ГЭ - 5) диагнозом ГЭ протекает чаще и тяжелее. Наблюдение показало, что лица с гипертонической энцефалопатией в нашей республике поздно обращаются к врачам невропатологам.

Выводы. 1. При сравнительном анализе превалирует число госпитализированных женщин с диагнозом гипертоническая энцефалопатия по отношению к мужчинам.

2. В возрастном аспекте выявлено превалирование больных диагнозом гипертонической энцефалопатии в возрасте от 35 до 60 лет.

Урунова Ш.Д., Шарифзода С.С., Саидов С. П.

ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г.Гулямова

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

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

Цель исследования. Определение характера головокружений у пациентов среднего и пожилого возраста.

Материал и методы. В исследование включены 52 пациента, в возрасте 35-65 лет с жалобами на головокружение. Больные проходили лечение в ГУ НМЦ, на базе кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г.Гулямова ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. В исследование были включены пациенты с головокружением связанным с вертебробазилярной недостаточностью. Причинами головокружения может быть заболевания кохлео-вестибулярного аппарата, заболевания внутренних органов, заболевание крови, сопровождающиеся нарушением равновесия.

Результаты исследования. Обследовано 52 пациента, страдающих головокружением. Средний возраст пациентов составил 39,5 года. Пациенты женского пола – 22, мужского – 30. Более половины пациентов – 58,5 %, предъявляли жалобы на головокружение.

16,4% (25) пациентов предъявляли жалобы на системное головокружение в виде ощущения вращения. При неврологическом осмотре, в межприступном периоде эти пациенты имели органические, неврологические симптомы, а также нистагму или клинические признаки нарушения равновесия. Все пациенты с системным головокружением прошли клиническое, отоневрологическое исследование с применением специальных проб. У 4-х (2,6%) пациентов с системным головокружением при неврологическом осмотре были выявлены признаки вертебробазилярной недостаточности и диагностированы следующие заболевания: вестибулярный нейронит-1 случай, болезнь Меньера -3 случая. Было показано, что решающую роль в патогенезе головокружения имеет такое свойство личности, как тревожная сенситивность. Если эффективные симптомы тревоги положительно коррелируют с выраженностью головокружения любого типа в силу высокой стрессогенности этого симптома, то тревожная сенситивность (повышенное внимание к положению тела в пространстве, сосредоточенность на соматических ощущениях при наличии субклинической неполноценности вестибулярного аппарата при мигрени) является симптомообразующим признаком. Головокружение с вертебробазилярной недостаточностью может быть обусловлено различными заболеваниями периферического вестибулярного аппарата (болезнь Меньера, вестибулярный нейронит), что в нашем исследовании наблюдалось наиболее редко -2,6% случаев.

Выводы. Правильная и ранняя диагностика головокружения при вертебробазилярной недостаточности (ВБН) важна для предотвращения хронизации заболевания, обеспечения адекватного лечения и улучшения качества жизни пациентов. Наиболее эффективным лечением ВБН является сочетание медикаментозной терапии с проведением вестибулярной реабилитации.

Урунова Ш. Д., Носирова М. Н., Гулбердиев З. В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МАСЛО ЧЕРНОГО ТМИНА У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г.Гулямова

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

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

Цель исследования. Оценка эффективности применения черного тмина у больных с остеохондрозом позвоночника различной этиологии.

Материалы и методы. В исследование были включены 35 больных страдающих от боли в спине и грудного отдела позвоночника различной интенсивности и этиологии. Средний возраст больных 57 – 32 лет. Длительность болей составила 6- 7 – 3- 4 дней. Все больные находились на стационарном лечении в неврологическом отделении Республиканской клинической больницы «Шифобахш» по поводу усиления болевого синдрома. Всем больным при введении препарата проводилась проба на переносимость. В начале лечения применялось масло чёрного тмина в дозе 4 мг в количестве 2 капсулы который применялся орально на протяжении 3 дней. Перед началом терапии и через 14 дней после завершения лечения проводили клиническое обследование больных, с учетом выраженности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале.

Результаты. У 18 (51,4%) больных после использования масла чёрного тмина интенсивность боли снижалась после первого же применения. Спустя 12-18 часов больные отмечали улучшение самочувствия, которое сохранилось в течение 1-й капсулы интенсивность болей вернулась к исходному уровню снижение показателей по ВАШ составило с $59,96 \pm 13,25$ до $29,37 \pm 13,86$ мм ($p = 0,01$).

Выводы. Таким образом, ступенчатое применение капсульной формы масла чёрного тмина с последующим переходом на капсулированную и гелиевую позволяет достигнуть высокой эффективности в борьбе с болью в спине различной этиологии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДОПАМИНОТЕРАПИИ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ У ДЕТЕЙ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., доцент Рахматова Р.А.

Цель работы. Оценить эффективность допамина у пациентов с анафилактическим шоком.

Материал и методы. За 2015-2022 годы в отделение детской реанимации и анестезиологии, и интенсивной терапии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» Республики Таджикистан поступило 26 (100%) детей с анафилактическим шоком. Возраст детей составлял от 1 до 3 лет – 6 (23,1%), от 3 до 7 лет – 11 (42,3%) и от 7 до 15 лет – 9 (34,6%) человек. При этом сельских было 2 детей (7,7%), а городских 24 (92,3%). Наиболее часто причиной было возникновение анафилактического шока после применения антибиотиков – 21 (80,7%), а другие лекарственные препараты составили 5 (19,3%) наблюдений.

Исследуемые 26 больных с анафилактическим шоком были распределены на две группы в корреляции от формы анафилактического шока. С целью лечения назначался Допамин 0,5% внутривенно (в/в) в кардиотонической дозировке для поддержания сосудистого тонуса, оптимальной гемодинамики, дилатации бронхов и альвеол. Выполнялись общеклинические анализы крови и показатели ЭКГ.

Результаты исследования. Из двух групп больных был следующий результат:

- при типичной форме анафилактического шока для повышения тонуса сосудов, артериального давления и положительного инотропного эффекта, в 1-й группе дозировку Допамина проводили из расчета 0,5% 6-8 мкг/кг/мин в/в, поддерживая в таком состоянии в течении 4-6 часов.

- при атипичной (гемодинамической) форме анафилактического шока во 2-й группе дозировку Допамина 0,5% подбирали из расчета 10 мкг/кг/мин и более в/в, поддерживая в таком состоянии в течение суток.

Симптоматическая терапия направлена была на устранение дыхательной недостаточности, гипоксии и гипотермии, во всех случаях прогноз был благоприятный.

Выводы. Таким образом, включение Допамина, как базисного препарата в общий комплекс терапии больных с анафилактическим шоком, в зависимости от формы последнего, способствует достижению положительного инотропного эффекта, стабилизации гемодинамики, который при длительном применении не приводит к ишемии почек по сравнению с часто используемым лекарственным препаратом - адреналин 0,1%.

Файзалиев Н.Ф., Сафаров У.А., Кароматов А.Р.

КОРРЕКЦИЯ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ОБМЕНА В НЕЙРОРЕАНИМАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н. Давлатзода Б.Х.

Цель исследования. Изучение расстройства водно-электролитного обмена (ВЭО) в нейрореанимационном периоде при черепно-мозговых травмах и пути их коррекции.

Материалы и методы исследования. Нами в отделении реанимации ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» обследованы 76 больных в остром периоде черепно-мозговой травмы. При поступлении исследованы следующие параметры: содержание калия и натрия в плазме крови, осмолярность плазмы, мочи, газов крови, среднее артериальное давление (САД), глюкоза в крови и частота сердечных сокращений (ЧСС).

При обследовании I группы - 50 (65,8%) поступивших больных - наблюдалось снижение уровня натрия в плазме крови на 10%, осмолярности плазмы на 7%, снижение PO_2 на 11% и повышение PCO_2 на 6%.

Во II группе - 26 (34,2%) больных - при поступлении наблюдалось повышение уровня натрия в плазме крови на 15%, осмолярности плазмы на 9%, тахикардия, гипоксемия и гиперкапния.

Результаты и их обсуждение. При проведении инфузионной терапии и коррекции электролитного обмена, соблюдали принципы 4 норм, «осмолярность крови, гликемии, натриемии и калиемии».

У больных I группы для коррекции гипонатриемии применяли 3% раствор хлорида натрия, что привело к нормализации гемодинамики, осмолярности плазмы и коррекции гипонатриемии.

У больных II группы, у которых наблюдалось повышение концентрации натрия в плазме, в инфузионную терапию включали сочетание кристаллоидов и коллоидов, с постепенным переходом на одни кристаллоиды по мере стабилизации гемодинамики и коррекции гипернатриемии.

Симпатомиметики применяли параллельно с проведением инфузионной терапии до стабилизации гемодинамики. При появлении полиурии после применения симпатомиметиков увеличили темп инфузионной терапии на 20 – 25%.

Выводы. Больные в нейрореанимационном периоде нуждаются в коррекции водно-электролитного обмена в зависимости от гипо- или гипернатриемии в инфузионной терапии. Больные с гипонатриемией нуждаются в коррекции гипонатриемии, осмолярности плазмы и инфузии кристаллоидами, а больные с гипернатриемией в инфузии коллоидами и кристаллоидами. Профилактически важными моментами являются облегчение адекватного мозгового кровотока, газообмена, предотвращение или ликвидация нарушений водно-солевого и кислотно-основного состояний, нормализация порозности стенки сосудов.

Файзалиев Н.Ф., Киматов С.Р., Одинаев Ч.Т.

НАРУШЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ЕЕ КОРРЕКЦИЯ В НЕЙРОРЕАНИМАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н. Давлатзода Б.Х.

Цель исследования. Определение нарушений центральной гемодинамики и её коррекция в остром нейрореанимационном периоде.

Материал и методы. Нами в отделении реанимации Государственного Учреждения Национальный медицинский центр Республики Таджикистан «Шифобахш» обследовано 56 больных с тяжелой черепно-мозговой травмой. Больные были разделены на 2 группы. Больные с изолированной черепно-мозговой травмой составили 30 (53,6%). Сочетанной черепно-мозговой травмой - 26 (46,4%).

При поступлении у всех больных (п-56) определяли среднее артериальное давление (САД), ударный объём (УО), минутный объём кровообращения (МОК), электролиты плазмы крови ($K_{пл}$ и $Na_{пл}$), глюкозу крови, осмолярность плазмы крови.

Результаты обследования и их обсуждение. При поступлении у больных с изолированной черепно-мозговой травмой (п-30) наблюдали незначительные изменения: повышение САД, УО, повышение МОК за счёт тахикардии, снижение электролитов плазмы крови, повышение натрия в плазме, а уровень глюкозы и осмолярность плазмы крови ниже пределов нормы.

У больных II группы (п-26) с сочетанными черепно-мозговыми травмами с повреждением внутренних органов, наблюдалось снижение САД, УО, повышение сахара крови, снижение ОЦК. Концентрации Na^+ сохранялась на уровне. Также наблюдалась гиперосмолярность плазмы крови по гиповолемическому типу.

Больным I группы (п-30) с изолированной черепно-мозговой травмой (ЧМТ) с целью коррекции центральной гемодинамики и обезболивания применяли кристаллоиды в объёме 20-30мл/кг в сутки, анальгетики, а также антибактериальную терапию с целью профилактики вторичной инфекции, что привело к нормализации нарушенных функций организма.

Больным II группы (п-26) больных с сочетанной черепно-мозговой травмой (СЧМТ), кроме кристаллоидов и коллоидов, применяли компоненты крови, всего в объёме 40-45мл/кг/сут. После получения инфузионно-трансфузионной терапии у этих групп больных показатели центральной и периферической гемодинамики находилось в пределах нормы.

Заключение. Таким образом, для коррекции центральной гемодинамики у больных с изолированной ЧМТ применение кристаллоидов в объёме 20-30мл/кг/сут приводит к нормализации центральной гемодинамики. При проведении интенсивной терапии у нейрореанимационных больных соблюдают принципы «4-норм - осмолярность крови, гликемии, натриемии и калиемии». Гипоосмолярные растворы (5% раствор глюкозы и 20% раствор альбумина) в терапии острого периода нейрореанимационных больных не используют.

Файзов Н.Г., Бобоев Ф.Д., Гайратов Д.А.

ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОЙ ДИНАМИКИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ГИПОДИНАМИИ

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Кафедра внутренних болезней №2
Научный руководитель - к.м.н. Сулаймонова Ш.А.

Цель исследования. Изучить специфичность суточной динамики артериального давления (АД) и вариабельности ритма сердца (ВРС) среди пациентов пожилого возраста, страдающих артериальной гипертензией (АГ), в зависимости от степени физической активности (ФА).

Материал и методы. В исследование вошли 68 пациентов с АГ 2 и 3 степени, которые разделены на три группы с сопутствующей патологией: пациенты с наличием ожирения (30 человек) вошли в 1 группу, 2-ю группу составили пожилые люди без ожирения (20 человек). Группа сравнения (3 группа) включала 18 лиц, не страдающих АГ, ожирением и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Комплексное клинко-инструментальное обследование пациентов проводили по общепринятому стандартному алгоритму. Все группы прошли суточное мониторирование АД (СМАД), с установлением средних значений систолического и диастолического АД (САД и ДАД), вариабельности САД и ДАД, степени ночного снижения АД. При рассмотрении холтеровского мониторирования электрокардиограммы был выполнен анализ показателей ВРС: SDNNi (мс) – среднее стандартное отклонение кардиоинтервалов за 5-минутные периоды записи; RMSSD (мс) – квадратный корень суммы разностей последовательного ряда кардиоинтервалов, SI – индекс напряжения регуляторных систем. Чтобы изучить ФА применяли краткий международный опросник по ФА (IPAQ).

Результаты исследования. Согласно данным СМАД в 1-й и 2-й группах пациентов достоверно отмечались более высокие среднесуточные, дневные и ночные значения САД и ДАД по сравнению с группой сравнения ($p < 0,01$), вместе с тем, АГ в сочетании с ожирением сопровождалось ухудшением суточной динамики АД, что выражалось повышением среднего ночного САД ($147,64 \pm 1,99$ мм.рт.ст.) по сравнению с пациентами без ожирения ($143,90 \pm 1,76$ мм.рт.ст., $p = 0,04$), а также увеличением доли лиц с недостаточной степенью ночного снижения ($72,2\%$) и с ночным повышением артериального давления ($8,3\%$). На фоне гиподинамии у лиц с АГ выявлено достоверное повышение среднесуточных, дневных и ночных значений САД и ДАД, а также рост вариабельности АД при

сопоставлении с пациентами, имеющими достаточный уровень ФА. Анализ показателей ВРС позволил обнаружить статистически значимые различия основных среднесуточных показателей временного анализа у пациентов с АГ обеих групп по сравнению с группой сравнения, однако достоверных различий между 1-й и 2-й группами не отмечалось. У пациентов с АГ на фоне гиподинамии было выявлено снижение SDNNi ($40,18 \pm 1,75$ мс) по сравнению с пациентами, имеющими достаточный уровень ФА ($49,77 \pm 1,81$ мс, $p < 0,01$), а также достоверное увеличение SI, что подтверждало выраженное напряжение регуляторных систем и преобладание симпатического отдела вегетативной нервной регуляции. Проведенный в 1-й группе корреляционный анализ установил статистически значимые связи SDNNi со среднесуточным ДАД ($r = -0,34$; $p = 0,04$), с вариабельностью САД в дневное время ($r = -0,53$; $p = 0,0008$), с ВАР ДАД в дневное и ночное время ($r = -0,44$; $p = 0,007$ и $r = -0,41$; $p = 0,01$), со степенью ночного снижения САД и ДАД ($r = 0,42$; $p = 0,01$ и $r = 0,34$; $p = 0,04$). Во 2-й группе определены достоверные корреляции SDNNi со среднесуточным САД ($r = -0,32$; $p = 0,04$), с вариабельностью САД в дневное и ночное время ($r = -0,32$; $p = 0,04$ и $r = 0,39$; $p = 0,01$); RMSSD с вариабельностью САД и ДАД в дневное время ($r = -0,46$; $p = 0,003$ и $r = -0,40$; $p = 0,01$).

Выводы. Установлено, что у пациентов пожилого возраста, страдающих АГ, отсутствие адекватной ФА можно считать дополнительным фактором, способствующим ухудшению суточной динамики АД и нарушению ВРС, что более выражено в присутствии ожирения. Обнаруженное снижение временных параметров ВРС – SDNNi и RMSSD, а также увеличение индекса напряжения регуляторных систем связано с увеличением вариабельности АД и недостаточной степенью ночного снижения АД, что является риском формирования прогностически неблагоприятного течения АГ на фоне гиподинамии.

Фатхиддинзода И.А., Турсунова С.Б., Кодирова Ё.Н.
СТРУКТУРА ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ГОРОДСКОЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР №1 им. АХМЕДОВА КАРИМА
Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ниязова Н.Ф.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости эндокринной патологии среди детей и подростков госпитализированных в Городской медицинский центр №1 им. Ахмедова Карима г. Душанбе.

Материалы и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ 436 историй болезни пациентов, госпитализированных в детское эндокринологическое отделение за 2022 год. При анализе историй болезней изучали регион проживания, пол, возраст, характер эндокринной патологии.

Статистическая обработка и математический анализ проводились с помощью программы Statistica 8.0, Excel 2017.

Результаты исследования. Из общего количество госпитализированных детей и подростков с эндокринной патологией первое место занимает сахарный диабет 1 типа – 76,6% (334 чел.); второе место – патология щитовидной железы – 11,7% (гипотиреоз – 44 чел., диффузный зоб – 8 чел.); третье место – 7,3% патология гипоталамо-гипофизарной системы (гипофизарный нанизм – 43, юношеский диспитуитаризм – 2, несахарный диабет – 10, синдром Иценго-Кушинга – 1, микроаденома гипофиза -1, синдром Лоренса-Мунна-Барде-Бидля – 2). В структуре эндокринной патологии наименьше наблюдалась надпочечниковая недостаточность – 1,8% (8 чел.), преждевременное половое созревание – 1,1% (5 чел.) и ожирение 0,9% (4 чел.).

В зависимости от региона проживания госпитализированных детей и подростков составили - 52,3% городского и 47,7% – сельского населения. Процент госпитализированных больных по г. Душанбе – 33,6%, РРП – 31,6%, Хатлонская область – 29,6%, Согдийская область – 4,3% и ГБАО – 1%. Возраст пациентов составил – $13,6 \pm 0,39$ лет, по полу – мальчики – 50,6%, девочки 49,4%.

Выводы. На основании проведенного анализа наиболее часто встречаемой патологией эндокринной системы является сахарный диабет 76,6% и патология щитовидной железы 11,7%, что соответствует статистике большинства стран мира. Сахарный диабет и патология щитовидной железы являются самыми частыми заболеваниями в структуре эндокринной патологии.

Фатхиддинзода И.А., Турсунова С.Б., Саёхати И.
ХУСУСИЯТҲОИ ДИАБЕТИ ҚАНДИ НАВЪИ 1 ДАР БЕМОРОНИ БИСТАРИШУДА ДАР МАРКАЗИ
ТИББИИ ШАҲРИИ №1 БА НОМИ АХМЕДОВ КАРИМ
Кафедраи эндокринологиии МДТ"ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино"
Роҳбари илмӣ – н.и.т., дотсент Ниязова Н.Ф

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши хусусияти ҷараёнгирии диабети қанди навъи 1 дар кӯдакон ва наврастони бистаришуда дар шӯъбаи эндокринологии кӯдаконаи МТШ №1 ба номи К.Ахмедов дар соли 2022.

Мавод ва усули тадқиқот. Дар рафти тадқиқот таърихи беморон аз шӯъбаи эндокринологии кӯдаконаи МТШ №1 дар соли 2022 истифода бурда шуданд. Ҳангоми тадқиқоти 348 таърихи беморӣ, таърихи беморон бо таъхиси диабети қанди навъи 1 (ДҚ1) ҷудо карда шуд. Маълумотҳои клиникӣ анмнезӣ, ҷинс, синну сол, давомнокии беморӣ, мавҷудияти оризаҳо ва минтақаи истиқоматӣ омӯхта шуданд.

Қоркарди омӯрӣ ва таҳлили математикӣ бо истифода аз барномаи Statistika 8.0 ва Exel 2017 гузаронида шуд.

Натиҷаи тадқиқот. Дар ҷараёни таҳлили 348 адад таърихи беморӣ 266-тои онҳоро таърихи беморӣ бо таъхиси ДҚ 1 таъхил намуд, ки ин 76,4% - ро дар ба мегирифт. Аз ин миқдор 135 (50,5%) нафарашонро писарон ва 132 (49,5%) нафарашонро бошад духтарон таъхил менамуданд. Миқдори беморон вобаста ба синну сол бошад: аз 1 то 3 – 1,5%; 3-6 сола – 16,2%; 7-10 сола – 20%; 11-14 сола – 26,7%; 14-18 сола – 22,6%; аз 18 то 25 сола – 13%. Давомнокии беморӣ аз

7 рӯз то 13 сол, ба ҳисобимиёна $6,83 \pm 1,28$ – солро дар бар мегирифт. Дараҷаи гликемия ба ҳисоби миёна $14,84 \pm 0,32$ ммол/л – ро ташкил менамуд.

Дар чараёни оризаҳои дерина: ретинопатия дар марҳилаи ғайрипролиферативӣ дар 3,4%; ретинопатияи пролиферативӣ – 1,9%; нефропатияи диабетикӣ дар марҳилаи токлиникӣ – 3,4%, нефропатияи диабетикӣ дар марҳилаи клиникӣ – 0,7%; синдром Мориака – 1 ҳолат; нейропатияи диабетикӣ – 37,2% ва ангиопатияи диабетикӣ дар 45,1% тадқиқшавандагонмуайян карда шуд. Дар 49,6% беморон бо ташҳиси ДҚ1 бошад оризаҳои дерина мушоҳида карда нашуд.

Оризаҳои шадид дар шакли иғмои кетоатсидозии диабетикӣ дар 35% беморон ба назар расид. Аз ин миқдор дар 40 бемор дараҷаи сабук, дар 39 бемор дараҷаи миёна ва дар 14 бемор дараҷаи вазнини иғмо ба қайд гирифта шуд. Қайд кардан ба маврид аст, ки дар 59 бемор ДҚ1 бори аввал ба қайд гирифта шуд ва чараёни бемориро, махсусан, кетоацидоз ҳамроҳӣ менамуд. Ҳолати гипогликемия дар 2 ҳолат ва комаи гипогликемии амиқ бошад дар 1 ҳолат ба қайд гирифта шуд.

Миқдори нисбатан зиёди беморони бистаришуда бо ташҳиси ДҚ1 вобаста ба маҳалли зист дар истиқоматкунандагонии Душанбе – 35,7%; НТҚ – 34,6% ва вилояти Хатлон – 25,6% ба қайд гирифта шуд. Миқдори нисбатан камии беморони бистаришуда бо ташҳиси ДҚ1 бошад дар истиқоматкунандагонии вилояти Суғд – 3% ва ВМКБ – 1,1% ба қайд гирифта шуд. Эҳтимолан ин бо дур будани масофа ва мавҷуд будани шубҳаи эндокринологии кӯдакона дар ин минтақаҳо алоқамандӣ дорад.

Хулоса. Ҳамин тавр, аз 266 адад беморони бистаришуда бо ташҳиси ДҚ1 таносуби писарон ва духтарон 1:1 - ро ташкил дод; фоизи нисбатан баланд вобаста ба синну сол, дар гурӯҳи беморони синну солшон аз 11 то 18 сола мушоҳида карда шуд; инкишофи оризаҳои баъдина алоқаманд буд бо давомнокии беморӣ ва компенсатсияи нохуби миқдори глюкоза дар хун; 64,3% беморони бистаришуда асосан сокинони деҳот буданд.

Фирузаи И.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ТЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ГИЕНА-БАРРЕ У ДЕТЕЙ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени проф. М.Г. Гулямова ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., Ганиева М.Т.

Цель исследования. Оценить клинико-лабораторные особенности и течение синдрома Гиена-Барре у детей.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 13 детей, в возрасте от 7 до 14 лет, средний возраст которых составил 10 лет. Из них мальчиков – 4, девочек – 9. Всем пациентам проводились клинико-неврологические обследования, лабораторные (вирусологическое) и инструментальные методы исследования. Консультация узких специалистов для исключения соматических заболеваний.

Результаты исследования. В ходе обследования выявили, что наиболее часто синдром ГБ встречается у лиц женского пола – 9 (69,2 %) больных, лица мужского пола составило – 4 (30,8 %) больных. При неврологическом осмотре у 9 (69,2 %) больных была мышечная слабость, у 8 (52 %) больных нарушение походки. У всех детей отмечались неуверенность при движении, затруднения при подъеме и спуске по лестнице. У 10 (76,9 %) больных отмечались двигательные нарушения, которое начинались с нижнего парапареза. У 3 (23,1 %) пациентов диагностировали тетрапарез. У 2 (15,4 %) детей выявились парестезии, а также болевой синдром встречались лишь в 2-х случаях, и только у 1 ребенка диагностирована гипостезия. Лихорадка в дебюте заболевания встречалась у 5 больных. Лабораторные данные: у 5 детей предшествовали респираторные инфекции, у 3 детей кишечные инфекции, у 1 ребенка травма, 1 ребенка переохлаждение, у оставшихся 3 детей заболевание развилось на фоне полного здоровья.

Выводы. Таким образом, среди предшественников заболевания в детской популяции большая доля приходится на респираторные инфекции. Чаше наблюдалось более легкое течение синдрома ГБ, это говорит о том, что достаточно быстрое и полное восстановление детей по сравнению со взрослыми.

Фозилов Р.И., Сайидова Н.С., Сайфиддинзода З.Х.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОЖИРЕНИЯ, ВЫЯВЛЕННАЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ АКЦИИ «ДЕНЬ ДИАБЕТА»

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель - доцент Иноятова Н.А.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости ожирения по возрастным группам среди обследуемого населения.

Материал и методы исследования. Во время акции ко Дню диабета, которая проводилась 14 ноября 2022 года в г. Душанбе в трех центрах: «Душанбе Молл», «Сиёма Молл», «Саломат ТД» были обследованы 399 человек. Из них 211 составили женщины и 188 – мужчины. Всем пациентам было проведено анкетирование по оценке риска развития сахарного диабета (FINDRISK). Средний возраст обследованных составил $41 \pm 0,6$ лет (от 18 до 72 лет). При анкетировании по FINDRISK оценивался возраст обследуемых, производились антропометрические измерения (рост, масса тела, окружность талии), рассчитывался индекс массы тела (ИМТ). Обследуемые были разделены на возрастные группы: I группа - до 45 лет, II группа - 45 – 54 года, III группа - 55-64 года, IV группа - старше 65 лет. При превышении 15 баллов по шкале FINDRISK обследуемым проводилось измерение сахара крови с помощью глюкометра «Акучек актив». Статистическая обработка и математический анализ проводились с помощью программы Statistica 8.0, Excel 2017.

Результаты исследования. В первую возрастную группу вошли 265 человек. Во вторую возрастную группу –

77, в третью – 41, в четвертую – 16 человек. В первой возрастной группе количество людей с нормальной массой тела (ИМТ < 25 кг/м²) составило 132 человека – 49,81% (65 мужчин и 67 женщин) со средним ИМТ 21,75 ± 0,1 кг/м². С избыточным весом (ИМТ 25 до 30 кг/м²) – 73 человека – 27,55% (41 мужчина и 32 женщины) со средним ИМТ 27,56 ± 0,06 кг/м². Количество людей с ожирением (ИМТ > 30 кг/м²) составило 60 человек – 22,64% (26 мужчин и 34 женщины) со средним ИМТ 34,18 ± 0,36 кг/м².

Во второй возрастной группе с нормальной массой тела количество обследуемых составило 20 человек – 25,9% (7 мужчин и 13 женщин) со средним ИМТ 22,3 ± 0,11 кг/м². С избыточным весом во второй группе количество составило 27 человек – 35,06% (14 мужчин и 13 женщин) со средним ИМТ 27,21 ± 0,07 кг/м². Количество человек с ожирением во второй группе составило 30 – 38,96% (22 женщины и 8 мужчин) со средним ИМТ 33,96 ± 0,21 кг/м².

В третьей возрастной группе с нормальным весом – 7 человек – 17,07% (2 мужчин и 5 женщин) со средним ИМТ 22,8 ± 0,08 кг/м². С избыточным весом в третьей возрастной группе составило 18 человек – 43,9% (9 мужчин и 9 женщин) со средним ИМТ 22,8 ± 0,04 кг/м². Количество людей с ожирением в третьей группе составило 16 человек – 3,02% (6 мужчин и 10 женщин) со средним ИМТ 34,8 ± 0,18 кг/м².

В четвертой группе количество с нормальной массой тела составило 4 человека – 25% (2 мужчин и 2 женщины) со средним ИМТ 21,0 ± 0,16 кг/м². С избыточным весом в четвертой группе количество обследуемых составило 7 человек – 43,75% (3 мужчин и 4 женщины) со средним ИМТ 26,97 ± 0,07 кг/м². С ожирением в четвертой группе количество составило 5 человек – 31,25% (3 мужчин и 4 женщины) со средним ИМТ 33,18 ± 0,15 кг/м².

Выводы.

1. Частота встречаемости избыточного веса ожирения составила 59,2%.
2. В результате исследования выявлено, что наибольшая распространенность как ожирения, так избыточного веса имеется в возрастной группе 55– 64 года.
3. Ожирение во всех возрастных группах чаще встречалось у женщин.

Хайдарова У.З., Абдурахмонзода Т.А., Саидов П.С. ДИАГНОСТИКА СИСТЕМНОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н. Ганиева М. Т.

Цель работы. Изучить причины системного головокружения в амбулаторных условиях и разработать алгоритм клинического обследования.

Материал и методы исследования. Амбулаторное обследование проводилось на кафедре неврологии психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова на базе НМЦРТ. Обследовано 250 больных, из них 110-женщин, 140-мужчины в возрасте от 35 до 65 лет с жалобами на головокружение и неустойчивость. Всем пациентам проводились неврологический осмотр, нейровестибулярное обследование, оценка выраженности тревоги и депрессии с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии, вестибулография, стабилография, магнитно-резонансная томография головного мозга при снижении слухо-тональной пороговой аудиометрии.

Результаты исследования и их обсуждение. В качестве причины головокружения до обследования наиболее часто устанавливались диагнозы «вертебро-базиллярная недостаточность» (76%) и «дисциркуляторная энцефалопатия» (54%). После специализированного обследования хроническое цереброваскулярное заболевание установлено у 30%, инсульт – 14% пациентов. Также встретились в практике и доброкачественные пароксизмально-позиционные головокружения (9%), психогенное головокружение (10%), болезнь Меньера (2%), вестибулярная мигрень (5%). Выяснение истинных причин головокружения и проведение соответствующего лечения привело к положительному эффекту большинства пациентов с доброкачественными пароксизмально-позиционными головокружениями (100%), психогенным головокружением (80%) и вестибулярной мигренью (60%).

Вывод. Большинству пациентов с головокружением ошибочно устанавливается диагноз-цереброваскулярное заболевание. Выявление причин головокружения (доброкачественные пароксизмально-позиционные головокружения и др.) позволили оказать помощь большинству пациентов.

Хакимов Ё.В., Нурализода А.Н., Замунов О.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНГИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Сохибов Р.Г.

Цель исследования. Изучить эффективность ангиопластики у больных с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы исследования. Обследовано 36 больных, находящихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении городского медицинского центра №1 им. А. Каримова г. Душанбе с диагнозом острый коронарный синдром (ОКС), в возрасте от 55 до 75 лет (средний возраст 51 ± 5,6 года), мужчины – 21, женщины – 15, которым проведена коронароангиография с последующей ангиопластикой в виде стентирования по показаниям.

Получение результатов. По результатам коронарографии у 35 (97,3) больных имело место поражение коронарных артерий (КА) различной степени: LCAALAD – 29 (80,5%), LCAdis – 15 (41,6%), RCA – 29 (80,5%), LCX – 25 (69,4%), MCA – 13 (36,1%) надо отметить что у 28 (77,8%) больных имело место поражение обеих коронарных артерий (LCA, LCALAD, LCAdis, NCA, RCA). Степень суженные КА вследствие атеросклероза до 50% – 15 (41,6%). 50–65% – 17 (47,2%). 65 – 75% – 18 (50,6%). 75 – 85% – 21 (58,3%), 85% и более – 35 – (97,2%), окклюзия – 15 (41,6%). У 31 (86,1%) больных имело место множественные поражение обеих КА – «каскадное поражение». Только у 1 (2,7%) КА

была интактной. Данные лабораторного исследования: уровень холестерина – 7(18.9%) больных в пределах нормы 5.4 ммоль/л, у 29(81%) холестерин крови более 6,6 м/моль/л. ЭКГ= диагностика только у 3(8.3%) ЭКГ вариант нормы, 9(25%) подъем сегмента S-T среди больных, где при коронарографии имелась окклюзия коронарных артерий. У 25 (69,5%) депрессия сегмента S=T. Тропонин был положительным только у тех больных, у которых имела место окклюзия КА и подъем сегмента S=T9(25%). В результате 26(72%) больным проведена ангиопластика в виде стентирования. 4(11.1%)-рекомендовано хирургическое лечение (АКШ).

Следует отметить, что у всех больных, 26(72%), которым проведена ангиопластика в виде стентирования, течение болезни было стабильным и тяжелые осложнения ОКС не зарегистрированы.

Вывод. Проведение коронароангиографии больным ОКС с последующей ангиопластикой в виде стентирования улучшает прогноз и течение болезни, резко уменьшает фатальные осложнения болезни.

Хакимов Ё.В., Бобоев Ф.Д., Замунов О.А.

ОЦЕНКА ВАЗОРЕГУЛИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Кафедра внутренних болезней №2. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Умаров А.А.

Цель исследования. Проанализировать вазорегулирующую функцию эндотелия сосудов у лиц пожилого возраста, страдающих артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Пациенты, включенные в исследование (80 пожилых людей), составили две группы: в основную группу вошли 60 человек в возрасте 60-75 лет (средний возраст – 64,7±2,4 года) с АГ II, III ст. Контрольную группу составили 20 человек в возрасте 62-68 лет (средний возраст – 63,3±1,5 года) с нормальным АД. Сосудодвигательную функцию эндотелия определяли ультразвуковым неинвазивным методом с измерением диаметра плечевой артерии в покое и во время пробы с реактивной гиперемией, а также с определением сыровоточного уровня суммарной продукции оксида азота по количеству его метаболитов (нитратов и нитритов).

Результаты. Определение вазорегулирующей функции эндотелия производили дважды: при первичном осмотре пациентов и в динамике через год. При первом измерении в покое средний диаметр плечевой артерии у пациентов с АГ составлял 4,02±0,6 мм, а через год – 3,66±0,38 мм. В фазу реактивной гиперемии (120 сек. после декомпрессии) имелось повышение диаметра плечевой артерии до 7,2 и 7,82 мм через 3 месяцев наблюдения соответственно. При сопоставлении с контрольной группой прирост диаметра плечевой артерии в группе с АГ достоверно оказался меньше в 1,7 раза, а через год – при сравнении с первым измерением меньше на 17,5%, и с контролем в 2,4 раза. Величина суммарной продукции NO у лиц с АГ была в 2,2 раза ниже, чем в группе контроля. Спустя год разница между группами составила 36%. По сравнению с первоначальным уровнем продукции NO у пациентов с АГ и его уровнем спустя год, продукция NO снизилась на 31,5%. Через 3 месяцев в группе контроля продукция NO практически не изменилась.

Вывод. Таким образом, в процессе старения у людей пожилого возраста на фоне АГ статистически достоверно снижается вазодилатация и способность эндотелия к продукции NO, что, вероятно, имеет значение в развитии и прогрессировании АГ.

Хакимов Ё.В., Нурализода А.Н., Гайратов Д.А.

ПОКАЗАТЕЛИ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Сохибов Р.Г.

Цель исследования. Изучить результаты показателей ангиографии у больных с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы исследования. Обследовано 36 больных, находящихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении городского медицинского центра №1 им. А. Каримова г. Душанбе, с диагнозом острый коронарный синдром (ОКС). С целью изучения состояния коронарных сосудов проведена коронароангиография 36 больным, поступившим на стационарное лечение в кардиологическое (реанимационное) отделение Городского медицинского центра №1 им. А. Каримова г. Душанбе с диагнозом острый коронарный синдром, в возрасте от 55 до 75 лет (средний возраст 51±5,6 года), мужчин – 21, женщин – 15, коронарография проведена после местного обезболивания р. лидокаина гидрохлорид 2%-2,0 и пункции a.Radialis dextra, контрастом s.Omnipaque 350mg/ml.

Полученные результаты. По результатам коронарографии у 35(97,3) больных имело место поражение коронарных артерий (КА) различной степени: LCAALAD – 29(80,5%) LCAdis – 15(41,6%) RCA – 29(80,5%) LCX – 25(69,4%) MCA – 13(36,1%). Надо отметить, что у 28(77,8%) больных имело место множественные пораженные коронарные артерии (LCAALAD, LCAdis, NCA, RCA). Степень суженные КА вследствие атеросклероза до 50% – 15(41,6%). 50-65% – 17(47,2%). 65 – 75% – 18(50,6%). 75 – 85% – 21(58,3%), 85% и более – 35 – (97,2%), окклюзия – 15(41,6%). У 31(86,1%) больного имели место множественные поражения обеих КА – «каскадное поражение». Только у 1(2,7%) КА была интактной. Данные лабораторного исследования: уровень холестерина – 7(18.9%) больных в пределах нормы 5.4 ммоль/л, у 29(81%) холестерин крови более 6,6 м/моль/л. ЭКГ= диагностика только у 3(8.3%) ЭКГ вариант нормы, 9(25%) подъем сегмента S-T среди больных, где при коронарографии имелась окклюзия коронарных артерий, у 25 (69,5%) депрессия сегмента S=T. Тропонин был положительным только у тех больных, у которых имела место окклюзия КА и подъем сегмента S=T9(25%). В результате 26(72%) больным проведена ангиопластика в виде

стентирования, 4(11,1%)-рекомендовано хирургическое лечение (АКШ). Среди исследуемых больных тяжелые осложнения ОКС не зарегистрированы.

Вывод. Своевременное проведение коронароангиографии больным с ОКС с последующей ангиопластикой улучшает прогноз и течение болезни, резко уменьшает фатальные осложнения болезни.

Хакимова З.Ф., Кабиров М.А., Гадойбоев М.Р.
ОБЪЕМ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ COVID-19 ОСЛОЖНЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Кафедра инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Рахманов Э.Р.

Цель исследования: изучить объем поражения легочной ткани с помощью компьютерной томографии (КТ) у больных с пневмонией при коронавирусной инфекции COVID-19.

Материалы и методы. Материалом служили 21 история болезни больных с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), осложненные полисегментарной пневмонией, которые были госпитализированы в Городскую клиническую инфекционную больницу г. Душанбе в период пандемии с 2020 года. Из общего количества больных женщин было- 6 (28,6%), мужчин -15 (71,4%), городских жителей – 19 (90,5%), сельских – 2 (9,5%). Возраст больных колебался от 24 до 74 лет, в среднем $52 \pm 2,5$ лет. Диагноз был подтвержден на основании клинико-эпидемиологических данных, исследованием образца мазка из верхних дыхательных путей методом ПЦР а также КТ. Бактериологическую работу выполняли в соответствии с регламентирующими документами.

Результаты и методы. Работа проводилась на базе клинической инфекционной больницы г. Душанбе в период пандемии COVID -19 в 2020 году. Из общего количества обследованных больных: состояние средней тяжести было у 7 (33,3%), тяжелое у 12 (57,1%) больных и крайне тяжелое у 2 (9,5%). Наиболее часто встречаемые симптомы проявления заболевания были головная боль у 7 (33,3%), насморк у 5 (23,8%), боли в горле – 8 (38%), кашель – 10 (47,6%), боли в мышцах 5 (23,8%), потеря аппетита – 12 (57,1%), потеря обоняние (аносмия) – 4 (19%), лихорадка – 9 (42,8%) случаев. При сопоставлении изменения в легких у 7 (33,3%) больных со средним тяжелым течением составило 25% поражения легочной ткани при сатурации в среднем 95%, при тяжелом течении поражения легочной ткани у 12 (9,6%) больных выявлено 75% поражения, при сатурации ниже 90% и в крайне тяжелом состоянии у 2 (9,5%) больных с поражением легочной ткани более 75% при сатурации ниже 70%.

Выводы. На основании полученных нами результатов можно сделать следующие выводы: в период пандемии COVID-19 у большинства больных болезнь сопровождается поражением легких в виде полисегментарной пневмонии, которая характеризуется объемом поражения легких у больных с КТ (3), и в связи с чем заболевание сопровождалось дыхательной недостаточностью, снижением насыщения крови кислорода до 85% случаев, что необходимо учитывать врачам в диагностике и лечении у данных пациентов.

Хакимова М.Б. ¹, Шарифзода Ф. Дж. ²
КОНТРАЦЕПЦИЯ КАК СПОСОБ КОНТРОЛЯ РОЖДАЕМОСТИ.

¹НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

²ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им. АбуалиИбниСино

Цель исследования. Изучить и проанализировать ретроспективно основные статистические показатели охвата женщин репродуктивного возраста контрацепцией для предупреждения аборт и нежелательной беременности у женщин репродуктивного возраста и проанализировать, также ретроспективно показатели женского здоровья.

Материалы и методы исследования. Для изучения влияния контрацепции на женское здоровье, статистику аборт и нежелательной беременности, проведен ретроспективный анализ отечественной, зарубежной литературы государственной официальной статистики, интернет ресурсов-статьи, диссертации, посвященные контрацепции и репродуктивному здоровью женщин.

Результаты и их обсуждение. Способы контроля рождаемости люди начали придумывать еще в глубокой древности. Некоторые историки считают, что первые аналоги презервативов появились уже в Древнем Египте: их изготавливали из кожи, кишок и мочевого пузыря животных и из льна. В древнеегипетском папирусеЭберса и Хахуна, авторы, для предотвращения нежелательной беременности, предлагали использовать мазь из смеси фиников, коры акации и меда, а также для той же цели рекомендовали мазь на основе меда и крокодилийего помета. Аристотель предлагал использовать кедровое масло, Гиппократ рекомендовал употреблять отвар семян дикой моркови, известной в народе как «кружево королевы Анны».

В начале XX века популяризировали идею, что женщины вправе сами контролировать рождаемость уже около сорока лет миллионы здоровых женщин принимают гормональные контрацептивы. Первые оральные контрацептивы появились во многих странах в 60х годах прошлого века, они содержали большие дозы гормонов (эновид — 15 мг норэтинодрела + 0,15 мг местранола) — это препараты первого поколения. Первые противозачаточные таблетки под брендом Enovid, зарегистрировали запустили в продажу в 1960 году.

Вопросы контрацепции после родов имеют первостепенное значение для сохранения общего и репродуктивного здоровья женщин. Подчеркивается, что использование контрацепции помогает решить, как социальные проблемы, так и медицинские, так как предотвращает проведение медицинских аборт и, следовательно, развитие осложнений после них. Тревожным фактом является и то, что в нашей стране из- за недостаточные грамотности населения, в вопросах контрацепции и недостаточной информированности женщин о нём, контрацепцией охвачено лишь 28,4% (2020г.) женщин детородного возраста. Следовательно, 71,6% женщин подвергают себя риску нежелательной

беременности. При этом следует подчеркнуть, что, по данным ВОЗ, значительное снижение частоты аборт происходит при охвате эффективной контрацепцией не менее 50 % женщин фертильного возраста. Подтверждением этого постулата ВОЗ служат показатели применения контрацепции в странах Западной Европы, где 45 % женщин используют гормональную контрацепцию, а в возрасте 18–25 лет их доля достигает 70 %. Как следствие – в этих странах отмечается самая низкая частота аборт.

В отдельном случае, контрацепция предотвращает передачу инфекций, передаваемых половым путем. Отмечено, что самый распространенный вариант контрацепции — это барьерные контрацептивы. Они являются достаточно надежной защитой не только от нежелательной беременности, но и от заболеваний, передающихся половым путем. А также они дают высокую степень защиты от 85% до 97% при правильном их применении. В Таджикистане ежегодно регистрируется около полтора тыс. больных с инфекциями, передаваемыми половым путем (ВИЧ-инфекция, сифилис, гонорея).

Выводы. Контрацепция не только является методом планирования семьи, но и одновременно может считаться способом предупреждения вредного для здоровья аборт и связанных с ним осложнений и профилактики заболеваний, передающиеся половым путём. Следовательно, имеет не только медицинское значение, но и значение социального характера.

Халифаев Х.Д., Чоршанбисева Х.М., Сайдалиев А.Ф.

ОРИЗАҶОИ БЕМОРИИ БАНОГУШАКИ КАЛОНСОЛОН ДАР ШАРОИТИ ҲОЗИРАИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Кафедраи бемориҳои сироятӣ МДТ “МДТТ” ба номи Абуали ибни Сино Тоҷикистон.

Роҳбари илми д.и.т., профессор Раҳмонов Э.Р.

Мақсади тадқиқот. Оризаҳои бемории баногӯшаки калонсолон дар шароити ҳозира Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мавод ва методҳои тадқиқот. Дар Беморхонаи клиникии шаҳрии бемориҳои сироятӣ шаҳри Душанбе 25-беморон бо таъхиси баногӯшак бистари будаанд дар соли 2022-ум муоина ва таъобат карда шуда тадқиқот гузаронида шуд. Таъхиси баногӯшак дар ҳамаи беморон дар асоси аломатҳои сарӣ, воғирӣ ва таҳлилҳои озмоишгоҳӣ гузошта шуда буд.

Натиҷаи тадқиқот. Аз шумораи умумии беморон 5-нафар бемор зан (20%) ва 20-нафар бемор мард (80%) таъхил додаанд. Аз собиқаи воғирӣ бошад 18-нафар (72%) бо бемории баногӯшак дар таъос будааст ва 7 бемор (28%) дар таъос буданро рад карданд. Аз ҷиҳати давомнокии бемори воридшудагон дар 3-4 рӯз 6 нафар (24%), дар 5-6 рӯз 12 нафар (48%), дар 7-10 рӯз 7 нафар (28%) таъхил мекарданд. Аз шаҳри Душанбе 21 бемор (84%) ва аз деҳот 4 бемор (16 %) будаанд. Аз ҷиҳати сини сол бошад аз 18 то 20 сола 13 бемор (52%), аз 21 то 23 сола 3 бемор (12%), 24-27 сола 2 бемор (8%), аз 28 -30 сола 7 бемор (28%). Бемори дар 23 нафар (92%) бо шакли ҷараёни миёнаи вазнин 2 нафар (8%) таъхил дод. Ҳамаи беморон ҳангоми ворид шуданашон бо ҳароратбаландӣ аз 37.8⁰С то 39.0⁰С баланд мешуд, дарди сар, дарди мушакҳо, хусусан мушакҳои ҳояндаи ҷоғ, хушкшавии даҳон, дарди мавқеи гушҳо ҳангоми хуруқхӯрӣ ё гап задан дардашон зиёд мушоҳида мешуд. Инчунин ҳоб ва иштиҳояшон кам буд. Аломати Филатов қариб дар ҳамаи беморон дарди пеш ва паси нармаки гуш инчунин шохчаи пистоншакл ҳангоми ламс кардан ҳис мекарданд. Азбаски беморон дер мурочиат мекарданд аломати Мурсу- сурхшави ва илтиҳобирии пардаҳои луоби дар атрофи маҷрои хориҷкунандаи ғадуди назди гуш мушоҳида нашуд. Дар 16-бемор (64%) варами дутарафаи ғадуди зери гушҳо мушоҳида шуд ва дар 9-бемор (36%) варами яктарафаи ғадуди зери гуш дида мешуд. Агар дар бораи оризаҳои бемори сухан гуем дар байни калонсолон аз ҳама бештар, байни мардҳо мушоҳида карда мешавад ва инҳам дар байни татқиқоти гузаронидаи мо низ мушоҳида карда шуд. Бо оризаи орхоепидидимит 15 нафар (60%), дар 5-(20%) мард орхоепидидимити дутарафа, дар 15-бемор мард ва 5 нафар зан панкреатити реактивӣ, боз дар ду мард менингоэнцефалит дида шуд, ки ҳамаги 17-мард (68%) буд. Ҳангоми бемории баногӯшак речаи бистариро бояд то 10-рӯз риоя кардан лозим аст, ки ҳаракатҳои зиёд накунад, ба қорҳои вазнин машғул нашавад, хуруқҳои серғизо истеъмол накунад. Дар 2-беморе, ки оризаи менингоэнцефалит доштанд нештарзании камарӣ гузаронида шуда дар таҳлили ҳаромағз тағиротҳои ҷиддӣ мушоҳида карда нашуд ва ҳолаташон вазнин буданд. Беморонро вобаста ба ҳолат, ҷараёни беморӣ ва оризаояшон таъобат карда шуда ва бо ҳолати қаноатбахш ба ҳона ҷавоб дода шуданд, зери назорати табиби сироятшинос ва табиби оилавии ҷои зисташон.

Хулоса. Аз татқиқоти гузаронидаи мо дар шароити ҳозира маълум шуд, ки бемории баногӯшак дар калонсолон нисбати хурдсолон хусусан байни мардон вазнинтар мегузарад, бо оризаҳои орхоепидидимит, панкреатити реактивӣ ва менингоэнцефалит дида мешавад.

Хасанова М.Р., Гончарова М.С., Тагоев А.А.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГРОСТЕРА В ТЕРАПИИ ПАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – старший преподаватель Нисанбаева З.Х

Цель исследования. Изучить эффективность применения ягростера у больных с паническим расстройством. Препарат является анксиолитическим средством (транквилизатор).

Материал и методы. В исследовании приняли участие 30 (n=30) пациентов с паническими расстройствами, а так же паническими расстройствами в сочетании с депрессией. Исследование было проведено на базе кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. проф. М.Г. Гулямова. Применялись клинико-психопатологический и клинико-анамнестический методы исследования.

Результаты исследования. Из общего числа исследованных основной группы 60% (n=18) составили мужчины и 40% (n=12); средний возраст больных составил 35 лет. 26,7 % (n=8) - имеют высшее образование, 23,3 % (n=7) - среднее специальное образование, 50 % (n=15) - среднее образование. 60% (n=18) больных либо выезжают на заработки в Россию и являются трудовыми мигрантами, 16,7% (n=5) работают по специальности. Все 100% семейные. Средняя длительность заболевания составила от 2-х месяцев до 3 лет. Провоцирующим психогенным фактором у мужчин являлось ухудшение здоровья, выезд в другую страну, сокращения на работе, конфликты в семье. У женщин же – выезд мужей в трудовую миграцию, ссоры и конфликты бытового характера, смерть близких, недостаточная финансовая и материальная поддержка.

Гростер назначался по 25 мг в сутки утром и вечером на фоне общеукрепляющего лечения. При необходимости доза увеличивалась до 3-х кратного приема в сутки. Клинический эффект появлялся уже с 1 недели приема, на терапевтических дозах: исчезло чувство тревоги, улучшился аппетит, сон, настроение, а к завершению терапии отмечалась почти полная редукция болезненных симптомов. Продолжительность лечения не превышала 2 недель.

Выводы. Результаты исследования показали, что гростер (гидроксизин, атаракс) показал высокую эффективность в сочетании с хорошей переносимостью больными. Он обладает противотревожным действием, оказывает так же седативное действие, что позволяет купировать чувство тревоги, внутреннего напряжения, повышенной раздражительности. Седативный эффект сохраняется до 6 часов и дает возможность лечения в амбулаторных условиях, что немаловажно.

Хасанова Ш.З., Шамсова М.Б., Факирова Н.Н.
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИИ

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - доцент Иноятова Н.А.

Цель исследования. Изучение частоты встречаемости автономной полинейропатии у больных с сахарным диабетом.

Материал и методы исследования. На базе Городского медицинского центра №1 имени К. Ахмедова во взрослом эндокринологическом отделении были обследованы 50 пациентов с автономной полинейропатией, из них 14 (28%) составили мужчины и 36 (72%) - женщины. Анализ данных проводился в период 20.01.2023 по 01.03.2023 года. Средний возраст больных составил $58,5 \pm 1,37$ лет (от 35 до 72 лет). 49 больных страдали сахарным диабетом 2 типа (СД 2) и 1 пациент сахарным диабетом 1 типа (СД1). Средний стаж заболевания составил $8,0 \pm 0,71$ лет (от 2-х до 22-х лет). Больным было проведено: общий анализ крови, общий анализ мочи, сахар в крови, гликированный гемоглобин, биохимический анализ крови. Больные были обследованы офтальмологом, кардиологом, невропатологом, гастроэнтерологом. Все больные были поделены на возрастные группы: 1 группа - от 35 до 45 лет – 5 (10%), 2 группа – от 46 до 55 лет – 7 (14%), 3 группа – с 56 до 65 лет – 25 (14%), 4 группа - старше 66 лет – 12 (24%). Статистическая обработка и математический анализ проводились с помощью программы Statistica 8.0, Excel 2017.

Результаты исследования. Больные были разделены на 4 группы в зависимости от стажа заболевания: 1 группа – от 2 до 9 лет – 31 (62%); 2 группа от 10 до 15 лет – 14 (28%); 3 группа от 16 до 20 лет – 3 (6%); 4 группа старше 21 года – 2 (4%). Из 50 больных у 22 больных была диагностирована автономная полинейропатия. Из 22 пациентов у 4 была выявлена диабетическая энтеропатия, у 1 больного нарушение моторики кишечника, у 9 нарушения зрачковых реакций, у 2 сердечно-сосудистые нарушения, у 2 гастроинтестинальная нейропатия, у 1-аноректальная дисфункция, у 2-судомоторная нейропатия, у 1- респираторное нейропатия. Данная патология чаще отмечалась у больных 3-ей возрастной группы, со стажем более 10 лет.

Выводы. Частота встречаемости автономной нейропатии составила 44%.

Хачиров М.Р.
РАДИОЧАСТОТНАЯ ДЕСТРУКЦИЯ СУБСТРАТА ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

ФГБУ «НМИЦК им академика Е.И. Чазова» Минздрава России. Москва

Научный руководитель – д.м.н., в.н.с. Ускач Т.М.; д.м.н., г.н.с. Сапельников О.В.

Цель исследования. Оценить динамику ремоделирования миокарда левого желудочка и эффективность РЧА желудочковой тахикардии (ЖТ) у пациентов ХСН ишемического генеза через 12 месяцев после вмешательства.

Материалы и методы. 37 пациентам [33 мужчин (89,2%), 4 женщин (10,8%)], средний возраст которых составил 62 [56;66] лет с ХСН ишемической этиологии II-III функционального класса (ФК) NYHA, фракцией выброса (ФВ) ЛЖ <50% и устойчивыми пароксизмами ЖТ проведена РЧА источника ЖТ. Анализировались лабораторные и инструментальные показатели исходно и в динамике через 12 месяцев после проведения РЧА.

Результаты. Пациенты находились на оптимальной медикаментозной терапии ХСН, имели документированную ишемическую болезнь сердца (ИБС). Исходно было 15 пациентов (40,5%) со II ФК ХСН и 22 пациента (59,5%) с III ФК ХСН, ФВ ЛЖ составила 39 [33; 42,5] %. При анализе данных пациентов через 12 месяцев наблюдалось статистически значимое улучшение ФК ХСН: I ФК – у 17 пациентов (45,9%), II ФК у – 19 пациентов (51,4%), III ФК у – 1 пациент (2,7%) ($p < 0.001$); увеличение ФВ ЛЖ до 47 [43,5; 49] % ($p < 0.001$). Согласно данным суточного мониторирования ЭКГ отмечалось статистически значимое снижение ЧСС до 59 [55; 64] уд/мин, по сравнению с исходной ЧСС 68 [63; 74] уд/мин ($p < 0.001$); уменьшение количества ЖЭС от 14 [12; 16] тыс., до 3 [2; 5] тыс. ($p < 0.001$), исходно устойчивые пароксизмы ЖТ наблюдались у всех пациентов, их количество составило 5,0 [3,5; 8,0] эпизодов, после проведения РЧА устойчивые пароксизмы ЖТ наблюдались значительно реже (у 11 пациентов

[29,7%]) – в среднем составили 0 [0; 1] эпизодов ($p < 0.001$). Согласно данным Эхо-КГ отмечались признаки обратного ремоделирования миокарда ЛЖ: исходно КДР 61 [58; 67] мм, через 12 месяцев – 58 [53; 60] мм ($p < 0.001$), исходно КСР 45 [41; 49] мм, через 12 месяцев – 37 [33; 40] мм ($p < 0.001$), исходно КДО 170 [149; 199] мл, через 12 месяцев – 128 [112; 146,5] мм ($p < 0.001$), исходно КСО 90 [74; 104] мл, через 12 месяцев – 53 [45; 63] мм ($p < 0.001$). Дистанция теста 6 минутной ходьбы статистически значимо увеличилась с 280 [228; 322,5] метров до 425 [402,5; 521] метров ($p < 0.001$). За время наблюдения отмечалось статистически значимое снижение уровня мозгового натрийуретического пропептида (NT-pro-BNP) с 1350 [1087,5; 1696] пг/мл до 432 [224,5; 553] пг/мл ($p < 0.001$).

Выводы. РЧА являясь эффективным методом лечения ЖНР сердца позволяет не только улучшить функциональное состояние пациентов с ХСН ишемической этиологии, но и достичь обратного ремоделирования ЛЖ.

Ходжабердыева Г.М., Ахметжанова А.Е., Нарен Н.Н.
СОСТОЯНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО УГНЕТЕНИЯ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Кафедра скорой неотложной медицинской помощи ЗКМУ имени М.Оспанова

Научный руководитель – Закирова А.И.

Цель исследования. Оценить признаки угнетенного состояния и предложить методики применяемые при подавленном состоянии.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужил анализ источников научных статей, монографий и учебников. Клинические критерии (DSM-5). Общий анализ крови, измерение уровней электролитов, тиреотропного гормона (ТТГ), витамина В12 и фолатов для исключения соматических нарушений, которые могут вызывать депрессию. Диагностика депрессивных расстройств основывается на выявлении симптомов, признаков и клинических критериев, описанных выше. Некоторые вопросы, требующие однозначного ответа ("да" или "нет") могут помочь определить, имеются ли у пациента симптомы, соответствующие критериям DSM-5 для диагностики большой депрессии. Депрессивные расстройства отличаются от обычных колебаний настроения наличием значительного физического дискомфорта или проблем в социальной, профессиональной и других сферах деятельности. Степень тяжести определяется степенью выраженности депрессии, физической, социальной, трудовой дезадаптацией, а также продолжительностью симптоматики.

Результаты исследования. Ученые провели исследования магнитно-резонансной томографии 109 пациентам с депрессивным расстройством, чтобы получить данные о состоянии их мозга в период заболевания. Затем добровольцев лечили электросудорожной, либо психологической терапией, либо антидепрессантами. Через шесть недель после первого сканирования пациентам снова провели МРТ. Затем результаты «до» и «после» сравнили с результатами МРТ мозга 55 здоровых участников выбранных случайным отбором. Полученные данные свидетельствуют о том, что у пациентов с наибольшим улучшением симптомов также наблюдались наибольшие структурные изменения в мозге. Через шесть недель связь между нейронами в определенных частях их мозга увеличилась, причем эти эффекты не зависели от выбора лечения.

Выводы. Для получения значимых результатов необходимо комплексное изучение участвующих в патофизиологических механизмах белков и построение исследований с соблюдением всех требований доказательной медицины.

Хокиров Б., Хусайнов Н.А., Назаров А.А.
ВАЙРОНШАВИҶОИ АСАБИВУ РАВНОӢ ДАР ЗАМИНАИ БЕМОРИҶОИ СИРОЯӢ

Кафедраи асабиношӣ психиатрия ва психологияи тиббии ба номи профессор Ғуломов М.Ғ.,
МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино Роҳбари илмӣ – устоди калон кафедра Шаропова М.С.

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои вайроншавиҳои равоӣ дар беморони гирифтори бемориҳои сироятӣ.

Маводҳо ва усулҳо. Микдори беморони тадқиқшаванда – 32 нафар, синну сол – аз 35 то 70, муддатзамони беморӣ – аз 1 то 3 сол, аз 32 бемори тадқиқшаванда 24 нафар мард ва 8 нафар зан буданд.

Натиҷаи тадқиқот. Аз 32 бемори тадқиқшаванда дар 18 нафар (14 мард ва 4 зан) психозҳои транзиторӣ ё гузаранда мушоҳида шуд. Психозҳои гузаранда асосан дар навъҳои тории чунунӣ (делириявӣ), кундзехӣ (аментсия), беҳисӣ, хирагии шуур ва тории хобмонанд (онейроид) – и шуур зоҳир шуданд. Дар 8 бемор (6 мард ва 2 зан) – и дигар психозҳо дар шакли тӯлкашида ё пролонгӣ дида шуд. Аз байни психозҳои шакли тӯлкашида бештар навъҳои таваҳҳумот, ҳолатҳои таваҳҳумию параноидӣ, ҳолатҳои кататоноформӣ, депрессию параноидӣ, эйфориву савдовӣ, ступори апатӣ ва конфабулёз ба амал омаданд. Дар бақияи беморон (6 нафар – 4 мард ва 2 зан) психозҳо дар шакли ихтилолоти равонии барнагарданда бо нишонаҳои осебёбии узвии системаи марказии асаб пайдо шуданд. Ихтилолоти мазкур бо алоими Корсаков ва алоими психоорганикӣ зоҳир шуданд. Ихтилолоти равоӣ дар беморони гирифтори бемориҳои сироятӣ асосан дар се шакл зоҳир мешаванд: психозҳои гузаранда, психозҳои тӯлкашида ва психозҳо дар шакли ихтилолоти равонии барнагарданда бо нишонаҳои осебёбии узвии СМА. Аз ҳама бештар беморони гирифтори бемориҳои сироятӣ ба навъҳои тории чунунӣ (делириявӣ) ва кундзехӣ (аментсия) – и ноҷуриҳои шуур ё ихтилолоти равоӣ, ки ҳар ду ба психозҳои гузаранда дохил мешаванд, дучор шудаанд. Басомади пайдоиши ихтилолоти равоӣ дар беморони гирифтори бемориҳои сироятӣ аз табиати ҷараёни сироятӣ бо хусусиятҳои воқуниши СМА ба сироят вобаста мебошад.

Хулоса. Мисли дигар бемориҳо ҳангоми гирифтори ба бемориҳои сироятӣ низ ихтилолоти асабиву равоӣ ба вучуд меоянд ва басомади пайдоиши ин ихтилолот пеш аз ҳама аз табиати ҷараёни сироятӣ яқоя бо хусусиятҳои воқуниши СМА ба сироят вобаста мебошад. Барои он ки психозҳои транзиторӣ ё гузаранда ба психозҳои тӯлкашида

ва ихтилолоти барнагарданда мубаддал наshawанд, беморонро дар баробари мурочиат ба пизишкони сироятшинос зарур аст сари вақт ба равонпизишк низ мурочиат кунанд.

Холиков Н.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., М.О. Исрофилов

Цель исследования. Изучить основные способы реабилитации пациентов, перенесших инсульт, а также эффективные пути восстановления больных с речевыми, двигательными и психическими нарушениями.

Материал и методы исследования. Для анализа были использованы данные из истории болезни 35 пациентов, проходившие реабилитацию и лечение в неврологическом отделении ГУ НМИЦ «Шифобахш» Республики Таджикистан с диагнозом «ишемический и геморрагический инсульты» за последние 6 месяцев (с августа 2022 г. по январь 2023 г.). Из общего числа больных с этим диагнозом 42% – составило женщины, 58% – мужчины.

Были использованы методы статистического и типологического анализа.

Необходимо отметить, что среди населения доля мужчин, перенесших инсульт, постоянно увеличивается, что вызвано постепенным увеличением сосудистых заболеваний головного мозга среди лиц пожилого возраста. Попытка минимизировать рост инвалидизации населения вызывает необходимость к реабилитации. Реабилитация – это комплекс мероприятий, направленных на восстановление двигательных, речевых, когнитивных нарушений у больных, перенесших инсульт. Под понятием «комплекс мероприятий» подразумевают медицинские, педагогические, психологические, социально-правовые и другие мероприятия, которые общепризнаны в современной медицинской практике.

Результаты исследований и их обсуждение. Результаты проведенной реабилитации показали, что у больных с последствиями инсульта наблюдаются три основных вида нарушений: нарушение речи, парезы и параличи, то есть нарушение двигательного аппарата и когнитивные нарушения. Для реабилитации больных были предприняты следующие лечебные мероприятия:

- медикаментозные (назначение невролога, кардиолога, при необходимости, уролога);
- афазиологические для восстановления речи (помощь логопеда-афазиолога);
- помощь массажиста, физиотерапевта, психотерапевта.

Выводы. Следует отметить, что речевая реабилитация долго лечится и зависит от этапа реабилитации. Наши наблюдения показали, что реабилитация двигательных нарушений у больных средней тяжести заболевания продолжалась от 2 до 4 месяцев (60%). Было отмечено улучшение и у больных с когнитивными нарушениями (20%). Однако реабилитация речевых нарушений была менее результативной (18%).

Холиков Н.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Исрофилов М.О.

Цель исследования. Исследование главных клинических признаков постинсультных эпилептических припадков при инсульте, также анализ факторов риска и их развития, учет этих факторов и применение методов оптимальной терапии у пациентов старше 60 лет.

Материал и методы исследования. Было обследовано 68 пациентов с ишемическим инсультом, из их числа основную контрольную группу составило 47 мужчин и 21 женщин от 60 до 80 лет с эпилептическими припадками. При рассмотрении данной темы был применен метод статистического анализа.

Известно, что инсульт – один из частотных факторов риска развития эпилептических припадков у больных старше 60 лет. Наблюдения показывают, что после перенесенного инсульта учащаются эпилептические приступы у больных от 60 до 80 лет. В очередной раз этот фактор был подтвержден нами в результате проведенного опыта с больными старше 60 лет за последние 8 месяцев (май – декабрь 2022 г.).

Стоит отметить, что приступы приводят к ухудшению качества жизни пациентов: замедляют процесс восстановления нарушенных в результате ишемического инсульта функций двигательного аппарата, приводят к снижению аппетита и местами к амнезии. Эти клинические показатели требуют эффективного и незамедлительного решения возникших проблем со здоровьем пациентов. Необходимая диагностика и своевременное оказание помощи при эпилептических приступах у больных, перенесших инсульт, приводит к нормализации состояния больного и окажет положительное воздействие на общее состояние больного.

Было проведено обследование в условиях неврологического сосудистого отделения ГУ НМИЦ «Шифобахш» Республики Таджикистан у больных с эпилептическими припадками по возрасту, клиническим характеристикам и патогенетическим подтипам ишемического инсульта.

Исследование было проведено в межприступном периоде, неврологический осмотр был проведен по общепринятой методике, разработанной Национальным институтом здоровья США (NIHSS – шкала тяжести инсульта Национального института здоровья США). Осмотр структуры головного мозга пациентов был осуществлен путем магнитно-резонансной томографии (МРТ), а также с применением электроэнцефалограммы (ЭЭГ) было проверено функциональное состояние больших полушарий головного мозга.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенного исследования было выявлено, что у больных (21 мужчина и 13 женщин) развивались простые парциальные припадки (ПП). 15 пациентов из числа мужчин страдали сложными парциальными припадками (СПП). Из приведенного общего количества генерализованными эпилептическими приступами (ГП) страдали 6 мужчин и 5 женщин. Вторично-генерализованным приступом (ВГП) болели 5 мужчин и 3 женщин.

Выводы. Было установлено, что в процентном соотношении у больных старше 60 лет в целом было выявлено: ПП – 40,1%, СПП – 22%, ГП – 16,2%, ВГП–11,7%. Фокальные приступы (ПП и СПП) преобладало над другими эпилептическими припадками (ГП и ВГП).

Холикова Н.Н., Назарова Ф.С., Джурев А.
НАРУШЕНИЯ ПОЧЕК – ПОСЛЕДСТВИЯ COVID-19
Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ имени Абуалиибни Сино
Научный руководитель - к.м.н., доцент Ганиева М.П.

Цель исследования. Выявить и оценить характер структурно-функциональных изменений почек больных, перенесших COVID-19 через 4 недели и более.

Методы исследования. Под нашим наблюдением в нефрологическом отделении ГУ Национального медицинского центра РТ «Шифобахш» находились 45 пациентов с острыми и хроническими заболеваниями почек. Из них было 25 мужчин и 20 женщин. Возраст пациентов составил от 33 до 67 лет. Средний возраст 50,1 лет. Все пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу (I) вошли 32 пациента, страдающих хроническими заболеваниями почек (хронический пиелонефрит, хронический гломерулонефрит, ХБП, диабетическая нефропатия, артериальная нефропатия). Вторую группу (II) составили 13 пациентов с острыми заболеваниями почек (острый пиелонефрит, острый гломерулонефрит). Для оценки структурно-функционального состояния почек в обеих группах проводили опрос, лабораторные и инструментальные методы исследования

Результаты исследования. По результатам опроса, больные I группы перенесли коронавирусную инфекцию тяжело, были госпитализированы, реабилитация длилась более 4 недель. По данным общего анализа крови у них была выявлена анемия 1 степени - у 28 больных (87,5%). В биохимическом анализе крови были отмечены высокие значения креатинина (в среднем 122,4 мг/л) и мочевины (в среднем 9,6 ммоль/л) у 28 (87,5%) пациентов. В общем анализе мочи мы отметили протеинурию до 1 г/мл - у 28 (87,5%) пациентов, гематурия - у 23 пациентов (72 %), лейкоцитурию - у 12 (37,5%) пациентов. По данным пробы Нечипоренко: лейкоцитурия - у 16 (50%) больных, эритроцитурия - у 25 (78%) больных, цилиндрурия - у 15 (47%) пациентов. Снижение СКФ до 40 мл/мин - у 27 (84%) больных по пробе Реберга. По данным пробы Зимницкого мы отметили гипостенурию до 10,010 г/мл во всех порциях мочи у 24 (75%) больных. Сморщивание почек по данным УЗИ отмечено у 7 (21,8%) пациентов. Вторая группа пациентов отметили, что перенесли COVID-19 в более легкой форме, пациенты лечились амбулаторно, реабилитация длилась менее 4 недель. По данным общего анализа крови выявлены: лейкоцитоз - у 10 больных (77%), ускорение СОЭ - у 13 пациентов (99%). Исследование креатинина и мочевины в пределах нормы у всех больных II группы. По данным общего анализа мочи: лейкоцитурия - у 11 (84,6 %) пациентов, пиурию - у 9 (69%) больных, цилиндрурия - у 5 (38%) больных. По данным пробы Нечипоренко выявлены: лейкоцитурия - у 13 пациентов (99%), цилиндрурия - у 8 (61,5%) пациентов. СКФ в пределах 82,5 мл/мин - у 10 (77%) пациентов, у остальных 3 (23%) в среднем 42 мл/мин. По данным пробы Зимницкого была отмечена гипостенурия до 0,012 г/мл - у 9 (69%) пациентов. По данным УЗИ почек снижение эхогенности паренхимы почек и увеличение размеров почек - у 11 (84,6%) пациентов.

Выводы. Следовательно, на основании проведенных исследований выявлено, что перенесенный COVID 19, является одним из факторов, отягощающим нарушения почек у пациентов с хроническими и острыми заболеваниями почек. Необходим длительный контроль функции почек после перенесенного COVID-19 у всех пациентов.

Холиков М.К., Мухторзода А.Н., Шарифов А.М.
ТАБОБАТИ ТРОМБОЛИТИКӢ ДАР БЕМОРОНИ САКТАИ ШАДИДИ ТРАНСМУРАЛИИ (Q-САКТА) ДИЛ
Кафедраи бемориҳои дарунии №3 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино
Роҳбар: Муалими калон Шарифов М.М.

Мақсади тадқиқот: Муайян намудани натиҷаи табобати тромболитикӣ дар беморони гирифтӣ ба сактаи шадиди тарансмуралӣ (Q-сакта) дил.

Мавод ва усулҳои тадқиқот: Бемор М.М., с.т 1952 дар ҳолати вазнин, алоқаманд бо сактаи шадиди тарансмуралӣ тавасути Ёрии Тиббии Таъҷилӣ ба шӯъбаи начоти МДМЧКБД ворид мегардад. Шикоят дорад ба дардҳои саҳт дар қафаси сина, паси устухони туш, сустии умумӣ, беҳолӣ ва бемадорӣ.

Таъхисҳои лабораторӣ ва инструменталӣ: ТУХ: ЭР-5,0*10¹² г/л, НВ-130 г/л, СТЭ-15 мм/с, Лейкоситҳо- 9,4*10⁹ г/л. Таҳлили биохимиявии хун: Қанди хун- 8,0 ммол/л, холестерини умумӣ- 6,6 ммол/л, АСТ-52,6 Ед/л, АЛТ- 49,6 Ед/л, Каллий- 4,2 ммол/л, Натрий- 148 ммол/л, Креатинин-72,0 ммол/л, тропанин-0,02 нг/мл, Т,Т- III, Фибриноген 3,10 г/л. R-графияи қафаси сина: Васеъшавӣ ва гипертрофияи меъдачаи чап. ЭКГ: Назми синусӣ, т/д 75. МБД ба чап майл дорад. Q-S дар баришҳои V₁-V₂, дандонаи патологияи Q дар баришҳои III, AVF. Гипертрофияи меъдачаи чап. ЭХО КГ: ДБМ-1,4см, ДҚМЧ-1,2 см, АИД-5,1 см, АИС-3,8 см, ХИД-130 мл, ХИС-68 мл, ХЗ-62 мл, МР-2,3 см, АО-3,4 см, ДЧ-3,7 см, ФП-50%, АФС-24 %. Хулоса: Ҳипертрофияи меъдачаи чап. Ҳипокинези ДҚМЧ. ФП-50%.

Натиҷа ва муҳокима: Аз собиқаи беморӣ маълум гашт, ки бемор муддати чандин сол аст, ки аз бемории фишорбанди азият мекашад. Ададҳои максималии фишори хун 180/100 мм.ст.см. Ҳангоми муоина ҳолати умумии бемор вазнин, вазнини ҳолати бемор аз ҳисоби бемории асосӣ, ба ҳуш ба саволҳо дуруст ҷавоб медиҳад, ранги пӯст ва

лӯобпардаҳо рангпарид. Дар шушҳо нафаси пасти ҳубобчавӣ шунида мешавад. Кори дил мураттаб, садоҳояш паст. Шикам мулоим бедард. Дар монитор назми синусӣ. Мудати 2 ҳафтаи охир пайдошавии дардҳои ангинозиро дар қафаси сина қайд мекунад, табобатҳои лозимаро намегирад. Яқуббора ҳолати бемор вазнин мегардад ва сабаби мурочиат мегардад. Вобаста ба нишонаҳои клиники ва тағиротҳо дар СБД ба бемор табобати тромболитикӣ бо маҳлули Гепарин гузаронида мешавад. Чунин таҳхис гузошта шуд: БИД: Сактаи шадиди аввалини трансмуралии девораи қафои меъдачаи чап (Q-сакта). Намуди ангинозӣ. Фишорбаландии шарафӣ дарачаи II (ду) хатари IV (чор).

Ҳамрав: Атеросклерози шоҳраг ва рағҳои майнаи сар.

Ориза: НГХ-2 с/в.(НУНА)

Хулоса: Сактаи шадиди аввалини трансмуралии девораи қафои меъдачаи чап (Q-сакта) дар бисёр ҳолатҳо ба вайроншавии ритми дил оризанок мегардад, ки дар бисёр вақт сабаби фавти беморон мегардад. Табобати тромболитикӣ дар беморони бо сактаи дил гирифта буда ҳолати хунгардиши коронаро хубтар намуда оризаҳои вайроншавии ритми дилро пешгирӣ менамояд. Бинобар ин мурочиати сари вақтии беморон ва таҳхиси дуруст гузоштан, метавонад ҳолатҳои беморонро беҳтар намояд ва аз пайдошавии оризаҳо пешгирӣ намояд.

Холиқов М.Қ., Мухторзода А.Н., Шарифов А.М.

НОМУРАТАБИ ДАР КОРИ ДИЛ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОР БА БЕМОРИИ ТАРБОДИ ДИЛ

Кафедраи бемориҳои дарунии №3 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Роҳбар: Муалими калон Шарифов М.М.

Мақсади тадқиқот: Муайян намудани номуратабии кори дил дар беморони гирифта бо бемории тарбоди дил.

Мавод ва усулҳои тадқиқот: Бемор Ф.Н., с.т 1960, солҳои тӯлонӣ мешавад, ки ба бемории тарбоди дил гирифта мебошад. Оиди бемориаш якчанд маротиба дар шмироити амбулаторӣ ва статсионарӣ табобат гирифтааст. Давоҳои тавсияшударо мунтазам истифода набурда, дар ҳолати вазнин, ки ба пайдошавии аломатҳои норасоии кори дил оварда мерасонад, тавасути Ёрии Тиббии Таъҷили ба шӯбаи начоти МДМЧҚБД ворид мегардад. Вобаста ба вазнинии ҳолати бемор дар шӯбаи начот бистарӣ мегардад. Шикоят дорад ба дардҳои кунд дар қафаси сина, сустии умумӣ, беҳолӣ ва бемадорӣ, дамкутоҳӣ.

Таҳхисҳои лабораторӣ ва инструменталӣ: ТУХ: ЭР-5,2*10¹² г/л, НВ-130г/л, СТЭ-1 мм/с, Лейкоситҳо-9,4*10⁹ г/л. Таҳлили биохимиявии хун: Қанди хун- 6,0 ммол/л, холестерини умумӣ- 4,02 ммол/л, АСТ-52,6 Ед/л, АЛТ-49,4 Ед/л, Каллий- 4,0 ммол/л, Натрий- 140 ммол/л, Криатинин-72,0 ммол/л, тропанин-0,02 нг/мл, Т,Т- III, Фибриноген 3,10 г/л, R-графияи қафаси сина: Васеъшавӣ ва гипертрофияи меъдачаи чап. ЭКГ:Фибрилятсии даҳлезҳо, т/д 90-120. МБД ба чап майл дорад. Гипертрофияи меъдачаи чап. ЭХО КГ: ДБМ-1,5см, ДҚМЧ-1,3 см, АИД-5,2 см,АИС-3,9 см, ХИД-131 мл, ХИС-68 мл, ХЗ-62 мл, МР-2,3 см, АО-3,4 см, ДЧ-3,7 см, ФП-48%, АФС-25 %. Хулоса: Хипертрофияи меъдачаи чап. Хипокинези дифузӣ. ФП-46% паст I- дараҷа.Нукси ҳамҷояи дарғоти митралӣ ба бартарии норасоӣ.

Натиҷа ва муҳокима: Ҳангоми муоина ҳолати умумии бемор вазнин, вазнини ҳолати бемор аз ҳисоби бемории асосӣ, ба ҳуш ба саволҳо дуруст ҷавоб медиҳад, ранги пӯст ва лӯобпардаҳо рангпарид. Дар шушҳо нафаси пасти ҳубобчавӣ шунида мешавад. Кори дил номураттаб, фибрилятсия даҳлезҳо, садоҳояш паст, шувоси систоликӣ дар қулла шунида мешавад. Шикам мулоим бедард. Пешбронӣ озод. Мудати солҳои тӯлони мешавад, ки бемории тарбоди дилро дар худ қайд мекунад. Табобатҳои лозимаро намегирад, ки аломатҳои норасоии кори дил бо пайдошавии варами пойҳо ва дамкутоҳӣ дар ҳолати оромӣ дар бемор дида мешавад, ки сабаби мурочиат мегардад. Вобаста ба нишонаҳои клиники, анамнез ва тағиротҳо дар СБД, ЭХО КГ ба бемор ёр расонида шуда чунин таҳхис гузошта шуд: Тарбоди дил. Нукси ҳамҷояи дарғоти митралӣ, бо бартарии норасоӣ.

НКД: Фибрилятсияи даҳлезҳо, намуди тахисистикӣ.

Ҳамрав: Атеросклерози шоҳраг ва рағҳои майнаи сар.

Ориза: НГХ-IV с/в.(НУНА)

Хулоса: Тарбоди дил оқибатҳои нохуш дошта дар бисёр ҳолатҳо ба номуратаби дар кори дил, нуксонҳои дар давоми ҳаёт пайдошудаи дил оварда мерасонад, ки сабаби фавти беморон гардад. Сабаби фавт метавонад норасоии шадиди кори дил, номуратабии кори дил бошад. Бинобар ин мурочиати сари вақтии беморон ва таҳхиси дуруст гузоштан метавонад ҳолатҳои беморонро беҳтар намояд ва аз пайдошавии ҳолатҳои нохуш пешгирӣ намояд.

Хочиев Ш.Р., Каримов Б.Д., Раҳмонов Р.Х.

ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ СИСТЕМЫ КРОВЕТОБОРАЗОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им Абуалиибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель – Шамсов А.Т.

Цель исследования. Определить причины и частоту анемического синдрома у больных ревматоидным артритом.

Материалы и методы исследования. В ревматологическом отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в период 2022 - 2023гг. нами было проведено ретроспективное исследование 48 историй болезней больных с анемическим синдромом в возрасте от 34 до 68 лет. Из них мужчины – 49, женщины – 31. Длительность заболевания варьировала от 1 года до 6 лет.

Критерием анемии считали снижение уровня гемоглобина ниже 110 г/л для женщин и ниже 120 г/л для мужчин.

Всем больным проводили общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов и ретикулоцитов, полное исследование биохимических тестов (печёночные пробы НБС-антиген, НСВ, печёночные пробы креатинин, мочевины, свёртывающую систему крови, сывороточное железо - СЖ, общую железосвязывающую способность сыворотки крови, ферритин сыворотки и скорость клубочковой фильтрации (СКФ), УЗИ органов брюшной полости,

эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта. У части больных проведено компьютерная томография органов брюшной полости.

В анамнезе заболевания все больные получали нестероидную противовоспалительную терапию (НПВП), неоднократно курсы глюкокортикоидной терапии преднизолоном и метипредом, 13 больных – иммуносупрессивную и цитостатическую терапию. У 3-х больных после приема глюкокортикоидной терапии течение заболевания осложнилось желудочно-кишечным кровотечением.

Результаты и их обсуждение. В общем анализе крови (ОАК) у всех 48 больных выявили анемический синдром различной степени тяжести. Анемия легкой степени – 9 ($Hb\ 90-110\ \text{г/л}$), средней тяжести ($Hb\ 71-90\ \text{г/л}$) – 22, тяжелой степени ($Hb > 70\ \text{г/л}$) – 7 больных. Уровень цветного показателя (цп) у 26 больных в пределах нормы (0,8-1,0), у 12 больных $< 0,8$, у 2 больных $> 1,0$. Двухростковую цитопению (анемия в сочетании с лейкопенией) наблюдали у 14 больных, 3-х ростковую панцитопению (анемия+лейкопения+тромбоцитопения) – 8 больных. Количество сывороточного железа у 21 больного в пределах нормы (12,8-28,5 мкмоль/л), у 11 больных $> 7,0$ мкмоль/л, у 9 больных < 30 мкмоль/л. Количество ферритина в сыворотке крови у 16 больных в пределах нормы (30-40 мкг/л), у 7 больных > 30 мкг/л, у 11 больных < 20 мкг/л. При эндоскопическом исследовании обнаружили отечность и гиперемия слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки у 31 больного, проявление атрофического гастрита – 6, эрозивный гастродуоденит – 7, язвы тела желудка и луковицы 12-перстной кишки у 4 больных.

Выводы. 1. Наш опыт работы свидетельствует, что эффективная базисная противовоспалительная терапия в большинстве случаев поражает желудочно-кишечный тракт, ухудшает всасывание железа, витамина В-12 и фолиевой кислоты и приводит к анемизации. Самый частый патогенетический вариант анемии – анемия хронических заболеваний (АХЗ), которую можно считать системным проявлением РА, так как она является следствием воспалительного процесса, и тяжесть анемии напрямую связана со степенью активности заболевания. Второй по частоте встречаемости вариант – железодефицитная анемия. Апластическая анемия как результат угнетения кроветворения при применении цитостатической терапии и мегалобластная анемия вследствие дефицита витамина В12 или фолиевой кислоты встречается гораздо реже.

Хусайнбоев Ж.Д., Аликулов О.А., Илхомжоннова С.Т.

ДИСБАЛАНС УРОВНЯ ИНТЕРЛЕЙКИНА-4 И ОБЩЕГО IgE СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Кафедра фтизиатрии Самаркандского Государственного Медицинского Университета

Научный руководитель: Турдибеков Х.И

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: изучение уровня IL-4 и общего IgE у больных

МЕТОДЫ: Проведено исследование спонтанной продукции IL-4 и IgE в сыворотке периферической крови у 28 больных с тяжелым течением БА: 17 – с аллергической формой (АБА) и 11 больных неаллергической БА (НБА), а также 10 практически здоровых лиц. Средний возраст больных – $40,1 \pm 2,1$ года, длительность заболевания – $8,4 \pm 1,9$ года

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ: Наши исследования выявили наличие достоверного повышения содержания IL-4 и IgE в сыворотке периферической крови больных БА. При этом, зафиксировано трехкратное повышение уровня IL-4 у больных с АБА по сравнению с группой здоровых (соответственно $16,22 \pm 1,41$ и $5,16 \pm 1,79$ пг/мл; $p < 0,01$). Также уровень IgE у пациентов с АБА ($1196,32 \pm 254,76$ пг/мл), достоверно отличался от параметров группы здоровых ($219,52 \pm 66,63$ пг/мл; $p < 0,01$) и больных НБА ($229,89 \pm 37,44$ пг/мл; $p < 0,01$). Выявлена положительная корреляционная зависимость между параметрами IgE и IL-4 у больных БА: АБА ($r = 0,68$; $p < 0,01$), НБА ($r = 0,33$; $p < 0,02$). Следовательно, полученные нами результаты показывают некоторую зависимость уровней IL-4 и IgE у больных БА от патогенетического варианта заболевания, отчетливость которого более выражена у пациентов с АБА.

ВЫВОДЫ: можно предположить, что при БА сывороточный уровень противовоспалительного цитокина IL-4 и продукция IgE отражают степень иммунных нарушений, которые варьирует в зависимости от варианта формирования заболевания.

Хусайнов Н.А., Назаров А.А., Сангинов Н.Н

ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МОТИВОВ ПРЕКРАЩЕНИЯ КУРЕНИЯ ТАБАКА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель-ассистент Саидов С.С.

Цель исследования. Изучение психиатрических аспектов проблемы табачной зависимости. Актуальность проблемы курения табака вызвана не только неблагоприятными медико-социальными и медико-биологическими последствиями от курения, но и низкой эффективностью лечения лиц от курения табака.

Материал и методы исследования. Исследование было проведено на базе Республиканского клинического Центра наркологии им. проф. М.Г. Гулямова. В исследовании приняли участие 56 человек с табакокурением. Средний возраст больных $25 \pm 1,5$ лет. Применялись клинико-психопатологический и клинико-анамнестический методы исследования.

Результаты исследования. Клинический психопатологический анализ мотивов прекращения курения показал их неоднородность и многообразие. По частоте выявляемости, представляется тревожно-фобический симптомокомплекс с элементами деперсонализации и автоматизмов на уровне осознания неконтролируемости курения как действия с последующим нарастанием тревожного компонента, связанного с возможными

неконтролируемыми действиями в других ситуациях. Деперсонализационный синдром у больных табачной зависимостью наблюдается в виде сосуществования двух противоположных желаний в одном и том же отрезке времени: желания курения табака с одновременным осознанием его вреда и нежелания курения, что происходит на фоне появившегося ощущения расщепления «Я». Тревожно – депрессивный синдром у больных табачной зависимостью нередко сопровождается с переживанием возможной физической немогучности и инвалидности от курения табака. Смешанный аффективный синдром имеет место у больных с ипохондрическими включениями и стремлением совершенствования своего здоровья. Первые клинические проявления вышеуказанных синдромов наблюдается у больных табачной зависимостью на этапе систематического курения табака и осознание патологического влечения к курению. Становление и формирование клинических синдромов, лежащих в основе мотива прекращения больным курения табака, в известной степени коррелируют с динамикой развития конституциональных особенностей течения основных психических процессов мозга, выявляемой при микропсихиатрическом исследовании больных.

Выводы. Решение проблемы патогенетической терапии табачной зависимости тесно связано с развитием проблемы психического здоровья и психогигиены. Отсутствие в клинике табачной зависимости психоорганической дефицитарной симптоматики и изменений личности, связанным с табакокурением, определяет особое место табачной зависимости в ряду расстройств влечения. В основе мотива прекращения курения табака у подавляющей части изученных больных находятся сформированные клинические синдромы, не относящиеся к клинике табачной зависимости. Большую часть из них представляет синдром тревожной ипохондричности с трансформацией в ипохондрическую моноидею в 10% случаев.

Хусайнов Н.А., Гончарова М.С., Юлдошев С.А.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ РЕЦИДИВА У ЛИЦ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г.Гулямова

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - старший преподаватель Кадырова З.Д.

Цель исследования. Изучить зависимость рецидива шизофрении от социально-адаптационных факторов, а также найти пути решения данной проблемы.

Материалы методы. Исследование было проведено на базе ГУ РКЦП и ГУ РКЦН им. профессора М.Г.Гулямова. Выборка больных была сформирована на основе скрининга историй болезни. Условиями включения в выборку были: диагноз шизофрении на стадии обострения; повторное обращение пациентов в ГУ РКЦП и РКЦН психо-неврологического отделения; социально-профессиональный статус больных; семейное положение. Было изучено 80 историй болезни, всего в выборке оказалось 60 больных с диагнозом шизофрения, различных форм на стадии обострения.

Результаты исследования. По основным характеристикам больные распределились следующим образом: мужчин - 38 (60%), женщин – 22(40%). При диагностике использовалась Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ-10): параноидная шизофрения была у 65% больных; непрерывно текущая, простая форма шизофрения - у 6%; другие формы (рекуррентная и шизоаффективная) у 29% больных. Отметился высокий процент больных, не работающих по состоянию здоровья (72%) и имеющих инвалидность по психическому заболеванию (28%). Доля уровня социальной дезадаптации пациентов в целом соответствует доле уровня инвалидности по психическому заболеванию. 60% больных разведены, 29% - одинокие/никогда не были женаты, 11% имеют семью. Совокупность полученных данных позволяет выделить социальные факторы риска развития рецидива у лиц с шизофренией: а) пониженный уровень социально-трудовой адаптации; б) отсутствие семьи; в) наличие инвалидности по психическому заболеванию; г) стигматизация больных с психическими заболеваниями.

Выводы. В XXI веке становится особенно актуальной задача предотвращения экзаксация эндогенного процесса, которая может быть достигнута, в том числе, при помощи выявления социальных факторов, которые уменьшат риск развития рецидива шизофрении. Специфика шизофренической патологии проявляется в первую очередь в дефиците потребности в общении. Достаточно высокий уровень социально-трудовой адаптации невозможен без активного участия самого больного в реабилитационном процессе, в котором необходимо формировать у пациента произвольную мотивацию. С другой стороны, психиатрический диагноз, в том числе, диагноз шизофрении, до сих пор является стигмой.

Хусейнова М.Х, Сафаров Н.

ОСОБЕННОСТИ ИЗУЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, ПРИВОДЯЩИХ К ИНВАЛИДНОСТИ

Кафедра семейная медицина ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан. Научный руководитель - д.м.н., профессор Ходжиев М.А.

Цель исследования. Изучить структуру и частоту осложнений и летальных исходов у больных с гипертонической болезнью в осложненной форме в специализированных кардиологических стационарах по регионам Республики Таджикистан.

Объект, материалы и методы исследования. Проведены современные клиничко-лабораторные методы исследования, в том числе общеклинические, психосоциальные, ЭКГ, эхокардиограмма, УЗИ исследования у 102 пациентов, из них 62 мужского и 34 женского пола в возрасте от 43 до 69 лет.

Объектом исследования были выбраны республиканский клинический кардиологический центр города Душанбе, Хатлонский областной кардиологический центр и терапевтическое отделение городской клинической

больницы №5 г. Душанбе. Провели клинико-инструментальное исследование у пациентов с гипертонической болезнью в осложненной форме с проведением терапии, направленной на уменьшение количества неблагоприятных исходов.

Изучена частота и структура развития первичной инвалидности вследствие гипертонической патологии с осложнениями за последние годы (2018-2022).

Результаты исследования. В последнее время среди обследуемых пациентов младшего и среднего возраста при гипертонической патологии часто отмечаются осложнения в виде инфаркта миокарда, геморрагического и ишемического инсульта. В группу обследуемых лиц входили 102 больных в возрасте от 46 до 57 лет.

Результаты проведенного исследования показывают, что у 62,6% - геморрагический и ишемический инсульт с признаками инвалидности, из них у 58,2% больных, страдающих инсультами, отмечается парезы конечности, у 42,8% - парезы различного характера, а у 48,4% мужчин отмечался инфаркт миокарда с выздоровлением.

Выводы. Таким образом, можно констатировать, что у каждого второго обследуемого больного отмечаются осложнения различного характера, которые заканчиваются инвалидностями, среди них велика частота инсульта мозга - 62,6%.

Хусейнова М.Х., Сафаров Н.

ОСЛОЖНЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, КОТОРЫЕ ПРИВОДЯТ К ЛЕТАЛЬНОМУ ИСХОДУ

Кафедра семейная медицина ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Ходжиев М.А.

Цель исследования. Изучить структуру и частоту осложнений и летальных исходов у больных с гипертонической болезнью в осложненной форме, находящихся в специализированных кардиологических стационарах, по регионам Республики Таджикистан.

Материалы и методы исследования. Проведены современные клинико-лабораторные методы исследования (анкетный, общеклинический, психосоциальный, ЭКГ, эхокардиограмма, УЗИ исследования) у 184 пациентов, из них 98 мужского и 86 женского пола в возрасте от 43 до 69 лет.

В качестве объекта исследования были выбраны республиканский клинический кардиологический центр и терапевтическое отделение городской клинической больницы №5 г. Душанбе. Использовали клинико-инструментальные исследования у пациентов с гипертонической болезнью с осложнениями и современные методы лечения, направленные на снижение числа неожиданных исходов.

Изучена частота и структура развития первичной инвалидности вследствие гипертонической болезни в осложненной форме за последние годы (2019-2023).

Результаты исследования. Выявлено, что в последние годы лица молодого и среднего возраста страдают гипертоническими болезнями, которые часто дают грозные осложнения, как инфаркт и инсульт. В первую группу обследуемых входили 102 больных в возрасте от 45 до 52 лет (средний возраст 48 лет). Результаты исследований показывают, что у 45,4% мужчин отмечался инфаркт миокарда с выздоровлением, а у 38,6% - ишемический инсульт с осложнениями (парезы и парезы).

Проведенные исследования показывают, что у 82 человек, обследуемых лиц молодого возраста, в 56,7% отмечена транзиторная гипертензия с преходящими нарушениями мозгового кровообращения.

Выводы. Можно констатировать, что у каждого второго и третьего из обследуемых лиц отмечаются осложнения гипертонической болезни, среди которых велика частота инфаркта миокарда - 45,4%.

Хусейнова М.Х., Сафаров Н.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кафедра семейная медицина ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Ходжиев М.А.

Цель работы. Изучить структуру и частоту осложнений и летальных исходов у больных гипертонической болезнью с осложненной формой в специализированных кардиологических стационарах по регионам Республики Таджикистан.

Материалы и методы исследования. На основе современных клинико-лабораторных методов исследования (анкетный, общеклинический, психосоциальный, ЭКГ, эхокардиограмма, УЗИ) проведен мониторинг 174 пациентов, из них 102 мужского и 72 женского пола в возрасте от 43 до 69 лет.

В качестве объекта исследования были выбраны республиканский клинический кардиологический центр, Согдийский областной кардиологический центр, Хатлонский областной и терапевтическое отделение городской клинической больницы №5 г. Душанбе. Проведено клинико-инструментальное исследование пациентов с гипертонической болезнью с осложнениями и лечение, направленное на снижение числа неожиданных исходов.

Изучена частота и структура развития первичной инвалидности вследствие гипертонической болезни с осложненной формой за последние годы (2019-2024).

Математико-статистическая обработка полученного материала осуществляется с использованием общепринятых методов вариационной статистики.

Результаты и их обсуждение. Выявлено, что при стаже работы, равном 0-1 год, наиболее часто встречаются заболевания верхних дыхательных путей и COVID-19 - 28,1%, бронхолегочная патология (туберкулез легких) – 17,2%, гипертоническая болезнь и заболевания ССС, костно-суставной системы и остеохондроз позвоночника

регистрируются в 14,9%, воспалительные заболевания почек и простатиты - 11,6%, заболевания сердца с нарушением ритма 14,2%, гинекологические и экстрагенитальные заболевания 14,0%.

Выводы. Можно констатировать, что у каждого второго лица отмечаются различные заболевания, среди которых велика частота распространенности постковидной пневмонии и туберкулеза легких. Наиболее часто встречаемыми оказались гипертоническая болезнь, заболевания костно-суставной системы, воспалительные заболевания почек и половых органов, гинекологические и экстрагенитальные заболевания.

Хусейнова М.Х.,
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ

Кафедра семейной медицины ГОУ ТГМУ им. Абуалииби Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Ходжиев М.А

Цель работы. Изучить структуру и частоту осложнений и летальных исходов у больных с гипертонической болезнью с осложненной формой в специализированных кардиологических стационарах регионов Республики Таджикистан.

Материалы и методы исследования. Планируются современные клинико-лабораторные методы исследований (анкетный, общеклинический, психосоциальный, ЭКГ, эхокардиограмма, УЗИ исследования) у 744 пациентов, из них 422 мужского и 322 женского пола в возрасте от 43 до 69 лет.

В качестве объекта исследования были выбраны республиканский клинический кардиологический центр, Согдийский областной кардиологический центр, Хатлонский областной и терапевтическое отделение городской клинической больницы №5 г. Душанбе. Планируется провести клинико-инструментальные исследования у пациентов с гипертонической болезнью и ее осложненными формами и современных мер профилактики и лечения, направленного на снижение числа неожиданных исходов.

Изучить частоту и структуру развития первичной инвалидности вследствие гипертонической болезни в осложненной форме за последние годы (2019-2024). Математико-статистическая обработка полученного материала осуществляется с использованием общепринятых методов вариационной статистики.

Результаты и их обсуждение. Выявлено, что при стаже работы, равном 0-1 лет, наиболее часто встречаются заболевания верхних дыхательных путей и COVID-19- 17,2%, бронхолегочная патология (туберкулез легких) – 28,1%, гипертоническая болезнь и заболевания CCC, костно-суставной системы и остеохондроз позвоночника регистрируются в 14,9%, воспалительные заболевания почек и простатиты - 11,6%, заболевания сердца с нарушением ритма 14,2%, гинекологические и экстрагенитальные заболевания 14,0%.

Вывод. Можно констатировать, что у каждого второго лица отмечаются различные заболевания, среди которых велика частота распространенности постковидной пневмонии и туберкулеза легких. Наиболее часто встречаются: гипертоническая болезнь, заболевания костно-суставной системы, воспалительные заболевания почек и половых органов, гинекологические и экстрагенитальные заболевания.

Хусейнова М.М., Турахонов А.А., Нуралиев Н.М.
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ПРИ АТАКСИИ «ФРИДРЕЙХА»

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени
проф. М.Г. Гулямова ГОУ ТГМУ им. Абуалииби Сино. Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., Ганиева М.Т.

Цель исследования. Оценить клиническую картину и провести диагностическое исследование больных с атаксией Фридрейха.

Материалы и методы исследования. Наблюдение проводилось в первом неврологическом отделении НМЦ РТ «Шифобахш». По наблюдению попали 8 пациентов, средний возраст составил от 15 до 30 лет, из них мужчин - 5, женщин - 3 с наследственной атаксией Фридрейха. Всем пациентам проводилось клинико-генетическое и инструментальные (магнитно-резонансная томография (МРТ), электроэнцефалография (ЭЭГ), электрокардиография (ЭКГ)) методы исследования. В исследовании участвовали также неврологи колледжа генетики Лондона.

Результаты исследования. При осмотре неврологом было выявлено у больных спастический тетрапарез 7 (87,5%), большого спастический парез нижних конечностей 1 (12,5%), у всех больных доминирует нарушение походки (атаксия), снижение коленных и ахилловых рефлексов у 8 (100%), а также снижение рефлексов верхних конечностей 7 (87,5%). Постоянным симптомом явился нистагм, скандированная речь, а также шаткая походка. По данным ЭКГ сердца, у 6 (75%) больных отмечалась миокардиодистрофия. При МРТ исследовании выявилась диффузная атрофия спинного мозга у всех больных. При ЭЭГ у всех больных отмечается снижение амплитуды потенциалов действия чувствительных нервов. Молекуло-генетическое исследование подтвердило, что у всех больных гомозиготный тип мутации в гене, кодирующем фратаксин на хромосоме 9q 21.

Вывод. Таким образом анализ клинико-генетического исследования у пациентов с наследственной атаксией Фридрейха, свидетельствуют о том, что заблуждений не было, неврологический статус совпадает с клиникой данного заболевания и был подтвержден генетически.

Хусейнова М.М, Курбонова М.Б., Абдурахмонзода Т.А.
ПОРАЖЕНИЕ ЦНС (ГИПОКСИКО-ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА). КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени
проф.М.Г. Гулямова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н. Ганиева М.Т.

Цель исследования. Определить эффективность комплексной реабилитации детей раннего возраста с гипоксическо-ишемическим поражением ЦНС.

Материалы и методы. В клинические исследования были включены 70 детей в возрасте от 2 месяцев до 4 лет, из них 41 мальчик и 29 девочек с ГИП ЦНС с его последствиями. Комплексное лечение включало применение ноотропных препаратов, физиотерапевтического лечения, занятия логопеда, дефектолога, массаж общий с элементами ЛФК, консультация узких специалистов для исключения патологии других заболеваний.

Результаты исследования. В клинко-неврологическом исследовании было выявлено снижение тонкой моторики на 32%, снизилась познавательная активность на 51%, эмоциональная активность на 38%, у 47% детей тонус мышц снизился, а у 53% детей повысился тонус мышц. Все дети проходили комплексный реабилитационный курс лечения. По окончании курса комплексного реабилитационного лечения достоверно выявлено уменьшение нарушений тонкой моторики на 18,3%, повышение познавательной активности на 30,0% и эмоциональной активности на 20,0%, нормализация мышечного тонуса на 23,5%, а также улучшение общей моторики на 34,8%.

С целью обеспечения дальнейшей преемственности на амбулаторном этапе была разработана образовательная программа школы матерей с обучением навыкам, применяемым ежедневно, как в условиях стационара.

Был проведен сравнительный анализ эффективности выполнения вышеперечисленных логопедических мероприятий и элементов кинезотерапии в амбулаторных условиях, которым были обучены мамы пациентов, эффективность результатов проведенных мероприятий оценивали один раз в 3 месяца.

Следует отметить, что преимущества амбулаторного этапа лечения будут иметь место исключительно при неукоснительном и тщательном соблюдении членами семьи ребенка всех рекомендаций медицинских работников, заинтересованности родителей и близких членов семьи ребенка в процессе лечения и их ответственности, обязательном контроле процесса лечения медицинскими работниками амбулаторно по месту жительства ребенка.

Выводы. Полученные результаты в очередной раз подтверждают целесообразность комплексного воздействия, строгого соблюдения рекомендаций, ответственности и заинтересованности родителей в положительном исходе лечения, что способствует значительному регрессу, а в большинстве случаев, и полному восстановлению недостаточно развитых или утраченных функций психомоторного и речевого развития и обосновывает дальнейшую необходимость применения методики у данного контингента детей.

Хусейнова М.М, Саидов П.А, Назаров С.И.
ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени проф. М.Г. Гулямова ГОУ ТГМУ им.
Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н. Ганиева М.Т.

Цель исследования. Изучить влияние стенозирующего поражения сонных артерий на восстановление афатических нарушений в остром периоде инсульта.

Материалы и методы. На базе кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психиатрии, под наблюдением находилось 200 больных с 2020-2022 гг. Из них 114 мужчин и 86 женщин (57 % и 43 % соответственно), средний возраст составил 58 лет. Все больные были обследованы с применением клинко-неврологического обследования по методике А.Р. Лурия и опроснику речи. Для подтверждения диагноза учитывались данные параклинических методов (магнитно-резонансная томография, компьютерная томография головного мозга, дуплексное сканирование экстракраниальных сосудов, электроэнцефалография).

Результаты исследования. У 95 (47,5%) пациентов, участвовавших в исследовании, была диагностирована моторная афазия, 65 (32,5%) пациентов - сенсорная афазия, а у 40 (20%) пациентов - сенсомоторная афазия. Пациенты, у которых при проведении нейровизуализации выявлялся ишемический очаг, были разделены на подгруппы в зависимости от расположения по отношению к корковому веществу и подкорковым структурам головного мозга. Ишемический очаг корковой локализации (14,9%), подкорковый очаг (37,6%), корково-подкорковый ишемический очаг (47,5%). Все пациенты были обследованы на наличие факторов риска развития ишемического инсульта: стенокардия, хроническая сердечная недостаточность, фибрилляции предсердий, СД, инфаркты миокарда, стенозы БЦА и т.д. Влияние локализации очага инсульта и факторов риска не оказали существенного влияния на восстановление речи. Статистически значимых различий не получено. Отчасти это связано с тем, что больные в стационаре получали адекватную терапию сопутствующих заболеваний. Имели нормальные цифры АД, коррективные показатели глюкозы крови и т.д.

Вывод. Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу является предиктором худшего восстановления речи у пациентов при постинсультных афазиях.

Хусейнова М.М, Нуралиев Н.М, Зарипов Н.А.
РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОПАТИЕЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени
проф.М.Г. Гулямова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель- к.м.н. Ганиева М.Т.

Цель исследования. Реабилитация пациентов с невропатией лицевого нерва в амбулаторных условиях.

Материал и методы исследований. Нами было проведено наблюдение за взрослыми людьми от 20 до 45 лет, у которых развился острый паралич лицевого нерва. Проведены: клиничко-неврологический осмотр, лабораторные показатели, МРТ головного мозга, электронейромиография (ЭНМГ). Контроль динамики состояния проводился на основании оценки по шкале Хауса-Браакмана. Программа реабилитационного лечения включала в себя физиотерапию (иглотерапию, электрофорез, массаж, мимическую гимнастику, магнитотерапию), фармакотерапию (нейропротективное лечение, витаминотерапию).

Результаты. В ходе исследования выявилось, что у одного из больных паралич несет рецидивирующий характер. А у другого пациента имело место краниоспинальное поражение с клиническими признаками спинальной цервикальной недостаточности. Курс реабилитационного лечения проводился у 20 пациентов (8 мужчин, 12 женщин) с клиническими проявлениями периферической невропатии лицевого нерва умеренной, среднетяжелой и тяжелой степени тяжести пареза мимической мускулатуры по шкале Хауса-Браакмана. У 11 пациентов была идиопатическая невропатия лицевого нерва, у 1 пациента послеоперационная (операция на околоушной железе). Средний срок развития пареза мимической мускулатуры на момент начала реабилитационного лечения составил 17-20 дней. В зависимости от степени тяжести пареза пациенты получили 1,2,3-х курса реабилитационного лечения в течение определенного срока. Частичное восстановление функции мимических мышц (II степени по шкале Хауса-Браакмана) после 1-го курса терапии отмечено в 3 случаях. Значительное улучшение (III степени по шкале Хауса-Браакмана) уже после 3-х курсов терапии наблюдалось в 1 случае. Полное восстановление после 2-х курсов лечения отмечалось в 4 случаях.

Вывод. Повторные и продолжительные курсы комплексной реабилитации пациентов с перенесенной невропатией лицевого нерва позволяют восстановить функцию парализованных мышц и улучшить качество жизни пациента.

Цыганова Т.В., Романова А.О.
АНТИАРИТМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Кафедра амбулаторно-поликлинической терапии ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева», Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Прекина В.И.

Цель исследования. Изучить встречаемость различных форм фибрилляции предсердий (ФП) и проводимую антиаритмическую терапию.

Материал и методы. Проведен анализ медицинских карт пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях. В исследование включено 90 пациентов в возрасте от 46 до 84 лет (средний возраст $69,6 \pm 0,8$ лет) с ФП, из них 31 мужчин (средний возраст $65,7 \pm 1,6$) и 59 женщин (средний возраст $71,1 \pm 1,0$). В среднем давность ФП была равна $4,14 \pm 0,28$ года (от 1 до 15 лет). Оценивали проводимую антиаритмическую терапию. У пациентов с постоянной формой ФП качество контроля частоты сердечных сокращений (ЧСС) проводили по ЧСС на последних двух визитах к врачу.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что чаще встречалась пароксизмальная форма ФП - в 45 (50%) случаев, постоянная – в 32 (35,6%) и персистирующая – в 13 (14,4%). Контроль симптомов ФП складывается из 2 направлений: «контроль ритма» или «контроль ЧСС». Тактика выбирается в зависимости от переносимости аритмии, размера полостей сердца, возраста и предпочтений пациента, эффективности антиаритмических препаратов (ААП). В проведенном исследовании тактика «контроля ритма» была выбрана у 58 (64,4%) больных. Бета-адреноблокаторы (БАБ) применялись у большинства пациентов – у 36 (40%), в том числе в качестве монотерапии – у 19 (21,1%), в комбинации с ААП III класса – у 13 (14,5%) и с препаратом IC класса – у 4 (4,4%). Менее используемой оказалась монотерапия ААП III или IC классов – у 15 (16,7%) и 7 (7,8%) человек соответственно. Препаратами выбора в группе БАБ стали: бисопролол, метопролол, небиволол, карведилол; в группе ААП III: амиодарон, соталол, а из ААП IC класса предпочтение было отдано этацизину и аллапинину. Используемая медикаментозная терапия, включая подобранные дозы препаратов, соответствует принципам Национальных клинических рекомендаций. Тактика «контроль ЧСС» была выбрана у 32 (35,6%) пациентов. У этой группы больных использовались либо только БАБ - 20 (22,3%) человек, либо БАБ в сочетании с дигоксином 8 (8,9%) человек. Монотерапия верапамилом проводилась в 1 (1,1%) случае, и в 3 (3,3%) - ритмурежающая терапия не проводилась так как была ФП нормосистолическая. Для оценки адекватности проводимой терапии по «контролю ЧСС» оценили достижение целевых уровней (ЦУ) ЧСС. Оказалось, что ЦУ ЧСС менее 110 в мин. (так называемый «мягкий» контроль ЧСС) больных с постоянной формой ФП достигался в абсолютном большинстве случаев – 30 (93,8%), из них у 17 (53,1%) ЧСС была менее 80 в мин., то есть достигался «жесткий» контроль ЧСС. У 2 пациентов (6,2%), несмотря на лечение, ЧСС в покое была выше 110 в мин., что было связано с применением неадекватно низких доз препаратов, снижающих ЧСС (бисопролол или верапамил в суточных дозах 5 мг 80 мг соответственно).

Выводы. Пароксизмальной формы ФП была самой распространенной и составила 50% случаев, постоянная – 35,6%, персистирующая – 14,4%. Для лечения аритмии у 64% больных использовалась тактика «контроль ритма», а у

36% - тактика «контроль ЧСС». У большинства пациентов с постоянной ФП достигался адекватный контроль ЧСС. Недостаточный контроль ЧСС у 6,2% больных был обусловлен низкими дозами препаратов, снижающих ЧСС.

Шагиева Э.Р., Файзуллоев Д.Ш., Идибеки Хайридин
НЕКОТОРЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ НА ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ

Кафедра семейной медицины ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Носирова М.П.

Цель исследования. Изучить возможности клинического применения лазеротерапии на первичном звене и её дальнейшие перспективы.

Материал и методы. На базе государственного учреждения «Медицинского комплекса здоровья Истиклол» проведено проспективное исследование применения в комплексной терапии у 860 пациентов, страдающих различными заболеваниями, современного метода физиотерапии - лазерного облучения. Структура заболеваемости пациентов, получивших внутривенное облучение крови и наружное лазерное облучение: заболевания лор-органов (21,1%), дыхательной системы (15,8), заболевания печени и билиарного тракта (11,0%), сахарный диабет (10,1%), опорно-двигательного аппарата (9,2%), урологическими заболеваниями (8,6%), кожные заболевания (7,3%), неврологическая патология (6,0%), ишемическая болезнь сердца (5,7%), гипертоническая болезнь (5,2%).

Результаты исследования. Анализ данных проведённого исследования выявил положительную динамику ранней лазеротерапии, особенно, при острых заболеваниях лор-органов, уменьшение дней нетрудоспособности более, чем на 3 дня. Применение сочетанного наружного воздействия и внутривенного лазерного облучения крови при хронических формах заболеваний сократило количество рецидивов, обеспечивая при этом стабильный и длительный период ремиссии у 76 % больных в течение года и у 24% больных - в течение 18 месяцев. Положительная динамика, регрессирование воспалительного процесса (37,7%), восстановление двигательной активности (23,4%), значительное уменьшение боли и утренней скованности (56,7%), повышение качества жизни (68,8%), отмечены у пациентов, страдающих артритом, тендовагинитом, артрозом, остеохондропатией. Отмечены ранняя нормализация клинико-лабораторных показателей, сокращение сроков обострения и удлинения ремиссии при лазеротерапии юношеских угрей, акне, атопического дерматита, аллергической экземы.

У пациентов, страдающих гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца, выявлено гиполипидемическое действие лазерного облучения, достоверное снижение артериального давления (на 15-20 мм рт.ст.) после первого курса и, на столько же, после второго курса внутривенной лазерной терапии. А также улучшение реологических свойств и биохимических показателей крови.

Обращает на себя внимание состояние здоровья пациентов, страдающих сахарным диабетом. После 4-5 сеансов внутривенного лазерного облучения крови отмечалось снижение уровня сахара крови с 18 ммоль/л до 10 ммоль/л, а у некоторых (34,6%) и до верхней границы нормы. Положительная динамика отмечалась раньше у пациентов с ранней стадией заболевания, у которых хроническое повышение уровня сахара в крови ещё не причинило вред организму.

Выводы.

1. Проведённая в амбулаторных условиях лазерная терапия пациентов, страдающих различными заболеваниями, показала возможность широкого применения инновационного метода физиотерапии на первичном звене.
2. Анализ результатов лечения пациентов показал нивелирование клинических проявлений основного заболевания, тенденцию к нормализации клинико-лабораторных показателей, улучшение состояния здоровья, удлинение сроков ремиссии при хронической патологии, сокращение частоты рецидивов.
3. Применение лазеротерапии в амбулаторных условиях позволяет сократить финансовые расходы пациентов, связанные с приобретением медикаментов и стационарным лечением, а также улучшить качество жизни.

Шамсов А. А., Мирзоев С.З., Мирзоев И.А.
ВЛИЯНИЕ ВНУТРИСУСТАВНОГО ВВЕДЕНИЯ ГК НА ТЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ.

ГОУ «Республиканский медицинский колледж» кафедра терапии.

Цель работы. Изучить влияние внутрисуставного введения ГК на течение остеоартроза коленных суставов.

Материал и методы исследования. В работе представлены материалы исследования 26 больных с остеоартрозом коленных суставов, находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении Национального медицинского центра РТ «Шифобахш» (НМЦ РТ).

Все больные были разделены на две группы. В I вошли 7 (26,9%) больных (5 женщин-71,4% и 2 мужчин-28,6%) с остеоартрозом коленных суставов с явлением синовита. Во II группу вошли 19 (73,1%) больных (14 женщин-73,7% и 5 мужчин-26,3%) с остеоартрозом коленных суставов без синовита. Обследование в стационарном лечении больных с достоверным диагнозом остеоартроза коленных суставов. Возраст больных составил от 48 до 65 лет. Все пациенты проходили обследование по следующим показателям: общий анализ крови, ревмопробы, фракция белков, R - графия суставов, общий анализ мочи, ЭКГ.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате наших исследований выявлена следующая выраженность симптомов: боли в суставах, усиливающиеся при физической нагрузке, припухание суставов, «стартовые» боли, скованность не более 20-30 минут, синовит, ограничение движения.

Пациенты I группы 7 (26,9%) получали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) по стандартной дозе и учитывая то, что у них явление синовита, они получали глюкокортикоиды (ГК) кеналог 40 мг

внутрисуставно. Пациенты II группы 19 (73,1%), получали НПВП в стандартной дозе. Пациенты обеих групп принимали омез 20 мг х 2 раза в день. Пациенты I группы после применения кеналога внутрисуставно уже на следующий день чувствовали себя хорошо.

На основании полученных результатов было выявлено, что положительные сдвиги клинико-лабораторных показателей активности РА в момент завершения исследования наиболее ярко были представлены у пациентов I группы. У пациентов этой группы к моменту завершения исследования клиническая ремиссия заболевания зафиксирована 85,7%, у пациентов II группы аналогичный показатель составил 63,4%.

Выводы: Полученные результаты показывают, что внутрисуставное применение ГК при остеоартрозе коленных суставов с явлением синовита является высокоэффективным методом лечения, улучшения качества жизни больных и социально-экономических затрат общества.

Шамсов А. А., Мирзоев С.З., Мирзоев И.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НПВП (МЕЛОКСИКАМ) ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ.

ГОУ «Республиканский медицинский колледж» кафедра терапии.

Цель работы. Оценить эффективность применения мелоксикама при псориатическом артрите.

Материал и методы исследования. В исследование были включены данные 17 пациентов (мужчин) с достоверным диагнозом псориатического артрита, которые наблюдались в ревматологическом отделении Национального медицинского центра РТ «Шифобахш». Возраст больных составил от 18 до 39 лет. Все пациенты проходили обследование по следующим показателям: общий анализ крови, ревмопробы, фракция белков, R-графия суставов, общий анализ мочи.

Результаты исследования и их обсуждение. При поступлении у больных выявлена следующая выраженность симптомов: припухание суставов (в виде моноартрита), боли в суставах, усиливающиеся в ночное время и при физической нагрузке, незначительная утренняя скованность, ограничение движения. В настоящее исследование были включены 2 группы больных. В I группу 9 (52,9%) больных, получавших мелоксикам перорально (7,5 мг х 2 раза в день), во II группу 8 (47,1%) больных, получивших разные НПВП (нестероидные противовоспалительные препараты) диклофенак и ортофен перорально нужную дозу. Пациенты обеих групп принимали омез 20 мг х 2 раза в день. В ходе исследования выявлено, что через 14, 21, 26 дней после применения диклофенака и ортофена, у 3, 4, 7 пациентов II группы появились такие побочные эффекты как головная боль, диспепсические явления и незначительное боли в области эпигастрии. Пациенты I группы, которые принимали мелоксикам в рекомендуемых терапевтических дозах, показали хорошую эффективность и переносимость и хорошо сочетались с приёмом других препаратов. В процессе тщательного наблюдения за пациентами было выявлено, что у больных I группы выздоровление отмечено у 88,9% и без побочных явлений, у пациентов II группы выздоровления отмечено 62,5% с побочными явлениями и на некоторое время усугублялось лечение больных.

Выводы: Таким образом, полученные данные настоящего исследования и данные других исследователей свидетельствуют о том, что у больных с псориатическим артритом при применении мелоксикама в рекомендуемых терапевтических дозах отмечается хорошая эффективность и переносимость и является способом выбора.

¹Шамсов Э.Р., ¹Тухтаева М.М., ²Сатторова Р.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АТИПИЧНОЙ ФОРМЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА

¹Кафедра терапевтических дисциплин №1 ГОУ ХГМУ. Таджикистан.

²Медицинский колледж ГОУ ХГМУ района Дангара. Таджикистан.

¹Научный руководитель – Эргашев Х.Ю.

Цель исследования. Определить частоту встречаемости атипичной формы инфаркта миокарда (ИМ) и провести оценку динамики развития за последние 2 года в Дангаринском районе.

Материал и методы исследования. Был проведён анализ историй болезни 52 пациентов, перенёсших ИБС в течение 2021-2022 годов. При исследовании особое внимание было уделено жалобам, субъективным методам исследования таким как опрос, анамнез заболевания, вредным привычкам, сопутствующим заболеваниям. Так же было сделано сравнение предварительных и заключительных диагнозов больных.

Результаты исследования. В течение 2021-2022 годов в отделение были госпитализированы 778 больных. Из них ИБС страдали 142 что составляет 18,3%. Среди пациентов с ИБС диагноз «Инфаркт миокарда» был поставлен 58 что составляет 40,8%. При анализе жалоб в истории болезни было выявлено 8 пациента с атипичной формой ИМ что составляет 13,8% из всех больных перенёсших ИМ. Из вредных привычек алкоголизм имели двое. У оставшихся пациентов с атипичной формой ИМ вредные привычки не отмечались. Из сопутствующих заболеваний у 2 из них был отмечен сахарный диабет, у 2 язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки, у всех в историях болезни отмечалась гипертоническая болезнь II и III степени. Двое из них жаловались на боль в эпигастрии, при этом загрудинной боли и иррадиации у этих пациентов не наблюдалась. У 4 других в жалобах болевой синдром не наблюдался, что говорит о безболезненной форме ИМ. Двое пациентов поступили с жалобами на нарушения дыхания, после проведения дополнительных методов исследования этим пациентам были поставлены диагнозы ИМ.

После анализа историй болезни пациенты с атипичной формой ИМ были разделены на 3 группы: абдоминальная форма ИМ – 2 пациента, астматическая форма ИМ – 2 пациента и безболезненная форма ИМ – 4 пациента. У каждого из этих пациентов предварительный диагноз отличался от клинического. Пациентам первой группы был поставлен предварительный диагноз гастрит, второй группе сердечная астма, а третьей аритмия.

Выводы. Результаты исследования показывают, что вероятностью проявления атипичной формой ИМ

являются сопутствующие заболевания, такие как сахарный диабет и гипертоническая болезнь. Часто встречаемой формой ИМ является безболевого ишемия что больше наблюдалось у больных с сахарным диабетом.

Шарипов Ш.А., Саидов П.Н., Нуралиев Н.М.
ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКӢ-ЛАБОРАТОРӢ ВА ПЕШГИРИИ СИНДРОМИ ГИЕННА-БАРРЕ ДАР КӢДАКОН

Кафедраи асабшиносӣ, психиатрия ва психологияи тиббӣ ба номи профессор Ғуломов М.Ғ. «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» Роҳбари илмӣ: Исрофилов М.О.

Мақсади омӯзиш: Омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ ва лаборатории пешгирии СГБ дар кудакон.

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Дар МД ММТҚТ «Шифобахш» дар заминаи кафедраи асабшиносӣ, психиатрия ва психологияи тиббӣ ба номи профессор Ғуломов М.Ғ. «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» дар давраи аз соли 2020 то 2022 таҳлили ретроспективи таърихи бемории 28 кудак аз 10-моҳа то 16-сола бо таҳхиси ПШИ (Полиневропатияи шадиди илтиҳобӣ) гузаронида шуд. Таҳхиси СГБ аз руи меъёрҳои таҳхиси ТУТ (1990) муқаррар шудааст. Тавзеҳи шакли СГБ аз рӯи маълумоти тадқиқоти электронейромиография (ЭНМГ) мувофиқи меъёрҳои нейробиологӣ гузаронида шуд. Дар кудакони СГБ таҳлили анамнестикӣ, муоинаи неврологӣ, тадқиқоти электронейромиография (ЭНМГ), таҳхиси вирусологии намунаҳои ахлот барои энтеровирусҳо, санҷиши хуни серологӣ барои гурӯҳи герпетикӣ, вируси герпеси оддӣ ва ситомегаловирус гузаронида шуд.

Натиҷаҳои омӯзиш ва муҳокимаи онҳо. Дар байни кудакон шакли бартаридошта ПШИД (полиневропатияи шадиди илтиҳобии демиелинизатсияи шуда) (22 ҳолат, 79%), НШМА (невропатияи шадиди мотор-аксоналӣ) (4 ҳолат, 14%) ва НШМСА (нейропатияи шадиди мотор-сенсорию аксоналӣ) камтар маъмул (2 ҳолат, 7%) мебошанд. Одатан ба СГБ сироятҳои системаи нафаскашӣ 48% ва сироятҳои системаи ҳозима (танҳо 1 бемор, 3%) рост омад. Инчунин як ҳолатӣ аз осеби қаблӣ ва гипотермия муайян карда шуд (ҳар кадом 3%). 42% боқимондаи кудакон дар давраи пеш аз бемории триггерҳои мушаххас надоштанд, беморӣ дар онҳо дар заминаи саломатии комил инкишоф ёфтааст. СГБ (синдром Гиенна Барре) дар кудакон дар тӯли сол бидуни мавсими равшан рух дод, аммо аксари кудакон дар тирамоҳ бемор шуданд (13%). Дар байни кудакон шакли вазнини СГБ вақте ки кудак бистарӣ аст ва ба нигоҳубинии доими ниёз дорад зиёдтар аст (14 бемор, 45% ҳолат). Шиддати миёнаи беморӣ низ маъмул аст, вақте ки кудакон тавонистанд бо дастгирӣ ба масофаҳои кӯтоҳ ҳаракат кунанд (11 бемор, 36% ҳолатҳо). Шакли сабуки беморӣ ҳеҷкам ба назар мерасид (5 бемор, 16%). Инчунин ягон мушкӣ ба қайд гирифта нашудааст. Таҳлили ММСХ (моёи мағзи сар ва хароммағз)-и 18 бемор мавҷудияти диссоциатсияи сафеда-хучайраҳоро тасдиқ кард. Дар байни беморон муоинаи ММСХ, ки дар ҳафтаи 1-ум гузаронида шуд, сатҳи сафеда аз 0,495 то 3,3 г/л ва 0,66 г/л дар 100% ҳолатҳо аз меъёр зиёд буд. Дар 9 беморон (67%) сатҳи сафедавии ММС аз ҳолати муқаррарӣ баландтар буд.

Хулоса. Ҳамин тариқ, дар рафти тадқиқот, хусусиятҳои зерини СГБ муайян карда шуданд: як қисми ками сироятҳои меъдаю рӯда дар байни триггерҳо дар популятсияи кудакон, чараёни сабуктар дар ибтидо ва авҷи беморӣ, барқароршавии хеле зуд ва пурраи кудакон нисбат ба калонсолон. Маълум мешавад, ки кудакӣ худ як омил мусоидест, ки чараёни муътадили давраҳои шадид, барқароршавӣ ва пешгӯии беҳтарро таъмин мекунад. Аммо, сарфи назар аз ин чараёни бениҳоят вазнини СГБ бо вайроншавии функсияҳои ҳаётан муҳими он хеле кам мушоҳида карда шуд ва регрессияи нишонаҳои неврологӣ 75% ба даст омад.

Шарифзода Т.М., Дусанова В.Х., Шаропова Т.Б.
ЧАРАӢНИ СИРОЯТИ КОРОНАВИРУСИ НАВИ COVID-19 ДАР БЕМОРОНИ ДИАБЕТИ ҚАНД

Кафедраи бемориҳои сироятӣ МДТ “МДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” Тоҷикистон.

Роҳбари илмӣ, профессор Раҳмонов Э.Р.

Мақсади таҳқиқот. Муайян намудани чараёни сирояти короновируси Covid-19 дар беморони диабети қанд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар беморхонаи клиникӣ шаҳрии бемориҳои сироятӣ зери назорати мо 14 нафар сироятёфтаи Covid-19 бо бемории диабети қанд қарор доштанд. Аз инҳо аз 40 то 50 сола – 6 нафар, аз 50 то 60 сола – 4 нафар, аз 60 то 70 сола – 2 нафар, аз 70 сола боло – 2 нафар. Занҳо 5 нафар ва занҳо 9 нафар.

Ҳамаи беморон бо диабети қанди навъи-2 буданд. Таҳхиси сирояти короновируси Covid-19 бо усули молишак аз ҳалқ ва бини (PSR) тасдиқи ҳудуд ёфтаанд. Таҳхиси илтиҳоби полисегментарии шушҳо дар асоси хулосаи томографияи компютерӣ гузошта шуда буд.

Натиҷаи таҳқиқот. Новобаста аз синну сол ҳама беморон дар ҳафтаи дуҷуми сироятёбӣ таҳхисгузорӣ шудаанд ва ба ҳисоби миёна $10,5 \pm 1,6$ рӯзро ташкил дод. Дар рӯзи бистаришавӣ беморон чунин шикоятҳои доштанд: мондашавӣ (71,4%), аракунӣ (57,1%) ва нафастангӣ (20,5%). Ҳамаги 2 нафар (14,3%) бемор оиди ҳароратбаландӣ шикоят намуданд. Дар вақти қабул ба ҳисоби миёна $SpO_2 - 83,1 \pm 2,2\%$ ташкил дод. Алоими шадиди дисстрессии роҳҳои нафас (ОРДС) дар 5 (35,7%) ҳолат дар вақти қабули беморон таҳхисгузорӣ шудаанд ва ин беморон дар шуъбаи эҳё бистарӣ карда шудаанд. Илтиҳоби дутарафаи шушҳо дар 14 нафар (100%), ки баъди гузаронидани КТ таҳхисгузорӣ шудааст, ба қайд гирифта шуд. Тағиротҳои дар таҳлили умумии хун: дар 8 (57,1%) нафар бемор лимфопения, лейкоцитоз дар 3 ҳолат (21,4%), баландшавии СРБ дар 9 нафар бемор (64,3%). Баландшавии глюкозаи хун дар беморон аз 10,3% то 28,1 ммол/л мушоҳида шуд. Дар 5 нафар бемороне, ки дар шуъбаи эҳё бистарӣ шудаанд микдори миёнаи глюкозаи хун $19,1 \pm 1,8$ ммол/л ва $SpO_2 - 63,7 \pm 3,8\%$ ташкил дод. Аз рӯзи аввали бистаришавӣ сирояти короновирусӣ дар ин гурӯҳи беморон чараёнаш вазнин буда, дар 2 (14,3%) ҳолат ба фавти беморон оварда расонидааст.

Хулоса. Алоими гипергликемия яке аз сабаби асосии вазниншавии ҳолати беморон ва фавти онҳо мегардад. Гипергликемия дар аввали гирифтани беморон сирояти Covid-19 алоими ғайриқаноатбахш буда, аз табибон дар рӯзҳои аввали қабули ин гурӯҳи беморон диққати махсусро талаб менамоянд.

Шарифова Б.З.
КАРДИОРИСК ПРИ ВЛИЯНИИ МОБИЛЬНОЙ ЧАСТОТЫ
Кафедра внутренних болезней №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе
Научный руководитель -Зоидбоева Н.З.

Цель исследования. Дать субъективную оценку состояния здоровья операторов базовых станций сотовых компаний.

Материал и методы. Обследованы лица с различным временным и частотным действием мобильного излучения. С этой целью все обследованные лица были распределены на три группы: 1 группа - лица, не имеющие мобильный телефон; 2-я группа- активные пользователи мобильных телефонов (более 5-6 часов в сутки); 3 группа – лица, работающие с коммутаторами, генераторами и антеннами на базовых станциях сотовых компаний. Стаж работы был более 5 лет. Возраст обследованных был от 22 до 48 лет. Проведены общеклинические лабораторные исследования, а также осмотр врача-кардиолога и невропатолога.

Результаты. При опросе всех групп обследованных, которые на наш взгляд считаются практически здоровыми лицами и имеющие систематический контакт с электромагнитным излучением стандарта сотовой связи GSM позволил выявить высокую частоту жалоб невротического типа. Наибольшее количество жалоб предъявляли лица из группы операторов сотовой связи. Среди них основными были: быстрая утомляемость (51 человек против 22 регулярных пользователей мобильными телефонами); нарушения сна (31 против 9 пользователей телефонами). Нередко у лиц 3 группы основной жалобой была головная боль (23 человека-15,7%). Несомненно, что патогенетической основой данных жалоб являются не только нервно-психические и эмоциональные стрессы, но и цереброваскулярные нарушения. Анализ частоты предъявляемых жалоб указывает на высокую частоту жалоб астено-невротического, психоневрологического характера у лиц 3 группы. В тоже время у лиц 1 группы, т.е. не контактирующих с излучением и не имеющих телефонов, отмечается самая низкая частота жалоб.

Анализ состояния сердечно-сосудистой системы позволил установить изменения у лиц 2 группы: повышенные цифры артериального давления у 10 (6,8%), а также у лиц 7 (4,7%) на ЭКГ имеются признаки нарушения процессов реполяризации миокарда. ЧСС в среднем для лиц данной группы составила 77 ударов в минуту. У лиц данной группы в одном случае регистрировались единичные экстрасистолы на ЭКГ. Обращает внимание, что у 8 (5,4%) обследованных регистрируется синусовая тахикардия. Признаки перегрузки левых отделов сердца регистрировались у 3 (2,0%) обследованных.

Более выраженные изменения на ЭКГ выявлены у лиц 3 группы. Среди основных изменений выявлена артериальная гипертензия у 14 (9,5%), нарушение процессов реполяризации у 18 (12,3%) обследованных, перегрузка левого желудочка отмечена у 9 (6,1%) обследованных.

Среди всех нарушений ритма сердца особенно часто регистрировались предсердные экстрасистолы, составляя у 7 (4,7%) человек из 3 группы. Нередко среди основных изменений регистрировалась синусовая тахикардия – у 10 обследованных (6,8%), более реже наблюдалась синусовая брадикардия - 5 (3,4%) случаев.

Таким образом, результаты проведенных исследований не исключают вероятности того, что сотовые телефоны могут являться источниками электромагнитного излучения. Если пользователь телефоном подвергается интенсивному облучению во время разговора (голова, шея), то работники базовых станций подвержены более интенсивному общему облучению.

Закключение. Работники сотовых компаний, обслуживающие техническое оборудование с излучением превышающим ПДК, должны ежегодно проходить углубленные медицинские осмотры.

Шарифова Ш.Ш., Абдукадоров Ш.Ш., Ходжаева З.Г.
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА
Кафедра семейной медицины ГОУ ТГМУ им.Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – старший преподаватель Рахматуллоева З.Р.

Цель исследования. Изучить железодефицитную анемию у детей в практике семейного врача.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт ф. №24 у 23 детей в возрасте от 3 месяцев до 2 лет, которые наблюдались семейными врачами по поводу железодефицитной анемии (ЖДА) в Государственном учреждении, Городском центре здоровья №12 (ГУ ГЦЗ №12) за период с 2022г по 2023г. Всем детям проводилось: клинико-лабораторные исследования, общий анализ крови, мочи и кала на яйца – глисты. По показаниям консультация узких специалистов.

Результаты исследования. При ретроспективном анализе, у матерей детей в 39 % отмечался гестоз и фиксировалось железодефицитная анемия беременных, у многих матерей были хронические инфекции - 8 %. У 15% женщин был короткий перерыв между беременностями (1-1,5 года), 50 % женщин были первородящими. У детей до года следует выделить крупный плод при рождении, дефекты вскармливания, фоновые заболевания рахит, гипотрофия, частые ОРВИ, кишечные заболевания. Основными клиническими проявлениями ЖДА, у больных детей была общая вялость, снижение аппетита, потливость, беспокойный и поверхностный сон, срыгивание, бледность слизистых оболочек и кожи, плохая прибавка в весе, отставание в нервно-психическом развитии.

Характерны следующие лабораторные показатели ЖДА. У 16 (69,5%) детей, с I степенью $Hb - 100 \pm 1,5$ г/л, $Eg - 37,2 \pm 0,1 \times 10^{12}/л$, $COЭ - 7$ мм/ч, ретикулоциты – $2,1 \pm 0,1\%$, $CЖ - 10 \pm 1,1$ мкмоль/л, $T - 2,7 \pm 0,05$ мкмоль/л, $OЖСС - 59,9 \pm 0,7$ мкмоль/л, $\Phi - 72,4 \pm 1,8$ нг/мл. II степенью у 6 (26,1%) пациента, $Hb 85,4 \pm 2,0$ г/л, $Eg - 3,4 \pm 0,4 \times 10^{12}/л$, $COЭ - 12$ мм/ч, ретикулоциты – $2,8 \pm 0,3\%$, $CЖ - 6,5 \pm 2,2$ мкмоль/л, $\Phi - 39,6 \pm 1,6$ нг/мл, $OЖСС - 64,1 \pm 0,1$ мкмоль/л, $T - 3,8 \pm 0,01$ мкмоль/л.

И у 1(4,3%) ребенка с III степенью ЖДА, Hb- 66,0г/л, Ht - 19%, эритроциты - 3,2 г/л, лейкоциты 7,0, СОЭ – 32 мм/ч, этого пациента, 1 год 9 месячного возраста, госпитализировали в гематологическое отделение в центр «Шифобахш» г. Душанбе. Дети проконсультированы врачом гематологом и взяты на диспансерный учет семейным врачом заведена ф№30.

Выводы. Анамнезы матерей и детей показали, что у всех детей присутствовали факторы риска развития анемии. Уменьшить процент детей с ЖДА позволяют своевременно проводимые профилактические мероприятия, антенатальном, и в постнатальном периодах. Грудное вскармливание, своевременным введением прикормов и коррекция питания.

Шарофидинова М.А., Рахмонова Л.У., Джобирова Дж.М.

СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНОГО С ГЕМОФИЛИЕЙ А

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

Научный руководитель - старший преподаватель кафедры Шарифов М.М.

Цель исследования. Изучить развитие нефропатии при гемофилии А на примере одного клинического случая.

Материалы и методы исследования. Больной Х.Х., 38 лет, поступил 4 февраля 2023 г. в гематологическое отделение ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» с жалобами на общую слабость, появление мочи красного цвета, сопровождающейся болью в пояснице, а также боль в спине и коленях и ограничение движения в коленях. По словам больного, гематурия наблюдается последние 7 дней. Пациент считает себя больным с детства и находится под наблюдением гематологов с диагнозом «Гемофилия А». В детском и взрослом гематологическом отделении получал амбулаторное и стационарное лечение несколько раз. Общее состояние больного в момент поступления тяжелое. Кожа и слизистые оболочки бледные. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. Симптом Пастернацкого с обеих сторон положительный. Были проведены следующие дополнительные методы исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмма, биохимия крови, УЗИ, ЭКГ.

Результаты исследования. Лабораторные данные: Общий анализ крови: Гемоглобин-127г/л, Эр-4,40*10¹²/л, гематокрит-38,2%, ретикулоциты-1,2%, лейкоциты-8,04*10⁹/л, нейтрофилы-6,95*10⁹/л, лимфоциты-0,60*10⁹/л, моноциты-0,35*10⁹/л, эозинофилы-0,14*10⁹/л, базофилы-0*10⁹/л. **Общий анализ мочи:** кол-во-30,0, цвет-красноватый, белок-2,64 г/л, эпителии-незнач., лейкоциты – 20-25 в п.з., эритроциты- сплошь. **Коагулограмма:** АВРП-150, АЧТВ-50, ПТИ-94%, ПТВ-17, тромбост-1-11, фибриноген-0,23 г/л, фибрин-1мг, VIII фактор – 6,0%, IX фактор-114,0%, фактор Виллебранда-100%. **Биохимия крови:** общий билирубин-14,0 мкмоль/л, свободный билирубин-4,0 мкмоль/л, связанный билирубин-10,0 мкмоль/л, АлАт-35,0 Ед/л, АсАт-25,0 Ед/л, мочевины- 9,4 ммоль/л, креатинин-112,0 мкмоль/л, HIV-отрицательно, HbSAg-отрицательно, anti-HCV – положительно.

Выводы. Таким образом, данное исследование показывает, что при гемофилии А возможно поражение почек по типу гемофилитической нефропатии, основным симптомом которого является микро- и макрогематурия, о чем свидетельствуют данные лабораторных анализов: высокий уровень эритроцитов и белка в общем анализе мочи, повышение уровня мочевины и креатинина в биохимическом анализе крови.

Шарофова М.О., Норова С.Х., Аюбова Д.Х.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра семейной медицины ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Носирова М.П.

Цель исследования. Изучить некоторые показатели диспансеризации беременных женщин и мероприятия по оптимизации их здоровья в практике семейного врача.

Материал и методы. На базе городского центра здоровья проведено ретроспективное исследование, оценка показателей диспансеризации и состояния здоровья беременных женщин на основании сводных отчетов за 2021 и 2022 календарных годов.

Результаты исследования. Анализируя данные отчетов выявлено увеличение количества женщин репродуктивного возраста в 2022 году (12802 женщины в 2021 году и 13347 пациенток в 2022), также как и показатель рождаемости с 17,8 до 19,0. Наиболее важным критерием качества диспансеризации является ранняя постановка на учет женщин по беременности, всего в 2021 году было взято на учет 957 пациенток, из них 947 (98,9%) до 12-ти недель беременности. В 2022 году этот показатель улучшается на 0,3%, т.е. из 1042 беременных - 1034 (99,2%) женщины встали на учет в ранние сроки, как и полагается. Отмечается более чем в два раза снижение количества беременных с отягощенным акушерским анамнезом с 16,7% до 8,1%. Отраден факт уменьшения оперативного родоразрешения, в 2021 году, кесарево сечение проведено в 119 (12,4%) случаях, в 2022 году – в 4 (0,3%) случаях. Многие из витаминов и микроэлементов оказывают самое прямое влияние на здоровье беременной: в 2022 году обеспеченность фолиевой кислотой до 12 недель- 100% пациенток, назначение сульфата железа с профилактической целью – 94,1% (против 84,8% в 2021 году) беременным, использование сульфата железа с лечебной целью 5,8% (15,1% в 2021 году) женщин, препараты йода получили 100% наблюдаемых.

Количество родов за анализируемые года (2021 и 2022) - 920 и 1000, соответственно. Приблизительно одинаковое число родов в срок (97,2% и 97,8%), преждевременных родов (2,4% и 2,1%), родов после срока – по 0,2%. Определён паритет родов: более половины женщин в исследуемые года родили первого или второго ребёнка (55,9% и 54,3%). В 2022 году третий ребёнок родился у 320 женщин, 4-й ребёнок - у 121 пациентки и 16 женщин решились родить детей более пяти. На основании предоставленных данных можно судить о широком типе максимальной

плодовитости или о «городском» типе: в возрастных интервалах 20-24 года и в 25 – 29 лет произошло около 70% всех родов, далее с резкой тенденцией к уменьшению к возрастному интервалу 40-44 года до 1%, что является естественным для данного региона.

Одним из положительных показателей качества диспансеризации женщин репродуктивного возраста является наличие промежутка между родами, свидетельствующего о проведённой санитарно-просветительной работе и повышении уровня медицинских знаний среди населения. Промежуток между родами менее двух лет у 4,0% женщин в 2021 и у 3,4% женщин в 2022 году; от 2 до 3 лет 44,6% и 47,7%, соответственно. Промежуток более 3 лет составил у 51,3% обследуемых в 2021 и у 48,9% пациенток в 2022 году. Дородовые патронажи со стороны медицинского персонала выполнены в срок и в полном объёме, также как и посещение «школы матерей» со стороны наблюдаемых женщин было регулярным и полезным.

Выводы. Критериями качества проведённой диспансеризации являются:

- раннее взятие на диспансерный учёт;
- уменьшение количества оперативного родоразрешения;
- своевременная профилактика гиповитаминозов, анемии;
- паритет между родами.

Рекомендуется внести данные о диспансерном наблюдении и мероприятиях, проведённых в подростковом периоде.

Шаяхметова Е. В., Абдулманова С. С., Балтабаева А. А.

ПРЕДИКТОРЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ПАТОЛОГИИ

Кафедра неврологии, нейрохирургии, психиатрии и реабилитологии НАО «Медицинский университет Караганды»

Научные руководители - ассоциированный профессор; заведующая кафедрой; врач высшей категории Григолашвили М. А., ассоциированный профессор; к. м. н.; врач высшей категории Беляев Р. А., ассистент кафедры, врач невропатолог 1 категории Бейсембаева М. Б.

Цель исследования. Анализ и обобщение литературных данных о разновидностях этиологических факторах полинейропатий (ПНП), их распространенности, критериях диагностики и методах лечения.

Материалы и методы. Проанализированы систематические обзоры, клинические, рандомизированные исследования баз данных: PubMed, Cochrane, обзоры медицинских журналов за последние 10 лет, изучающие этиологические факторы, клиническую картину, критерии диагностики и методы лечения ПНП различного генеза.

Результаты исследования. ПНП чаще встречается у лиц мужского пола, риск ее развития увеличивается с возрастом. Наиболее частый этиологический фактор - сахарный диабет. Метаболический синдром, прием метформина ухудшают ее течение. Среди системных заболеваний соединительной ткани часто вызывают ПНП системная красная волчанка, васкулиты, болезнь Шегрена, ревматоидный артрит, болезнь Бехчета. У пациентов на хроническом диализе, ПНП развивается в 90-100% случаев. ХОБЛ вызывает ПНП в связи с длительной гипоксемией. При дефиците внутреннего фактора Кастла, целиакии, воспалительных заболеваниях кишечника часто развивается ПНП. Заболевания сердечно-сосудистой системы ухудшают прогноз имеющейся ПНП. Наиболее агрессивные инфекционные агенты в отношении периферической нервной системы - вирус гепатита С, коронавирусная инфекция, затем следуют *Campylobacter jejuni*, вирус гриппа А и В, вирус гепатитов А, В и др. Паранеопластические ПНП встречаются не часто, однако, на фоне приема химиотерапевтических препаратов, ПНП будет выраженной. ПНП часто возникает при бета-талассемии, миеломе, лимфобластном лейкозе. Воздействие ртути, мышьяка, кадмия, свинца, акрила, стирола, вибрации часто вызывает ПНП. Лекарственные препараты, вызывающие токсическую ПНП - препараты платины, противотуберкулезные средства. Частота наследственных ПНП - 1:2500. ПНП, вызванные токсическим действием этанола, возникают в 90% случаев, продолжительность злоупотребления коррелирует с тяжестью ПНП.

Демиелинизирующие ПНП чаще встречаются в странах Северной Америки, Европы и Австралии, аксональные — в Азии и Центральной и Южной Америке.

Клинически выделяют сенсорные, моторные, вегетативные и смешанные ПНП. Обязательные критерии диагностики: неврологический осмотр (наиболее чувствительный критерий - нарушение рефлексов голеностопного сустава), электрофизиологические данные (суммарные амплитуды SNAP (sensory nerve action potential) и перонеальные СМАР (com round muscle action potential), исследования сыворотки крови и ликвора.

Тактика лечения ПНП зависит от этиологического фактора и включает немедикаментозные и медикаментозные методы терапии.

Выводы.

1. Риск развития ПНП у мужчин выше на 2,2%.
2. Частые причины развития ПНП: сахарный диабет, гипотиреоз, системные заболевания соединительной ткани, ХПН, ХОБЛ, ВГС, *коронавирусная инфекция, прием препаратов платины, противотуберкулезных препаратов, хроническое употребление алкоголя.*
3. Демиелинизирующие ПНП чаще встречаются в странах Северной Америки, Европы и Австралии, аксональные — в Азии и Центральной и Южной Америке.
4. Диагностика ПНП: клинические проявления (нарушение рефлексов голеностопного сустава), ЭНМГ критерии, биомаркеры.

**¹Шодиева М.О., ¹Мадалиев К.А., ²Джураева Ш.Х.
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ ПОСТАКНЕ**

¹Кафедра дерматовенерологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

²ГУ «Городская клиническая больница кожных болезней» г. Душанбе

Научный руководитель – д.м.н. Мухамадиева К.М.

Цель исследования. Изучить функциональные параметры кожи у пациентов с атрофическими рубцами после перенесенной угревой болезни.

Материал и методы исследования. Обследовали 212 пациентов с атрофическими рубцами (АР) после угревой болезни в возрасте 18-28 лет. Оценка клинических проявлений АР по классификации. С. I. Jacobs et al. (2001): V-образные (Ice-pick), M-образные (Rolling), U-образные (Boxcar)

Результаты исследования. Из анамнеза выяснено, что у пациентов с АР в период наличия угревой болезни отмечалась травматизация высыпаний (косметическая чистка лица или выдавливание комедонов самим пациентом). Было выявлено, что на травматизацию элементов указал 171 (80,7%; 212) пациент, из которых в 97 (56,7%; 171) случаях пациенты указывали на самостоятельное выдавливание комедонов, а в 74 (43,3%; 171) – во время косметических процедур. Со слов пациентов было выяснено, что из 74 пациентов, которым проводилась чистка лица, 57 (77,0%; 74) проводили данную процедуру каждые 2-3 месяца, а 17 (23,0%; 74) – один раз в 6-8 месяцев. То есть, причиной развития АР явилась травматизация элементов угревой болезни, так как в 4 раза чаще выявлялась у тех пациентов, которые травмировали кожу в период наличия акне по сравнению с теми, кто не подвергался травмирующим факторам, то есть в 171 (80,7%; 212) против 41 (19,3%; 212) случаев. V-образные, или ice-pick” рубцы были представлены узкими клиновидными АР (диаметром менее 2 мм) и глубокими дефектами кожи виде вертикальных тоннелей. M-образные, или “rolling” рубцы были представлены закругленными АР в виде западения кожи вследствие спаивания тканей на уровне дермы и гиподермы и имеющими ширину более 5 миллиметров. U-образные, или boxcar” рубцы характеризовались прямоугольными овальными АР с широкой поверхностью и узким основанием.

На коже лица в 39 (44,8%; 87) случаях наблюдались M-образные рубцы, то есть, в 1,2 раза чаще, чем U-образные рубцы, которые были выявлены в 33 (38,0%; 87) случаях и в 2,6 раза чаще, чем V-образные рубцы, которые наблюдались в 15 (17,2%) случаях. На коже спины чаще выявлялись U-образные рубцы, частота которых составила 29 (45,3%; 64) случая, что в 1,6 раза чаще, чем V-образные рубцы, которые выявлялись в 18 (28,1%; 64) случаях и в 1,7 раза чаще, чем 17 (26,6%; 64) пациентов с M-образными рубцами. На коже груди тяжелый вид атрофических рубцов, то есть V-рубцы наблюдались в 2,8 раза чаще, чем M-образные рубцы, то есть в 14 (63,6%; 22) против 5 (22,7%; 22) случаев и в 4,6 раза чаще, чем U-образные рубцы, то есть в 14 (63,6%; 22) против 3 (13,7%; 22) случаев. На всех указанных локализациях наблюдались U-образные рубцы, которые были выявлены в этих локализациях в 19 (48,7%; 39) случаях, что в 1,7 раза чаще, чем 11 (28,2%; 39) пациентов с V-образными рубцами и в 2 раза чаще, чем 9 (23,1%; 39) пациентов с M-образными рубцами. АР в 106 (50,0%; 212) случаях сочетались с гипертрофическими, а в 80 (37,7%; 212) случаях – с келоидными рубцами; в 1,4 раза чаще локализовались одновременно на коже лица, спины и груди, чем изолированно, на коже лица (125 (58,9%; 212) против 87 (41,%; 212) случаев). Сопутствующими клиническими проявлениями АР поствакне явились милиумы, атеромы и дисхромии, частота встречаемости которых была различной в зависимости от вида и сочетания рубцов поствакне.

Выводы. Таким образом, наиболее тяжелая V-образная форма АР в 14 (63,6%; 212) локализуется на коже лица и груди, то есть, в 3,7 раза чаще, по сравнению с встречаемостью данного вида рубца на коже лица 15 (17,2%; 212) и в 2,3 раза – по сравнению с 18 (28,1%) пациентами, у которых V-образные рубцы локализовались на коже лица, груди и спины.

**Шодрузи Н., Рахмонов Р.Х., Каримов Б.Д.
ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТОКОЛА ХИМИОТЕРАПИИ КОМБИНАЦИЕЙ БЕНДАМУСТИН +
РИТУКСИМАБ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА**

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

Научный руководитель – Шамсов А.Т.

Цель. Оценить эффективность применения протокола полихимиотерапии больных с рецидивами хронического лимфолейкоза комбинацией бендамустин + ритуксимаб.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в гематологическом отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» находились 26 больных с хроническим лимфолейкозом (ХЛЛ) в возрасте от 29 до 79 лет. Из них мужчин – 16, женщин – 10. Медиана возраста – 46 лет. Длительность заболевания варьировала от 6 месяцев до 3-х лет.

Диагноз ХЛЛ выставлен на основании жалоб, анамнеза заболевания, общего анализа крови с подсчетом тромбоцитов, биохимических анализов крови, рентгенографии органов грудной клетки, УЗИ и КТ органов брюшной полости, аспирационной биопсии и цитогенетического исследования костного мозга, цитохимического и гистохимического исследования пунктата костного мозга.

У всех 26 больных констатирован рецидив заболевания к ранее проводимой терапии. Предшествующая терапия включала флударабинсодержащие протоколы химиотерапии (СОР, FC и RFC).

Медиана предшествующей терапии длилась от 1 до 4-х лет.

В общем анализе крови у 20 больных наблюдалось повышение абсолютного количества лейкоцитов крови от 11 до $328 \cdot 10^9/\text{л}$. В лейкоцитарной формуле наблюдали нарастающий лимфоцитоз у всех 26 больных (100%), снижение числа сегментоядерных нейтрофилов, моноцитов и эозинофилов. Сдвиги в лейкоформуле отмечали на фоне резкого повышения числа лимфоцитов. У большинства больных лимфоциты представлены достаточно зрелыми малыми

лимфоцитами, практически не отличающимися от нормальных клеток. При микроскопическом исследовании в мазках периферической крови выявили популяцию мономорфных малых клеток с высоким ядерно-цитоплазматическим соотношением с цитоморфологическими признаками зрелых лимфоцитов. Ядра клеток округлые, имели плотную и глыбчатую структуру хроматина. У 21 больного выявлены клетки Боткина-Гумпрехта, причиной, которых является хрупкость мембран. У 17 больных обнаружили нормохромную анемию, ретикулоцитоз - 6 больных, тромбоцитопению - 8 и ускорение скорости оседания эритроцитов у 19 больных.

Больные получили лечение по программе BR (бендамустин + ритуксимаб): бендамустин в дозе 90 мг / м² в 1 и 2 дни, ритуксимаб в дозе 375 мг/м² в 1 день курса. Терапия по схеме BR проводилась каждый 28 день до 6 курсов.

Результаты. Динамику ответа на проводимой терапии оценивали на основании общего осмотра больного, данных клинического и биохимического анализов крови, динамики размеров печени, селезенки и регионарных лимфоузлов, морфологического и цитогенетического анализа костного мозга.

При применении комбинации протокола BR положительный ответ получен у 18 больных. Полная ремиссия достигнута - 6, частичная ремиссия — у 12. Отсутствие ответа наблюдалось у 8 больных. Из токсических проявлений наблюдались нейтропения, тромбоцитопения и анемия 3–4 степени у 3-х больных и синдром высвобождения цитокинов - 1. Инфекции 1-2 степени зафиксированы у 4 больных.

Выводы. Таким образом, наш опыт подтверждает, что, лечение больных с ХЛЛ по протоколу BR является относительно малотоксичным и эффективным, обладает достаточно удовлетворительным противоопухолевым эффектом.

Шоймардонова Т.М., Атомуллоева А.Ш., Тиллоева М.Б.

ПРЕЭКЛАМПСИЯ – ОСНОВНАЯ НЕРЕШЕННАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО АКУШЕРСТВА

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии ГОУ ХГМУ. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Исоева Б.И.

Цель исследования. Изучить распространение, характеристики и осложнения преэклампсии среди беременных женщин Дангаринского района.

Материал и методы исследования. Нами был проведён ретроспективный анализ 176 историй болезни беременных за период 2020г по ноябрь 2021г, госпитализированных и получивших лечение в ЦРБ р.Дангары с диагнозом преэклампсия. Диагноз был поставлен на основании жалоб, объективных, физикальных осмотров и клинико – лабораторных исследований.

Результаты исследования. При анализе выяснилось, что в 2020г с умеренной преэклампсией обратились 96 (54,5%), а в 2021г. 40 (22,7%) женщин. Среди больных тяжелая преэклампсия была выявлена у 30 (17%) женщин, а в 2021г. у 10 (5,7%) женщин. Частыми жалобами больных были следующие: головная боль выявлена в 100% случаев, а умеренно повышенная артериальная гипертензия до (110-150 мм.рт.ст.) у 20 (10,4%) женщин, высокое артериальное давление, (более 160 мм.рт.ст.) у 10 (5,4%) женщин. Отек был выявлен в 95% случаев, протеинурия в 87% случаев. В ходе исследования выяснилось, что частыми осложнениями преэклампсии служат: преждевременная отслойка плаценты (7%), ДВС-синдром (8%), острая гипоксия плода (48%), отек лёгких (3%), нарушение зрения (1,2%), острая почечная недостаточность (5,2%), HELLP- синдром (1%).

Выводы. Как показывает наше исследование, частота случаев преэклампсии снизилась на 7%, что свидетельствует об улучшении условий по родовспоможению и ведению беременных женщин семейными врачами. Однако имеется тенденция к осложнению, и отмечаются бессимптомные формы течения преэклампсии, что требует своевременного выявления и лечения.

Шоназарова М.А., Ибрагимов А.Ф., Рахимов М.Т.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФТОРХИНОЛОНА С МЕТРОНИДАЗОЛОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Научный руководитель - Ураков К.З.

Цель исследования. Изучить эффективность применения фторхинолона с метронидазолом при лечении пневмонии у больных с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 40 больных в отделении гематологии ГУНМЦ РТ «Шифобахш» с диагнозом: острый лимфобластный лейкоз в стадии ремиссии, осложнённый внутрибольничной пневмонией. Из них 28(70%) женщин и 12(30%) мужчин. Медиана возраста составляла ± 28 лет. Все больные были разделены на 2 группы: первую, которая состояла из 20 больных. Среди них 15 (75%) женщин и 5 (25%) мужчин. И вторую группу, среди которых 7 (35%) мужчин и 13 (65%) женщин. Обе группы составляли равное количество людей, каждый из которых принимал добровольное участие в исследовании.

Первая группа, наряду с полихимиотерапией основного заболевания, получала базисную терапию внутрибольничной антибактериальным компонентом, которой является комбинацией фторхинолона (левофлоксацин) 500 мг.(100мл) + метронидазола 500 мг.(100мл.) внутривенно капельно по 2 раза в день в течение 5 дней. Вторая группа, наряду с полихимиотерапией основного заболевания, получала только базисную терапию антибактериальным компонентом, которой являлась монотерапия фторхинолоном (левофлоксацин) 500 мг.(100 мл) внутривенно капельно по 2 раза в течение 5 дней. Кроме проведенной терапии, больным были проведены общеклинические и дополнительные методы исследования, такие как: общий анализ крови (ОАК), время свертываемости крови по Сухареву, R-графия грудной клетки, ЭКГ, ФВД, анализ мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам.

Результаты исследования. Проведенное исследование показало, что у пациентов первой группы улучшение общего состояния наблюдалось на 3 день, отмечалось уменьшение одышки и кашля на 4-5-й день, тогда как у второй группы улучшение общего состояния и уменьшение данных симптомов наблюдалось на 6-7 день. Нормализация показателей крови наблюдалась на 5-6 день, тогда как у второй группы нормализация показателей крови была отмечена на 8-10 день.

Снижение температуры тела и снижение крепитации над легкими у первой группы больных наблюдалось на 4-5 день, что свидетельствует о высокой чувствительности комбинации двух антибиотиков против возбудителей вторичных пневмоний. У больных второй группы снижение температуры тела и уменьшение крепитации над легкими отмечалось у 85% (17) больных на 7-9 дни, у 15% (3) больных более 9-10 дней.

Выводы. Применение комбинации фторхинолона и метронидазола показало наиболее эффективную терапию внутрибольничной пневмонии, а также улучшило течение и прогноз заболевания, в отличие от монотерапии фторхинолом, в связи с патологическим действием обоих препаратов непосредственно на синтез ДНК внутри клетки, которые вызывают глубокие морфологические изменения в цитоплазме клеточной стенки и мембранах бактерий.

Шоназарова М.А., Ибрагимов А.Ф., Курбонова К.О.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПНЕВМОНИЙ У БОЛЬНЫХ С ГЕМОБЛАСТОЗАМИ НА ФОНЕ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ И НОЗОКОМИАЛЬНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Научный руководитель – Ураков К.З.

Цель исследования. Изучить особенности этиологии и клинического течения пневмоний у пациентов (с гемобластозами) в гематологическом и пульмонологическом отделениях (нозокомиальных пневмоний).

Материал и методы. Нами были изучены 45 историй болезни пациентов с гемобластозами, получавших лечение в гематологическом отделении ГУНМЦ РТ «Шифобахш» с 2022 по 2023г., у которых при проведении программной полихимиотерапии (ПХТ) присоединились пневмонии: 45 пациента с острыми лейкозами (ОЛ), из них 25 (55,5%) пациентов с острыми лимфобластными лейкозами (ОЛЛ) и 20 (44,4%) пациентов с острым миелоидными лейкозами (ОМЛ). В контрольную группу включено 30 пациентов с нозокомиальными пневмониями без гемобластоза находившихся, на лечении в пульмонологическом отделении ГУНМЦ РТ «Шифобахш». Всем больным были проведены общеклинические и лабораторные методы исследования: общий анализ крови (развернутый), биохимический анализ крови, общий анализ мочи, стерильная пункция, R-графия грудной клетки, при необходимости КТ грудной клетки, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости.

Результаты исследования. После проведенного исследования мы выяснили, что у больных с гемобластозами обострение пневмоний на фоне полихимиотерапии (ПХТ), отмечались у 18 (40%) пациентов с ОЛЛ и 13 (28,8%) пациентов с ОМЛ, по сравнению с пульмонологическими больными, у 30 (100%) больных, у которых была отмечена нозокомиальная пневмония. Данные результаты, показывают нам, что обострение пневмоний у больных с гемобластозами было связано с активацией условно-патогенных микроорганизмов на фоне иммунодефицита, вызванной ПХТ. Тогда как у больных с нозокомиальной пневмонией, основной причиной, вызвавшей обострение заболевания, являются патогенные микроорганизмы, передающиеся воздушно-капельным путем, на фоне сниженного иммунитета. Течение пневмонии у больных с гемобластозами, особенно при агранулоцитозе, протекает значительно тяжелее в отличие от нозокомиальной пневмонией, что утяжеляет терапию больных с гемобластозами.

Выводы. При своевременной диагностике воспалительного процесса в легких у больных с гемобластозами, соблюдении соответствующего санитарно-гигиенического режима, современном назначении антибактериальных и антимикотических препаратов, препаратов гранулоцитарного колонистимулирующего фактора и другой сопроводительной терапии, прогноз пневмоний в большинстве случаев благоприятный (при отсутствии неконтролируемого роста опухоли).

Эшимова Ш.К.

ЗРИТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С ШЕЙНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА (РАБОТАЮЩИХ ЗА КОМПЬЮТЕРОМ)

Самаркандский Государственный Медицинский Университет,
Кафедра Неврологии

Научный руководитель – д.м.н., профессор Джурабекова А.Т.

Цель. Изучить патомеханизм развития офтальмологических нарушений в зависимости от критерий шейного остеохондроза.

Материал и методы исследования. Обследованию подлежали пациенты, находящиеся на стационарном и амбулаторном лечении МК СамГМУ, за период 2020-2023 гг., с диагнозом шейный остеохондроз позвоночника в возрасте от 25 до 45 лет.

Пациентам проводилось обследование как неврологического, так и офтальмологического статуса. Статистические данные обрабатывались на индивидуальном компьютере по стандартным показателям Стьюдента.

Результаты исследования. При анализе клинико-неврологических данных, пациенты на основании симптомов и с использованием классификации, подразделены на степень нарушения шейных позвонков. Общими неврологическими синдромами были в доминантной форме головная боль и головокружение 100%, боль в шее сходная у всех пациентов, причем болезненность в шейном отделе усиливалась при любом движении головы с ротацией в

плечо или грудь. В первую стадию вошли пациенты, которые испытывали боль в шее, головную боль и головокружение, только периодически при сильном переутомлении (10 больных). Во вторую стадию включены пациенты, испытывающие постоянно боль в шее, онемения лица; самостоятельно уменьшить боль (расслабляющие массажем, изменением позы головы и шеи) не удавалась (22 больных). В третьей стадии боль в шее стабильная с ноющей болью в затылочной области, кроме этого пациенты испытывают головокружение при перемене положения, ходьбе (28 больных). В стадии четвертой, у пациентов возникает страх резких движений за счет этого ограниченные движения в шейной области, скованной по внешним данным изменена конфигурация шеи (10 больных). На III и IV стадии у пациентов головокружение при резкой перемене положения головы появлялась усиление симптома периодически сопровождалось тошнотой, рвотой.

Показатели нейровизуализации шейного отдела позвоночника, в первую очередь подтвердили наличие измененных процессов в позвонках. Изменение оси позвоночника в плоскости. С-образная форма, подтверждает нарушение связанной с биохимической в шейном отделе. Деформация позвонков имела форму остеохондроза, где остеофиты находились в области нижнего отдела шеи, (в 69,9% уровень C_{IV}-C_V); имело место и клиновидная деформация. Практически в 100% случаях измененные сигналы в низкую сторону, межпозвоночных дисков, с наличием протрузий (C_I-C_{III}).

ВЫВОДЫ: Патологический процесс в шейном отделе позвоночника (остеохондроз, спондиз) меняет структуру позвоночных дисков, деформирует позвонки, что приводит к компрессии нервных конечностей, пережатию сосудов от мелких до крупного калибра, как результат, зрительные нарушения, в виде остроты, поля зрения, ангиоретинопатии. Особое внимание необходимо уделять пациентам, непосредственно работающих за компьютером, так как комбинированная нагрузка (шейной дисфункции и зрения (КЗС) одновременно) приводит к ранним клиническим офтальмологическим нарушениям в микроциркуляторной системе.

Юлдошев М.Х., Комилова Г.А., Абдурахмонзода Т.А.
ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ
ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г.Гулямова
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель - Асоев М. М.

Цель исследования. Исследование отдаленных последствий у детей, перенесших внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) в перинатальном периоде развития.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе отделения детской неврологии Национального медицинского центра Шифобахш Республики Таджикистан г. Душанбе. Для исследования были взяты 35 детей, перенесших ВЖК в перинатальном периоде развития. Путем изучения представленных материалов историй болезни детей, данные дополнительных методов исследования и описания клинических проявлений болезни на различных стадиях, были оценены анамнез жизни и заболевания ребенка и проведен анализ полученных данных. При обследовании детей был определен реабилитационный потенциал (РП) для каждого больного. ВЖК было выявлено 21 мальчиком (60%) и 14 девочкам (40%). Возраст детей: от 1 до 2 лет-5 детей (14,2%), от 2 до 3 лет – 7 детей (20%), от 3 до 4 лет – 7 детей (20%), от 4 до 5 лет- 4 детей (11,4%), от 5 до 6 лет – 10 детей (28,6%), от 6-6,5 лет – 2 детей (5,7%).

Результаты и их обсуждение. Исходами ВЖК явились: детский церебральный паралич (ДЦП): 24 детей (68,6%), из них: с гемипаретической формой – 6 детей (25%), со спастической диплегией – 7 детей (29,2%), с атонико-астатической формой – 2 детей (8,3%), с гиперкинетической формой – 4 детей (16,7%), со спастико-гиперкинетической формой – 5 детей (20,8%). Гипертензионно-гидроцефалический синдром был выявлен у 5 детей с ВЖК (14,2%), задержки психо-речевого развития (ЗПРР) – у 5 детей (14,2%), синдром Дауна – у 1 ребенка (2,8%). Полученные данные свидетельствуют о превалировании среди изученных последствий ВЖК ДЦП. Из всех исходов ВЖК высокий РП имеют лишь 10% детей, средний РП – 60%, низкий РП – 30% детей, что подтверждает значимость этой патологии в развитии серьезных неврологических нарушений у детей. Изучая патогенез развития ВЖК у детей, нами было выявлено, что ВЖК развилось у 27 детей различной степени недоношенности (77,1%) и лишь у 8 (22,9%) доношенных детей.

Выводы. Своевременная диагностика ВЖК и комплексное лечение в ранних стадиях в зависимости от функции витальных органов, дифференцированная терапия приводит к минимализации последствий, тем самым уменьшает риск развития: ДЦП, приобретенную гидроцефалию, развитие эпилептического синдрома, различные степени слабоумия. Дальнейшее ведение таких больных нуждается в комплексной терапии, включающая в себя следующих специалистов: окулиста, ортопеда, логопеда, дефектолога, реабилитолога.

Юлдошев С. А., Назаров А.А., Гончарова М.С.
ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ ПРИ ОТКАЗЕ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ ДРУГИХ
ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г.Гулямова
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – старший преподаватель Кадырова З.Д.

Цель исследования. Изучить психические расстройства у наркозависимых лиц при отказе от употребления других форм психоактивных веществ (ПАВ)

Материал и методы. Исследование проведено на базе Пунктов опиоидной заместительной поддерживающей

терапии города Душанбе №3 и №14. Из 45 обследованных, получающих опиоидную заместительную поддерживающую терапию, у 30 обследуемых наблюдались психогенные реакции. Из них: мужчин - 26, женщин - 4. Возраст обследуемых от 29 до 45 лет. Был использован клинико-психопатологический метод исследования. Все обследуемые в качестве заместительной поддерживающей терапии получали метадон.

Результаты исследования. Предрасполагающими факторами к возникновению зависимостей от психоактивных веществ являются: астенизация, психопатии, акцентуации характера. Характерными реакциями в период отказа от употребления психоактивных веществ является: наличие эмоциональной неустойчивости, тревоги, раздражительности, депрессии, возбудимости, эксплозивности, дисфории, раздражительности, агрессивности, повышенной ранимости, приступов тоски с выраженными аутоагрессивными и суицидальными мыслями. Наблюдаются колебания внимания, неустойчивость волевого компонента личности, крайне низкая работоспособность, снижение уровня актуальных положительных эмоций, вместе с тем, повышается уровень эмоциональной экспрессии, импульсивность, замкнутость, отгороженность, холодность.

Выводы. Личность человека с зависимостью имеет свои особенности: внушаемость, ригидность, упрямство, максимализм, эгоцентризм, нетерпеливость, страх быть покинутым, и во многом определяет характер поведения. Выбор способа совладения с различными ситуациями определяется способом формирования мотивов как к отказу от употребления, так и принятию лечения и реабилитационной программы. Этапы динамики личностно-эмоциональных реакций на психотерапевтическое воздействие соответствуют стадиям реагирования человека на потерю, или иное субъективно высоко значимое ограничение включают в себя: 1. Отрицание - проявляется в непонимании фактов о своей зависимости; 2. Агрессия - проявляется в поиске ответственных за свое потребление среди окружающих и обвинение их этом; 3. Поиск компромисса - для того, чтобы сгладить свое эмоциональное состояние, пациент старается оставить за собой вариант контролируемого потребления; 4. Депрессия - полноценное проживание эмоциональных состояний, особенно совместно со специалистами; 5. Адаптация - принятие факта болезни и готовность изменить свою жизнь.

Юлдошев С.А., Гончарова М.С., Мамонова Ф.М.

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – старший преподаватель Нисанбаева З.Х.

Цель исследования. Среди пациентов общей практики тревожные расстройства относятся к наиболее распространённым среди других расстройств психического здоровья. Целью исследования стало изучение выявляемости различных проявлений тревожных расстройств для своевременной диагностики и терапевтической тактики.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 31 пациент с тревожными расстройствами, которые обратились к врачам общей практики с последующим направлением к психиатрам. Исследование было проведено на базе кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. проф. М.Г. Гулямова. Среди обследованных пациентов с тревожными расстройствами ($n = 31$) было 20 (64,5 %) женщин, мужчин – 11 (35,5 %). Средний возраст пациентов на момент обследования составил $35 \pm 1,7$ года. Критериями включения явилась констатация тревожной симптоматики на основании оценочных шкал (шкала тревоги Гамильтона (HAM-A)). Из исследования исключались пациенты с шизофренией, органическим поражением ЦНС, деменцией, эпилепсией, аффективными расстройствами, алкоголизмом или наркоманией в анамнезе, тяжёлыми соматическими заболеваниями. Применялись клинико-психопатологический, клинико-анамнестический методы исследования.

Результаты исследования. Среди различных проявлений тревоги частота панического расстройства в общесоматической практике достигает 22,7 %, генерализованного тревожного расстройства, социо-фобии и неспецифических фобий – от 1,9 до 13,3 %. и неспецифических фобий – от 1,9 до 13,3 %. При возникновении тревожных расстройств пациенты, как правило, обращаются не к психиатрам, а к врачам общей практики. Тревога становится заболеванием в том случае, когда имеет большую интенсивность и продолжительность, приводит к потере трудоспособности. Несвоевременная диагностика тревожных расстройств и неправильная терапевтическая тактика усугубляют неблагоприятный прогноз заболевания.

Выводы. Генерализованное тревожное расстройство имеет психологические и соматические симптомы. Больным, приписывающим своим симптомам соматические причины труднее помочь, чем тем, которые признают эмоциональную основу своего расстройства. Необходимо давать четкое объяснение любым соматическим симптомам, связанным с тревогой, например, нужно объяснять, что учащенное сердцебиение – это результат преувеличенных реакций на стрессовые события, а не признак заболевания сердечно-сосудистой системы. Необходимо помочь больным справиться или смириться с любой, относящейся к заболеванию социальной проблемой.

Необходимо отличать генерализованное тревожное расстройство от других психических расстройств, а также от соматических заболеваний. Симптомы тревоги могут возникнуть при всех психических заболеваниях, но при некоторых из них они могут быть особенно трудными для диагностики.

Юлдошева З.Х., Набиев П.З., Каримова З.М.
ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ГАСТРОПАТИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель - старший преподаватель Бобиева Н.Х.

Цель исследования. Изучить состояние желудка при хронической почечной недостаточности (ХПН).

Материал и методы. Исследовательская работа выполнена на базе нефрологического отделения ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», наблюдением 24 пациентов в возрасте от 35 до 55 лет, с диагнозом хронический гломеруло- и пиелонефритом. Больные разделены поровну на контрольную и основную группы. Контрольную группу составили 12 (50%) пациентов, из них 8 женщин (66,7%) и 4 мужчин (33,3 %), без почечной недостаточности. Основная группа состояла из 7 (58,3 %) женщин и 5 (41,7 %) мужчин заболевание которых осложнилось хронической почечной недостаточностью. Средняя длительность заболевания у больных с хроническим гломерулонефритом составила 7 лет, а с хроническим пиелонефритом - 15 лет.

Всем больным для оценки общего состояния проводилось общеклиническое исследование, а также делался акцент на эзофагогастродуоденоскопию(ЭГДС).

Результаты исследования. Все пациенты основной группы предъявляли жалобы на нарушение функции желудочно-кишечного тракта: жалобы на сухость и неприятный вкус во рту, ухудшение аппетита, отвращение к мясной пище, тошноту. У 3 (25%) больных на ЭГДС выявлена очаговая гиперемия слизистой оболочки, её легкая ранимость, отечность и утолщение складок, у 5 (41,7%) пациентов выявлены эрозивно-язвенные поражения желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки, и у 4 (33,3%) язвы антрального отдела желудка с очагами кровотечения. При повышенной экскреции азотистых продуктов в полость желудка увеличивается образование аммиака вследствие расщепления мочевины, что приводит к повышению pH желудочного содержимого и компенсаторной (по механизму обратной связи) стимуляции кислотообразования и гастриноподпродукции G-клетками. Важным клиническим симптомом при ХПН является аммиачный запах изо рта, обусловленный наличием в выдыхаемом воздухе значительного количества аммиака, который образуется в органах пищеварения и дыхания. В контрольной же группе у 2 (16,7%) пациентов отмечалась гиперемия, и у 1 (8,3) больного выявлены эрозивные изменения слизистой оболочки желудка, которые рассматривались как сопутствующая патология.

Выводы. Своевременное определение стадии поражения желудочно-кишечного тракта при ХПН и своевременная терапия, снизит риски возникновения осложнений, тем самым улучшив качество жизни пациентов.

Юлдошева З.Х., Пулатова С.Д.*, Гуфронзода Д.*
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА.

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
*ГУ «Институт Гастроэнтерологии» МЗ СЗН РТ, Душанбе
Научный руководитель - старший преподаватель Бобиева Н.Х.

Цель исследования. Изучить особенности течения хронического запора при синдроме раздраженного кишечника с преобладанием запора.

Материал и методы. Исследовательская работа выполнена на базе Института Гастроэнтерологии амбулаторным наблюдением 50 пациентов. Возраст больных колебался от 19 до 47 лет (средний возраст $32,5 \pm 5,5$ лет). Больные разделены на контрольную и основную группы. Контрольную группу составили 20 пациентов с хроническим запором алиментарной этиологии. Из 20 (100%) пациентов контрольной группы 9 женщин (45 %) и 11 мужчин (55%), а основная группа состояла из 14 (46,7 %) женщин и 16 (53,3 %) мужчин.

Всем больным проводились общеклинические исследования (общий анализ крови, копрограмма, ирригография, ректороманоскопия, реальный дыхательный тест на H.pylori , в зависимости от наличия коморбидных симптомов проводилась консультация психиатра.

Результаты исследования. Клинический диагноз СРК с преобладанием запора установлен в соответствии с Римскими критериями IV пересмотра (2016 г.) пациенты основной группы жаловались на отсутствие дефекации более 3 суток - 29 (96,7%), изменение формы и консистенции стула - 21 (70%), чувство блокировки при дефекации - 25(83,3%), вздутие живота, метеоризм - 30 (100%), акт дефекации требует натуживания -28 (93,3%), у 29 (96,7%) пациентов отмечается усиление боли при эмоциональном стрессе и погрешностей в питание, боль, не беспокоящая в ночное время - 30(100%). У всех пациентов основной группы отмечались общесистемные и психоэмоциональные жалобы: на общую слабость 26(93,3)%, бессонницу - 29 (96,7%), неустойчивость настроения- 28 (93,3%), раздражительность -25(83,3%) и т.д. Пациенты контрольной группы жаловались на отсутствие дефекации более 3 суток -8 (40 %) больных , изменение формы и консистенции стула - 9 (45%), чувство блокировки при дефекации - 15(75%), вздутие живота, метеоризм -8 (40%), акт дефекации требует натуживания -14 (70%), у 2 (10%) пациентов отмечается усиление боли при эмоциональном стрессе и погрешностей в питание , боль не беспокоящая в ночное время -9 (45%) пациентов.

Результаты исследования показали нормальные показатели общеклинических анализов крови, мочи, кала, ультразвукового исследования органов брюшной полости и дыхательного уреазного теста на H.pylori . Ирригоскопическое исследование и ректороманоскопия толстой кишки показало у 30(100%) больных основной группы легкое катаральное изменение с гиперсекрецией. Результаты консультации специалиста психиатра показали депрессивно-ипохондрический симптом у 28(93,3%) пациентов основной группы. Комплексное лечение больных СРК

с преобладанием запора препаратами - полиэтиленгликоля (ПЭГ) в сочетании с лактулозой, пробиотиками, спазмолитиками, препаратами обратного захвата серотонина показали положительную эффективность: нормализация стула, снижение метеоризма и болевого синдрома у 27 (90%) обследуемых больных основной группы.

Выводы. Диагноз СРК с преобладанием запоров ставится путем исключения всех органических заболеваний толстого кишечника. СРК с преобладанием запора практически всегда сочетается с депрессивным синдромом. В лечении СРК с преобладанием запора высокая эффективность отмечается при назначении слабительных препаратов в сочетании с миотропными спазмолитиками и антидепрессантами.

**Юлдошева М.У., Кахарова Н.Ю.,
ГИПОГОНАДИЗМ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Джураева С.Д.

С развитием сахарного диабета 2 типа в пожилом возрасте отмечается снижение уровня тестостерона. Гипогонадизм у мужчин это клинический и биохимический синдром, связанный с низким уровнем тестостерона, а также нечувствительности рецепторного аппарата к андрогенам. Это обусловлено тем, что андрогены в частности тестостерон участвует в регуляции углеводного и жирового обмена

Цель исследования. Определить частоту и особенности течение гипогонадизма у больных с сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 100 больных с сахарным диабетом 2 типа. Находившиеся в эндокринологическом отделении ГМЦ №1 им. К. Ахмедова.

Все больные выделены по возрасту в 3 группы: 1 группа 40-59 лет – 29%, 2 группа 60-69 лет – 33,5%, 3 группа - старше 70 лет – 2,58%. Длительность диабета составило 5-20 лет (до 5 лет 18 больных, 5-10 лет 34 больных, 15- 20 лет 44 больных). Уровень гликемии колебался от 8,9 ммоль/л до 20,4 ммоль/л. Показатель гликированного гемоглобина в среднем составил 10,9%. Уровень общего тестостерона колебался от 0,8 – 12,1 нмоль/л. А также было отмечено повышение уровней лютеинизирующего гормона, общего холестерина 7,2 ммоль/л. Показатели креатинина были повышены у 35 больных (30,1%), мочевины в 21 случае (18,06%). ИМТ – у 36 больных колебался от 29,8 – 32,0 кг/м² и объем талии превышал 102 см, что свидетельствует об абдоминальном ожирении и является фактором риска развития сердечнососудистых осложнений. Оценка андрогенного статуса проводилась по опроснику А.М.S (Aging Males Symptome).

Результаты исследования. Больные СД 2 типа предъявляли жалобы на суставные и мышечные боли, что составило 33,5 %. Снижение способности и частоты сексуальных отношений у 5,0%, уменьшение роста волос на лице – 0,8% согласно показателям опросника. Результаты определялись в баллах. В1 группе пациентов - результаты оценивались как невыраженные изменения у 18 больных 17-26 баллов. Во 2-ой группе – изменения выявлены у 46 больных и трактовались как выраженные – 37- 40 баллов. 3 группа резко выраженные и у 6 больных - 50 баллов.

Вывод.

1. Проявление гипогонадизма у больных сахарным диабетом 2 типа наиболее часто наблюдалось при избыточном весе и ожирении.

2. Длительность декомпенсированного сахарного диабета, возраст пациентов коррелировали с частотой гипогонадизма, что является основанием для рекомендации строгой диетотерапии, расширению физической активности, достижению целевых показателей гликемии.

**Юлдошева М.У., Каримова У.А., Мирзоева М.Б.
РОЛЬ ВИТАМИНА Д НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕНЩИН**

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

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

Научный руководитель- к.м.н. Юлдошева М.У.

Цель исследования. Оценить влияние дефицита витамина Д на репродуктивную функцию женщин.

Материалы и методы исследования. Методы исследования включали: общий осмотр, гинекологическое исследование, микроскопическую, бактериологическую и ультразвуковое сканирование органов малого таза, консультацию терапевта и эндокринолога. Определяли уровень витамина Д методом иммуноферментного анализа (ИФА).

Результаты и их обсуждение. Изучена распространенность содержания витамина Д в сыворотке крови у 74 женщин репродуктивного возраста, средний возраст которых составлял $32,9 \pm 2,5$ лет (от 18 до 45 лет). Среднее значение витамина Д в сыворотке крови – $27,6 \pm 4,3$ нг/мл. Основную группу составляли 41 женщина с недостатком витамина Д в сыворотке крови (среднее значение $21,4 \pm 1,0$ нг/мл). В группу сравнения вошли 33 женщины с адекватным уровнем витамина Д (среднее значение которого $39,0 \pm 1,4$ нг/мл). Средний возраст у пациенток в группе сравнения составлял $29,0 \pm 1,9$ лет соответственно.

Средняя концентрация витамина Д среди 26 (63,4%) обследованных женщин из группы сравнения составила $27,6 \pm 4,3$ нг/мл, что свидетельствовало о недостаточном уровне витамина Д. Снижение уровня данного витамина разной степени выраженности диагностировано у 15 (36,5%) женщин в диапазоне от 20,3 до 29,8 нг/мл.

После проведении клинко-лабораторных исследований обеих исследуемых групп были выявлено достоверное увеличение частоты миомы матки за счет снижения антипролиферативного действия витамина Д в группе сравнения. Повышение распространенности аденомиоза при недостаточности витамина Д, возможно, связано с его

противовоспалительным влиянием и участием в регуляции неоангиогенеза (В.Е. Радзинский, 2020). А также отмечалось повышение частоты в основной группе по сравнению с контрольной группой распространенности вторичной аменореи (48,0% и 16,0%), вторичной олигоменореи (25,0% и 14,0%), гиперпластических процессов (миомы матки) – 12,3% и 7,1%, аденомиоза – 11,2% и 3,2 % в группе сравнения.

Необходимо подчеркнуть, что распространенность бактериального вагиноза в основной группе была выявлена в 5 раз чаще, чем в группе сравнения 35,3% и 4,5% соответственно, что свидетельствует о взаимосвязи недостатка витамина D и частоты воспалительных заболеваний нижних отделов репродуктивной системы. Изучение состояния микробиоценоза влагалища по данным микроскопического исследования показало наличие высокой распространенности дисбиотических нарушений у пациенток с недостаточностью витамина D.

Результаты исследования показали, что у женщин с недостатком витамина D распространенность синдрома поликистозных яичников была в 3 раза выше, чем в группе сравнения (32,2% и 6,7 % соответственно. При этом у 26,2% женщин с синдромом поликистозных яичников в группе I наблюдалось ожирение I степени, что подчеркивает взаимосвязь между концентрацией витамина D и метаболическими нарушениями. Изучение состояния микробиоценоза влагалища по данным микроскопического исследования показало наличие высокой распространенности дисбиотических нарушений у пациенток с недостаточностью витамина D.

Выводы. Полученные данные также свидетельствуют о неблагоприятном влиянии сниженного уровня витамина D на репродуктивное здоровье женщин, что подтверждают о наличии гиперпластических процессов эндометрия с последующим нарушением менструального цикла и различных дисбиотических процессов влагалище.

Юсупов А.М.,¹ Джурабекова А.Т.,² Шодмонова А.О.,³

ОСНОВНЫЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ

Кафедра неврологии Самаркандского государственного медицинского университета

Научный руководитель-д.м.н., профессор Джурабекова А. Т.

Цель исследования. Изучить факторы риска, клинико-неврологические и диагностические параметры в постановлении диагноза, с разработкой тактики лечения детей с энурезом.

Материал и методы исследования. Обследованию подлежали дети с энурезом (по МКБ-10), в количестве 56, в возрасте 10±2 лет, находившиеся на стационарном лечении в отделении детской неврологии 1-Клиники СамМИ за период 2020-2022 год. Данные дети составили основную группу исследования (ОГ), группа контроля (ГК) 22 детей идентичного возраста без признаков энуреза, здоровые, проходившие обследование в амбулаторных условиях, в период профилактического осмотра по месту жительства (поликлиника № 3 г. Самарканда). Все обследования прошли этапное наблюдение, 1 этапом было необходимо провести выборку для основной группы, где более 100 детей осмотрены на наличие энуреза неорганического (то есть необходимо было исключить заболевание мочеполовой системы, почек; травму спинного мозга; сахарный диабет и т.д.); 2 этап, состоял из комплексного обследования детей основной группы, и группы контрольной (анализ, клинико-неврологический, нейрофизиологический), 3 этап – дети основной группы были разделены на подгруппы в зависимости от предложенной терапии. Следует отметить, что родителям было предложено ответить на вопросы анкеты, а также в течении 3х месяцев вести дневник пациента, где фиксировали количество эпизодов недержания мочи. Статистическая обработка проводилась на индивидуальном компьютере по стандартным показателям степени Стюдента.

Результат исследования. На основании поставленной цели, в первую очередь у обследованных детей было необходимо изучить факторы риска заболевания, с учетом акушерского анамнеза матери. Для этого собирался тщательный анамнез беременности и родов, с использованием опросника (составленным произвольно) так, в основном, у более 50% детей, возраст матерей приходился в среднем на 30 лет. Ранний гестоз беременности отмечали более 62 % женщин, а гестоз во втором триместре около 37% женщин, в том числе, тяжелую эклампсию и преэклампсию перенесли из этого числа, 11% женщин. Хронические заболевания в виде сахарного диабета обнаружены у 1 женщины, заболевание почек у 5 женщин, ревматизм у 3 женщин. В 3% женщины, имели TORCH-инфекцию (цитомегаловирус, вирус герпеса). Отдельно отмечены женщины имеющие аутоиммунный зоб (консультация эндокринолога в течении всей беременности подтверждает данный факт), выявленная дисфункция щитовидной железы у 29% женщин. У 2х женщин (не считая приступы во время эклампсии) эпилепсия, одна из двоих принимала антиконвульсанты весь период беременности, другая только первые 2 месяца.

Выводы. Таким образом, энурез неорганической природы (функциональный), характерен для детей старше 5 лет, при отсутствии урологического заболевания и поражения спинного мозга (по МКБ10). Анализ полученных данных, показал что, наличие отягощенного акушерского анамнеза у матери, характерен для всех детей с энурезом, и рассматривается как фактор риска заболевания. Наследственная предрасположенность, является фактором риска заболевания. Клинико-неврологические симптомы характерные для детей с энурезом, соответствуют дисфункции центральной, периферической и вегетативной нервной системы в совокупности, что необходимо учитывать в подборе базисной терапии.

Юсупов А.М.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ И ТАКТИКА ТЕРАПИИ ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ

Научный руководитель- проф. Джурабекова Азиза Тахировна
Самаркандский государственный медицинский университет
Кафедра неврологии

Цель. Изучить факторы риска, клиничко-неврологические и диагностические параметры в постановлении диагноза, с разработкой тактики лечения детей с энурезом.

Материал и методы исследования. Обследованию подлежали дети с энурезом (по МКБ-10), в количестве 56, в возрасте 10±2 лет, находившиеся на стационарном лечении в отделении детской неврологии 1-Клиники СамМИ за период 2020-2022 год. Данные дети составили основную группу исследования (ОГ), группа контроля (ГК) 22 детей идентичного возраста без признаков энуреза, здоровые, проходившие обследование в амбулаторных условиях, в период профилактического осмотра по месту жительства (поликлиника № 3 г.Самарканда). Все обследования прошли этапное наблюдение, 1 этапом было необходимо провести выборку для основной группы, где более 100 детей осмотрены на наличие энуреза неорганического (то есть необходимо было исключить заболевание мочеполовой системы, почек; травму спинного мозга; сахарный диабет и т.д.); 2 этап, состоял из комплексного обследования детей основной группы, и группы контрольной (анализ, клиничко-неврологический, нейрофизиологический), 3 этап – дети основной группы были разделены на подгруппы в зависимости от предложенной терапии. Следует отметить, что родителям было предложено ответить на вопросы анкеты, а также в течении 3х месяцев вести дневник пациента, где фиксировали количество эпизодов недержания мочи. Статистическая обработка проводилась на индивидуальном компьютере по стандартным показателям степени Стюдента.

Результат исследования. На основании поставленной цели, в первую очередь у обследованных детей было необходимо изучить факторы риска заболевания, с учетом акушерского анамнеза матери. Для этого собирался тщательный анамнез беременности и родов, с использованием опросника (составленным произвольно) так, в основном, у более 50% детей, возраст матерей приходился в среднем на 30 лет. Ранний гестоз беременности отмечали более 62 % женщин, а гестоз во втором триместре около 37% женщин, в том числе, тяжелую эклампсию и преэклампсию перенесли из этого числа, 11% женщин. Хронические заболевания в виде сахарного диабета обнаружены у 1 женщины, заболевание почек у 5 женщин, ревматизм у 3 женщин. В 3% женщины, имели TORCH-инфекцию (цитомегаловирус, вирус герпеса). Отдельно отмечены женщины имеющие аутоиммунный зоб (консультация эндокринолога в течении всей беременности подтверждает данный факт), выявленная дисфункция щитовидной железы у 29% женщин. У 2х женщин (не считая приступы во время эклампсии) эпилепсия, одна из двоих принимала антиконвульсанты весь период беременности, другая только первые 2 месяца.

Выводы. Таким образом, энурез неорганической природы (функциональный), характерен для детей старше 5 лет, при отсутствии урологического заболевания и поражения спинного мозга (по МКБ10). Анализ полученных данных, показал что, наличие отягощенного акушерского анамнеза у матери, характерен для всех детей с энурезом, и рассматривается как фактор риска заболевания. Наследственная предрасположенность, является фактором риска заболевания. Клиничко-неврологические симптомы характерные для детей с энурезом, соответствуют дисфункции центральной, периферической и вегетативной нервной системы в совокупности, что необходимо учитывать в подборе базисной терапии.

Юсупова М.Р.

ФЕНОМЕН АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Кафедра внутренних болезней №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Научный руководитель -Зоидбоева Н.З.

Цель исследования. Изучить состояние свёртывающей и антисвёртывающей системы крови у пациентов с ИБС на фоне аспиринорезистентности.

Материал и методы исследования. Обследованы по 20 пациентов с резистентностью к аспирину (рАСК) и 20 пациентов чувствительных к аспирину (чАСК). У всех обследованных изучались показатели сосудисто-тромбоцитарного гемостаза: число тромбоцитов, а также определялась активность фактора Виллебранда (ФВ) в плазме крови. Исследовались следующие показатели плазменного гемостаза: содержание фибриногена, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), тромбиновое время (ТВ), уровень антитромбина III (АТ III). Обследование пациентов и лабораторные исследования проведены на базе международной клиники «Сино». Статистическая обработка цифрового материала, полученного в результате исследований, проведена на компьютере с использованием программы «Statplus».

Результаты исследования. При исследовании состояния сосудисто-тромбоцитарного гемостаза обнаружено, что у рАСК пациентов в 1-е сут ОКС в периферической крови снижено содержание. Так, число тромбоцитов у резистентных к АСК составило 143,0±4,5 что статистически значимо меньше по сравнению с контрольными показателями и группой пациентов с АСКч, соответственно (205,0±2,5 и 208,0±4,0 тыс/мкл). Нарушение целостности эндотелия неизбежно сопровождается повышением активности фактора Виллебранда, и составил соответственно 136±1,5 и 159±3,5%. Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ). т.е. показатель, позволяющий оценить внутренний путь свертывания крови у резистентных к АСК пациентов укорачивается составляя 35,7±3,6 сек. ТВ- время характеризует конечный этап свертывания крови. Так, контрольные показатели ТВ составили 17,1±1,1 сек, не имея достоверных различий с показателями АСКч пациентов.

Антикоагулянтная система представлена показателями естественных антикоагулянтов в крови, в частности Антитромбин III (АТ-III). Так, по данным результатов исследования у АСКрпациентов имеется снижение уровня антиромбина и составляет в среднем $77,5 \pm 3,5\%$ при контроле $78,7 \pm 4,5\%$. Необходимо отметить, что при нормальных показателях вязкости плазмы у пациентов (соответственно АСКч и АСКр $-1,05 \pm 0,05$ и $1,01 \pm 0,02$ сп) отмечается незначительная тенденция увеличения вязкости крови у АСКр пациентов и составляет в среднем $3,76 \pm 0,02$ сп (контроль- $3,55 \pm 0,04$).

Выводы. Особенностью сосудисто-тромбоцитарного гемостаза у рАСК пациентов является увеличение агрегации тромбоцитов причём у рАСК пациентов риск тромбообразования повышается 0,5 раза. У пациентов с острым коронарным синдромом имеется повышенный уровень фактора Виллебранда, что может свидетельствовать о повреждении эндотелия сосудов и можно предполагать о возможной зависимости площади повреждения и его уровнем. Состояние свёртывающей системы крови характеризуется сниженным ТВ и АЧТВ, сохраняя повышенный риск тромбообразования. Исключение составляют пациенты с чАСК, имеющие повышение количества АТ III, что отражает увеличение антикоагуляционной активности крови.

Якубов Р.А.

ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ С ГНОЙНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра семейной медицины ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан Научный руководитель - к.м.н. Муродов Н.М.

Целью исследования является изучение частоты заболеваний внутренних органов, проявляющихся гнойными заболеваниями мягких тканей (ГЗМТ), среди населения г. Душанбе.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования послужили 50 респондентов с гнойными заболеваниями мягких тканей (ГЗМТ) в возрасте от 20 до 70 лет, проживающие в районах обслуживания Городского Центра здоровья № 10 г. Душанбе. Всем больным проводились клинические, лабораторные (общий, развернутый анализ крови, биохимический анализ крови, сахар крови, бактериологические и цитологические исследования гнойных ран, кровь на выявление ВИЧ) методы исследования для установления основного и сопутствующего заболевания. Кроме того, проводилось наблюдение за локализацией и нарушением целостности кожного покрова в течении 10-15 дней и консультация специалистов.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что из 50 больных с ГЗМТ у 100% имеются различные сопутствующие заболевания таких как: сахарный диабет 12 (24%), нарушение кровообращения периферических сосудов 9 (18%), бронхиальная астма 7 (14%), иммунодефицитные состояния 7 (14%), хронический гастродуоденит 6 (12%), хронический тонзиллит 5 (10%), хронический колит 4 (8%).

Выводы. При исследовании у 50 респондентов с гнойными заболеваниями мягких тканей (ГЗМТ) выявлена сопутствующая патология внутренних органов, что в свою очередь ухудшает их состояние и требует подключения узких специалистов.

Таким образом, своевременная профилактика и лечение заболеваний внутренних органов может способствовать снизить риск развития осложнений как основного, так и сопутствующего гнойного заболевания мягких тканей (ГЗМТ) у населения г. Душанбе.

Ясоева М. А.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан Научный руководитель – старший преподаватель Субханова З. И.

Цель исследования. Выявить особенности клинического течения и лечения БА, ассоциированной с сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы исследования. Нами был проведён ретроспективный анализ 42 историй болезней пациентов за период 2017-2023 гг. в возрасте от 45-65 лет, находившихся на стационарном лечении ГУ НМЦТ РТ. Из них мужчин 16 (38%) и женщин 26 (62%). Применялись общеклинические методы исследования, определение сахара в крови, иммуноглобулина Е, исследование функции внешнего дыхания, осмотр эндокринолога. Все пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – 19 (45,2%) пациентов БА, ассоциированной с СД 2 типа; 2 группа – 23 (54,8%) пациента с БА без СД. Все больные получали базисную терапию.

Результаты исследования. Было установлено, что из 42 пациентов у 19 (31,2%) был СД 2 типа, из них 7 (37%) мужчины 12 (63%) женщин. В первой группе отмечалось более тяжелое течение БА по сравнению со второй. Обострение заболевания протекало с более выраженными приступами удушья, одышки, разлитым цианозом, длительным и упорным кашлем, плохим самочувствием. При оценке ФВД, установлено что показатели ОФВ₁ % к должной величине: в 1 группе пациентов у 14 (73,7%) были ниже 65%, у 5 (26,3%) имели показатели выше 70%; во 2 группе пациентов у 9 (39,1%) были ниже 65%, а у 14 пациентов (60,9%) были выше 70%. За период наблюдения пациенты первой группы чаще госпитализировались в стационар и пребывание их в среднем было на 4-6 дней дольше, чем во второй. Количество обострений за последние 3 года в 1 группе пациентов у 16 (84,2%) наблюдалось 3 раза в год, а у 3 (15,8%) 2 раза в год. Во 2 группе количество обострений у 10 (43,5%) 3 раза в год, а у 5 (56,5%) наблюдалось 2 раза в год. В 1 группе наличие атматического статуса наблюдалось у 3 (15%) пациентов, а во 2 группе 1 (4%). Повышенный уровень сахара в крови резко ограничивал приём кортикостероидов в 1 группе, что представляло

определенные трудности в контроле БА, так как ответ на медикаментозную терапию был недостаточен. В связи с этим большой акцент в лечении пациентов 1 группы был уделен антагонистам лейкотриеновых рецепторов. Применение препаратов данной группы у больных БА в сочетании с СД 2 типа имело ряд преимуществ в связи с их общим иммуномодулирующим и противовоспалительным действием. Более выраженный эффект, при лечении антагонистами лейкотриеновых рецепторов, был замечен после 4 недельного приёма препаратов. В свою очередь более тяжелое течение БА отягощало течение СД, что проявлялось в повышении уровня сахара в крови и необходимостью потребления более высоких доз сахароснижающих препаратов. В процессе лечения БА в сочетании с СД была рекомендована диета с учетом двух заболеваний и лечебная физкультура.

Выводы. Таким образом, БА, ассоциированная с СД 2 типа, имеет более тяжелое течение, которое связано со взаимоотношающим эффектом данных заболеваний. Это проявляется в более частых и длительных обострениях, более серьезной обструкции дыхательных путей. Всё это в свою очередь увеличивает потребность пациентов в лекарственных препаратах, не влияющих на уровень сахара в крови, и в коррекции доз кортикостероидов. Именно грамотное назначение антагонистов лейкотриеновых рецепторов, а также особое внимание на питание больных и исключение гиподинамии, позволяют в определенной мере решить проблемы контроля БА в сочетании с СД 2 типа.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Абдуганиева М.З., Каримова М.З., Шодмонова Г.

ОПЫТ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

(Научный руководитель: Ассистент Умедов Х.А., Ассистент Хурсанов Ё.Э.)

Самаркандский Государственный медицинский университет

Самаркандский филиал РНЦЭМП Республика Узбекистан

Цель: улучшить результаты лечения повреждения паренхиматозных органов при закрытых травмах живота.

Материал и методы. Мы проанализировали лечение и исходы 220 больных с закрытыми травмами органов брюшной полости за 2012 – 2022 гг. По механизму травмы пострадавшие распределились следующим образом: в 76 (34,5%) наблюдениях был нанесен удар в живот, в 88 (40,0%) – автодорожная травма, в 34 (15,5%) падение с высоты, в 24 (10,0%) – сдавление. По возрасту от 19 до 89 лет, среди них - 159 мужчин (72,0%) и 61 женщин (28,0%).

Из 220 пострадавших 87 (39,6%) были доставлены машиной скорой помощи, остальные 133 (60,4%) больных поступили самостоятельно. До в течение 2 часов с момента травмы в 70 случаях (31,8%), в течение 1 часов у 111 пациентов (50,4%), до 6 часов у 11 пациентов (5%), более чем через шесть часов оперативное вмешательство начиналось в 28 случаях (12,8%). Наиболее часто при закрытой травме живота отмечалось повреждение Сальника и брыжейки 30 (13,6%) в сочетании с повреждением кишечника (26), мочевого пузыря (3), желудок (3). Причем, повреждение печени, селезенки, почки. Обширные забрюшинные гематомы чаще наблюдались с повреждением грудной клетки, таза и позвоночника. При поступлении признаки геморрагического шока и внутреннего массивного кровотечения отмечены у 105 (80,1%) пострадавших и 26 (19,9 %) больных.

Результаты. Из 220 больных с закрытыми травмами живота оперировано у 131 (48,7%) с повреждениями печени и 89 селезенки. По локализации повреждение по классификации Мооре были: печени I степени у 9 человек, II степени – 118, III степени – у 31, IV степени – у 11 и V степени у 3 пострадавших. Разрывы селезенки диагностированы I степени – у 6 больных, II степени – у 15, III степени – у 26, IV степени – у 10 и V степени – у 2 больных.

Из 131 оперированных больных у 20 человек с разрывами печени 4 и 5 степени по Мооре кровотечение остановлено по «Damage Control».

Всем больным с предполагаемым или установленным диагнозом повреждения паренхиматозных органов брюшной полости производили срединную лапаротомию.

Всем больным при поступлении кроме клинического обследования выполняли УЗИ брюшной полости, общий анализ крови и мочи, обзорную рентгенограмму брюшной полости и других анатомических областей по локализациям. В дальнейшем тактику ведения определяли в зависимости от тяжести состояния пациента, объема гемоперитонеума, интенсивности кровопотери, гемодинамических показателей.

У 30 больных с травмой печени (16) и селезенки (у 14) по классификации Moore I-II степени при поступлении в клинику отмечены четкие признаки внутрибрюшинного кровотечения. При УЗИ исследовании объем гемоперитонеума составлял у 30 больных от 200 до 450 мл. Это гемодинамически стабильные больные. Этим больным при поступлении проведено компьютерная томография (КТ) и УЗИ. Больные были госпитализированы в реанимационное отделение, и за ними велось постоянное наблюдение за состоянием артериального давления, частоты пульса, Нв, Нт, контрольное УЗИ и при необходимости КТ. В результате у этих больных наступило выздоровление без оперативного лечения. И только у 1 больного (объем кровопотери 1200мл) нами проведена лапароскопическая эвакуация жидкости.

У 30 больных с повреждениями печени и селезенки объем гемоперитонеума составили $355,5 \pm 10,0$ мл. Им проводили консервативное лечение.

Всем больным потребовалось переливание криопреципитата соответствующей группы крови в среднем по $3,5 \pm 0,3$ дозы, 12 больным – свежезамороженной плазмы по $350,80 \pm 55,8$ мл каждому пациенту, и 8 больным $250,5 \pm 40,0$ мл донорской эритроцитарной массы.

К 7 дню лечения при сонографии и компьютерной томографии свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.

Вывод: Использование современных технологий (УЗИ, КТ, видеолaparоскопии) позволяет успешно осуществить консервативное лечение повреждений печени и селезенки. Осложнения и летальных исходов в связи с применением консервативной терапии и видеолaparоскопической технике не было.

Использовали следующие способы остановки кровотечения из ран печени: ушивание раны, тампонада сальником на ножке, хирургическая обработка раны с последующим ее зашиванием. Во всех случаях область зашитой раны печени дренировали хлорвинильной трубкой (0,8 см).

При повреждениях паренхиматозных органов является переливание аутокрови излившейся в брюшную полость (у 111 больных) от 500 до 1250 мл без осложнений. Реинфузия крови при (ранениях) паренхиматозных органов живота является мощным противошоковым и патогенетически обоснованным методом лечения этих повреждений.

У гемодинамически стабильных больных с повреждениями печени и селезенки I-II степени по Мооре консервативное лечение даёт хорошие результаты.

Летальность среди больных с повреждениями паренхиматозных органов составило 0,9%.

Абдуллоев А.С., Пулатов У.С.
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРИТОВ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
Кафедра «Челюстно-лицевой хирургии» Самаркандского государственного медицинского университета,
Самарканд, Узбекистан
Научный руководитель: д.м.н., проф. Ризаев Ж.А.

Цель. Совершенствование методов лечения невритов при переломах нижней челюсти.

Материалы и методы. В исследовании использовались клиничко-инструментальные, электроодонто диагностические, аналитические и статистические методы исследования. Объектом исследования выбраны 232 пациентов пролеченных 2018-2021 годы в отделении челюстно-лицевой хирургии и реабилитации больных центральной больницы Самаркандского городского медицинского объединения. У всех пациентов проведена фиксация супрадентальными шинами S. S. Tigerstedt обеих челюстей, зубы на линии перелома удалены согласно показаниям. Консервативная терапия заключалась в назначении антибактериальных препаратов по инструкции, в том числе по назначению других специалистов, и полоскании полости рта 0,02% раствором хлоргексидина биглюконата. С целью устранения симптомов поражения НАН (нижнеальвеолярного нерва) больные контрольной группы получали неостигмина метилсульфат (прозерин) в количестве 1 мл-0,05%, тиамин в виде 5% - 1 мл ампул (15-20 подкожные инъекции) в течение месяца, цианокобаламин (500 мкг) принимала попеременно в составе комплексного лечения. Больным основной группы для лечения назначали Нуклео ЦМФ форте, внутримышечно 1 раз в сутки в течение 7 дней, затем применяли капсульную форму 2 раза в сутки в течение 14 дней.

Результаты. У всех больных были одно- или двусторонние переломы нижней челюсти в центральном, в теле и/или угловом отделах, а также повреждение нижнеальвеолярного нерва. Этот показатель был проверен рентгенологическим методом, и на рентгенограмме был выявлен перелом нижней челюсти, а клинические признаки подтвердили неврит нижнеальвеолярного нерва. Основным клиническим симптомом является боль (нарушение болевой чувствительности в 100% случаев). Неврологическая симптоматика проявлялась в виде парестезий, гипер-(7%) и гипестетических (93%) признаков, а также нарушением тактильной чувствительности в 30,6% случаев, глубокой чувствительности в 3,77% случаев.

Потребность пациентов в анальгетиках и восприятие боли определяли при поступлении в стационар, и на 3-й и 10-ые дни лечения. У больных с переломом угла нижней челюсти болевая чувствительность в первые сутки составила в основной группе $2,6 \pm 0,14$ балла, в контрольной - $2,7 \pm 0,49$ балла. На 3-й день лечения интенсивность боли у больных, получавших Нуклео ЦМФ форте, неизбежно снижалась до $1,9 \pm 0,29$ балла ($p < 0,05$). Интенсивность боли также уменьшилась в контрольной группе, но различия были недостаточно достоверными. В процессе лечения у 97,6% больных, получавших Нуклео ЦМФ форте, отмечалось полное купирование болевого синдрома к 10-му дню лечения, в то время как у 27,9% больных контрольной группы боль была на уровне $1,8 \pm 0,04$ балла.

Электрическая возбудимость во при травме средней степени тяжести составляет от $110,3 \pm 3,2$ мкА до $122,1 \pm 3,6$ мкА, в тяжелых случаях от $160,1 \pm 4,4$ мкА до $169,1 \pm 4,8$ мкА. По результатам электровозбудимости кожи нижней губы, соответствующим 32-40-м суткам, было достоверно известно, что показатели основной группы во всех четырех исследуемых зонах были лучше, чем у контрольной группы.

Выводы. Доказано, что применение Нуклео ЦМФ форте приводит к более быстрому восстановлению функции нижнеальвеолярного нерва, уменьшению клинической симптоматики и сокращению периода реабилитации больных с поражением нижнеальвеолярного нерва.

Абдуллозода Ф.А., Мухиддин Д.Н., Мирон Ф.Н.
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ
Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Научный руководитель – д.м.н. профессор Мухиддин Н.Д.

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и хирургического лечения больных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы с применением современных мининвазивных видеолaparоскопических технологий.

Материалы и методы. Работа основана на результатах диагностики и мининвазивного видеолaparоскопического хирургического лечения 90 больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы в период с 2012 по 2023г. Пациенты обследованы и прооперированы на базе кафедры хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗРТ. Мужчин было 39 (43,3%), женщин - 51 (56,7%). Возраст пациентов составил от 26 до 75 лет. Во всех наблюдениях у больных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы диагностированы явления гастроэзофагеальной-рефлюксной болезни различной степени-тяжести.

Для диагностики ГПОД и сопутствующих заболеваний проводили эндоскопическое рентгеноконтрастное исследования желудочно-кишечного тракта и ультразвуковое исследование органов брюшной полости. По показаниям проводили компьютерную и магнитнорезонансную томографию.

Результаты исследования Фиброгастродуоденоскопия, как основной метод исследования, проводилась всем пациентам при поступлении. По данным ФГДС у больных с ГПОД были получены прямые признаки такие как пролапс слизистой оболочки желудка и косвенные признаки - зияние кардии, сглаженность Z- линии пищевода и гастроэзофагеальный рефлюкс. У всех оперированных пациентов был выявлен эзофагит различной степени тяжести. Эзофагит легкой степени выявлен у 75 (83,4%) больных, средней степени - 11 (12,2%) и тяжелой степени - 4 (4,4%) пациента. Больным с эзофагитом средней и тяжелой степени тяжести проводилась консервативная терапия, как предоперационная подготовка в течение 10-14 дней с применением повторной ФГДС. У больных с эзофагитом

тяжелой степени при ФГДС брали биопсию. Все больные были прооперированы видеолaparоскопическим способом. У оперированных больных скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы выявлена у 79 (87,7%) и параэзофагеальная у 11 (12,3%) пациентов. Кадильная грыжа (II-степень) выявлена у 70 (77,8%) больных, кардиофундальная (III- степень) – у 13 (14,4%) и субтотальная желудочная грыжа (IV–степень) с компрессией органов средостения выявлена у 7 (7,8%) пациентов. Объем операции больным с ГПОД заключался в проведение лапароскопической задней крурорафии с фундопликацией по Ниссену – 70-ти (77,8%) пациентам и задняя крурорафия, с фундопликацией по Туппе -20 (22,2%) человек. Послеоперационное осложнение отмечалось у 2-х больных. У одного больного на первые сутки отмечали дисфагию и потребовалась релaparоскопия. Также у одного пациента на 4-е сутки отмечалась перфорация кадиального отдела желудка, где потребовалась лапаротомия с ушиванием перфоративного отверстия. Летальных исходов не было.

Выводы. Наш опыт позволяет утверждать, что использование современных миниинвазивных видеолaparоскопических технологий в диагностике и хирургическом лечении ГПОД является высокоэффективным методом и операцией выбора в лечении больных данной патологией.

Абдулсаидов С.К., Авазов А.А., Хурсанов Ё.Э.,
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ
ПЕРФОРАЦИИ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Самаркандский Государственный медицинский университет
Самаркандский филиал РНЦЭМ, Республика Узбекистан

Цель исследования. Оценить результаты эндовидеохирургических методов в лечении больных с перфорацией язв двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Материалы и методы. Нами в Самаркандском филиале РНЦЭМП за период с 2012 г. по 2019 г. произведено 408 операций лапароскопическхушиваний перфоративных язв пилорoduodenальной зоны. Мужчин было 285 (69,85%), женщин – 123 (30,15%), в возрасте от 18 до 56 лет. С момента перфорации язвы и до начала операции время варьировало от 2 до 12-ти часов. Средняя продолжительность операции составило 45-50 минут. Изучая связь перфорации гастродуоденальных язв с временем суток, мы установили, что от полуночи до 6 час утра прободение возникает в 6,9% случаев, 6.00-12.00 час. – в 21,5%, 12.00-18.00 час. – в 31,8%, 18.00-24.00 час. – в 39,8%. При исследовании связи перфорации гастродуоденальных язв с сезонностью, установлено, что зимой прободение возникли в 52,5% случаев, весной – в 21,4%, летом – в 10,3%, осенью – в 15,8%. Чувствительность диагностической лапароскопии при перфоративных гастродуоденальных язв составила 100%, специфичность- 87,5%, общая достоверность – 89,5%.

Всем пациентам выполнялись общеклинические исследования, обзорная рентгенография брюшной полости. Клинико-рентгенологическая симптоматика с наличием свободного газа под куполом диафрагмы выявлена у 368 больных.

У 50 больных обследованных эндоскопически, при негативной рентгенологической картиной выявлены явные или косвенные признаки ПГДЯ.

У 19 пациентов выявлены косвенные признаки перфоративной язвы: глубокий конусообразный дефект, выраженный периульцерозный отек с множественными внутрислизистыми кровоизлияниями, усиление болей во время исследования. У этих больных на повторной обзорной рентгеноскопии обнаружен свободный газ в брюшной полости.

Показаниями лапароскопической методики ушивания были: раннее обращение больных за медицинской помощью (не более 6 часов); размеры перфоративного отверстия, не превышающие 1,0 см и отсутствие выраженного перифокального воспаления; локализация язвы на передней стенке двенадцатиперстной кишки и желудка; отсутствие множественного язвенного поражения и стенозирования просвета луковицы 12 п.к.

Результаты. Язвы располагались на передней и на передне-верхней стенке луковицы ДПК. Диаметр перфоративного отверстия колебался от 0,3 до 0,6 см. Лапароскопическое ушивание перфоративной язвы проводилось узловым швом с подшиванием и без подшивания сальника. Во всех случаях проводилась санация физиологическим раствором и водным раствором хлоргексидина (декасан) с последующим дренированием брюшной полости. 7 (1,7%) больным потребовалась конверсия, и язва ушита из минидоступа. Местный перитонит был у 270 (66,2%) больных, распространенный – у 138 (33,8%). В послеоперационном периоде всем больным проводили антибактериальную и противоязвенную терапию, раннюю активизацию. Дренажи из брюшной полости извлекали через 48-72 часов после ультразвукового исследования. Пребывание в стационаре после операции колебалось от 3 до 5 суток.

У 2 (0,49%) больных с послеоперационном периоде наблюдался несостоятельность швов, потребовалась лапаротомия с благоприятным исходом.

Умерли 2 (0,49%) больных от тромбоэмболии легочной артерии.

Ведение послеоперационного периода: необходимо функциональное положение Фовлера; инфузионная терапия: в/в введение жидкости и электролитов под контролем лабораторных исследований электролитов крови и диуреза. 3,0 или 3,5 литра + столько же, сколько теряется со рвотой и по дренажам; назогастральный зонд или 2 раза в сутки аспирация желудочного содержимого; питье с 2-3-х суток, через 2-3 часа в минимальном количестве, диета №0. На 6-7 день стол №1а 6 раз в сутки.

Дыхательная гимнастика, раннее вставание на 1 сутки. Швы снимают на 7-8 сутки. Выписка на 4-е сутки.

Выводы.

1. Видеолaparоскопическое ушивание перфоративной язвы ДПК является эффективным способом лечения перфоративной пилорoduodenальной язвы;

2.Метод технически не сложен и дает значительный социальный, экономический и косметический эффекты при лечении перфоративных пилородуоденальных язв.

Абдулсаидов С.К., Джаббаров Ш.Р., Авазов А.А.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВЫХ ЯЗВ У ОБОЖЖЕННЫХ С СЕПСИСОМ

Самаркандский Государственный медицинский университет,
Самаркандский филиал РНЦЭМП, Республика Узбекистан.

Цель исследования. Изучить течение и лечение стрессовых язв у тяжелообожженных с сепсисом.

Материалы и методы. В течение последних пяти лет в ожоговом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП находились на лечении 3554 больных. Среди пострадавших с глубокими ожогами 70% имели площадь поражения более 20% поверхности тела. Из данной группы, насчитывающей 119 больных, 12 имели в анамнезе язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки. Пять больных были в возрасте до 40 лет, остальные старше (60-85 лет). Причем десять из них были старше 80 лет. Отмечено преобладание мужчин (10 против 2).

Результаты. Всем этим больным с первых дней стационарного лечения среди прочих лечебных мероприятий была назначена противоязвенная терапия после произведенной предварительно эндоскопии. Несмотря на это у двух больных на фоне ожоговой болезни произошла перфорация язвы, потребовавшая экстренного оперативного вмешательства. Причем у одного из них, больного 38 лет, с площадью глубоких ожогов более 40% поверхности тела и с сепсисом, перфорация язвы 12-перстной кишки произошла на 4 сутки после ожоговой травмы. Была произведена экстренная лапаротомия с ушиванием перфорации и дренированием брюшной полости. Однако процесс протекал весьма неблагоприятно. Развившийся в послеоперационном периоде поддиафрагмальный абсцесс потребовал повторного вмешательства на 8 сутки.

Летальный исход наступил на 13 сутки на фоне тяжелой интоксикации и прогрессирующего септического шока и полиорганной недостаточности.

За описываемый период времени у 6 пострадавших от ожоговой травмы развились острые стрессовые язвы, которые были диагностированы в связи с клиническими признаками перфорации или кровотечения и подтверждены эндоскопически. У больных отсутствовал язвенный и вообще какой-либо желудочный анамнез. Площадь глубокого ожога у них составила более 40%, осложнения наступили в септико-токсическом периоде ожоговой болезни и сепсиса. При этом у 2 больных имела место перфорация язвы, что потребовало экстренной операции по ушиванию перфоративной язвы после предварительно проведенной лапароскопии. Одна больная погибла через сутки после операции от тяжелого сепсиса и полиорганной недостаточности. В 4 случаях констатировано остро наступившее гастродуоденальное кровотечение, остановленное с помощью эндоскопии у 3 больных. В одном случае (больной 65 лет) потребовалось оперативное лечение. Летальных исходов не было.

Профилактика образования стресс-язв желудочно-кишечного тракта – это направление играет существенную роль в благоприятном исходе при ведении больных с тяжелым сепсисом и септическим шоком, так как летальность у больных с кровотечениями из стресс-язв ЖКТ колеблется от 64 до 81,%. Частота возникновения стресс-язв без проведения их профилактики у больных в критическом состоянии может достигать 52,8% . Профилактическое применение блокаторов H₂-рецепторов и ингибиторов протонной помпы в два и более раза снижает риск осложнений. Основное направление профилактики и лечения – поддержание pH выше 3,5 (до 6,0). При этом эффективность ингибиторов протонной помпы выше, чем применение H₂-блокаторов.

Следует подчеркнуть, что помимо вышеуказанных препаратов важную роль в профилактике образования стресс-язв играет энтеральное питание.

Выводы. Наблюдения показывают, что стрессовые язвенные поражения вероятны при больших площадях ожога и способствует этому массивная инфекция ожоговых ран осложненных сепсисом. В связи с возможностью развития данной патологии при ожоговой болезни, следует проявлять соответствующую настороженность и проводить необходимые диагностические и лечебные профилактические мероприятия не только в случаях отягощенного анамнеза, но и, как правило, при обширных ожоговых поражениях, особенно в пределах первых 2-4 недель после ожоговой травмы.

Абдулсаидов С.К., Авазов А.А., Хурсанов Ё.Э.,

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Самаркандский Государственный медицинский университет
Самаркандский филиал РНЦЭМ, Республика Узбекистан

Цель. Улучшить и оптимизировать диагностику и лечение острого аппендицита эндохирургическим способом.

Материалы и методы. Лапароскопические вмешательства выполнены у 135 больных с подозрением на острый аппендицит. Мужчин было 93 (68,9%), женщин – 42 (31,1%). Больные были в возрасте от 60 до 86 лет. У 58 больных установлен деструктивный аппендицит. Из них у 11 больных был гангренозный или гангренозно-перфоративный аппендицит, в 7-ых хлыл периаппендикулярным инфильтратом. Всем больным острым аппендицитом выполнена лапароскопическая аппендэктомия.

Результаты. Особенностью аппендэктомии в клинике является обязательное погружение культи червеобразного отростка интракорпоральным кисетным швом. При явлениях тифлита культи погружалась узловыми швами. Подобная тактика диктуется необходимостью соблюдения канонов «открытой» хирургии при лапароскопических вмешательствах. Это позволило избежать нередких при использовании традиционной лигатурной

лапароскопической аппендэктомии инфильтратов в области не погруженной культи аппендикса. Мы не используем для пересечения брыжейки и основания отростка механические сшивающие аппараты, считая это неоправданным удорожанием операции. Мы также не являемся сторонниками аппендэктомии при неизменном «катаральном» аппендиците считая, что необходима тщательная интраоперационная ревизия. При отсутствии видимой патологии проводим полное послеоперационное обследование с целью выявления истинной причины заболевания. Неизменный червеобразный отросток был обнаружен в 7 случаях. Из них, в 2 случаях обнаружена апоплексия правого яичника - патология корригирована лапароскопически. У 2 больных обнаружен терминальный илеит. У 1 больного обнаружен дивертикул Меккеля с выраженными явлениями дивертикулита. Выполнено отсечение дивертикула. В одном случае выявлена опухоль слепой кишки без признаков воспаления и кишечной непроходимости. Операция закончена диагностической лапароскопией, дренированием брюшной полости. У одной больной при тщательной ревизии брюшной полости патологии не выявлено. Операция закончена диагностической лапароскопией. При обследовании в послеоперационном периоде выявлена мочекаменная болезнь, коралловидный камень правой почки, пиелонефроз справа, желчнокаменная болезнь. В плановом порядке выполнена нефрэктомия. Длительность операций составила от 30 минут до 1,5 часов, в среднем 40 минут. Случаев послеоперационных осложнений и летальных исходов не было.

В заключении следует констатировать, что при диагностике острого аппендицита значительно чаще, чем при других заболеваниях; приходится прибегать к диагностической лапароскопии, что позволяет существенно уменьшить количество оправданных операций и избежать тяжелых осложнений.

Выводы. Основываясь на собственном опыте, считаем, что любая операция при подозрении на острый аппендицит должна начинаться с диагностической лапароскопии, которая при подтверждении диагноза должна перейти в лечебную. Локализация отростка, выраженность деструкции, наличие перитонита, при хорошо оснащенной и квалифицированной хирургической службе лечебного учреждения, не являются противопоказанием к лапароскопической аппендэктомии.

Мардонзода К.М., Абдурахимзода Ш.Р., Саидов И.С.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОСЛЕРОДОВЫХ РАЗРЫВОВ ПРОМЕЖНОСТИ

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

ГУ «Республиканский научный центр сердечнососудистой хирургии»

Научный руководитель - член-корр. НАНТ, д.м.н., профессор Курбанов У.А.

Цель исследования. Изучить результаты операции переднезадней кольпорафии с перинеолеваторопластикой у пациенток со старыми послеродовыми разрывами промежности.

Материал и методы. В отделении Реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии за период с января 2015 года по декабрь 2022 года были оперированы 145 пациенток со старыми послеродовыми разрывами промежности (ПРП).

Возраст пациенток колебался в пределах от 23-х до 66 лет (средний возраст составил 35). При этом послеродовой разрыв промежности (ПРП) I – степени имело место у 26 (17,9%) пациенток, ПРП II – степени у 50 (34,5%), ПРП III степени у 60 (41,4%) и ПРП IV – степени у 9 (6,2%) пациенток. Цистоцеле (везикоцеле) было установлено у 113 (77,9%) пациенток, ректоцеле – у 128 (88,3%). У 48 (33,1%) пациенток до операции влагалище свободно пропускало 3 поперечных пальца (периметр $\approx$ 16-20 см) у 97 (66,9%), четыре поперечных пальца (периметр влагалища более 22 см).

Все пациентки были оперированы под общим эндотрахеальным наркозом одной бригады реконструктивно-пластических хирургов. Операция Келли, задняя кольпорафия с перинеолеваторопластикой произведена в 46 (31,7%) случаях. Переднезадняя кольпорафия с перинеолеваторопластикой (ПЗКР + ПЛП) в 95 (65,5%), только задняя кольпорафия с ПЛП – 4 (2,7%). Следует отметить, что 5 (3,4%) пациенткам оперативное вмешательство производилось повторно (эти пациентки ранее (от 3-х до 5 лет назад) были оперированы в других лечебных учреждениях).

Одновременно при выполнении основной операции также была произведена резекция малых половых губ (по желанию пациенток) в 27 (18,6%) случаях, устранение рубцовых дерматогенных стягивающих рубцов местнопластическими способами (Butterfly, Jumping) – 2 (1,4%), удаление геморроидальных узлов – 4 (2,8%) случая.

С учётом пожелания пациенток в преимущественном большинстве случаев (134 – 92,4%) при выполнении ПЗКР с ПЛП производилось сужение влагалища (в этих случаях периметр влагалища составил от 7 до 10 см. в состоянии покоя).

Результаты исследования. Послеоперационный период у всех пациенток протекал гладко, раны заживали первичным натяжением. Пациентки соблюдали 10-дневный постельный режим. Воздержание от половой жизни рекомендовали в течение 8 недель.

Отдалённые результаты прослежены у 122 (84,1%) пациенток в сроках от 3-х месяцев до 2-х лет.

Большинство пациенток (97,5%) были довольны результатами операции, отмечали улучшение сексуальных ощущений, исчезновение дискомфорта и неприятных ощущений, имеющих место до операции.

Выводы. Таким образом, методом выбора лечения при послеродовых разрывах промежности является хирургическая операция – переднезадняя кольпорафия в сочетании с перинеолеваторопластикой.

Абилов С.Б., Исаков З.Х.
ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Т.ф.н Мустафакулов, Умедов Х.А.

Самаркандский Государственный медицинский институт (ректор – проф. Ризаев Ж.А.)

Самаркандский филиал РНЦЭМП (директор – к.м.н. Янгиев Б.А.)

Цель. Изучить возможности лапароскопического адгезиолиза в хирургическом лечении острой спаечной кишечной непроходимости.

Материалы и методы. В Самаркандском филиале выполнено 49 операций лапароскопического адгезиолиза, что составило 25% из 196 операций по поводу острой спаечной кишечной непроходимости за 2012-2022 гг. операция проводится под эндотрахеальным наркозом. Доступ осуществляется после наложения карбоксиперитонеума через иглу Вереша, введенную на расстоянии 5-7 см от послеоперационного рубца по среднеключичной линии ниже реберной дуги на 4 см во избежание повреждения кишечника. Затем в той же точке вводится смотровой троакар в удобных для манипуляций местах. Осмотр кишечника начинается со спавшихся петель, что уменьшает возможность повреждения его стенки. У большинства больных причиной непроходимости были единичные шнуровидные спайки. Рассечение спаек проводится при хорошей их визуализации на расстоянии не менее 1 см от стенки кишки. Короткие (менее 2 см) шнуровидные изолированные спайки (штранги), содержащие сосуды, пересекаем ножницами между наложенными лигатурами или клипсами, без применения коагуляции во избежание термического повреждения близлежащего органа. Ограниченные по площади плоскостные сращения анатомически точно разделяем ножницами при полной их визуализации и осторожной тракции кишечника, отступая не менее 0,5 см от его стенки, без применения электрокоагуляции. При наличии в брюшной полости обширных (III-IV степень) грубых сращений, занимающих более 1-2 анатомических областей, или при обнаружении конгломератов спаянных кишечных петель, а также при труднодоступных спайках ввиду наличия значительно раздутых петель кишечника – переходим к лапаротомии. Длительность операции составила от 20 до 115 минут (в среднем 60 минут).

Результаты. Летальных исходов после лапароскопического адгезиолиза не было. У 1 больного имело место кровотечение из пересеченной спайки, остановленное при повторной лапароскопии. Послеоперационный период составил от 2 до 12 суток (в среднем 6,8 дня).

Выводы: 1. Для лапароскопического адгезиолиза следует отбирать больных с картиной механической кишечной непроходимости без признаков перитонита, выраженного метеоризма и тяжелого эндотоксикоза, без повторных абдоминальных операций.

2. Преимуществами этого вида вмешательства являются малая травматичность, раннее восстановление перистальтики кишечника, ранняя активация больных с уменьшением риска развития спаечной болезни брюшной полости.

3. При лапароскопическом адгезиолизе в послеоперационном периоде отсутствует необходимость в наркотических анальгетиках и антибиотиках, уменьшается число послеоперационных осложнений, сокращаются сроки госпитализации.

Абрамушина А.И., Валеев Д.А.
ВЫЯВЛЕНИЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ИГМА

Кафедра факультетской хирургии ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Стяжкина С.Н.

Кафедра факультетской хирургии

Цель исследования. Выявить признаки дисплазии соединительной ткани среди студентов лечебного факультета ИГМА.

Материалы и методы. Интернет-анкетирование студентов лечебного факультета с 1 по 6 курс, литература по теме.

Результаты исследования. Респондентам был предложен перечень внешних признаков проявления дисплазии соединительной ткани. Они выбирали признаки, которые заметили у себя. Выяснилось, что самым частым проявлением ДСТ среди студентов лечебного факультета является вертеброгенный синдром – 58,9% студентов отметили у себя нарушение осанки. Следующим по встречаемости является синдром патологии стопы – 38,3% респондентов отметили у себя наличие плоскостопия или же косолапости. Поровну (34,6%) отметили наличие неправильного прикуса и рубцов на коже – т.е. косметический синдром. Отсутствуют какие-либо проявления ДСТ у 18,7% участников анкетирования. Следующий вопрос был направлен на выявление соматических проявлений ДСТ. Объективность этих данных невысока, так как многие респонденты давно не обследовались. Но результат получился следующий (рис. 3). 44,8% респондентов отмечают у себя наличие миопии либо астигматизма, что говорит о наличии синдрома патологии органа зрения. 8,6% отмечают наличие нефроптоза (висцеральный синдром), аномалии желчного пузыря – 9,5% опрошенных (висцеральный синдром). 13,3% имеют пролапс митрального клапана – клапанный синдром. Нет проявлений (или же о них не известно в силу недостаточного обследования ранее) у 44,8 % опрошенных.

Выводы. Таким образом, внешние признаки дисплазии соединительной ткани встречаются у 81,3% опрошенных студентов ИГМА. Самый частый синдром- вертеброгенный. Соматические проявления встречаются у 55,2% опрошенных студентов. Самым частым признаком среди соматических является – синдром патологии органа зрения (миопия или астигматизм). В связи с этим, можем дать следующие рекомендации. Студентам, имеющим

вертеброгенный синдром, связанный с ДСТ следует избегать таких узких специальностей хирургического профиля, так как хирурги длительное время находятся в неправильном, неудобном положении, что приводит к повышенной нагрузке на позвоночник, смещается центр тяжести, усугубляется плоскостопие, развиваются дорсопатии, также появляется застой в нижних конечностях, развивается варикозное расширение вен и другое. Студентам с синдромом патологии органа зрения следует избегать микрохирургических специальностей, патологической анатомии и судебной медицины, где приходится работать с микропрепаратами. Длительная нагрузка на орган зрения только усугубит имеющиеся патологии.

Авазов М.Ш., Шайдуллоев П.З., Бекназаров А.Б.

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТИ

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

Научный руководитель – к.м.н. Абдулов М.С.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с переломами длинных костей конечности, выбор оптимального вида остеосинтеза путем создания алгоритма оперативного лечения.

Материалы и методы. Проанализированы результаты остеосинтеза 83 пострадавших с переломами длинных костей конечности, лечившихся в период 2017-2023 годы в специализированные отделения ГУ НМИЦ РТ. Объем исследования, подготовка пострадавших к операции осуществлялись в соответствии с клиническим протоколом. Оперативное вмешательство проводилось через 48-72 часов с момента поступления больного в стационар после установки диагноза и стабилизация общего состояния больных. Закрытая репозиция, интрамедуллярная фиксация переломов длинных костей блокируемым стержнем с применением малоинвазивной технологии выполнены у 13 (15,6 %) больных. У 27 (32,5 %) больных с оскольчатыми переломами длинных костей применяли открытую репозицию с фиксацией интрамедуллярный остеосинтез блокирующими стержнями. Открытая репозиция с фиксацией костных отломков накостный остеосинтез пластинами использованы у 26 (31,3 %) больных со спиральными переломами, и в 10 (12%) случаях при внутри суставных переломах было применено пластинка с угловой стабильностью. У 7 (8,4%) больных с открытыми переломами длинных костей был выполнен первичной хирургической обработки раны и внеочаговый остеосинтез с использованием аппарат внешней фиксации.

С целью профилактики развития отека, тромбозов, гнойно-воспалительных осложнений после операции назначали комплекс стандартных лечебных мероприятий, включающий антибактериальную терапию, препарат клексан и цитофлавин.

После погружного остеосинтеза во внешней иммобилизации поврежденной конечности необходимости не было, однако пациентам рекомендовали ограничить движения в суставах до 5-7° в течение 2-3 недель и в течение 6-8 недель исключить осевые нагрузки. Основанием для увеличения или ограничения нагрузок на поврежденную конечность являлись результаты рентгенологического контроля.

Результаты и обсуждения. Проведенный анализ в сроки 12 -18 мес. после операции показывает отличные и хорошие результаты. Субъективно все пациенты были довольные результатом лечения, возможность ранних движений и дозированных нагрузок позволяет быстрее восстановить функцию конечности и трудоспособность больного в сроки до 12-14 нед. В целом, разработанный алгоритм улучшить результаты лечения путем ранней активизации пациентов, уменьшение срока постельного режима и стационарного лечения.

Выводы. Разработанные алгоритмы оперативного лечения больных с переломами длинных костей позволили решить вопрос о показании временной и окончательной фиксации переломов и способе остеосинтеза. Внедрение в клиническое применение инновационной технологии при остеосинтезе переломов длинных костей позволяют снизить количество осложнений и повысить эффективность лечения пострадавших с переломами длинных костей конечности.

Авазов М.Ш., Мираков Б.Т., Акрамов С.М.

ЛЕЧЕНИЕ ЛОЖНОГО СУСТАВА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЛАЗМОЛИФТИНГА

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

Научный руководитель – Абдулов М.С.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения ложного сустава плечевой кости.

Материал и методы. В данное исследование включено 47 больных с ложными суставами плечевой кости, находившихся на лечении в ортопедическом отделении ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» в период с 2017 по 2022гг. Все больных до поступления в клинику лечились оперативным методом. Сроки поступления больных составляли от 10 месяцев до 6 лет после травмы.

При обследовании больных был использован комплекс взаимодополняющих методов, включающих анамнестические, клинические, лабораторные, рентгенологические исследования. Такой подход позволил оценить ряд факторов, которые могут влиять на частоту ложных суставов. Эти факторы были: пол, возраст, уровень витамин Д в крови, состояние кровообращения в конечностях, тяжесть самой травмы и допущена ошибки при первичном остеосинтезе. Оценки результатов проводилось по СОИ-1.

Показаниями для выполнения операций у всех больных были ложные суставы. Всем больным в области ложного сустава был введен плазмолифтинг.

Необходимо отметить, что в 17(36,1%) случаях причиной формирования ложных суставов была обусловлена ошибками, допущенными в ходе предшествующих вмешательств. У 12 (25,6) больных причиной развития ложного сустава являлась тяжесть самой травмы и состояние кровообращения в данном сегменте, у 8 (17%) больных причиной формирования ложных суставов являлось снижение уровня витамина Д в крови. А также у 10 (21,3) больных

проанализировано формирование ложных суставов на фоне остеопороза у женщин в постменопаузальном периоде.

Результаты и их обсуждение. Проведённый анализ в сроки 12 -18 мес. после операции показал отличные и хорошие результаты. Субъективно все пациенты были довольны результатом лечения. Возможность ранних движений и дозированных нагрузок позволил восстановить функцию конечности и трудоспособность больного в сроки до 12-14 нед. В целом, применение плазмолифтинга при лечении больных с ложными суставами способствует ранней активизации пациентов, уменьшению срока стационарного лечения и получению хороших и отличных результатов до 96%.

Выводы. Комплексное лечение больных с применением плазмолифтинга при лечении больных с ложными суставами позволило сократить срок сращения ложных суставов от 8 до 12 недель у 96 % больных. Внедрение в клиническое применение инновационной технологии в сочетании с плазмолифтингом при лечении ложных суставов позволяют уменьшить сроки сращения ложных суставов, снизить количество осложнений и повысить эффективность лечения пострадавших.

Аввалов А.Н., Рахманкулов К.Х.

ТРАВМА ОРГАНОВ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ

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

Научный руководитель – к.м.н., дотцент Файзуллаев Д.А.

Цель исследования. Изучение методов исследования травм органов мошонки у детей.

Материалы и методы исследования. В период с 2018 -2022гг в клинике детской хирургии Национального медицинского центра «Шифобахш» Республики Таджикистан обратились 12 детей с травмами органов мошонки в возрасте от 10 – 15 лет. Все дети поступали с закрытыми повреждениями органов мошонки и характеризовались следующими клиническими проявлениями.

С ушибами яичка обратились 6 (50%) больных, у которых отмечался небольшой отек и гиперемия мошонки, иногда следы травмы в виде кровоподтека.

Разрыв яичка отмечался у 2(17%) больных и клинически проявлялся резкой болью, которая иррадиировалась в паховую область и внутреннюю поверхность бедра.

Открытые повреждения мошонки наблюдались у 4(33%) больных и характеризовались наличием раны мошонки разной степени выраженности.

Результаты исследований. При поступлении всем больным с закрытыми травмами яичко проводилось в экстренном порядке лабораторные исследования, УЗИ органов мошонки и оперативное лечение. В послеоперационном периоде назначались препараты, улучшающие микроциркуляцию, блокаду семенного канатика, десенсибилизирующие препараты.

Выводы. Результаты лечения травматических повреждений яичек неблагоприятны при наличии разрыва яичка и операции в поздние сроки от момента травмы. Рекомендуется придерживаться активной тактики, чтобы добиться высокой репродуктивной реабилитации.

Авгонова М. Ю., Дониёрова У. Х.

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ

(Научный руководитель Авазов А.А)

Самаркандский Государственный медицинский университет,

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Республика Узбекистан.

Цель исследования. Изучить течение и исходы лечения ожоговой болезни у беременных женщин.

Материалы и методы. В связи с этим мы решили проанализировать непосредственные результаты лечения 48 беременных женщин с термическими ожогами II-IIIА-IV степени с площадью поражения от 20 до 85% поверхности тела. Возраст пострадавших от 19 до 32 лет, все они получили ожог пламенем. У 27 (56,3%) обожженных диагностированы ожог кожных покровов и термоингаляционная травма. Беременность первой половины были у 21 (43,7%), второй половины – у 27 (56,3%), первая беременность – у 22 (45,8%), вторая – у 26 (54,2%) обожженных.

Результаты. У 23 женщин при поступлении выявились симптомы острой ожоговой токсемии: лихорадки, бред, судороги, рвота, метеоризм или понос. Больным поступившим в состоянии шока, проводили комплекс противошоковой терапии, туалет обожженных поверхностей осуществляли только после купирования шока. В стадии токсемии и септикотоксемии больным назначали дезинтоксикационную, антибактериальную и стимулирующую терапию.

27 пациентам, по мере секвестрации ожогового струпа, во время перевязки проводили щадящую некрэктомию – в сроки от 15 до 20 дней после травмы; 4 больным, с площадью глубокого ожога 30% поверхности тела – этапную аутоаллопластику и аутопластику кожи. Из 9 женщин с беременностью первой половины и глубокими ожогами более 40% поверхности тела у 6 самопроизвольной выкидыш на 1-3 день после ожога, у 3 на 5-15 день. Преждевременные роды на 5-16 день после травмы имели места у 15 женщин, несомненно, протекал с более выраженной симптоматикой.

Важным вопросам является оценка исхода травмы для матери и плода. Как показывают наши данные, 3 беременных женщин с ожогами II-IIIА степени переведены с прогрессирующей беременностью в специализированные акушерские стационары. Роды у всех прошли в срок. У 5 беременных с ожогами IIIА-Б степени 10-15% п.т. также произошли срочные роды, осложненные вторичной слабостью родовой деятельности. Из поступивших женщин с глубокими ожогами более 20% поверхности тела, первая половина беременности закончилась самопроизвольным выкидышем 1-3 дня после травмы имели место у 4 женщин, на 5-4 день – 9. Преждевременные роды на 15-20 день

после травмы имело место у 11 женщин и срочные роды – у 3. У 3 женщин площадью глубокого ожога свыше 30% поверхности тела, умерших в период септикотоксемии беременность (38-39 недель) не разрешилась. Из 48 беременных умерло 27 (56,3%).

Выводы. Прижогах ШБ-IV степени 10-15% поверхности тела – в I-II триместре беременности прервать не следует; в III триместре родоразрешение большой спонтанной родовой деятельности; искусственное родоразрешение после выведении из шока при живом плоде.

Авгонова М.Ю., Дониёрова У.Х.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ОЖОГОВОМ ШОКЕ

(Научный руководитель Авазов А.А.)

Самаркандский Государственный медицинский университет,
Самаркандский филиал РНЦЭМП, Республика Узбекистан.

Цель исследования. Определить диагностическую достоверность мониторинга внутрибрюшного давления при выборе лечебной тактики для больных ожоговым шоком II-III ст.

Материалы и методы. За 2008-2018 гг. проведена изучение внутрибрюшного давления (ВБД) у 80 больных с глубокими ожогами 25-55% п.т. Возраст исследованных пострадавших колебался от 18 до 70 лет ($30,5 \pm 8,9$), при этом большую часть пострадавших составляли лица трудоспособного возраста (до 50 лет), преимущественно мужчины ($n=69$). Причиной травмы в большинстве случаев было пламя (85%). Больные были распределены на 2 группы: 1 группу составили 43 больных глубокими ожогами от 25% до 40% п.т., 2 группу – 37 больных глубокими ожогами от 40% до 55% п.т. в сочетании с термоингаляционной травмой. СИАГ был впервые описан J.L. Kronetal. в 1984 г. как вероятное осложнение после операций по поводу разрыва аневризмы брюшного отдела аорты.

Результаты. Согласно протоколу исследования ВБД измеряли при поступлении в ОРИТ ожогового отделения Самаркандского филиала РНЦЭМП, а далее каждые 6 часов в течение 5 суток. В настоящее время «золотым стандартом» непрямого измерения ВБД является использование мочевого пузыря. Хорошо растяжимая и эластичная стенка мочевого пузыря при объеме, не превышающем 25 мл, выполняет функцию пассивной мембраны и достоверно представляет давление брюшной полости (Алтыев Б.К. с соавт., 2018).

СИАГ развился у 15 (40,54%) больных второй группы. Во первой группе больных, несмотря на увеличение ВБД более 12 мм рт.ст. ни одного случая, соответствующего критериям СИАГ выявлено не было.

Частоту развития органной дисфункции по критериям А. Вайе (2000) и оценку по шкале SOFA сравнивали на вторые сутки ожогового шока, т.к. именно в этот период времени выявлено наиболее значимое различие в показателях ВБД между первой и второй группами.

Выводы. 1. СИАГ – является крайне прогностически неблагоприятным осложнением. 2. ВБД более 12 мм рт.ст. – является «рубежным» показателем, увеличение которого приводит к увеличению летальности.

Азимов Ф.Р.

ПЕРВЫЕ ОПЫТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ УШИВАНИЕ ПРОБОДНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ В УСЛОВИЯХ ГКБ №1 г.ХУДЖАНДА

Городская клиническая больница №1 им. С.Урунова г.Худжанда. Таджикистан
Научный руководитель -зав.отд. взрослой гнойной хирургии к.м.н. Юлдошев А.Р.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с прободными гастродуоденальными язвами с использованием видеолaparоскопических методов вмешательства.

Материал и методы исследования. За последние 5 лет на базе городской клинической больницы №1 города Худжанда прооперированы 103 больных с прободными гастродуоденальными язвами, из всех оперированных пациентов по поводу прободной язвы у 9 (8,7%) больных язва располагалась в желудке, 94 (91,3%) имели язву 12 перстной кишки. Мужчин было 70 (68%), женщин - 33 (32%) в возрасте от 18 до 68 лет. Лапароскопическое ушивание прободных гастродуоденальных язв выполнена у 35 (33,9%) больных, традиционное ушивание прободной гастродуоденальной язвы у 68 (66,1%). Все операции производились под общим наркозом. Противопоказаниями к лапароскопическому ушиванию прободных язв по нашим опытом, являлись многочисленные перенесенные операции на органах брюшной полости в анамнезе, дыхательная недостаточность на фоне заболеваний легких, выраженная сердечная недостаточность, больные которые поступили после 24 часов с момента перфорации, диаметр перфоративного отверстия более 10мм, атипичные перфорации. Основным определяющим моментом в выборе оперативного лечения было эндоскопическая диагностика (ЭФГДС) оценка локализации и размеров перфорации. При лапароскопическом ушивании прободных язв сначала выполняли ревизию брюшной полости и определяли места перфорации, переходили к санации брюшной полости. В первую очередь, удаляли желудочное содержимое и перитонеальных выпот при помощи электроотсоса из над и подпечёчных пространств, поддиафрагмального пространства слева, малого таза, после чего было выполнена лапароскопическое ушивание перфорации язвы зет-образным швом. Санация брюшной полости завершилась с обязательным дренированием брюшной полости.

Результаты исследования и их обсуждения. Пациентам, которым выполнено лапароскопическое ушивание прободных гастродуоденальных язв, среднее пребывание в стационаре было 9,2 койка день, а при традиционным – 14,2 койка день. В группе пациентов, оперированных традиционным способом, послеоперационные осложнения отмечались у 7 (6,8%) больных, после лапароскопического ушивания – у 1 (1%). Летальных исходов при традиционным способом у 3-х больных, а при лапароскопическом ушивании не отмечалась.

Выводы. Применение лапароскопического ушивания прободных гастродуоденальных язв не сопровождается

летальностью и высокой частотой осложнений. К преимуществам лапароскопического доступа по сравнению с лапаротомией относятся: малая травматичность, ранняя реабилитация, косметический эффект и сокращение сроков пребывания в стационаре и оно может быть альтернативой над традиционным методом.

Азимова А.А., Хасанова М. Х., Абдукахорова Р. Н.
МИКРОБИОЦИНОЗ ВЛАГАЛИЩА И РАК ШЕЙКИ МАТКИ
Самаркандский Государственный Медицинский Университет
Кафедра онкологии

Научный руководитель – Заведующий кафедрой онкологии, доктор медицинских наук, Доцент Рахимов Н. М.

Цель исследования. Изучение бактериального вагиноза и спектра заболеваний, передающихся половым путем у пациенток с цервикальной интраэпителиальной неоплазией.

Материал и методы. В исследование были включены 100 пациенток с ЦИН. Обследование включало в себя сбор анамнестических данных, проведена микроскопия мазков цервикального секрета на наличие бактерио - вирусной инфекции методом иммунофлюоресценции (ПИФ) и полимеразно - цепной реакции (ПЦР), цитологическое исследование было проведено по системе Бетесда

Результаты исследования. Средний возраст женщин составил 30,8±1,5 лет. Основной контингент обследованных находился в возрастной группе 30-39 лет. Возраст наступления менархе у обследованных женщин составил 13,4- 1,5 лет. В целях анализа сексуальной активности обследуемых женщин, были изучены некоторые параметры половой функции. По данным большинства обследованных женщин 68 (68%) начали половую жизнь в возрастном диапазоне 20-23 лет, 2(2%) пациентки отметили начало половой жизни в возрасте до 16 лет. Этот факт, подтверждает мнение большинства авторов о том, что раннее начало половой жизни является фактором риска развития с интраэпителиальных дисплазий шейки матки. У 38 женщин цитологически обнаружены атипические клетки неопределенного значения- ASCUS. При обследовании этих пациенток у каждой третьей – 14 (32%) диагностированы заболевания, передающиеся половым путем: из них у 7 (50%) – хламидиоз, у 5 (35,1) – уреаплазмоз, еще у 2 (14,3%)- имело место сочетание хламидий с уреаплазмозом. У остальных 24 (64,0%) ИППП не обнаружены. Среди 26 пациентки с LSIL\ CIN I у большинства из них - у 20 (76,9%) диагностированы различные инфекции. У 9 (45%) из них обнаружен генитальный хламидиоз, у 5 (25,0%)- уреаплазмоз, у 4 (20,0%)- сочетание генитального хламидиоза и уреаплазмоза, еще у 4 (20,0%)- гарднереллез. Из 13 женщин с цитологически верифицированной интраэпителиальной дисплазией высокой степени тяжести - HSIL/ CIN 2-3, у 9 (69,2%) диагностированы заболевания, передающиеся половым путем: из них у 6 (66,7%) – генитальный хламидиоз, у 3 (33,3%) – уреаплазмоз. Из 100 обследованных только 47 обследовались на вирус папилломы человека (ВПЧ), из них у каждой третьей – 15 (31,9%) результат был отрицательный: у 10 пациенток с ASCUS, у 1 – с LSIL, у 4 – с AGC. У остальных обследованных ПЦР на ВПЧ была положительной. Вирус папилломы человека 16, 18 типов был положительный у 4 пациенток с LSIL, у 11 – HSIL, а также у 2 обследованных с ASC-H. ВПЧ типа диагностированы у 9 пациенток: из них у 2 – с ASCUS, еще у 2 – с HSIL, у 5 пациенток AGC. Вирус папилломы человека 18 типа диагностирован всего у 6 обследованных: из них у одной пациентки с LSIL и 5 – с ASC-H. Проведенные исследования Е.Н. Андреевой соавт., (2008) показало, что у женщин с CIN по сравнению с контрольной группой наиболее часто встречаются *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Candida albicans*, и *Chlamidia trachomatis*. По данным литературы у 28% пациенток с перечисленными инфекциями выявляются клеточные атипии. Ассоциацию между бактериальным вагинозом и CIN можно объяснить тем, что бактерии продуцируют нитразамины, которые при взаимодействии с ВПЧ являются кофакторами неопластической трансформации.

Вывод. Таким образом, проведенное нами бактериоскопическое исследование у женщин с цитологической картиной интраэпителиальной дисплазией шейки матки различной степени тяжести показало, что в развитии предраковых состояний шейки матки особое место принадлежит инфекциям передаваемым половым путем, среди которых в наибольшей частоте встречается хламидии и уреаплазма. У пациенток с атипическими клетками неопределенного значения-ASCUS, диагностируется генитальный хламидиоз у 50,0% уреаплазмоз - 35,1%, при LSIL\ CIN I обнаружен хламидиоз и уреаплазмоз - 20,0%, гарднереллез - 20,0% обследованных. Пациентки с HSIL/ CIN 2-3 определяется, генитальный хламидиоз у 66,7%, уреаплазмоз-33,3%, атипические клетки неопределенного значения, не исключающие высокую степень атипии (ASC-H) генитальный хламидиоз и уреаплазмоз отмечается у 61,5%.

Азимова М., Хайдаров З.Б., Каримов М.Б.
К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГЛАУКОМЫ
Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино
2-е глазное отделение НМЦ РТ «Шифобахш»
Научный руководитель – к.м.н., доцент Махмадзода Ш.К.

Цель работы. Результаты хирургического лечения пациентов с субкомпенсированной и некомпенсированной глаукомой путем выполнения СТЭ с базальной иридэктомией в сочетании с глубокой склерэктомией.

Материал и методы. Исследование выполнено на базе кафедры офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино в ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в период с сентября 2019 г. по сентябрь 2021 г. В рамках исследования прооперированы 53 пациента (53 глаз) в возрасте от 50 до 80 лет: 33 (62,3%) мужчины и 20 (37,7%) - женщин, давность глаукомы - от 4 до 8 лет. Критерии включения в исследование: некомпенсированная (уровень ВГД В-С) первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ) II-III стадии. Все больные обследованы по общепринятым стандартам: визометрия, биомикроскопия, гониоскопия, офтальмоскопия, периметрия. Для определения уровня ВГД пациентам проводили

пневмотонометрию с помощью тонометра Сапон, а также тонометрию по Маклакову. Период наблюдения составил 12 месяцев.

Результаты и обсуждение. После отсепаровки конъюнктивы и теноновой капсулы в нижнее наружном квадранте 5-7 мм от лимба проводится склерэктомия размером 2х2 мм. Затем, выполняется конъюнктивальный разрез на 8-10 мм кзади от лимба от 11 ч до 1 ч. Формируется конъюнктивальный лоскут основанием к лимбу. Конъюнктиву и теноновую оболочку отсепаровывают от склеры. Удаляется участок трабекулы 1х4 мм, следующим этапом выполняют базальную иридэктомию на 12 часах. Прямоугольный лоскут ушивают двумя узловыми швами. Накладывают непрерывный шов на конъюнктиву. Операцию заканчивают введением под конъюнктиву раствора дексаметазона.

Интраоперационных осложнений не отмечалось. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. В первые сутки после операции при осмотре всех больных визуализировалась фильтрационная подушечка. Во всех случаях была зарегистрирована слабовыраженная воспалительная реакция I степени согласно классификации С.Н. Федорова и Э.В. Егоровой (1992). У исследуемой группы пациентов после операции уровень ВГД составлял от 15 до 19,5 мм рт.ст. В послеоперационном периоде (12 мес) после проведения тонометрии у 49 (92,5%) пациентов отмечалась нормализация ВГД (Р0 1,8 мм рт.ст.), и в 4 случаях (7,5%) было отмечено повышение уровня ВГД (Р0 24 мм рт. ст.), что потребовало добавления медикаментозной терапии (бета-адреноблокаторов).

Выводы. СТЭ с глубокой склерэктомией эффективно стабилизирует нормальный допустимый уровень ВГД, а также влияет на длительность эффекта хирургического вмешательства. Наши результаты хорошо коррелируют с другими описанными случаями применения фильтрующей хирургии, а также с результатами использования непроникающих методик с аутосклеральным дренированием.

Юлдошева М., Акбарзода Г., Исоева М.А. РОЛЬ ВИТАМИНА Д РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Научный руководитель- к.м.н. Юлдошева Манижа

Цель исследования. Оценить влияние дефицита витамина D на репродуктивную функцию женщин.

Материалы и методы исследования. Методы исследования включали: общий осмотр, гинекологическое исследование, микроскопическое, бактериологическое и ультразвуковое сканирование органов малого таза, консультацию терапевта и эндокринолога. Определяли уровень витамина D методом иммуноферментного анализа (ИФА).

Результаты и их обсуждение. Изучена распространенность содержания витамина D в сыворотке крови у 74 женщин репродуктивного возраста, средний возраст которых составлял $32,9 \pm 2,5$ лет (от 18 до 45 лет). Среднее значение витамина D в сыворотке крови – $27,6 \pm 4,3$ нг/мл. Основную группу составили 41 женщина с недостатком витамина D в сыворотке крови (среднее значение $21,4 \pm 1,0$ нг/мл). В группу сравнения вошли 33 женщины с адекватным уровнем витамина D (среднее значение которого $39,0 \pm 1,4$ нг/мл). Средний возраст пациенток в группе сравнения составлял $29,0 \pm 1,9$ лет соответственно.

Средняя концентрация витамина D среди 26 (63,4%) обследованных женщин из группы сравнения составила $27,6 \pm 4,3$ нг/мл, что свидетельствовало о недостаточном уровне витамина D. Снижение уровня данного витамина разной степени выраженности диагностировано у 15 (36,5%) женщин в диапазоне от 20,3 до 29,8 нг/мл.

После проведении клиничко-лабораторных исследований обеих исследуемых групп было выявлено достоверное увеличение частоты миомы матки за счет снижения антипролиферативного действия витамина D в группе сравнения. Повышение распространенности аденомиоза при недостаточности витамина D, возможно, связано с его противовоспалительным влиянием и участием в регуляции неоангиогенеза (В.Е. Радзинский, 2020). А также отмечалось повышение частоты в основной группе по сравнению с контрольной группой распространенности вторичной аменореи (48,0% и 16,0%), вторичной олигоменореи (25,0% и 14,0%), гиперпластических процессов (миомы матки) – 12,3% и 7,1%, аденомиоза – 11,2% и 3,2 % в группе сравнения.

Необходимо подчеркнуть, что распространенность бактериального вагиноза в основной группе была выявлена в 5 раз чаще, чем в группе сравнения, 35,3% и 4,5% соответственно, что свидетельствует о взаимосвязи недостатка витамина D и частоты воспалительных заболеваний нижних отделов репродуктивной системы. Изучение состояния микробиоценоза влагалища, по данным микроскопического исследования, показало наличие высокой распространенности дисбиотических нарушений у пациенток с недостаточностью витамина D.

Результаты исследования показали, что у женщин с недостатком витамина D распространенность синдрома поликистозных яичников была в 3 раза выше, чем в группе сравнения (32,2% и 6,7% соответственно). При этом у 26,2% женщин с синдромом поликистозных яичников в группе I наблюдалось ожирение I степени, что подчеркивает взаимосвязь между концентрацией витамина D и метаболическими нарушениями. Изучение состояния микробиоценоза влагалища, по данным микроскопического исследования, показало наличие высокой распространенности дисбиотических нарушений у пациенток с недостаточностью витамина D.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о неблагоприятном влиянии сниженного уровня витамина D на репродуктивное здоровье женщин, что подтверждается наличием гиперпластических процессов эндометрия с последующим нарушением менструального цикла и различных дисбиотических процессов влагалища.

Акрамов С.М., Абдуллоев М.С., Мираков Б.Т.
COVID-19-ИНДУЦИРОВАННЫЙ АСЕПТИЧЕСКИЙ НЕКРОЗ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель - д.м.н., профессор Курбанов С.Х.

Цель исследования. Усовершенствовать раннее выявление, диагностику и лечение асептического некроза головки бедренной кости (АНГБК) у больных, перенёвших коронавирусную инфекцию Covid-19.

Материалы и методы. Нами на клинической базе кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино проводились исследования 18 пациентов с АНГБК после перенесения инфекционного заболевания Covid-19. С этой целью были рассмотрены результаты первичной и контрольной денситометрии, КТ и лабораторные исследования пациентов. Были изучены механизмы развития, результаты консервативного и оперативного лечения АНГБК после перенесенного Covid-19.

Результат исследования. Частота возникновения АНГБК, развивающийся после перенесения коронавирусной инфекции, была связана с повышенной свёртываемостью крови, при этом заболевание и использование высоких доз кортикостероидов для лечения этого патологического процесса. Результаты показали, что у 13 пациентов первые симптомы АНГБК появились через 3-4 месяца после тяжело перенесенного Covid-19 и применения кортикостероидов дозой свыше 20мг/сут., в контралатеральном суставе первые симптомы появились спустя 2 месяца при двухстороннем процессе. Средний возраст больных составил 36-лет, соотношение мужчин и женщин-4:3. Постковидный асептический некроз головки бедренной кости протекает быстрее по сравнению с другими причинами, вызывающими АНГБК. Механизм развития АНГБК после перенесенного Covid-19 можно разделить на следующие категории, которые существуют в сложном взаимодействии: повышенная свёртываемость крови при Covid-19, нарушение сосудистой системы в кости вследствие сильного вазоконстрикторного действия кортикостероидов используемых при лечении Covid-19, дисбаланс костной резорбции и восстановления, апоптоз. МРТ тазобедренного сустава считается золотым стандартом в диагностике заболевания. Мониторинг пациентов высокого риска с периодической МРТ тазобедренного сустава поможет диагностировать некроз на ранней стадии. Хирургическое лечение дало лучшие результаты по сравнению с консервативной терапией, как на ранней, так и на поздней стадиях.

Выводы. Пациентам, перенесшим Covid-19, с первичными симптомами асептического некроза головки бедренной кости необходимо регулярное наблюдение-мониторинг показателей гомеостаза и МРТ тазобедренного сустава. Пациенты после перенесения Covid-19 с подозрением на АНГБК должны быть направлены к ортопедам для диагностики и лечения на ранней стадии.

Акрамов Ш.А., Нуралиев Ж.Х., Эргашев И.С.
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ГЭРБ

Кафедра хирургических болезней Педиатрического факультета, Самаркандский государственный
медицинский университет, Узбекистан
Научный руководитель – асс. Ахмедов Г.К.

Цель исследования. Оптимизировать комплексную лечебную тактику у больных с разными осложнениями ГЭРБ.

Материалы и методы. Проанализированы результаты диагностики 368 больных с разными эрозивными осложнениями ГЭРБ исследованных в эндоскопическом отделении ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова» в период 2021-2022 гг. Возраст больных колебался от 16 до 84 г, в среднем 44,7 л. (таб. 1). Из них у 135 пациентов выявлено осложнения ГЭРБ как рефлюкс-эзофагит II-IV ст. Больные с рефлюкс-эзофагитом разделены по классификацию M.Savary и G.Miller.

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

Больным с ГЭРБ и ГПОД больших размеров рекомендовано оперативное лечение с последующим консервативным лечением. Из них у 24 (17,8%) пациентов (исследуемая группа) с ГЭРБ осложненной рефлюкс-эзофагитом II-IV ст. для комплексного лечения применили ИК-диодное лазерное облучение. Для этого использовали лазерный аппарат фирмы «Лахта-милон». На “эрозивную” слизистую пищевода на расстоянии 0,5 см в импульсном режиме с интервалом 100 мс воздействовали ИК-диодным лазером с мощностью 7 W, длиной волны 970 нм и сформирована “отёчный” круг белого цвета размером 1,0х1,0 см и в центре с тёмным оттенком размером 0,3х0,4 см. Больным назначено стандартное консервативное лечение

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

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

Морфологическая картина показала, что слои пищевода подвергшихся воздействию лазера в пораженных участках начали полностью регенерироваться. В области глубоких слоев сформированной «эрозивной» слизистой

оболочки наблюдается разрастание мягкой волокнистой соединительной ткани. Регенерация эпителиального слоя происходила за счет ускорения дифференцировки и трансформации клеток и проявлялась гистиоцитарными опухолями вокруг разных слоев. Ускоряется образование новых сосудов (неореваскуляризация), сосуды наполняются.

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

Алексеева А.В.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ

Кафедра хирургических болезней детского возраста ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Шкляев П.О.

Цель исследования. Изучить методы хирургического лечения паховых грыж у детей.

Материалы и методы. В хирургическом отделении РДКБ г. Ижевск в 2022 году находились на лечении 2555 детей, из них 276(10,8%) с паховыми грыжами. Паховая грыжа справа диагностирована у 140(50,8%) детей, слева – у 90(32,6%), двусторонняя - у 46(16,6%). Мальчиков с паховыми грыжами было 182(65,9%) девочек - 94(34,1%).

Результаты исследования. Грыжесечение по методу Дюамеля выполнено у 255(92,4%) детей, малоинвазивные методики применены у 21(7,6%) ребенка, из них лапароскопическая герниорафия - у 10(3,6%), хирургическое лечение по методу PIRS – у 11(4%). Малоинвазивные методики в основном применяли при двусторонней паховой грыже. Так при двусторонней локализации паховой грыжи методика PIRS выполнена у 9(81,8%) из 11 пациентов, лапароскопическая герниорафия - у 8(80%) из 10 детей.

Выводы. 1). Паховая грыжа чаще встречается у мальчиков, преобладает правосторонняя локализация 2). В настоящее время хирургическое лечение паховой грыжи проводят как методикой грыжесечения по Дюамелю, так и с помощью малоинвазивных методов. 3). Методика грыжесечения по Дюамелю остается основным методом лечения паховых грыж у детей.

¹Алимов СУ., ¹Абдурахимзода И.Б., ²Гулноза Курбоназар

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ОТ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Научный руководитель: к.м.н., доцент Сайдалиев ШШ.

¹ГУ ГЦСМП г.Душанбе

²ГУ Роддом №1

Цель исследования–оптимизация методов дифференциальной диагностики острого аппендицита от urgentных заболеваний гинекологических органов.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 658 пациенток женского пола, поступившие в хирургический стационар по экстренным показаниям. Возраст пациенток колебался от 16 до 57 лет. После осмотра гинеколога стационара и проведения всех перечней диагностических исследований (согласно протоколу МЗ и СЗН РТ), больные взяты на диагностическую лапароскопию. Выбор объема операции зависел от интраоперационной находки: особенно макроскопических изменений аппендикса, матки и ее придатков.

Результаты и их обсуждение. У 316 пациенток(48,0%) положительно выявлен симптом т.к. называемого «карандаша», что являлось абсолютным подтверждением имевшегося острого аппендицита. Им всем произведена лапароскопическая аппендэктомия, с последующим гистологическим исследованием макропрепарата. В остальных диагностических случаях, это у 340 (51,7%) пациентки, диагностированы различные заболевания органов малого таза, лишь в 2(0,3%) случаях – обнаружили картину мезаденита кишечника. С учетом имевшегося экссудата брюшной полости (после взятия на бакпосев) в индивидуальном порядке дренировалась брюшная полость микроиригатором или полихлорвиниловыми трубками. Все удаленные червеобразные отростки патоморфологически подтверждены. Применение лапароскопии у больных показало необходимость более широкого применения последней в urgentной хирургии, особенно гинекологии. Она позволила на более 50% уменьшить число «напрасных» аппендэктомий.

Выводы. Своевременное использование неотложной диагностической лапароскопии позволяет уменьшить количество ошибок и снизить процент т.к. называемых «напрасных» аппендэктомий. К тому же она по мере необходимости может быть трансформирована в лечебную.

Аминзода С.Т., Адылова Ф.Х., Шамсуллохи Шарофатулло

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛОР-ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ РАЙОНА РУДАКИ

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

Научный руководитель- к.м.н. Бекназарова Г.М

Цель исследования. Выявление ЛОР-патологии среди школьников с 1 по 5 класс средней общеобразовательной школы №124

Материал и методы исследования. Объектом исследования были 173 школьника с 1 по 5 классы. Возраст детей варьировал от 7 до 11 лет. В том числе среди них были 81 девочка и 92 мальчика. Исследование проведено в условиях медицинского кабинета школы. При проведении клинического осмотра ЛОР-органов у школьников были собраны жалобы, анамнез и применены следующие методы исследования: передняя риноскопия, фарингоскопия,

отоскопия и определения слуховой функции шепотной и разговорной речи.

Результаты исследования и их обсуждения. Учитывая проведенное исследование ЛОР-органов, выявлено, что из 173 школьников, лишь у 117 (67,6%) обнаружили патологии со стороны ЛОР-органов. Объективно при риноскопии были обнаружены изменения слизистой оболочки полости носа, резкая гиперемия, отёк слизистой, выделения из носа, а также смещение медиальной стенки в одну сторону: искривление носовой перегородки у 10 (5,8%), хронический гипертрофический ринит - 7 (4,04%), острый катаральный ринит - 4 (2,3%), хронический субатрофический ринит - 3 (1,7%), при фарингоскопическом исследовании слизистая оболочка глотки и миндалин гиперемирована с очагами воспаления. Были поставлены следующие диагнозы: хронический тонзиллит у 37 (21,4%), хронический гранулезный фарингит - 21 (12,1%), острый фарингит - 6 (3,5%), хронический тонзиллит и сопутствующий гипертрофический ринит - 7 (4,04%); при отоскопическом исследовании определилась ушная сера у 10 (5,8%), гнойные выделения из уха, перфорация барабанной перепонки, что свидетельствовало о хроническом среднем отите 5 (2,9%). При исследовании шепотной и разговорной речи у 7 (4,04%) детей выявили тугоухость первой степени.

Выводы. Высокий уровень распространенности ЛОР –патологии среди детей начальных классов, свидетельствуют о необходимости своевременного выявления заболеваний ЛОР-органов на ранних стадиях, разработки целенаправленных профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий.

¹Аминов З.А., ²Усмонов Б.Н.,¹Мухаммадиев Ф.И.

УЛУЧШЕНИЕ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УРЕТЕРОЛИТИАЗА

¹Кафедра урологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

²ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии»

Научный руководитель – д.м.н., профессор Шамсиев Дж.А.

Цель исследования. Улучшение непосредственных результатов хирургического лечения уретеролитиаза.

Материал и методы исследования. Исследование основано на анализе 150 больных с уретеролитиазом, госпитализированных в ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии», за период 2013-2022 годы, которые были разделены на 3 группы: I группа 50 больных, которым проведены: рентген, эндоскопические контактные уретеролитотрипсии, II группа 50 пациентов, которым проведены чрескожная пункционная нефролитотрипсия (ЧПНЛ), и III группа 50 больных - традиционная уретеролитотомия. Следует отметить, что пациенты III группы составили ретроспективный анализ историй болезней за период 2013-2017 годы. Возраст больных варьировал от 18 до 79 лет. Средний возраст составил 55,2±11,01 год.

Все пациенты были обследованы по стандартному регламенту, включающему полную комплексную урологическую диагностику: объективный физикальный осмотр, сбор анамнеза и жалоб, лабораторные анализы крови и мочи, бактериологический посев мочи с определением расширенной антибиотикограммы. Дополнительные методы исследования, включающие: рентгенологические и ультразвуковые методы обследования, внутривенная урография, компьютерная томография. Данные обследования проводили с целью определения критериев для выбора хирургического пособия в зависимости от функционального состояния мочевых путей, размеров и локализации конкрементов, а также фазы течения пиелонефрита.

Результаты исследования. В целом у пациентов I группы зачастую литотрипсия применена при уретеролитиазе нижней трети, что составило 52,0% (n=26) случаев. При локализации верхней и средней трети, литотрипсия применялась в 28,0% и 20,0% случаев, соответственно. Мы солидарны с мнениями большинства авторов, что при уретеролитиазе, самым эффективным считается лазерная литотрипсия. В нашем исследовании конкременты были фрагментированы с помощью лазерной литотрипсии в 64,0% (n=26). Пневматическая литотрипсия и уретеролитоэкстракция применены в 20,0% и 16,0% соответственно.

У пациентов II группы больных оперативное вмешательство было выполнено через один пункционный доступ. Средняя продолжительность операции составила 120±30,5 минут. Интраоперационное кровотечение было отмечено у 2 пациентов, которое удалось остановить установкой нефростомической трубкой катетером Фоле, с нажатием области почки. Продолжительность пребывания в стационаре составило 7 (5-9) койко-дней. Инфекционные осложнения в послеоперационном периоде – не менее важная проблема современной эндоурологии.

Анализ результатов показывает, что у пациентов после традиционной уретеролитотомии в 2 (4,0%) наблюдениях было отмечено кровотечение, что требовало повторных люмботомий. В 3 или 6,0% случаях в послеоперационном периоде по разным обстоятельствам не функционировала дренажная трубка, что были скорректированы миниинвазивными методами. Нарушения оттока мочи были отмечены у 4 (8,0%) пациентов. Закономерно были зарегистрированы и случаи восходящей инфекции МВП, и обострение пиелонефрита (10,0% и 12,0% соответственно), что требовали соответствующей консервативной терапии.

Выводы. Дифференцированный подход к больным с уретеролитиазом, в частности применение малоинвазивной технологии, позволило снизить послеоперационные осложнения с 12,0% до 4,0%, и тем самым улучшить непосредственные результаты хирургического лечения.

ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Научный руководитель: д.м.н., доцент Сафаров Д.М.

Цель исследования. Дать оценку результатам и выявить преимущества остеосинтеза переломов проксимального отдела бедренной кости интрамедуллярным стержнем.

Материал и методы. В исследование вошли 75 пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости. После установки диагноза перелом проксимального отдела бедренной кости, осмотра анестезиолога, с пациентами проводилась беседа на предмет обсуждения дальнейшей тактики лечения. Всем пациентам был проведен остеосинтез гамма стержнем.

Критерии включения:

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

Критерии исключения:

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

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

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

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

¹Анварова Р.А., ²Давлатбоев М.Т.

СИМПТОМЫ И ПРИЗНАКИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

¹Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии Самаркандского Государственного медицинского университета, Узбекистан, Самарканд

²Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии Ташкентского Педиатрического медицинского института, Узбекистан, Ташкент

Научный руководитель – ассистент Мамедов А.Н.

Цель исследования. Изучение симптоматики и признаков сердечной недостаточности, а также их влияния на протекание беременности, здоровье матери и развитие плода.

Материал и методы. Нами рассмотрены работы зарубежных авторов, таких как Lara A. Friel “Сердечные нарушения при беременности”, Репиной М. А., Кузьмины-Крутецкой С. Р. “Заболевания сердца и беременность”, Потаповой М.В., Макаровой Ю.А., Шамровой Е.А., Беловой О.А. “Сердечно-сосудистые заболевания у женщин во время беременности, особенности патогенеза и клинического течения”, а также из общедоступных сайтов.

Результаты исследования. Сердечная недостаточность – это патология сердечной мышцы, при которой этот орган не может удовлетворить всей надобности организма в кислороде. Беременность на 25-30% увеличивает потребность в кислороде, что необходимо для развития и функционирования плодово-плацентарного комплекса. В то же время с увеличением срока беременности уменьшаются возможности дыхательной экскурсии легких, что отражается на частоте дыхательных движений, стимулирует появление одышки при физической нагрузке.

Признаки, указывающие на сердечную недостаточность, такие как одышка, систолические шумы, тахикардия, расширение яремных вен, отеки, увеличения сердца в определённых размерах на рентгенограмме грудной клетки, могут наблюдаться при нормальной беременности или же являться проявлениями заболеваний сердца. Для сердечных заболеваний более характерными являются диастолические или пресистолические сердечные шумы.

Помимо всего, сердечная недостаточность может быть одной из причин преждевременных родов, а также аритмий. Риск гибели матери и/или плода можно согласовывать с функциональной классификацией Нью-Йоркской кардиологической ассоциацией (NYHA), основанной на интенсивности физической активности, которая вызывает симптоматику сердечной недостаточности.

Риск возрастает, если только симптомы появляются: 1) при незначительной физической нагрузке (NYHA класс III); 2) при минимальной физической нагрузке или в покое (NYHA класс IV).

Родовой акт является дополнительным серьёзным затруднением для сердечно-сосудистой системы, так как во время каждой схватки (потуги) из сокращающейся матки в общий кровоток поступает ещё около 500 мл крови. С окончанием схватки указанный объём крови вновь протекает в сосудистую систему матки. Таким образом на протяжении всего розового акта наблюдается пульсирующее увеличение объема крови в центральных сосудах, что отражается на ударном и общем объёме сердечного выброса.

Выводы. Беременность неразрывно связана с взаимосвязанной работой органов, в частности сердечно-сосудистой системы. Осложнения, связанные с патологией сердца во время беременности, включают: чрезмерную прибавку в весе во время беременности, преэклампсию, преждевременные роды, нарушения внутриутробного развития, кровоизлияния, отслойку плаценты, сахарный диабет беременных, прогрессирующую сердечную недостаточность.

Аннаев М.Б., Хамроев Б.М., Нозимов Ф.Х.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ СО СВИЩАМИ ПРЯМОЙ КИШКИ В СОЧЕТАНИИ С ПОСТОПЕРАЦИОННЫМ СТЕНОЗОМ АНАЛЬНОГО КАНАЛА

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

Научный руководитель – д.м.н., профессор Мухаббатзода Дж.К.

Цель исследования. Оптимизация предоперационной подготовки больных со свищами прямой кишки, имеющих гнойную полость в параректальной клетчатке в сочетании с постоперационным стенозом анального канала.

Материалы и методы. Нами исследованы 30 пациентов со СПК, имеющих гнойную полость в параректальной клетчатке в период 2019-2022 гг. Все пациенты находились в отделении колопроктологии ГУ ГМЦ №2 им. академика Таджиева К.Т. г. Душанбе в период с 2009 по 2021 гг. Возраст больных колебался от 23 до 72 лет. Все пациенты были распределены на две группы – основную (ОГ, n=15) и контрольную (КГ, n=15). Больным ОГ применяли разработанный нами способ обработки ГП в предоперационном периоде раствором «Вавеган», а пациентам КГ применяли традиционный способ – раствором «Декасан». Всем пациентам проводилась пункция под контролем УЗ-датчика ГП с последующей ежедневной санацией в течение 7-10 дней и проводился УЗИ-мониторинг уменьшения ГП и воспалительного инфильтрата параректальной клетчатки. Оценку предоперационной подготовки проводили клинически, лабораторными, инструментальными, а также специальными методами.

Результаты исследования. Разработанный нами способ предоперационной подготовки больных со свищами прямой кишки, имеющих гнойную полость в параректальной клетчатке в сочетании с постоперационным стенозом анального канала, заключается в том, что при выявлении с помощью трансректального ультразвукового исследования наличия гнойных полостей или затёков в параректальной клетчатке проводится пункция под контролем УЗ-датчика последних с последующей ежедневной санацией в течение 7-10 дней растворами антисептика «Вавеган», а также проводится УЗИ-мониторинг уменьшения гнойной полости и воспалительного инфильтрата параректальной клетчатки.

Уменьшение гнойного выделения отмечено в 93,3% случаях среди больных ОГ. Уменьшение мацерации перианальной кожи наблюдалось в обеих группах: 15(100%) - в ОГ и 10(66,7%) - в КГ. По данным УЗИ уменьшение размера гнойной полости отмечено у 20 пациентов: 13(86,6%) наблюдений в ОГ и 7(46,7%) – в КГ. Состояние микроциркуляции в области перианальной кожи параректального свища до и после предоперационной подготовки пациентов изменилось значительно у больных ОГ в отличие от КГ и проявлялось в увеличении параметров показателя микроциркуляции (ПМ) и индекса эффективности микроциркуляции (ИЭМ): в среднем от $7,9 \pm 1,4$ до $9,2 \pm 1,2$ и от $1,21 \pm 0,1$ до $1,39 \pm 0,14$ соответственно. Таким образом, значительное улучшение показателей предоперационной подготовки пациентов

Вывод. Разработанный нами способ предоперационной подготовки больных со свищами прямой кишки, имеющих гнойную полость в параректальной клетчатке в сочетании с постоперационным стенозом анального канала, в отличие от традиционного способа значительно улучшает показатели предоперационной подготовки этой категории пациентов, что позволяет рекомендовать его для широкого медицинского применения.

Аннаев М.Б., Хамроев Б.М., Туразода М.С.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ФОРМЫ ПОСТОПЕРАЦИОННОГО СТЕНОЗА АНАЛЬНОГО КАНАЛА

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

Научный руководитель – д.м.н., профессор Мухаббатзода Дж.К.

Цель исследования. Усовершенствовать способ хирургического лечения слизистой формы послеоперационного стеноза анального канала.

Материалы и методы. Нами были исследованы 20 пациентов с послеоперационным стенозом анального канала (ПСАК). Все пациенты находились в отделении колопроктологии ГУ ГМЦ №2 им. академика Таджиева К.Т. г. Душанбе в период с 2021 по 2022 гг. Возраст больных колебался от 23 до 74 лет. Все пациенты были распределены на две группы – основную (ОГ, n=10) и контрольную (КГ, n=10). Больным ОГ применяли разработанный нами способ хирургического лечения в местах надрывов слизистой оболочки, образовавшихся после дивульсии анального канала (в зонах послеоперационных рубцов после геморроидэктомии). При слизистом стенозе анального канала пациентам КГ применяли традиционный способ – стриктуротомия с низведением слизистой оболочки задней стенки анального

канала. Оценку усовершенствованного способа хирургического лечения слизистой формы постоперационного стеноза анального канала проводили клинически.

Результаты исследования. Способ хирургического лечения слизистой формы стеноза анального канала после геморройэктомии заключается в том, что после обезболивания (эпидурально-сакральное или спинальное) делается дивульсии анального канала, вследствие чего происходят надрывы в зонах послеоперационных рубцов в слизистой из-за их неэластичности и не растяжимости. Благодаря эластичности слизистой оболочки анального канала при дивульсии в ней не образуются надрывы. На ранах - местах надрывов в слизистой ставят швы в поперечном направлении, которые приводят к дополнительному расширению просвета анального канала. Показанием к данному способу является только слизистая форма сужения анального канала. А кожную и мышечную форму данной патологии относили к противопоказанию для выполнения вышеуказанного способа.

В раннем послеоперационном периоде ретракция низведённого лоскута в анальный канал с нагноением послеоперационной раны наблюдалась в 3-х (15,0%) случаях у больных КГ, последняя не наблюдалась у пациентов с ОГ благодаря снижению натяжения тканей, вследствие наложения поперечного шва на ранах в АК. Рецидив ПСАК отмечен в 4-х (20,0%) случаях: 1 (10,0%) в ОГ и 2 (20,0%) в КГ, но при этом, в 1-м (10,0%) случае, после хирургического лечения II степени ПСАК у больных КГ в отдалённом послеоперационном периоде перешел в I степень стеноза АК. Преимущество данного способа заключается в том, что после дивульсии анального канала, раны - надрывы в слизистой образуются именно в местах с наименьшей растяжимостью, которые являются рубцами и причинами сужения.

Вывод. Разработанный способ хирургического лечения слизистой формы постоперационного стеноза анального канала у больных после геморройэктомии значительно снижает ранние и отдалённые послеоперационные осложнения, в связи с чем, можно рекомендовать его для широкого медицинского применения в качестве усовершенствованного способа оперативного лечения данной категории пациентов.

Аршкенов А.Б.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Кафедра школы сестринского образования НАО «Медицинский университет Караганды». Казахстан

Научный руководитель – м.м.н., преподаватель школы сестринского образования Сейтбаева М.А.

Цель исследования. Определить нарушения когнитивных функций у пациентов после кардиохирургических операций.

Материалы и методы. В ходе исследования был проведен систематический обзор. Систематический поиск публикаций выполнен в базах данных: PubMed, Web of Science и Google Scholar. Всего было выявлено 987 статей, из которых 15 статей соответствовали критериям включения и были включены в обзор. Статьи выбранные для обзора составили рандомизированные контролируемые исследования, метаанализы, систематические обзоры, когортные исследования, так как данные дизайны исследования показывают наиболее достоверные и истинные результаты. Процесс отбора статей был продемонстрирован с помощью блок-схемы PRISMA (2009). Полученные статьи были проанализированы, а результаты задокументированы.

Результаты исследования. В результате проведенного систематического обзора из 15 статей, установлена высокая частота послеоперационных когнитивных расстройств и степени инвалидизации. В частности, в работе Трубниковой О.А., Тарасовой И.В., Кухаревой И.Н. у 79 из 114 пациентов, участвовавших в исследовании, были выявлены когнитивные расстройства. В исследовании Клыпы, Антонова и Вавакина послеоперационная когнитивная дисфункция была выявлена во всех проведенных нейропсихологических тестах. По данным обзора почти во всех отобранных исследованиях наблюдалась высокая частота когнитивных расстройств, в частности больше 60% случаев от общего числа больных. В исследовании проведенной Niko Schwarz, Sabrina Kastaun, Markus Schoenburg исследователи провели количественную оценку когнитивных нарушений и выявили когнитивные нарушения во всех нейропсихологических тестах.

В ряде исследований метод когнитивного тренинга с использованием метода двойного задания дал положительный эффект. В исследовании Marius Butz, Tibo Gerriets, Gebhard Sammer и других, исследователи показали наглядный результат проведенной реабилитации. По данным исследования, в котором сопоставляли данные из контрольной группы и группы когнитивной реабилитации, после 3 месяца после реабилитации в группе реабилитации частота когнитивных нарушений была в 5 раз меньше чем в группе в котором не проводилась реабилитационная программа. Программа реабилитации, созданная с использованием методов компьютерного когнитивного тренинга, также показала свою эффективность, а улучшения наблюдались после диагностирования по тестам MMSE, FAB и Шульте.

По результатам обзора, с учетом высокой частоты когнитивных нарушений после операций на сердце, нами было рекомендовано когнитивная диагностика и когнитивная реабилитация в компетенции медицинских сестер.

Выводы. На основании данных, полученных в ходе исследования, мы установили, что когнитивные расстройства занимают важное место среди нарушений после кардиохирургических вмешательств и существует высокая потребность в когнитивной реабилитации. Для этого необходима проводить после операционную когнитивную диагностику и определять когнитивный статус пациента для определения вероятной потребности в когнитивной реабилитации. Своевременная когнитивная реабилитация не только восстанавливает когнитивную функцию, но и улучшает ее.

Асадов Н.И., Хамидуллаев С.И., Алимов Ж.И.
ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТАКТИКИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЭКСПРЕСС-БИОПСИИ ПРИ
УЗЛОВИМ ЗОБЕ

Кафедра хирургических болезней Педиатрического факультета, Самаркандский государственный
медицинский университет, Республика Узбекистан
Научный руководитель – к.м.н. доц. А.С.Бабажанов

Цель исследования. Обосновать выбора оптимального объема оперативного вмешательства при узловом зобе применением интраоперационной экспресс-биопсии.

Материалы и методы. Проанализированы результаты морфологических исследований 368 пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы. В дооперационной оценке патоморфологических изменений УОЩЖ кроме факторов определения озлокачествления ЩЖ, также дифференцировали характер доброкачественных изменений при узловом и многоузловым поражением в интра- и перинодулярной тиреоидной ткани.

Всем больным основной группы (138 больных) рассчитывались показатели чувствительности, специфичности и прогностической ценности положительного и отрицательного результатов ТПАБ.

ТПАБ является единственным малоинвазивным методом дооперационной морфологической диагностики, позволяющей верифицировать структурные изменения в ЩЖ. На основании полученных результатов можно сделать заключение об информативности ТПАБ на дооперационном этапе, которая в нашем исследовании составила 89,7%.

Результаты. В основной группе больных 89 пациентам проведена интраоперационная экспресс-биопсия (ИЭБ) по «замороженным» (криостатным) срезам, полученным во время операции и позволяющем выбрать оптимальный объем операции. Однако, количество исследуемого материала весьма ограничено, а криостатные срезы по своему качеству значительно уступали срезам, полученным после заливки материала в парафин. Поэтому показания к проведению экспресс-биопсии имели определенные ограничения. В нашем исследовании мы выполняли ИЭБ по следующим показаниям: - у больных с неинформативным материалом ТПАБ; - с быстрорастущим узлом ЩЖ; - подозрении на малигнизацию узла. Из 89 (64,5%) обследуемых больных в основной группе результаты экспресс-биопсии и гистологических исследований совпали у 84 (94,4%) больных и не совпали у 5 (5,6%) больных.

На основании полученных результатов можно сделать заключение об информативности интраоперационной экспресс-биопсии, которая в нашем исследовании составила 94,4%.

Выводы. Совпадение результатов ТПАБ с окончательным гистологическим диагнозом в группе сравнения составила 89,1%. В основной группе больных этот показатель составил 90,6%. Результаты экспресс-биопсии позволили повысить информативность морфологических исследований в до- и интраоперационно до 94,4%. При сочетании ТПАБ и результатов экспресс-биопсии информативность составило 98,1%.

Асаев И.В., Салах Мохаммед А.С., Ильин Е.В.
РЕЗУЛЬТАТЫ НЕОТЛОЖНЫХ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ
ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Кафедра госпитальной хирургии с курсами травматологии и ортопедии, офтальмологии, Национальный
исследовательский Мордовский государственный университет имени Н.П.Огарёва, г. Саранск, Россия.
Научный руководитель к.м.н., доцент Давыдкин В.И.

Цель исследования: оценить эффективность неотложных эндоваскулярных коронарных операций при ОКС.

Материалы и методы исследования. В исследование вошли 76 пациентов, поступивших в 2019 – 2022 гг. в Региональный сосудистый центр с ОКС. Средний возраст мужчин составил $57,31 \pm 1,65$ года, женщин – $65,5 \pm 2,12$ года. Все обследуемые были подразделены на 2 группы: 1 группа обследуемых с диагнозом «острый коронарный синдром с элевацией сегмента ST» ($n=48$), 2 группа обследуемых с диагнозом «ОКС без подъема сегмента ST» ($n=28$). Оценка результатов лечения основывалась на клинической картине, данных коронароангиографии (КАГ), ЭхоКС.

Результаты обсуждения. Установлено преобладание ОКС у лиц трудоспособного возраста и жителей села. Среди пациентов с подъемом сегмента ST у 60,3% длительность анамнеза была до 5 лет, у 20,8% – от 6 до 10 лет и у 18,9% – более 11 лет. У пациентов с диагнозом ОКС без подъема сегмента ST у 50% анамнез составил до 5 лет, у 28,6% – 6 до 10 лет и у 21,4% – свыше 11 лет. 21 больному из 1 группы на догоспитальном этапе была проведена тромболитическая терапия (ТЛТ). 27 же пациентам не была проведена ТЛТ из-за противопоказаний. Проведенная догоспитальная ТЛТ не оказывала влияние на продолжительность лечения в стационаре. При оценке результатов эхокардиографии при ОКС с подъемом сегмента ST нормальная фракция выброса (ФВ) была у 27 (56,3 %) пациентов, незначительно сниженная – у 15 (31,3 %), умеренно сниженная – у 6 (25,0 %), значительного снижения ФВ не было. У пациентов с догоспитальной ТЛТ нормальная ФВ выявлена у 18 (66,6 %) пациентов, незначительно сниженная ФВ – у 6 (22,2%), умеренно сниженная – у 3 (11,2%), значительно сниженной ФВ выявлено не было. У больных кому на догоспитальном этапе была проведена ТЛТ, нормальная ФВ определялась у 9 (42,8 %), незначительно сниженная – у 9 (42,8 %), умеренно сниженная – у 3 (14,4%) пациентов.

Среди пациентов с ОКС без подъема сегмента ST нормальная фракция выброса определялась у 13 (48,5 %) пациента, незначительно снижена – у 11 (40,7 %), умеренно сниженная – у 3 (11,1%). После повторной ЭхоКС у обследуемых в 1 группе ФВ не изменилась у 18 (85,7%) человек, прирост замечен у 1 (4,9%) пациента, и понижение – у 2 (9,8 %) больных. В 16 группе ФВ не изменилась у 18 (66,6 %), у 4 (14,8 %) наблюдается прирост ФВ и у 5 (18,5 %) снижение ФВ. После коронароангиографии было выявлено, что у 59,1 % пациентов инфаркт-зависимый стеноз находится в бассейне ПМЖВ; в бассейне правой ПКА – у 27,9 %, в огибающей артерии – 13,0 %. Транслуминальная баллонная ангиопластика и стентирование (ТЛБАП) проведена 68% пациентов, ангиопластика – 8 % больных. В 18 %

ТЛБАП не потребовалась из-за отсутствия значимого нарушения коронарного кровотока, а в 5% было показано АКШ из-за многососудистого и протяженного стенозирования коронарного русла.

Один стент был установлен 43 (81%) больным, 2 стента – 9 (17%) и 3 стента – 1 (2%) больному. В 38,5% случаях была использована стенты марки Driver sprint, в 23% – Liberte, в 13,5% – Promus Premier, в 11,5 % –Omega, в 3,8 % – Rezolute integrity, Biomime, Multi Link Vision и в 1,9 % – Taxus element.

Выводы. Догоспитальная ТЛТ способствовала сохранению фракции выброса на должном уровне. В обследуемых категориях пациентов не было найдено серьезных отличий между формами ОКС и количеством пораженных артерий. Ранее выполнение ТЛБАП при ОКС способствует сохранению уровня внутрисердечной гемодинамики, а снижение некоторых показателей ЭхоКС обусловлено наличием догоспитальной ХСН на фоне как коронарогенных, так и некоронарогенных причин. При этом клиника ОКС в 81 % случаев была купирована установкой 1 стента в гемодинамически значимом стенозе.

Асаев И.В., Лаксаев В.П., Салах Мохаммед А.С.

ЭКСТРЕННАЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ АРТЕРИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Кафедра госпитальной хирургии с курсами травматологии и ортопедии, офтальмологии, Национальный исследовательский Мордовский государственный университет имени Н.П.Огарёва,
г. Саранск, Россия.

Научный руководитель к.м.н., доцент Давыдкин В.И.

Актуальность. Артериальные аневризмы головного мозга являются одной из сложнейших проблем клинической медицины. Разрывы аневризм наступают внезапно, дают высокую летальность и инвалидизацию. Поэтому, своевременная диагностика и выполнение малотравматичных вмешательств имеют ключевое значение для улучшения результатов лечения больных с АМ.

Цель работы - оценить эффективность экстренной эндоваскулярной эмболизации артериальных аневризм головного мозга.

Материал и методы. За 2016 и 2022 гг. артериальные аневризмы выявлены у 40 пациентов, поступивших в сосудистый центр. Им проводились экстренные КТ-ангиография с 3D-реконструкцией, ЦДС брахиоцефальных артерий и церебральная ангиография.

Результаты. Из 40 больных 12 (30,0%) пациентов были в возрасте от 25 до 44 лет и 14 (35,0%) – в возрасте от 44 до 60 лет. Жителями города являлись 60 %, села – 40 % человек. Крайне тяжелое состояние было у 6 (15,0%), тяжелое – у 24 (60,0%), средней тяжести – у 4 (10,0%) и удовлетворительное – у 6 (15,0%) пациентов. У всех больных разрыв артериальных аневризм произошел на фоне артериальной гипертензии. В течение 6 часов доставлены в стационар 8 (20,0%) пациентов, 10 (25,0%) – в течение суток, и 22 (55,0%) больных – свыше 1 суток.

У 20 (50,0%) пациентов артериальные аневризмы располагались в бассейне передней мозговой артерии, у 8 (20,0%) – средней мозговой, у 6 (30,0%) – во внутренней сонной артерии и у 6 (30,0%) выявлены множественные артериальные аневризмы. При КТ-ангиографии обычные размеры артериальных аневризм (4–15 мм) были у 24 (60,0%) больных, большие (16-25 мм) размеры отмечены у 12 (30,0%) больных и 4 (10,0%) – милиарные множественные артериальные аневризмы.

При ангиографии у всех больных выявлены мешотчатые аневризмы. При КТ у 60% больных отмечено субарахноидальное кровоотечение (САК) с прорывом в желудочковую систему; у 10% больных – САК с выраженным отеком мозга и вклиниванием стволовых структур в большое затылочное отверстие. У 10% КТ картина обширного САК сочеталась с внутримозговой гематомой. У 10% отмечена КТ-картина артериальной аневризмы правой внутренней сонной артерии + задняя трифуркация внутренней сонной артерии + аплазия задней соединительной артерии. У 10% при КТ отсутствовали данные за острое нарушение мозгового кровообращения.

Эмболизация артериальных аневризм микроспиральми проведена 32 (80,0%) больным, 4 (10,0%) больным не удалось провести микрокатетер по нейропроводнику из-за крутого отхождения ветви передней мозговой артерии, в связи с чем им выполнено клипирование аневризм, четырем (10,0%) больным эмболизация была невозможна из-за множественности милиарных артериальных аневризм. В удовлетворительном состоянии с невыраженным неврологическим дефицитом выписаны 24 оперированных пациентов, 4 больной – с улучшением, 2 больной – в тяжелом состоянии с выраженным неврологическим дефицитом. Умерло 2 больных, поступивших свыше 1 суток после сосудистой катастрофы.

Выводы. Для улучшения результатов лечения осложненных артериальных аневризм необходима своевременная их диагностика и ранняя доставка пациентов для выполнения экстренной эндоваскулярной эмболизации.

Аскаров Ш.Т., Аскарова М.А., Мираков Б.Т.

ОСТЕОМИЕЛИТ ПОСЛЕ ОСТЕОСИНТЕЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТАЛЛОКОНСТРУКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

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

Научный руководитель – асс. кафедры Аскаров А.Т.

Цель исследования. Определение частоты возникновения и структуры послеоперационного остеомиелита и разработка методов ранней диагностики.

Материалы и методы исследования. Изучить частоту возникновения, структуру послеоперационного

остеомиелита по данным ортопедического отделения НМЦ РТ «Шифобахш» за 2008-2023гг. Оценить значимость определения уровней прокальцитонина, С-реактивного белка и лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) в ранней диагностике послеоперационного остеомиелита.

Результаты исследования. Нами проанализированы результаты лечения 102 больных с послеоперационным остеомиелитом, находившихся на лечении. Для прогнозирования развития послеоперационного остеомиелита (классификация Амирасланов Ю.А., 2005г) у 25 больных с изолированными закрытыми переломами, перенесших остеосинтез с применением металлоконструкций исследовали лабораторные показатели (уровень прокальцитонина, С-реактивного белка и ЛИИ). Забор анализов проводился трехкратно: до оперативного лечения, на 5-7-е сутки и на 30-40-е сутки после операции, выполнено 60 (58,8%) больным; секвестрнекрэктомия–11(10,8%); вскрытие абсцессов и флегмон–10(9,8%). Консервативная терапия проводилась 21 (20,6%) больному. Изучены маркеры острой фазы воспаления у 25 больных, перенесших металлостеосинтез при лечении закрытых переломов трубчатых костей, из них мужчин было 16 (64%), женщин 9 (36%). Возрастные группы составили: 20-30лет–2(8%) человека, 31-40 лет –3 (12%), 41-50лет– 5(20%), 51-60лет –10(40%), старше 60 лет 5 (20%) человек. Проведение металлостеосинтеза верхней конечности (предплечье, плечо, ключица) у 10(40%) больных, нижней конечности (голень, бедро, тазобедренный сустав) –15 (60%). Выявлены изменения лабораторных показателей у 16 (64%) больных, в остальных случаях показатели были в пределах нормы. В ходе клинического наблюдения у 5(20%) больных из основной группы было отмечено нагноение послеоперационных ран, в том числе у 2 больных в отдаленном периоде после оперативного лечения развилась клиника послеоперационного остеомиелита. Пациенты наблюдались не менее 5 месяцев после оперативного лечения. Повышение С-реактивного белка, в большей степени связано с оперативным вмешательством как реактивный ответ организма, а не с возможным развитием послеоперационного остеомиелита. Прокальцитонин в плазме крови у исследованных больных не выявлялся, что не дает оснований считать развившиеся осложнения как системную воспалительную реакцию ЛИИ по методу Я.Я. Кальф-Калифа в норме до 1,5 ед. Повышение данного показателя у 2 больных не является показательным при рассмотрении в общей характеристике заболевания.

Выводы. 1. Результаты наших клинических наблюдений свидетельствуют о том, что после остеосинтеза с использованием металлических конструкций при закрытых переломах костей в 2% случаях развивается послеоперационный остеомиелит. Чаще всего послеоперационный остеомиелит возникает после накостного остеосинтеза костей голени. Возбудителем послеоперационного остеомиелита в 61,8% случаев является золотистый стафилококк. Уровень прокальцитонина, С-реактивного белка и ЛИИ не имеет достоверной прогностической значимости развития послеоперационного остеомиелита.

Асозода Ш.А., Али-заде Н.А.

ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭКГ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Али-Заде С.Г.

При тяжелом остром панкреатите часто наблюдаются полиорганные дисфункции, особенно сердечно-сосудистые проявления.

Целью данного исследования было изучение частоты и типа нарушений электрокардиографии (ЭКГ) у пациентов с острым панкреатитом.

Материалы и методы: В исследование были включены 64 пациента, диагноз острого панкреатита у которых был поставлен на основании острой боли и болезненности в животе, повышения уровня ферментов в сыворотке крови и типичных признаков, обнаруженных при УЗИ брюшной полости и/или компьютерной томографии. Регистрация ЭКГ проводилась в 12 отведениях, электролиты сыворотки крови определяли при поступлении во всех случаях. Были зарегистрированы отклонения ЭКГ. Результаты ЭКГ были обобщены с точки зрения частоты, средних значений и стандартных отклонений.

Полученные результаты. Всего в исследование включено 64 больных с острым панкреатитом: 19 мужчин (29,7%), 45 женщин (70,3%). В большинстве случаев - у 52 (81,3%) пациентов, острый панкреатит носил билиарный генез, в остальных случаях этиология была различной. У 42 (65,6%) пациентов были установлены нарушения электролитного баланса. У 56,3% больных острым панкреатитом синусовый ритм был нормальным, у 43,7% пациентов наблюдались изменения на ЭКГ; и отрицательный зубец Т был наиболее частой аномалией ЭКГ. У 25 (89,2%) из 28 пациентов с нарушениями ЭКГ отмечались нарушения электролитного баланса.

Заключение. Результаты исследования позволяют предположить, что изменения ЭКГ могут часто наблюдаться у пациентов с острым панкреатитом, в связи с чем необходимо больше уделять внимания кардиологическим больным с нарушением электролитного баланса.

Ахмадзода Д., Наимова К., Пулатова Г.

ВЛИЯНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

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

Научный руководитель – ассистент кафедры, Каримова У.А.

Цель исследования. Изучить влияние железодефицитной анемии на течение беременности при преждевременных родах.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 136 карт пациенток родоразрешенных на базе родильного дома № 1 города Душанбе. Основную группу составили 86 рожениц с железодефицитной анемией,

роды которых произошли преждевременно в 27-36 недель беременности, группу сравнения составили 50 здоровых женщин, роды которых произошли в срок. Диагноз анемии ставился на основании общего анализа крови (количества эритроцитов, гемоглобина и уровня цветного показателя). У 92,7% женщин основной группы наблюдалась анемия легкой степени (уровень гемоглобина 91–109 г/л), у 7,3% – анемия средней степени тяжести (уровень гемоглобина 71–90 г/л), анемия тяжелой степени не выявлено.

Результаты исследования. Средний возраст женщин основной группы и группы сравнения не отличался и составил $24,6 \pm 0,4$ и $25,2 \pm 0,8$ лет. Изучение особенностей репродуктивной функции у обследованных женщин показало, что у 60,5% женщин основной группы настоящая беременность была первой, повторнобеременные составили 39,5%. В группе сравнения первобеременных было 30%, повторнобеременных было 70%. При анализе течения настоящей беременности угроза прерывания на разных сроках была одним из основных осложнений гестационного периода у женщин основной группы, что составило – 57,9% против 24% в группе сравнения. У женщин с преждевременными родами основной группы гестационный процесс осложнился дородовым разрывом плодных оболочек в 32,6% случаев, преэклампсией в 10,5% случаев. Анализ перинатальных исходов показал, что у детей, родившихся преждевременно, наблюдалась задержка внутриутробного развития в 32,5%, энцефалопатия – в 25,5%, внутриутробное инфицирование 6,9%, а в группе сравнения эти состояния были отмечены в единичных случаях.

Вывод. Таким образом, проведенное исследование показало, что у женщин с железодефицитной анемией при преждевременных родах беременность протекала на фоне угрозы прерывания беременности. У каждой 3-й беременной с железодефицитной анемией течение гестационного процесса осложнилось дородовым разрывом плодных оболочек.

Ахмедов Б.А., Вахобов Ш.А., Убайдуллоев А.А.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЧЕРЕЗКОЖНОЙ ПУНКЦИОННО-ДИЛЯЦИОННОЙ ТРАХЕОСТОМИИ В УСЛОВИЯХ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ.

Отделение реанимации и интенсивной терапии ЦРБ Бабаджан Гафуровской больницы. Таджикистан
Научный руководитель – Чамолидинов С.А. Кенчаев Э.И

Цель исследования. Внедрение современного метода установления трахеостомии в условиях реанимационного отделения, снижение риска трахеостомических осложнений по методу Сельдингера и Griggs (с помощью зажима Howard-Kelly).

Материал и методы. В отделении реанимации и интенсивной терапии ЦРБ Бабаджан Гафурова проведено 16 чрезкожной пункционно-дилатационной трахеостомии, пациентам нуждающихся в длительной искусственной вентиляции лёгких. Категория больных в основном с нарушениями мозгового кровообращения и тяжёлой черепно-мозговой травмой. Средний возраст пациентов составлял $M=55,6 \pm 8,1$. Проводимая методика внедрена после прохождения цикла повышения квалификации нашим ординатором на базе Федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко» Министерство здравоохранения Российской Федерации (ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко»).

Результат исследования. Операция проводилась в палатах реанимации и интенсивной терапии с соблюдением всех правил асептики и антисептики, с использованием одноразовых наборов. Все операции увенчались успехом, без интра, ранних и поздних осложнений. Деконюляция проводилась после восстановления адекватного дыхания, глотания и кашлевого рефлекса (удаление трахеостомической трубки и наложение асептической повязки). Заживление раны происходило в течение 2-5 суток, без осложнений.

Выводы. Анализ показал положительную сторону данной методики для пациентов с длительным искусственным дыханием. Необходимо расширить показания для проведения данной методики в условиях нашей республики. Основным препятствием данной методики является высокая стоимость и отсутствие необходимых наборов.

Кодиров А.С., Ахмедов Р.А., Кодиров У.А.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЧРЕЗМЫШЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ У ДЕТЕЙ

Травматологическое отделение Бабаджан Гафуровской ЦРБ им. профессора Пулотова А.М., Республика Таджикистан

Цель исследования. Улучшить результат лечения чрезмышечковых переломов у детей с закрытым внеочаговым остеосинтезом и наложением аппарата Илизарова по методике Узбекского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии (УЗНИИТО)

Материал и методы. В травматологическом отделении пролечены 7 пациентов с диагнозами – чрезмышечковый перелом. Возраст детей составлял от 2-х до 5 лет. Операция проводится под общим обезболиванием. Основными методами диагностики являются обычная рентгенография в 2-х проекциях.

Результаты исследования. Первым этапом проводится закрытая одномоментная ручная репозиция, затем одна спица проводится через локтевой отросток, вторая через верхнюю треть плеча под контролем ЭОП, далее фиксируется два полукольца двумя телескопами. Дистракция и компрессия проводится под контролем ЭОП, в зависимости от состояния отломков. Далее спица опорной площадки проводится через проксимальный отломок, репонируется под контролем ЭОП. Контрольный рентген после операции в первые сутки, 7-ые сутки и 1 месяц. Выписываются больные на 5-е сутки после операции. Повторный осмотр больных проводится через 10 дней, 1 и 3 месяца после операции. Аппарат Илизарова снимается после 3-х недель операции. Пассивная ЛФК в локтевом суставе начинается после снятия аппарата, через 7 дней проводится активная ЛФК в течение месяца.

Данная методика позволяет эффективно проводить закрытый остеосинтез при чрезмышечковых переломах у

детей. У всех оперированных пациентов отмечался положительный ближайший результат, что можно судить об отсутствии вальгусной и варусной деформаций. Движения в локтевом суставе в полном объеме.

Выводы. По нашему мнению, данный метод может быть альтернативным подходом к лечению чрезмышечковых переломов у детей 3-4-го типа по классификации Gartland с минимальными послеоперационными осложнениями.

Ахмедова Т.А., Васихов Ш.А.

АНАЛИЗ СТЕПЕНИ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОГО РЕГРЕССА ОПУХОЛИ ПРИ НЕОАДЬЮВАНТНОМ РЕЖИМЕ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ПВСТАДИИ

ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗСЗН РТ, Таджикистан

Научный руководитель- д.м.н. профессор кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ «ТГМУ имени Абуалиибни Сино» Умарзода С.Г.

Цель исследования. Оценка степени лечебного патоморфоза регресса опухоли после неоадьювантной химиолучевой терапии для выявления наиболее эффективного метода лечения.

Материал и методы исследования. Изучены клиноморфологические данные 80 больных раком шейки матки, обследованных и леченных в ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ с 2015-2022 гг. Критерием включения больных в исследование явилось ПВ (FIGO) стадия заболевания, по морфологической структуре- плоскоклеточный рак. Средний возраст женщин составил 48,9 лет. Плоскоклеточный рак с ороговением установлен у 15 (18,75%), у 65(81,25%) плоскоклеточный неороговевающий рак. По степени дифференцировки опухоли: высокодифференцированная- 15 (18,75%), умереннодифференцированная-58 (72,5%) и низкодифференцированная - 7(8,75%). В плане комплексного обследования были использованы общеклинические методы, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, МРТ органов малого таза, рентгенография грудной клетки, цитологическое и морфологическое исследования. По методам неоадьювантного режима терапии больные распределились на 4 группы: Iгр- 6 больных (3-компонентная ПХТ (цисплатин- 50мг/м2 в/в капельно 1 день; доксорубин- 50мг в/в струйно; 5-фторурацил- по 500 мг/м2 в/в струйно 1-3 дни)); IIгр. -18 больных (3-компонентная ПХТ и ТГТ-30 Гр); III-49 больных (2-компонентная ПХТ (карбоплатинAUC 6 в/в капельно 1 день, паклитаксел 175мг/м2 в/в капельно 1 раз в 3 недели)); IV-7 (2-компонентная ПХТ и ТГТ-30Гр). Оценка предоперационных неоадьювантных режимов лечения проводилась при морфологическом исследовании послеоперационного материала на основании выраженности дистрофических и некробиотических изменений опухолевых клеток, развития элементов соединительной ткани, плотности воспалительной инфильтрации и микроциркуляторного русла в соответствии с критериями патоморфоза опухоли, описанными Е.Ф. Лушниковым в 1977 и 1993гг., где выделяют 4 степени терапевтического патоморфоза опухоли.

Результаты и их обсуждение. В I группе пациентов проведено в среднем 3 курсанеоадьювантной химиотерапии, степень патоморфоза у 4 (66,6%)больных соответствовала 2 степени и у 2 (33,3%) 1 степени. Во II группе в среднем проведено 3 курса химиотерапии с ТГТ (30 Гр). Степеньлечебного патоморфоза соответствовала у 1(5,5%) пациентке 1 степени, у 9 (50 %) 2 степени, 7 (38,8%) 3 степени и у 1(5,5%) 4 степени патоморфоза. III группа пациентов получила в среднем 3 курса химиотерапии, степень патоморфоза в этой группе соответствовала у 10 (20,4%) 1 степени, у 21(42,8%) 2 степени, 15 (30,6%) 3 степени и у 3 (6,12%) 4 степени. А в IV группе пациенты получили 2 курса ПХТ+ТГТ (30 Гр), степень лечебного патоморфоза опухоли соответствовала у 1 (14,2%) пациента 1 степени, у 2 (28,5%) 2 степени и 4 (57%) 3 степени лечебного патоморфоза. В каждой группе коэффициенты эффективности составили: в Iгр - 54%, II- 85%, III- 83% иIV- 96%.

Выводы. Результаты проведенного исследования подтверждают эффективность неоадьювантных методов лечения при местнораспространенном раке шейки матки ПВстадии. Наибольшая степень лечебного патоморфоза регресса опухоли была достигнута при неоадьювантном режиме2 курсов ПХТ по схеме паклитаксел+ карбоплатин и ТГТ (30 Гр), что следует учитывать при планировании лечения данной категории больных.

Ахметзянов Р.Л., Амирасланова А.А., Насибов Р.Р.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЛЁГКОГО ПО ДАННЫМ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ ГАУЗ «НИЖНЕКАМСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ РАЙОННАЯ МНОГОПРОФИЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА»

Кафедра факультетской хирургии ФГБОУ ВО ИГМА

Научные руководители – д.м.н., профессор Стяжкина С.Н., к.м.н., доцент Михайлов А.Ю.

Цель исследования. Провести статистический анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями лёгких и особенностями их течения.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили данные гистологических материалов и историй болезни ГАУЗ «НЦРМБ», отделение онкологии за 2022 год.

Результаты исследования. За 2022 год было выявлено 44 случаев заболевания злокачественными новообразованиями лёгких. Из них 40 случаев (90%) пришлось на немелкоклеточный рак, основными типами которого являются плоскоклеточный (55%) и аденокарцинома (45%). В остальных случаях новообразования были представлены мелкоклеточным раком (10%). Поражение верхней доли встречалось в 32 случаях (73%), средней доли – 2 (5%), нижней доли – 9 (20%), центральный рак – 1 (2%). Обнаружено в 18 случаях метастазирование опухоли: в плевру – 6 (18%), головной мозг – 8 (24%), печень – 3 (9%), лёгкие – 4 (12%), левый надпочечник – 2 (6%), подмышечные лимфатические узлы – 3 (9%), бронхопульмональный лимфатический узел с инвазией в клетчатку – 1 (3%), средостение лимфатических узлов – 1 (3%), внутригрудные лимфатические узлы – 2 (6%), в мышечную ткань – 1 (3%),

в кости – 1 (3%), шейные лимфатические узлы – 1 (3%). Из них 18 (54%) случаев при раке левого лёгкого и 15 (46%) правого. Отмечено соотношение метастазов от гистологического вида опухоли: 4 случая (100%) при мелкоклеточном раке, а именно в головной мозг – 1, в кости – 1, в лёгкие – 1, в печень – 1, а также 16 случаев (88%) при аденокарциноме: в левый надпочечник – 2, в плевру – 4, в головной мозг – 5, в мышечную ткань – 1, в печень – 1, во внутригрудные лимфатические узлы – 2, в лёгкие – 1 и 13 случаев (59%) при плоскоклеточном раке: в плевру – 2, в головной мозг – 2, в печень – 1, в лёгкие – 2, в подмышечные лимфатические узлы – 3, в бронхопульмональный лимфатический узел с инвазией в клетчатку – 1, в средостение лимфатических узлов – 1, в шейные лимфатические узлы – 1. Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями лёгких в гендерном отношении опередила в сторону мужчин. Возраст больных варьировал от 40 до 90 лет. Средний возраст пациентов составил 65 лет. Количество оперированных больных составило 13 пациентов, при этом с различными стадиями: 1a (8%), 1b (30%), 2 (15%), 2b (24%), 3 (8%), 3a (15%). Хирургическое лечение является стандартным, наряду с лучевой и химиотерапией.

Выводы. Злокачественные новообразования лёгких в наибольшей степени встречались среди мужчин. Средний возраст пациентов составил 65 лет. Преимущественная локализация рака была в правом лёгком. Наиболее часто встречающейся гистологической формой рака стал немелкоклеточный. Среди него преобладал плоскоклеточный тип, однако наиболее склонной к метастазированию является аденокарцинома. Оперативное лечение вместе с лучевой и химиотерапией, как компонент комбинированной и комплексной методики является современным стандартом.

Ачилов Ё.С., Орзукулов А.М., Отамурадов Д.Г.

ПРОФИЛАКТИКИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

Кафедра хирургических болезней Педиатрического факультета, Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан
Научный руководитель – PhD.А.И.Ахмедов

Цель исследования. Определить эффективность антисекреторных препаратов для проведения профилактики гастродуоденальных кровотечений у пострадавших с тяжелой термической травмой.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели было проанализировано 90 пациентов с тяжелой термической травмой (площадь ожога >20% у пациентов моложе 60 лет; >10% у пациентов 60 лет и старше), госпитализированных в период с 2014 по 2019 год в ожоговом отделении Самаркандского городского медицинского объединения. Все больные были разделены на три группы. В первую группу вошли 32 пациента, не получавшие профилактическую антисекреторную терапию. Во вторую группу вошли 39 пациента, получавшие блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов. Третью группу составили 19 пациентов, получавшие ингибиторы протонной помпы. Оцениваемая методика представляла собой назначение пострадавшим одного из антисекреторных препаратов в парентеральной форме не позднее, чем с 1-х суток от момента поступления в стационар. Замена парентеральной формы введения на пероральную производилась после перевода пострадавших на самостоятельное энтеральное питание, но не ранее выхода из острого периода ожоговой болезни.

Результаты. Частота гастродуоденальных кровотечений среди пациентов, которым не проводилась антисекреторная терапия, составила 15,6% (5 из 32). У пациентов получавших H₂-блокаторы частота гастродуоденальных кровотечений не превысила 10,2% (4 из 39), а среди пациентов получавших ингибиторы протонной помпы - только 5,2% (1 из 19). Статистический анализ показал отсутствие эффекта от терапии H₂-блокаторами, по сравнению с пациентами, не получающими антисекреторную терапию. Оценка ингибиторов протонной помпы, по сравнению с пациентами, не получающими антисекреторную терапию, показала их относительную эффективность. Межгрупповые различия эффективности между пациентами, получавшими H₂-блокаторы и получавшими ингибиторы протонной помпы, оказались статистически недостаточно значимыми.

Выводы. Полученные результаты исследования показали, что профилактическая терапия блокаторами H₂-гистаминовых рецепторов не снижает частоту развития гастродуоденальных кровотечений у пациентов с тяжелой термической травмой. Использование с профилактической целью ингибиторов протонной помпы статистически значимо снижает частоту гастродуоденальных кровотечений по сравнению с пациентами, не получавшими антисекреторную терапию. Необходимо проведение дальнейших исследований для разработки и внедрения в повседневную практику рекомендаций по профилактике гастродуоденальных кровотечений у пострадавших с термической травмой.

Ачилов Ё.С., Отамурадов Д.Г., Орзукулов А.М.

ПРОФИЛАКТИКИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

Кафедра хирургических болезней, Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан
Научный руководитель – PhD.А.И.Ахмедов

Гастродуоденальные кровотечения осложняют течение ожоговой болезни и в некоторых случаях могут увеличивать вероятность наступления летального исхода у пострадавших с тяжелой термической травмой.

На сегодняшний день основными группами препаратов, рекомендованных для проведения антисекреторной терапии у пострадавших с обширными ожогами, остаются блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов и ингибиторы протонной помпы. В связи с этим оценка эффективности профилактического использования антисекреторных препаратов производилась на основании определения частоты гастродуоденальных кровотечений.

Цель исследования. Определить эффективность антисекреторных препаратов для проведения профилактики гастродуоденальных кровотечений у пострадавших с тяжелой термической травмой.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели было проанализировано 90 пациентов с тяжелой термической травмой (площадь ожога >20% у пациентов моложе 60 лет; >10% у пациентов 60 лет и старше), госпитализированных в период с 2014 по 2019 год в ожоговом отделении Самаркандского городского медицинского объединения. Все больные были разделены на три группы. В первую группу вошли 32 пациента, не получавшие профилактическую антисекреторную терапию. Во вторую группу вошли 39 пациента, получавшие блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов. Третью группу составили 19 пациентов, получавшие ингибиторы протонной помпы. Оцениваемая методика представляла собой назначение пострадавшим одного из антисекреторных препаратов в парентеральной форме не позднее, чем с 1-х суток от момента поступления в стационар. Замена парентеральной формы введения на пероральную производилась после перевода пострадавших на самостоятельное энтеральное питание, но не ранее выхода из острого периода ожоговой болезни.

Результаты. Частота гастродуоденальных кровотечений среди пациентов, которым не проводилась антисекреторная терапия, составила 15,6% (5 из 32). У пациентов получавших H₂-блокаторы частота гастродуоденальных кровотечений не превысила 10,2% (4 из 39), а среди пациентов получавших ингибиторы протонной помпы - только 5,2% (1 из 19). Статистический анализ показал отсутствие эффекта от терапии H₂-блокаторами, по сравнению с пациентами, не получающими антисекреторную терапию. Оценка ингибиторов протонной помпы, по сравнению с пациентами, не получающими антисекреторную терапию, показала их относительную эффективность. Межгрупповые различия эффективности между пациентами, получавшими H₂-блокаторы и получавшими ингибиторы протонной помпы, оказались статистически недостаточно значимыми.

Выводы. Полученные результаты исследования показали, что профилактическая терапия блокаторами H₂-гистаминовых рецепторов не снижает частоту развития гастродуоденальных кровотечений у пациентов с тяжелой термической травмой. Использование с профилактической целью ингибиторов протонной помпы статистически значительно снижает частоту гастродуоденальных кровотечений по сравнению с пациентами, не получавшими антисекреторную терапию. Необходимо проведение дальнейших исследований для разработки и внедрения в повседневную практику рекомендаций по профилактике гастродуоденальных кровотечений у пострадавших с термической травмой.

Ашуралиев Н.К., Зокиров Р.А., Достиев У.А.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ CD34 +КЛЕТОК ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ С ПОМОЩЬЮ ЛЕЙКАФЕРЕЗА

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

Научный руководитель – к.м.н., Гулшанова С.Ф.

Цель. Улучшение результатов аутотрансплантации костного мозга.

Материал и методы. Ретроспективно были проанализированы 29 последовательных процедур лейкафереза, выполненных в отделении трансплантации костного мозга Национального научного центра трансплантации органов и тканей человека МЗ и СЗН РТ. Было проведено ретроспективное сравнение двух различных методов, используемых для расчета коэффициента сепарации, и анализ некоторых факторов, которые могут повлиять на это. Различные параметры, которые способствуют прогнозированию и достижению выхода CD34 + клеток, была проведена мобилизация с помощью гемопоэтического гранулоцитарного колониестимулирующего фактора (G-CSF с 10 мкг / кг, разделенных на две дозы, вводимых подкожно. Клетки собирали на 5-й день мобилизации. Количество CD34-позитивных клеток определяли предварительно в периферической крови аутологичного донора и в продукте для лейкафереза с помощью проточной цитометрии (FACS Calibur, Becton Dickinson, Гейдельберг, Германия). Проточный цитометрический анализ проводился в соответствии с принятым протоколом, предоставленным Международным обществом гематологии и трансплантационной инженерии.

Результаты. Процент CD34 +-клеток был выше при аферезе по сравнению с образцами периферической крови (0,15% против 0,03% соответственно; р-значение <0,001). Соответственно, среднее общее количество лейкоцитов также было выше при аферезе по сравнению с образцами периферической крови (155 794 / мкл против 35 563 / мкл соответственно; р-значение <0,001). Это доказывает способность системы афереза центрифугировать и концентрировать охристую оболочку пациента. Обнаружена умеренная положительная корреляция между CD34 +-клетками / мкл из периферической крови и общим количеством CD34 +-клеток / кг массы тела / процедура ($r=0,596$; р-значение <0,001). В попытке проанализировать чувствительность, была оценена устойчивость этой ассоциации при стратификации данных по различным исходным характеристикам; эта корреляция оставалась значимой (р-значение <0,01) для подгрупп пола, диагноза и режима мобилизации. Для оценки различных возможных предикторов результатов сбора был использован подход с использованием многомерной модели. Поэтапно были собраны одномерные модели, чтобы исключить переменные, которые не были значимыми, учитывая значение $p < 0,2$. Единственным предиктором, который сохранялся при этом поэтапном исключении, было количество CD34 + клеток ПК (р-значение <0,001), и, согласно уравнению регрессии, каждое увеличение на пять клеток / мкл приводило к среднему увеличению на $0,38 \times 10^6$ CD34 + клеток / кг массы тела / за процедуру.

Выводы. Таким образом, подсчет клеток-предшественников периферической крови CD34 + следует систематически использовать для руководства забором стволовых клеток с помощью лейкафереза. Эта переменная надежно предсказывала конечный выход стволовых клеток. Эта стратегия привела к увеличению успешности сбора афереза, что сделало эту процедуру более эффективной, снизило затраты и, следовательно, избавило пациентов от дополнительных процедур.

Ашуралиев Н.К., Зокиров Р.А., Достиев У.А.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СБОРА И ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЕЕ СБОР АУТОЛОГИЧНЫХ СТВОЛОВЫХ
КЛЕТОК ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., Гулшанова С.Ф.

Цель. Улучшение результатов аутотрансплантации костного мозга.

Материал и методы. Ретроспективно были проанализированы 29 последовательных процедур лейкафереза, выполненных в отделении трансплантации костного мозга Национального научного центра трансплантации органов и тканей человека МЗ и СЗН РТ. Было проведено ретроспективное сравнение двух различных методов, используемых для расчета коэффициента сепарации, и анализ некоторых факторов, которые могут повлиять на это. Различные параметры, которые способствуют прогнозированию и достижению выхода CD34 + клеток, была проведена мобилизация с помощью гемопоэтического гранулоцитарного колониестимулирующего фактора (G-CSF с 10 мкг / кг, разделенных на две дозы, вводимых подкожно. Клетки собирали на 5-й день мобилизации.

Количество CD34-позитивных клеток определяли предварительно в периферической крови аутологичного донора и в продукте для лейкафереза с помощью проточной цитометрии (FACS Calibur, Becton Dickinson, Гейдельберг, Германия).

Результаты. Среднее значение коэффициента сепарации, составило 41,2% у (диапазон 7,40-171,49%). В 18 случаях, среднее значение коэффициента сепарации составило 49,1% (диапазон 8,14-179,75%). Концентрация как лейкоцитов, так и CD34 +-клеток в продукте во много раз превышала их первоначальное количество в периферической крови. Количество лейкоцитов увеличилось в среднем в пять раз (диапазон 1,6-33,64). Концентрация CD34 +-клеток в среднем была 11-кратной (диапазон 3,1-90,05). В этих серийных сборах сравнивали различные параметры на 1-й и 2-й день забора. Было обнаружено, что день забора не повлиял на коэффициент сепарации. Однако гематокрит был значительно ниже на второй день по сравнению с первым (в среднем 29,4% против 32,3%), в то время как сама сепарация значительно увеличилась на второй день по сравнению с первым (33,59 против 26,65 × 103 клеток / мкл) при $P < 0,01$. Из всех факторов, проанализированных с помощью линейного регрессионного анализа, только предпроцедурное абсолютное количество CD34 + клеток показало значительную ($P = 0,003$) связь с коэффициентом сепарации. Выход CD34 + клеток, полученный с помощью лейкафереза, частично определяется эффективностью сбора, что делает его важным параметром для успешного забора. В нашем исследовании варьировался от 7,40% до 171,49%. Значения выше 100% могут быть объяснены феноменом мобилизации внутри самого сбора, который вызвал колебания концентрации периферических CD34 + клеток путем привлечения дополнительных клеток из костного мозга во время процедуры лейкафереза.

Оптимизация забора CD34 + cell CE требует выявления факторов, влияющих на этот параметр. Хотя были проведены различные исследования, до сих пор не был идентифицирован фактор, который единообразно и индивидуально предсказывает КЭ. Множественный регрессионный анализ, проведенный нами для оценки влияния возраста, веса, статуса заболевания, гематокрита, предпроцедурной ТСХ, предпроцедурного количества CD34 + клеток, предпроцедурного абсолютного количества CD34 + клеток и объема, обработанного афереза, выявил предпроцедурное абсолютное количество CD34 + клеток как единственный значимый предиктор КЭ. Это подчеркивает тот факт, что вопрос о взаимосвязи между CD34 +-клетками и КЭ все еще не решен, и, возможно, более масштабное исследование могло бы помочь наконец, установите связь - никакой, прямо пропорциональной или косвенно пропорциональной.

Выводы. Эффективность сбора является важным параметром контроля качества для мониторинга аутологичных и аллогенных образцов, особенно у больных, у которых низкое количество CD34 +. Однако на КЭ влияет широкий спектр процедурных факторов и характеристик доноров, и он демонстрирует большую вариабельность в клинических условиях.

Ашуров А.С., Мансуров Х.Н., Джураева Н.Х.
МНОГОЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА С
ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИИНВАЗИВНОЙ ТЕХНОЛОГИИ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии,
Медико-санитарная часть ГУП ТАЛКО
Научный руководитель - д.м.н. Кобилов К.К.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с острым калькулёзным холециститом.

Материал и методы исследования. Нами проанализированы результаты хирургического лечения 31 больного с острым калькулёзным холециститом. Мужчин было 5 (16,1%), женщин - 26 (83,9%). Возраст больных колебался от 47 до 78 лет. Всем пациентам перед операцией проводили декомпрессию желчного пузыря с помощью микрохолецистостомии (МХС). МХС выполнялись под ультразвуковым контролем с помощью УЗ аппаратов Aloka SSD-1100a Toshiba SSA-550A (Япония). ЛХЭ как окончательный метод лечения выполнена - 22 больным, остальным 9 больным в связи с наличием холедохолелитиаза (n=4) и воспалительных инфильтратов (n=5) была выполнена холецистэктомия из минилапаротомного доступа.

Результаты. Оптимальные сроки проведения операции определяли на основании характера содержимого желчного пузыря с учетом микрофлоры и выраженности параметров интоксикации. При первичных микробиологических исследованиях степень бактериальной обсемененности составила 10^6 – 10^{10} КОЕ/мл, на 3-и сутки

снизилась до 10^3 – 10^4 . Изменение параметров ЛИИ и ПТ указывали на наличие выраженной эндотоксемии у обследованных больных. На третьи сутки после МХС отмечалось снижение уровня указанных показателей в 2-3 раза (до МХС:ЛИИ - $6,2 \pm 0,8$; ПТ- $15,2 \pm 1,8$; после ЛИИ- $2,8 \pm 1,4$; ПТ- $24,3 \pm 2,3$). Миниинвазивные операции выполнялись на 14-21 сутки после МХС. Основным критерием неэффективности предоперационной подготовки служили случаи конверсии при применении ЛХЭ и МХЭ, которые среди наших наблюдений не отмечались. В послеоперационном периоде осложнение отмечалось у 1 (3,22%) больного после ЛХЭ, в виде нагноения послеоперационной раны, которую лечили консервативно.

Таким образом, миниинвазивное вмешательство может быть широко использовано в клинической практике при различных формах ОКХ после декомпрессии желчного пузыря. Многоэтапное хирургическое лечение не приводит к увеличению количества интраабдоминальных и системных осложнений, а также послеоперационной летальности, что подчеркивает ее практическую значимость.

Аюбов Дж.К., Асадуллоева Э.И., Додихудоев Р.А.

ЧРЕСКОЖНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ У БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

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

Цель исследования. Анализ эффективности применения перкутанных, вмешательств под контролем УЗИ у больных некротизирующим панкреатитом.

Материал и методы. Изучены результаты выполнения перкутанных пункций под контролем УЗИ и дренирований у 38 больных панкреонекрозом пролеченных с 2018 по 2022 г. Из них 22 (57,9%) выполнялись перкутанные пункции под контролем УЗИ, 16 (42,1%) – перкутанные дренирования острых жидкостных парапанкреатических скоплений. Первично выполняли пункцию жидкостных скоплений, что позволяло подтвердить диагноз острого панкреатита, а также установить или отвергнуть наличие гнойного процесса. Манипуляции проводили в операционных и перевязочных под местным обезболиванием. Процедуру заканчивали санацией полости физиологическим раствором. При рецидиве острого жидкостного скопления с указанными выше клиническими проявлениями, а также при наличии клинической картины гнойного процесса в животе выполняли повторное вмешательство в виде установки дренирующего катетера (дренажа). Использовали преимущественно прямые доступы, а при невозможности их осуществления трансчечечные и трансабдоминальные. Дренаж заводили через троакар, реже по методу Сельдингера под общей анестезией. Пользовались одно и двухпросветными дренажами фирмы Кooke размерами от 12F до 24F. При большой вязкости жидкостного содержимого и наличии секвестров устанавливали дренажи большего диаметра и ежедневно промывали полости физиологическим раствором 2–3 раза в сутки. Удаляли дренажи при исчезновении жидкостного скопления по данным УЗИ и наличии отделяемого менее 10 мл в сутки. При персистенции симптомов сепсиса на фоне установленного дренажа считали последний неэффективным и выполняли хирургическое полостное вмешательство.

Результаты исследования. Выявлено, что пункционные манипуляции являются методом диагностики острого панкреатита и его инфекционных осложнений. Дренирования жидкостных парапанкреатических образований более чем у половины пациентов с нетяжелым течением заболевания способствуют либо полному выздоровлению без хирургических вмешательств, либо формированию панкреатического свища. При тяжелых формах острого панкреатита с распространенными некротическими поражениями тканей данные манипуляции малоэффективны. Таким пациентам требуются полостные вмешательства.

Выводы. 1. Пункции острых жидкостных парапанкреатических скоплений у 90% больных некротическим панкреатитом не улучшают течения заболевания и должны использоваться, прежде всего, с целью диагностики острого панкреатита и возможного инфицирования процесса. 2. Перкутанные дренирующие вмешательства эффективны у половины пациентов, как правило, с нетяжелым течением заболевания. У 53,5% больных они являются альтернативой полостного оперативного вмешательства. 3. Тяжелые формы панкреонекроза, как правило, сопровождаются распространенным некротическим процессом и применение дренирований под контролем УЗИ малоэффективно.

Аюбов Дж.К., Асадуллоева Э.И., Додихудоев Р.А.

ИММУНОКОРЕКЦИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

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

Цель исследования. Изучить иммунный статус у больных панкреонекрозом, определить в динамике заболеваний характер его нарушений и выделить некоторые показатели прогностически значимые в развитии гнойно-воспалительных осложнений.

Материал и методы. В 2018-2022 гг. в хирургическом отделении ГУ ЦНМП г. Душанбе было обследовано 26 больных панкреонекрозом: 7 (27%) женщин и 19 (73%) мужчин. Больные были в возрасте от 19 до 72 лет (средний возраст $41,4 \pm 1,9$ года). У большинства пациентов имелись сопутствующие заболевания (ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность, гипертоническая болезнь, ожирение, сахарный диабет и др.), частота которых с возрастом нарастала. Большинство больных (18, что составило 70%) поступили в стационар через 24-72 ч от начала заболевания, 8 (30%) - менее чем через 24ч. Всем пациентам при поступлении проводили стандартную лабораторную и инструментальную диагностику с исследованием иммунного статуса, а также базисную терапию, включавшую ингибиторы ферментов поджелудочной железы, антибиотики, инфузионно-детоксикационную терапию,

спазмолитики, дезагреганты и терапию, направленную на коррекцию аутоиммунных процессов в первые 2–3 суток. Обследованные были разделены на 2 группы: первую, основную (14 пациентов), в которой в комплексе с базисной терапией применяли иммуномодулятор (тимоцин), и вторую контрольную (12 пациентов). В первой группе с целью коррекции иммунологических изменений использовали иммуномодулятор «тимоцин», являющийся высокомолекулярным, физиологически активным соединением, обладающим выраженной иммуностропной активностью. Назначали ежедневно 1 раз в дозе 1,0 мл (100 мкг), в течение 10 дней. У группы сравнения проводилась только ранняя энтеральная нутритивная поддержка через назоеюнальный зонд, установленный с помощью эзофагогастродуоденоскопа. У 4 (29%) больных первый и 5 (42,0%) - второй группы с лечебной и диагностической целью применяли лапароскопию, дренирование брюшной полости, сальниковой сумки и малого таза. Лапаротомия выполнена 1 (7 %) больному первой и 2 (14,2%) - второй группы; у 14 пациентов хирургические вмешательства не производились. В случае образования и нагноения жидкостных образований сальниковой сумки или кист поджелудочной железы, абсцедирования забрюшинной клетчатки эхоконтролируемое дренирование гнойных полостей было осуществлено у 2 (16,7%) пациентов первой и 3 (21,5%) - второй группы.

Результаты исследования. Было проведено комплексное изучение показателей эндотоксикоза и иммунологических параметров при поступлении, на 7-ое и 10-ое сутки от начала заболевания у пациентов обеих групп. Мы наблюдали уменьшение абсолютного количества лейкоцитов периферической крови в обеих группах на 7-е сутки: в 1-й до $(10,2 \pm 3,5) \cdot 10^9/\text{л}$; менее значимое — во 2-й: до $(15,7 \pm 3,9) \cdot 10^9/\text{л}$ с дальнейшим снижением показателя на 10-е сутки соответственно до $(7,2 \pm 1,8) \cdot 10^9/\text{л}$ и до $(8,9 \pm 3,2) \cdot 10^9/\text{л}$. В основной группе наблюдалось более значительное снижение лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), что свидетельствовало в пользу детоксикационного эффекта препарата. С учетом того, что инфекционно-воспалительные осложнения развиваются во II фазу течения панкреонекроза, изучены некоторые иммунологические показатели в 2 группах на 7-ые и 10-ые сутки заболевания. При применении тимоцина уже к 7-ым суткам уровень CD3+, CD4+, CD8+ нормализуется, соотношение CD4/CD8 возрастает до $2,6 \pm 1,3$, а к 10-ым суткам остается в пределах $2,1 \pm 0,7$. Полученные результаты можно объяснить нормализацией иммунной системы у больных первой группы и сохраняющимся иммунодефицитом во второй группе. Одновременно с нормализацией лабораторных показателей в основной группе ускорялись очищения раны и процессы регенерации, уменьшалась секвестрация ткани поджелудочной железы. Летальность в контрольной группе составила 16,67% (умерли 2 из 12), в группе с включением тимоцина 7,15% (умер 1 из 14 больных); причинами смерти стало развитие выраженного синдрома эндогенной интоксикации, полиорганной недостаточности и гнойно-септических осложнений. Длительность пребывания в стационаре при применении тимоцина сократилась с $31,3 \pm 12,7$ до $24,6 \pm 25,4$ койко-дня ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, включение тимоцина в комплексное лечение больных деструктивным панкреатитом оказывает стимулирующее действие на все звенья иммунитета и устраняет дисбаланс иммунорегуляторных клеток, что положительно влияет на течение и исход заболевания.

Аюбов Дж.К., Асадуллоева Э.И., Додихудоев Р.А.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ И МАЛОИНВАЗИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель - д.м.н., профессор Назаров Ш.К.

Цель исследования. Определить роль ультразвукового исследования в диагностике и малоинвазивном лечении панкреатогенного перитонита.

Материал и методы. В исследуемую группу вошли 96 пациентов хирургического отделения ГУ ЦНМП г. Душанбе в возрасте 21–74 лет (средний возраст $42,4 \pm 1,8$ года), находившихся на лечении по поводу острого деструктивного панкреатита, осложненного панкреонекрозом. Исследование выполнялось на ультразвуковых сканерах Philips AUJ22 и eScan A2864 с использованием конвексных датчиков для абдоминальных исследований 2,5–5 МГц и линейных датчиков 5–8 МГц. Малоинвазивные вмешательства выполнялись с использованием портативного сканера Sonoscape S6.

Результаты исследования. Кратность ультразвуковых исследований на одного пациента составляла 2–13, в среднем 4,2. Отграниченные скопления жидкости в брюшной полости были диагностированы у 53 больных, очаги гнойного расплавления забрюшинной клетчатки — у 43 пациентов. Чувствительность ультразвукового исследования в выявлении абсцессов брюшной полости, в сравнении с данными компьютерной томографии, составила 88,7%, забрюшинной флегмоны — 764,3%. Малоинвазивные вмешательства под контролем ультразвукового исследования были выполнены 53 пациентам, из них 37 — дренирование полостей по методике Сельдингера или одномоментно с применением стилет-катетера. У 16 пациентов санация гнойных полостей выполнена минидоступом с использованием ультразвуковой навигации. Лапаротомия и открытая санация брюшной полости и забрюшинного пространства проведены 21 пациенту. У 14 больных тяжесть состояния и кратковременность пребывания в стационаре не позволили выполнить санацию полостей, верификация данных лучевых методов исследования проводилась по данным аутопсии. Чувствительность ультразвукового исследования при интраоперационной верификации составила 73,4%.

Выводы. 1. Ультразвуковое исследование является высокоинформативным методом диагностики панкреонекроза.

2. Ультразвуковое исследование — основной метод динамического мониторинга течения панкреонекроза.

3. Малоинвазивные вмешательства под контролем ультразвукового исследования позволяют выполнять эффективную санацию очагов панкреатогенного перитонита у пациентов с высоким анестезиологическим риском.

Аюбов Р.К., Кононов И.И., Федулова Т.В.
ИССЛЕДОВАНИЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ
ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Кафедра общей хирургии, кафедра патологической анатомии
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ УР
Научные руководители: д.м.н., профессор Кирьянов Н.А., д.м.н., доцент Тихомирова Г.И.

Цель. Изучить морфологическую картину и хирургические особенности узловых образований щитовидной железы.

Материалы и методы. Работа выполнена по данным, полученным на базе хирургического отделения 1 РКБ МЗ УР за 2018-2022 гг. Источником информации для исследования послужили истории болезни и результаты изучения морфологии операционного материала.

Полученные результаты. В работу включено 40 пациентов, по половому признаку они разделились на 34 женщин (85,0%) и 6 мужчин (15,0%). Все больные были старше 60 лет, средний их возраст составил 66 лет. У всех пациентов проведен сбор анамнеза, полный объем клинических исследований, включающих лабораторные и инструментальные методы (УЗИ, ТАПБ), а также прижизненное патологоанатомическое исследование операционного материала. Чаще всего больные предъявляли жалобы на: наличие образований на шее (81,5%), дискомфорт при глотании (63,0%), затруднение дыхания в положении лежа (37,0%), общую слабость (20,3%). По данным УЗИ и ТАПБ были сформированы такие заключения: узловой коллоидный зоб с пролиферацией клеток (65,7%), кистозные изменения (17,1%), фолликулярная аденома (11,4%). Комплексный подход к диагностике заболеваний щитовидной железы привел к выявлению следующей клинической патологии: диффузно-узловой зоб 1-5 степени (67,5%), токсический зоб (15,0%), доброкачественное образование щитовидной железы (15,0%), другие (2,5%). Всем больным проведены оперативные вмешательства: гемитиреоидэктомия правой либо левой доли щитовидной железы (52,5%), тиреоидэктомия (47,5%) – то есть полное удаление щитовидной железы. При гистологическом исследовании чаще всего выявлен узловой (31,4%) и диффузно-коллоидный зоб (28,1%), реже диагностирован коллоидно-паренхиматозный зоб (6,25%). Как правило, в ткани узловых образований обнаружены вторичные изменения в виде геморрагий, склероза и кальциноза. Опухолевые образования железы характеризовались фолликулярной аденомой с наличием четкой капсулы (21,8%). Заслуживает внимания и аутоиммунный тиреоидит (3,1%), в котором свойственна атрофия фолликулов и обильная инфильтрация железы лимфоцитами. И только в нескольких случаях при микроскопическом исследовании в узловом зобе были найдены признаки злокачественной опухоли: фолликулярный рак (3,1%), папиллярный рак (3,1%) и микрокарцинома (3,1%).

Заключение: полученные данные показывают, что в настоящий момент узловые формы щитовидной железы встречаются достаточно часто, характер их различный, поэтому необходимо тщательное обследование пациентов для раннего обнаружения патологии данного органа, особенно для выявления злокачественных новообразований.

Бабаева Т.С., Сулейманова Ф.А., Саломзода Б.А.
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПТЕРИГИУМА
Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – старший преподаватель кафедры Каримов М.Б.

Цель исследования. Изучение эффективности аутопластики конъюнктивы при резекции крыловидной плевы.

Материал и методы. В условиях 2-го глазного отделения Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш» было прооперировано 26 пациентов (30 глаз) в возрасте от 29 до 66 лет. Первичный птеригиум встречался в 26 (86,7%) случаях, рецидивирующий в 4-х (13,4%). У всех больных птеригиум локализовался с внутренней стороны. Основную группу составили 14 человек (16 - 53,3% глаз), контрольную 12 человек (14 – 46,7% глаз). Хирургическое лечение контрольной группы проводилось по методике Мак-Рейнольдса. Основная группа больных были прооперированы с аутопластикой конъюнктивы. Всем больным до и после операции проводился комплекс офтальмологических исследований, включающий визометрию, офтальмометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию и рефрактометрию.

Результаты исследования. Техника операции с аутопластикой конъюнктивы: крыловидную плевую отслаивают от роговицы при помощи микрошпателя и иссекают тело птеригиума с прилежащей тканью на 2 мм от основания. В верхненаружном квадрате 2,5 мм, отступая от лимба, иссекалась донорская ткань для пересадки, размер трансплантата измерялся с учетом размера конъюнктивы на 1 мм больше из-за сокращения последнего в зоне пересадки. Рану конъюнктивы донорского участка ушивали узловатыми швами (1-3) 10/0, в зависимости от размера раны. Полученный трансплантат укладывали на ложе и фиксировали к конъюнктиве 6 узловатыми швами 10/0. Операционный и послеоперационный периоды протекали гладко, без осложнений. В послеоперационном периоде закапывали раствор флоксидекса в течение 20 дней по схеме. Швы снимались на 8-10 сутки.

Больные находились под наблюдением от 3-х месяцев до 1 года. В основной группе был отмечен 1 (6,2 %) случай рецидива птеригиума. В контрольной группе было отмечено 2 случая (14,3%) рецидива. В послеоперационном периоде острота зрения улучшалась у больных обеих групп. Область раны была более чистой и косметичная, чувство дискомфорта, слезостояния, а также слезотечения навсегда исчезли у больных основной группы, а у больных контрольной группы долго держалась гиперемия конъюнктивы в области операционной раны.

Выводы. Хирургическое лечение птеригиума методом аутопластики конъюнктивальным лоскутом обеспечивает устойчивый косметический эффект, а также снижает риск рецидива заболевания и не вызывает специфических осложнений.

Бабаева Т.С., Каримов М.Б. Муродов М.
ЗНАЧЕНИЕ СКАНИРОВАНИЯ ЗАДНЕГО ОТРЕЗКА ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ПРИ КАТАРАКТАХ
РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Махмадзода Ш.К.

Цель исследования. Определить диагностическую важность В - сканирования заднего отрезка глазного яблока при катарактах различного генеза.

Материал исследования. Были изучены истории болезней 104 (120 глаз) больных с катарактами разного генеза, находившихся на амбулаторном и стационарном лечении в глазных отделениях Государственного учреждения Национального медицинского центра Республики Таджикистан, «Шифобахш» с мая 2021 по февраль 2023 года. Из них 64 (61,6%) мужчины и 40 (38,4%) женщин. Всем больным были произведены клинико-лабораторные и офтальмологические методы исследования включающие визометрию, биомикроскопию, тонометрию по методу Маклакова, офтальмометрию, периметрию со свечой, и А- В – сканирование глазного яблока. Возраст пациентов варьировал от 2 до 75 лет. Средний возраст составил $32 \pm 2,1$ года. Всем обследованным лицам В-сканирование заднего отрезка глазного яблока и зрительного нерва произведено на портативном сканере SONOMED (США).

Результаты исследования. У всех больных уровень внутриглазного давления варьировал в пределах от 13-ти до 21-го мм рт. ст., составив в среднем $16,1 \pm 2,43$ мм рт. ст.

Биомикроскопию проводили всем с целью выявления изменений роговицы, влаги передней камеры, глубины передней камеры, радужки, зрачкового края радужки, хрусталика и его связочного аппарата.

Офтальмометрию и А - сканирование выполняли всем пациентам для расчета оптической силы ИОЛ.

Проведение офтальмоскопии у части больных было затруднено из-за помутнения оптических сред глаза (наличия катаракты), у больных с заднекапсулярными и сzonулярными катарактами глазное дно визуализировалось.

Больные с посттравматическими катарактами составили 56 (46,7%) глаз, перезревшая катаракта 26 (21,6%) случаев, осложненные катаракты 20 (16,7%) глаз и врожденные катаракты - 18 (15%).

Ультразвуковые признаки патологии заднего отрезка глазного яблока были выявлены у 19 (11,7%) обследованных с посттравматическими катарактами: 9 случаев отслойки сетчатки, 4 - диффузного помутнения стекловидного тела, 4 - инородные тела. Среди перезревших старческих катаракт патологии отмечались у одного глаза (0,8%) - вывих хрусталика (ядра) в стекловидное тело. У больных с осложненными катарактами у 5 (4,2%) глаз имели место признаки фиброза стекловидного тела. Среди больных с врожденными катарактами патологии заднего отрезка глаза не были выявлены. Всего в 25 (20,9%) случаях были выявлены патологии стекловидного тела и сетчатки глаз. Данным больным была выбрана другая тактика хирургического лечения в зависимости от выявленной патологии (витрэктомия, лазерная коагуляция сетчатки, пломбирование склеры, удаления инородного тела и т.д.).

Выводы. Таким образом, применение ультразвукового исследования глаза имеет важное значение для диагностики патологии заднего отрезка глаза, таких как отслойка сетчатки, помутнение стекловидного тела и инородные тела глаза при катарактах, особенно у больных после травматических изменений переднего и заднего отрезка глаза, что имеет очень важное значение в выборе тактики хирургического лечения.

Баротова С.Х.
ТЕЧЕНИЕ НЕФРОПТОЗА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ТГМУ имени ибни Сино
Научный руководитель – академик НАНТ, д.м.н., профессор Додхоева М.Ф.

Целью исследования. Изучение особенностей течения и осложнения нефроптоза при беременности.

Материал и методы исследования. Были проанализированы 63 истории родов беременных, поступивших в отделение патологии беременных городского родильного дома №1 г. Душанбе и в Республиканский центр урологии, а также находившихся на учёте Центра репродуктивного здоровья №2 за 2022-2023 гг. Алгоритм обследования беременных женщин включал опрос, сбор анамнеза, акушерского обследования, а также осмотр и пальпация поясничных областей, данных ультразвукового исследования почек и мочевыводящих путей, лабораторные анализы.

Результаты и их обсуждение. Возраст всех исследованных беременных женщин был в пределах 21 -26 лет, т.е. все были в возрасте активного репродуктивного периода. Диагноз нефроптоз был поставлен в первой половине беременности и был обнаружен впервые. Среди осложнений данного заболевания лидирующее место занимало обострение хронического воспаления почек. У исследованных беременных в анализе мочи была выявлена протеинурия, лейкоцитурия а также плоские эпителии. Показатели общего анализа крови были представлены снижением гемоглобина с 90,0 до 70,0 г/л, эритроцитов $2,8 \times 10^{12}$ /л, повышением лейкоцитов до $11-16 \times 10^9$ /л, палочкоядерных – 6 до 12% и скорость оседания эритроцитов (СОЭ) до 16-23 мм.с. В биохимическом анализе крови имелось умеренное повышение показателей креатинина (0,150-0,160 ммоль/л) и мочевины (9,0-11,0 ммоль/л). Данные УЗИ почек выявили почти у всех гидрокаликоз, пиелозктазия и признаки воспалительного изменения структурных единиц почек. Клинически женщины предъявляли жалобы на боли в поясничных областях, частое мочеиспускание, рези при мочеиспускании, тошнота и иногда - рвотой. По тяжести заболевания у 42 (66,7%) беременных женщин было лёгкое течение, которое характеризовалось периодической тошнотой, общей слабостью, изменениями в анализе мочи т.к. умеренная протеинурия (0,066-0,099 %), лейкоцитурия (30-50 в поле зрения) и плоские эпителии (0-1-2). У 17 (27,0%) беременных женщин заболевание протекало в средней степени тяжести, характеризующейся тошнотой, общей слабостью, изменениями в анализе мочи и у 4 (6,3%) имели тяжелую степень течения. Тяжёлое течение нефроптоза характеризовалось постоянной тошнотой, рвотой недомоганием, отсутствием аппетита, постоянной

ноющей болью в поясничной области, частыми мочеиспусканиями с чувством рези. В общем анализе их мочи были обнаружены выраженная протеинурия (до 0,180% - 0,360%), лейкоцитурия (160-220-250 в поле зрения) и плоские эпителии (до 2-4-6). В анализе крови отмечалось увеличение лейкоцитов до 18- 20 тыс., снижение гемоглобина до 90,0 – 70,0 г/л, СОЭ -16-24 мм/с. В биохимическом анализе крови общий белок был равен 52-58г/л. УЗИ показало гидронефроз второй степени, морфофункциональные изменения структуры почек. После проведенного соответствующего лечения антибиотиками, витаминами, инфузионной терапией и препаратами, снижающими уровень азотистых шлаков в крови, состояние беременных улучшилось, и они были выписаны домой с разрешением на пролонгирование беременности под амбулаторным наблюдением, а также уролога.

У двух женщин проведенная терапия была не эффективна, в связи с чем, было рекомендовано прерывание беременности.

Выводы. Таким образом, полученные результаты исследований показали высокую частоту нефроптоза и его осложнений у беременных женщин, о позднем их выявлении, которое свидетельствует об отсутствии прегравидарной подготовки. Своевременное выявление и лечение данной патологии и его осложнений способствуют улучшению состояния беременной и возможности пролонгирования беременности.

Баротова С.Х., Нурова Н.Р.

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН ПЕРИ И ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе

Научный руководитель – к.м.н. Коимдодова Б.К.

Цель исследования. Изучение минеральной плотности костной ткани и удельный вес нарушений МПКТ у женщин перименопаузального и постменопаузального возраста жительниц Таджикистана.

Материалы и методы исследования. Обследованы 110 женщин перименопаузального возраста и 112 женщин постменопаузального возраста. Средний возраст перименопаузальных женщин составил $49,34 \pm 0,27$ лет и колебался от 46,6 лет и до 57,4 лет. Возраст женщин постменопаузального периода колебался от 46,6 до 67,9 лет, составив в среднем $57,02 \pm 0,53$ года.

С целью оценки МПКТ всем обследованным женщинам проводилась денситометрия на двухэнергетическом фотонном денситометре фирмы «LunarProdigy» (США).

Расчет абсолютного значения минерализации плотности костной ткани позволил изучить состояние костной массы и выявить отклонения от возрастных нормативных значений.

Результаты и обсуждение: Результаты денситометрического исследования показали, что у женщин перименопаузального возраста нормальная МПКТ выявлена у 60 ($54,5 \pm 4,7\%$), остеопения у 36 ($32,7 \pm 4,4\%$), остеопороз у 13 ($11,8 \pm 3,1\%$). Среди женщин постменопаузального возраста нормальная МПКТ выявлена у 36 ($32,1 \pm 4,4\%$), остеопения у 40 ($35,7 \pm 4,5\%$), остеопорозов у 36 ($32,1 \pm 4,4\%$).

У большей части пациенток ($42-85,7 \pm 4,9\%$) имело место сочетание остеопороза и остеопении в различных отделах скелета. У 2 ($15,4 \pm 10\%$) женщин перименопаузального и у 17 ($47,2 \pm 8,3\%$) женщин постменопаузального возраста остеопороз диагностирован в поясничном отделе позвоночника в сочетании с остеопенией в проксимальном отделе бедра.

Выводы: Таким образом, частота остеопении у женщин перименопаузального возраста, жительниц Таджикистана составила 32,7%, остеопороза 11,8% у женщин постменопаузального возраста – 35,7% и 32,1% соответственно. Среднее МПКТ в проксимальном отделе бедра была ниже чем в поясничном отделе позвоночника, как у женщин перименопаузального и постменопаузального возраста.

Баротова С.Х., Нейматзода О, Хван И.Н.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ РЕЙНО С ПРИМЕНЕНИЕМ ВНУТРИВЕННОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ (ВЛОК)

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

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

Цель исследования. Одно из ведущих мест среди сосудистой патологии занимают болезнь и синдром Рейно. Согласно различным данным 4–5% населения планеты страдают этим заболеванием. По данным Республиканского научного центра сердечнососудистой хирургии пациенты, страдающие этим заболеванием, составляли в целом около 26% от всех поступивших по поводу различных сосудистых заболеваний. Из обратившихся за помощью чаще всего встречались женщины молодого возраста (Д.А. Рахмонов, Д.Д. Султанов, Н.Т. Гульмурадова, О. Нейматзода, Д.М. Конунова, Ф.Д. Сайдалиев 2019). Причины заболевания точно не установлены. Известно, что основными моментами патогенеза этого заболевания является нарушение работы эндотелия, спазм сосудов, повышение свёртываемости крови, замедление кровотока, возникновение тромбоза артерий, с последующим нарушением трофики тканей. (Конунова Д.М., Султанов Д.Д., Гаибов А.Д. и др. 2015). Целью нашего исследования – определить эффективность воздействия внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) на кровообращение в верхних конечностях у пациентов, страдающих болезнью Рейно.

Материалы и методы. Собраны и проанализированы результаты обследования и лечения 32 пациентов, страдающих болезнью Рейно. Женщины составляли 75% (24 человека) мужчины – 25% (8 человек). Все пациенты были на разных стадиях развития болезни: у 6 пациентов (18,75%) - ангиоспастическая стадия заболевания, у 22 (68,75%) - ангиопаралитическая стадия, и у 4 (12,5%) - трофопаралитическая стадия.

Пациенты были разделены на две группы. В первую группу (контрольную) вошло 14 больных (43,75%). Они получали только консервативное лечение, которое включало в себя: антиоксидантную, десенсибилизирующую, нестероидную противовоспалительную, сосудорасширяющую, спазмолитическую терапии. Во вторую группу вошло 18 пациентов (56,25%). Им назначали внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК). Использовался аппарат «Мустанг-2000» (Россия). Каждому пациенту проводилось 10 ежедневных сеансов облучения по 20 мин, низкоинтенсивным лазерным излучением с длиной волны 0,63 мкм, частотой излучения 80 Гц и мощностью 2,0 мВт. Пациенты также получали стандартную консервативную терапию, что и пациенты первой группы.

С целью определения эффективности лечения измеряли скорость кровотока в плечевой, локтевой, лучевой артериях и на поверхностной ладонной дуге. Для этого использовались ультразвуковая доплерография и дуплексное ангиосканирование на аппаратах «PHILIPS SD 800» (США) и «Миндрей» (Китай). Применялись линейные датчики с частотой излучения 5, 7, 10 МГц с использованием В-режима и с цветовым доплеровским картированием.

Результаты. При применении ВЛОК у наших пациентов отмечено ускорение линейной скорости кровотока (ЛСК) в среднем: на плечевой артерии в 1,1 раза, на лучевой артерии в 1,4 раза, на локтевой артерии в 1,5 раза и на поверхностной ладонной дуге в 1,6 раза по сравнению с данными контрольной группы. При объективном обследовании: повысилась местная температура, уменьшалась отечность и гипергидроз верхних конечностей, окраски кожи стала приобретать телесную окраску. Сроки лечения пациентов сократились в 1,3 раза.

Вывод. Использование внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) в комплексном лечении болезни Рейно приводит к улучшению кровообращения верхних конечностей, регрессу основных симптомов, ускорению выздоровления пациентов.

Баротова С.Х., Рахимов Ф.Р., Зугуров А.Х.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ВНУТРИВЕННОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

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

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

Цель исследования. Год от года растёт количество пациентов с различными сосудистыми патологиями. На протяжении долгих лет первое место среди них занимает варикозное расширение вен нижних конечностей. Совершенствуются методы диагностики и лечения этих пациентов, внедряются новые технологии. Одной из таких методик, появившейся сравнительно недавно, но имеющей хорошие перспективы является применение эндоваскулярная внутривенная лазерная коагуляция (ЭВЛК) в процессе операции. Научные публикации последних лет определили преимущества ЭВЛК в том, что: оказывает локальное воздействие, отсутствие повреждений нервных окончаний; отсутствие ущерба окружающим тканям, сокращения количества гематом в послеоперационном периоде. (Раскин В.В., Семенов А.Ю., Кургиян Х.М. 2020) Таким образом, целью нашего исследования является улучшение результатов оперативного лечения пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей путём использования интраоперационной ЭВЛК.

Материал и методы. Мы исследовали и проанализировали данные о результатах лечения 42 пациентов, обратившихся за помощью в Республиканский научный центр сердечнососудистой хирургии, с варикозным расширением подкожных вен нижних конечностей при помощи лазерного излучения.

Первая группа (контрольная) включала в себя 20 (47,6%) пациентов. Этим пациентам проводили традиционное оперативное лечение в сочетании с соответствующей консервативной терапией в послеоперационном периоде.

Вторая группа (контрольная) включала в себя 22 пациента (52,4%). Пациенты этой группы в ходе традиционных методов операции применяли ЭВЛК. Использовался лазерный диодный аппарат ЛАХТА-МИЛОН 1470-10. Перед процедурой ЭВЛК проводилось УЗИ варикозно расширенных вен. Нужно отметить, что данный тип лечения имеет ряд показаний и противопоказаний, в зависимости от анатомического строения, диаметра, протяженности и расположение пораженных участков. В нашем случае выбирались вены диаметром от 4 до 8 мм. Гибкий световод с коннектором и наконечником вводился внутрь вены, после чего работающий лазерный световод медленно выводился из вен, коагулируя тем самым «склеивая» его интиму. Результат операции еще раз оценивается с помощью УЗИ. Во время операции применялось лазерное излучение среднего инфракрасного диапазона 1,47 мкм, мощность 10 Вт, длительностью в среднем, 20-30 мин. В дальнейшем они получали такое же консервативное лечение, что и пациенты первой группы.

Результаты. Отечность и болевые ощущения стали исчезать, в среднем, уже на 4 сутки, в то время как в контрольной группе эти явления стали исчезать на 5-6 сутки. Площадь гематом и их количество уменьшились в 1,4 раза. Сроки лечения пациентов сократились в 1,5 раза. Количество послеоперационных осложнений и побочных эффектов, в виде парестезии или гиперпигментации, уменьшилось в 1,4 раза. Интраоперационные осложнения отсутствовали.

Вывод. Интраоперационная эндоваскулярная внутривенная лазерная коагуляция пациентам с варикозным расширением подкожных вен нижних конечностей имеет преимущество перед традиционными методами оперативного лечения. Применение ЭВЛК уменьшает травматизацию тканей, уменьшая количество дополнительных разрезов, сокращает сроки лечения, ускоряет реабилитацию больных, улучшает качество жизни пациентов.

Бегматов Ж.А.

УЛУЧШЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В ВМЕЩАТЕЛЬСТВЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Самаркандского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии, Узбекистан
Научный руководитель: асс. Гойилов С.С.

Цель исследования: разработать метод обезболивания у пациентов пожилого и старческого возраста после операций на тазобедренном суставе и применения нестероидных противовоспалительных препаратов и дать его клинико-физиологическое обоснование.

Материалы и методы. В исследование включены 56 пациентов (35 женщин и 21 мужчина) пожилого и старческого возраста от 62 до 85 лет, с риском анестезии III-IV ASA, которым выполнялись плановые операции однополюсного эндопротезирования тазобедренного сустава и остеосинтеза бедренной кости. Все пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от способа послеоперационного обезболивания: основную и контрольную. В основной группе (n=30) применялось комбинированное. В контрольной группе (n=26) проводилось стандартное обезболивание.

Результаты и обсуждение:

Сравнительный анализ полученных результатов показал, что исходные параметры периферической гемодинамики во всех подгруппах основной группы были статистически значимо более высокими, что свидетельствует об эмоциональном предоперационном напряжении. Во всех группах больных исходные показатели центральной гемодинамики (МОС и СИ) оказались ниже нормальных значений на 30–35%, что связано со сниженной функцией левого желудочка у пациентов пожилого и старческого возраста и выраженной сопутствующей сердечно-сосудистой патологией. Однако средние значения показателей периферической гемодинамики были нормальными, а их колебания составили 15–20%, что в пределах физиологической нормы. В контрольной группе повышение АДс и АДд составляло 25–35% от исходных значений, что говорит о нестабильной гемодинамике и неадекватном обезболивании. Показатели ЧСС и ОПСС на II, III и IV этапах исследования в контрольной группе также достоверно выше, чем в основной. Исследование эффектов МА показало, что низкоконцентрированные, а именно 0,1%-е растворы наропина и маркаина способны развивать достаточную по силе выраженности нервную блокаду, успешно купирующую болевой синдром после травматологических операций на тазобедренном суставе и бедре. Мы показали, что сенсорный блок после однократной инъекции местного анестетика перинеурально сохраняется в случае с наропином, в среднем в течение $15,5 \pm 1,2$ часов, и $12 \pm 0,8$ — в группе с маркаином, то есть весь ранний послеоперационный период. При необходимости на следующий день можно также повторить невральную блокаду на фоне «базового» введения НПВП. Кроме того, известно, что наропин обладает меньшей нейтро- и кардиотоксичностью, чем маркаин, что особенно важно у пациентов пожилого и старческого возраста.

Выводы

1. Послеоперационное обезболивание на основе регионарной блокады поясничного сплетения (0,1% растворами наропина или маркаина) и планового введения НПВП (диклофенак, кетонал или ксефокам) является более эффективным методом анальгезии после операций у травматологических пациентов пожилого и старческого возраста.

2. Использование растворов местных анестетиков низкой концентрации (0,1% раствор наропина и 0,1% раствор маркаина) позволяет получить полный сенсорный и минимальный моторный блок, что способствует ранней активизации пациентов пожилого и старческого

Бекишева А.Т., Куканова А.М., Айтбаева А.А.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ FODMAP ДИЕТЫ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра онкологии НАО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Казахстан
ГКП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр» акимата г. Астана, Казахстан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Макишев А.К.

Цель исследования: оценить эффективность применения FODMAP диеты у больных с функциональными нарушениями после хирургического лечения рака ободочной кишки.

Материалы и методы: было проведено проспективное одноцентровое исследование в Многопрофильном медицинском центре г. Астана (Казахстан). Выборка составила 130 больных после радикального хирургического лечения рака ободочной кишки. У 62 больных были определены функциональные осложнения. Больные с функциональными осложнениями были направлены на микробиологическое исследование кала на предмет дисбактериоза, в результате которого определено, что у всех больных с клиническими проявлениями функциональных осложнений нарушена микробиота кишечника с преобладанием условно патогенной флоры. Пациентам с функциональными нарушениями была назначена диета с низким содержанием продуктов FODMAP. Больные вели дневник потребляемых продуктов и напитков. Оценка функциональных осложнений проводилась по Бристольской шкале стула (BSF) и по анкете EORTC QLQ-C30.

Результаты исследования: в результате обследования были выявлены следующие симптомы функциональных нарушений: диарея 62 (100%), метеоризм 36 (58,0%), абдоминальная боль 22 (35,4%), констипация 18 (29,0%), недержание кала 11 (17,7%), тенезмы 10 (16,1%), ночная дефекация (при сохранении анальной дефекации) 8 (12,9%), тошнота 7 (11,2%). После применения FODMAP отмечалось купирование ряда симптомов: статическое значимое изменение показали такие симптомы, как частота стула более 3 раз в день ($p=0,002$), консистенция стула BSF 6-7 ($p=0,001$), недержание кала ($p=0,003$), метеоризм ($p=0,002$), тенезмы ($p=0,002$). Также наблюдалась тенденция к улучшению симптома как абдоминальная боль ($p=0,004$). Ночные дефекации ($p=0,071$) и тошнота ($p=0,068$) не

показали статический значимого изменения. В результате мониторинга функциональных шкал определено улучшение физического функционирования ($48,6 \pm 2,5$ vs $81,8 \pm 2,1$) ($p < 0,05$). Кроме того, отмечено рост эмоционального и ролевого функционирования ($p < 0,05$). Параметры социального функционирования остаются без видимых изменений, особенно больных с кишечными стомами ($p > 0,05$). Среди симптомов с высоким уровнем проявления отмечаются такие показатели, как слабость, диарея, снижение аппетита и запор. Указанные параметры были особо выражены у больных после правосторонней гемиколэктомии и формирования стомы. Симптоматические шкалы как слабость ($p > 0,05$) и параметр финансовых трудностей ($p > 0,05$) сохранили схожую тенденцию стабильности. Однако стоит отметить, что при статистическом анализе зафиксировано снижение таких параметров как тошнота /рвота ($p < 0,05$), боль ($p < 0,05$), отмечается повышение аппетита ($p < 0,05$), разрешение запора ($p < 0,05$) и купирование диареи ($p < 0,05$).

Выводы: диета с низким содержанием продуктов FODMAP может облегчать симптомы и улучшать качество жизни у пациентов с функциональными осложнениями рака ободочной кишки.

Бобджонова О.Б.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОЗДНИХ АБОРТОВ

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ ТГМУ им. Абуалииби Сино

Научный руководитель: к.м.н. Шарипова М.Б.

Цель исследования: изучить медико-социальные характеристики женщин с поздним абортом, как самопроизвольным, так и индуцированным для выявления факторов риска.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели нами проведено обследование 300 женщин с поздним выкидышем. Контрольную группу составили 200 женщин без потерь беременности.

Результаты исследования. Женщины обеих групп были почти однородными по таким показателям, как возраст, социальное положение, паритет беременности и родов. Преобладали пациентки активного репродуктивного возраста, составляя 73,5% и 78,3% соответственно. Установлено, что женщин позднего репродуктивного возраста в основной группе было в 1,2 раза больше (22% и 17%).

Социальное положение женщин основной группы и группы сравнения имело незначительные различия: городских жительниц было 82% и 80,0% соответственно, домохозяйек – 88,0% и 81%. Почти каждая вторая женщина изучаемых групп имела среднее образование (47% и 50,0% соответственно) и каждая третья - неполное среднее (34% и 35%). Лишь небольшая категория женщин имела высшее образование (10,5% и 14% соответственно).

Первобеременных в группах было по 8 и 9%, соответственно. Повторнобеременных – 38 и 62%, при этом в основной группе было 28% повторнобеременных нерожавших женщин. На долю многократно рожавших женщин пришлось 38 и 62%, соответственно.

Исследование показало, что только 6% обследованных обратились к участковому акушеру-гинекологу в сроке менее 12 недель беременности, еще 6% - в сроке 15-16 недель беременности. Только 9% обследованных женщин смогли назвать 1-2 опасных симптома.

Результаты исследований показали, что в основной группе более 90% женщин имели экстрагенитальные заболевания, в группе сравнения 60%.

Лидирующей соматической патологией являлась анемия беременных, патология почек, зуб, ожирение и дефицит массы тела.

Анализ анамнестических данных свидетельствовал, что женщины с многоплодной беременностью имели высокий инфекционный индекс (перенесли в прошлом инфекционные заболевания), превышающий группу сравнения в среднем в 2,4 раза. Также высока частота перенесенной во время беременности инфекции.

Отягощенный гинекологический анамнез имели в 2 раза больше женщины с поздним выкидышем. У 203 из них выявлены гинекологические заболевания, в структуре которых хронический метроэндометрит составлял 65,5%, патологические процессы шейки матки – 44, 8%. Тогда как в контрольной группе гинекологические заболевания в прошлом имели 98 женщин (35,0%).

Выводы: 1. Социальными факторами риска развития позднего аборта являются низкий уровень образования, поздний репродуктивный возраст, низкая информированность беременных об осложнениях гестации.

2. Заболевания почек, щитовидной железы, анемия, ожирение, дефицит массы тела способствуют прерыванию беременности в сроках 14-22 недели.

3. Женщины с высоким инфекционным индексом (наличие очагов экстра- и генитальной инфекции) формируют группу риска развития позднего аборта.

Бобизода Ш.Б., Курбонмамадова Р.М., Рахимов А.А.

НАРУШЕНИЯ СЛУХА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ, ОСЛОЖНЕННОГО ХОЛЕСТЕАТОМОЙ СРЕДНЕГО УХА

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

Научный руководитель – к.м.н. Махаммадиев А.А.

Цель исследования. Оценка и диагностика расстройства слуха у больных с хроническим гнойным средним отитом, осложненного холестеатомой среднего уха.

Материал и методы исследования. В условиях ЛОР – клиники Национального медицинского центра РТ «Шифобахш» обследовано 35 больных с хроническим гнойным средним отитом. В перечень обследований входили: общеклинические методы и аудиологические методы исследования (тональная пороговая, - надпороговая, речевая аудиометрия, аудиометрия в расширенном диапазоне частот и регистрации коротколатентных слуховых вызванных

потенциалов (КСВП)), а также компьютерная томография височных костей.

Результаты исследования и их обсуждение. По данным компьютерной томографии височных костей у всех больных было выявлено той или иной степени холестеатома среднего уха различной локализации. В зависимости степени поражения структур среднего уха проведено соответствующая хирургическая лечения. Результаты аудиологические исследование показали, что у 11 больных из 35 с хроническим гнойным средним отитом определяется признаки смешанной формы тугоухости с положительным ФУНГ - ом (феноменом ускоренного нарастания громкости) разборчивость речи достигала 100%, а при дальнейшем увеличении интенсивности звука отмечалось падение разборчивости речи. Эти результаты свидетельствовали о наличии присоединившегося нейросенсорного компонента тугоухости у больных с хроническим гнойным средним отитом.

Неоспоримым подтверждением тому, были результаты аудиометрии в расширенном диапазоне частот и регистрации КСВП, где в частности на частотах 15,0-18,0 кГц определялись высокие пороги слуха по костной и воздушной проводимости (60-80 дБ) с минимальным костно - воздушным интервалом, в то время, как при конвенциональной аудиометрии данных подтверждающих настоящее положение не было, так как, пороги слуха при воздушном проведении стимулов были более низкими (до 40 дБ), а при костном проведении в пределах нормы.

Выводы. Таким образом, результаты исследования показывают, что при хроническом гнойном среднем отите осложненного холестеатомой происходит поражение внутреннего уха и в 31,4% случаев встречается элементы сенсоневральной тугоухости.

**Бозоров Ч.Ч., Холалиев А.А., Чураев Р.Ш.
ИНДЕКСИ БАЙНАЛМИЛАЛИИ ФУНКСИЯИ ЭРЕКТИЛҲИ (ПЕФ-5) ҲАНГОМИ ДИСФУНКСИЯИ
ЭРЕКТИЛҲИ**

МД «Маркази чумхуриявии илмию клиникии урологӣ», Тоҷикистон
Кафедраи урологияи МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Тоҷикистон
Роҳбари илмӣ – муовини директори МД МЧИКУ оид ба илм, н.и.т. Одилов А.Ю.

Ҳадафи омӯзиш: истифодабарии Индекси байналмилалӣ функсияи эректилӣ (ПЕФ-5) дар беморони гирифтори дисфунксияи эректилӣ.

Мавод ва усули тадқиқот. Асоси ин кор натиҷаи таҳлили маълумоти муоина ва табобати 50 нафар беморон, ки оиди дисфунксияи эректилӣ шикоят доштанд, дар заминаи Муассисаи давлатии «Маркази чумхуриявии илмию клиникии урологӣ»-и ВТ ҲИА ҚТ ташкил дод. Синну соли миёнаи беморон 56,1 (аз 24 то 79) солро ташкил дод.

Пеш аз табобат беморон аз муоинаи ҳамаҷонибаи урологӣ гузаштанд. Он аз таҳлили умумии клиникӣ хун ва пешоб, таҳлили биохимиявии хун, таҳхиси ултрасадоии гурдаҳо ва ғадуди простата ва муоинаи рострудавии ғадуди простата иборат буд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Аз 50 нафар бемороне, ки барои таҳхис ва табобат гирифта шуда буданд, 19 нафарашон гирифтори бемории қанд (нишондодҳои қанди хуни 10 нафар то 10 ммол/л ва 9 нафари дигар то 15 ммол/л), 20 нафарашон гирифтори бемории фишорбаландӣ (нишондодҳои фишори хуни 9 нафар то 160 мм. ст. симобӣ ва 11 нафари дигар то 200 мм. ст. симобӣ) ва 11 нафарашон ҳам гирифтори бемории қанд ва ҳам гирифтори бемории фишорбаландӣ буданд. Дар ҳамаи беморон бо мақсади таҳхиси дисфунксияи эректилӣ саволномаи (анкетный опросник) Индекси байналмилалӣ функсияи эректилӣ (ПЕФ-5) истифода бурда шуд. Вобаста ба саволномаи ПЕФ-5 гирифтори дисфунксияи эректилии шадид (тяжелая форма, 1-7 балл) – 2 нафар, дисфунксияи эректилии муътадил (умеренный, 8-11 балл) – 14 нафар, дисфунксияи муътадили муътадил (умеренно-умеренный, 12-16 балл) – 22 нафар ва дисфунксияи сабук (незначительный, 17-21 балл) – 12 нафар ташкил доданд.

Баъдан ба беморони гирифтори дисфунксияи эректилӣ аз табобати психологӣ ва тарзи ҳаёти солим сар карда, то истифодаи табобати фишори манфии маҳаллӣ (терапия локальным отрицательным давлением), гуруҳи доруворихое (силденафил), ки фосфодиэстеразаи навъи 5-ро (ФДЭ-5) бозмедоранд (бо назардошти нишондодҳои фишори хун), витаминҳо (Витамин Е) истифода бурда шуданд.

Такроран баъди ду ҳафтаи табобат дар ҳамаи беморон бо мақсади натиҷагирӣ табобати дисфунксияи эректилӣ саволномаи Индекси байналмилалӣ функсияи эректилӣ (ПЕФ-5) истифода бурда шуд. Маълум шуд, ки натиҷаҳои табобат дар шумораи бисёри беморон хуб буданд.

Натиҷа. Мувофиқи таҳқиқоти гузаронидашуда ба ҳулосае омадан мумкин аст, ки дисфунксияи муътадил ё сабук дар бисёри беморони гирифтори дисфунксияи эректилӣ дида шуданд ва баъди табобат нишондодҳои саволномаи Индекси байналмилалӣ функсияи эректилӣ (ПЕФ-5) беҳтар шуданд.

**Бойматова Ш.У. Иноятзода Д.Н.
ПУТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ПОСЛЕ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино Таджикистан.
Научный руководитель - зав. каф., к.м.н. М.Х. Набиев.

Цель исследования. Улучшение результатов реабилитации больных с синдромом диабетической стопы путём усовершенствования способов профилактики после хирургического лечения.

Материал и методы исследования. В кабинете «Диабетической стопы», функционирующем на базе ГКБ №3, под нашим наблюдением находились в течение трёх лет 53 пациента с нейропатической формой СДС с последствиями хирургических вмешательств на стопе в анамнезе. Среди них мужчин было 28 (51,9%), женщин – 25 (48,1%). Возраст больных колебался от 30 до 54 лет. СД 1-типа выявлено у 6 (6,5%), СД 2-го типа у 47 (93,5%).

Результаты исследования. Нами проанализированы результаты лечения после экзартикуляции пальцев с резекцией головок плюсневых костей с иссечением сухожилий сгибателей и разгибателей пальца – 25, с трансметатарзальной ампутацией стопы 23- больных, и 5 больных вскрытием флегмоны стопы.

Все больные получили регулярное профилактическое лечение два раза в год. В комплекс профилактического лечения больных включены общеукрепляющая, иммуностимулирующая, сахарокорректирующая, ангиотропная терапия и препараты, улучшающие реологические свойства крови, методы гемоквантовой терапии, а также симптоматическая терапия при наличии сопутствующих заболеваний.

Рецидивы СДС явились причиной повторной госпитализации у 23 (92,1%)- больных после экзартикуляции пальцев с резекцией головок плюсневых костей. Наибольшая частота повторных госпитализаций приходилась на группу больных, ранее перенесших экзартикуляции одного и более пальцев стопы. После трансметатарзальной ампутации стопы с последующей ортопедической коррекцией у 3 (13,1%) больных отмечен рецидив СДС в области культи с образованием трофических язв и участками гиперкератоза. Анализ анамнестических данных повторно поступивших больных показал, что большинство из них не владели навыками ухода за стопой.

Ретроспективный анализ результатов произведенных экзартикуляций показывает, что сохранение одного или двух пальцев стопы у больных с ОФ СДС функционально не оправдано. Возникающее при ходьбе перераспределение давления на новые опорные точки и несвоевременная ортопедическая коррекция нарушенной функции стопы у больных, способствуя постоянной травматизации дистальных отделов стопы при ее перекате, увеличивает вероятность развития рецидива СДС.

Вывод. Таким образом, у 49,2% пациентов после хирургических вмешательств проводимые в пределах стопы в течение трёх лет возникли рецидивы язвенных дефектов либо культи, либо области проекции головок плюсневых костей связанные с перераспределением или формированием патологических зон опорных давлений при ходьбе в сочетании с нейропатией. Наличие у пациента ампутаций пальцев, части стопы или каких-либо хирургических вмешательств в пределах стопы является абсолютным показанием для изготовления ортопедических изделий.

Бойматова Ш.У.

АУТОДЕРМОПЛАСТИКА В КОМПЛЕКСНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

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

Научный руководитель - зав. каф., к.м.н. М.Х. Набиев.

Цель настоящего исследования. Улучшение результатов хирургического лечения при синдроме диабетической стопы (СДС) и оценка эффективности аутодермопластики.

Материал и методы исследований. В Центре эндокринной и гнойно-септической хирургии на базе ГКБ № 3 г. Душанбе под нашим наблюдением находились 360 больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы (СДС от 3 до 5 степени). Среди них мужчин было 224 (62,2%), женщин – 136 (37,8%). Возрастной спектр больных колебался от 30 до 74 лет. Большинство госпитализированных больных имели смешанную форму СДС - 178 (49,5%), нейропатически-инфицированную - 159 (44,2%) и ишемическую 23 (6,3%).

Результаты исследования. У 56 (15,5%) больных стопа, осложнившаяся некрозом оставленных кожно-фасциальных лоскутов, по мере очищения ран от некротических масс и появления здоровых грануляций произведено пластическое замещение дефектов свободным, перфорированным, полнослойным кожным лоскутом, толщиной от 0,2 до 0,4 мм взятым с передне-наружной поверхности бедра. После пересадки лоскут фиксировали к культе узловыми кетгутовыми швами. Хорошая фиксация аутотрансплантата в ране является необходимым условием его приживления. При этом первую перевязку больным производили через трое суток, и в течение всего этого времени повязку смачивали раствором декасана. В 36 (64,3%) случаях отмечено полное приживление трансплантата, в 16 (28,6%) случаях частичное приживление и лишь у 4-х (7,1%) больных произошел полный некроз трансплантата. Приживление трансплантата было возможным только в условиях скорректированного углеводного обмена и сохраненной регионарной гемодинамики, при наличии активно гранулирующей раневой поверхности. Сроки проведения АДП колебались от 21 до 86 дней. Частота первичных высоких ампутаций у больных с СДС составила 11,9%. Этапные высокие ампутации конечности, после малых хирургических вмешательств, выполнены лишь у 14(3,8) больных. Общая летальность после ампутации составила 26 (7,2%). Основными причинами смерти больных были острая сердечно-сосудистая недостаточность и продолжающийся эндотоксикоз.

Вывод. Таким образом, органосохраняющие и функционально-щадящие оперативные вмешательства следует проводить после ликвидации воспалительного процесса, который достигается комплексной консервативной терапией, а свободная аутодермопластика является операцией выбора для предотвращения развития порочной культи при осложненных формах синдрома диабетической стопы.

Бурхонова Н.С., Салимова З.Дж.

АБДОМИНОПЛАСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ

Кафедра общей хирургии №1 им. Каххарова А.Н. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Салимов Дж.С.

Цель исследования. Изучение результатов абдоминопластики у пациентов с различными деформациями передней брюшной стенки.

Материалы и методы. Плановое проведение абдоминопластики было предпринято у 50 пациентов с различными деформациями передней брюшной стенки. Был разработан алгоритм индивидуального выбора объема

вмешательства, проанализированы возникшие осложнения, разработаны методы профилактики с возникшими осложнениями.

Результаты исследования. За период с 2019 по 2021 гг. было выполнено 50 абдоминопластик. Осложнения были отмечены у 12 пациентов. Следует отметить, что у пациентов с высоким индексом массы тела (ИМТ), отягощенным преморбидным фоном, пациентов старше 65 лет осложнения встречались чаще. Наиболее частым осложнением после абдоминопластики был серома. Серома образовалась у 6 пациентов. Данное осложнение связано с широкой отсепаровкой кожно-жирового лоскута и длительно существующей полостью. Краевой некроз кожно-жировых лоскутов отметили у 2 пациентов. В основном осложнения встречались у пациентов, которым абдоминопластика проводилась по эстетическим показаниям, и по нашему мнению это обусловлена избыточным натяжением кожно-жирового лоскута, частая локализация швов в надлобковую область живота, которая претерпевает максимальное натяжение. Инфекционные осложнения отмечены у 2 пациентов. Как правило, эти осложнения являются вторичными: длительно стоящие дренажи, ишемические краевые некрозы, гематома у 2 пациентов.

Вывод. Абдоминопластика направлена на восстановление нормальных соотношений анатомических структур передней брюшной стенки и получения эстетически удовлетворительных результатов.

Быкова Е. С., Старков А. А.

ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ТОКСИКО-ТЕРМИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ

Кафедра факультетской хирургии ФГБОУ ВО ИГМА
Научный руководитель - д.м.н., профессор Стяжкина С.Н.

Цель исследования. изучить и характеризовать клинко-морфологические изменения дыхательной системы после токсико-термических повреждений.

Материалы и методы. ретроспективный анализ медицинских карт и протоколов ожогового отделения БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР».

Результаты исследования. при токсико-термических воздействиях выявляются Осьминкина-признаки. 1 стадия: морфологический эквивалент компенсаторно-приспособительных реакций ДС сохранялся до 1,5 суток. 2 стадия: преобразование морфологических критериев адаптации. 3 стадия: последовательно развивается бронхопневмония, с абсцедированием. 4 стадия: при благоприятном течении (морфологическое и функциональное восстановление). Признаки объективны морфометрическим показателям (первая стадия по классификации Осьминкина). Одежда пациентки Р. воспалена. Локальный статус: на лице, спине, верхних и нижних конечностях ожоговые раны с обрывками эпидермиса. На руках и голенях струп белого цвета. Основной диагноз: ожог пламенем III-AB степени лица, спины, верхних и нижних конечностей с поражением 50-55%. III-Б степень выражена на 40%; шок 2-3 степени. С момента поступления в процессе лечения развился отек легких (вторая стадия по Осьминкину). Рентгенография грудной клетки доказывает появление комплекса Осьминкина: в заключении указан деформирующий бронхит. Бронхоскопия пациентки Р.: в заключении указан двусторонний диффузный катарально-гнойный бронхит I степени активности. Р. была выписана из стационара ожогового отделения. Организм пришел к относительным гомеостатическим константам (четвертая стадия по классификации Осьминкина). На момент поступления пациентка А. уже не могла самостоятельно дышать. Локальный статус: на лице, кистях гиперемия кожи. Местами нет эпидермиса. Дно ран бледно-розового, красного цвета. Основной диагноз: ожог пламенем II-III-A степени лица, шеи, кистей (7%), ингаляционная травма средней степени, ожоговый шок 2-3 степени. Пациентку А. по показаниям перевели в реанимацию. В течение лечения развилась дыхательная недостаточность. Больную перевели на искусственную вентиляцию легких. На аппарате ЧДД составляло 12-14 в минуту. Хрипов нет. Дыхание в легких везикулярное, ослаблено в нижних отделах. На следующий день наблюдается жесткое дыхание, но проводится во все отделы. Рентгенография грудной клетки выявляет комплекс Осьминкина: в заключении указан венозный застой первой степени. Бронхоскопия: выраженный химический ожог бронхиального дерева (первая стадия по классификации Осьминкина). У пациентки А. постепенно развивалось воспаление легких, полиорганная недостаточность (вторая стадия по классификации Осьминкина). Причина смерти - сердечная недостаточность (асистолия). Судебно-гистологический диагноз: ожог кожи III степени с репаративными проявлениями; межуточный неспецифический гепатит, мелкоочаговая бронхопневмония, трахеит, эпиглотит, крупноочаговый некронефроз; нарушение кровообращения: преимущественно не равномерное кровенаполнение органов, критерии шоковой почки, повышенная проницаемость сосудистых стенок, кровоизлияния в ММО и вещество головного мозга с некрозом нейронов и репаративными проявлениями; дистрофические изменения паренхиматозных органов; АССБ, ГБ смешанной формы, хронический персистирующий гепатит (третья стадия по классификации Осьминкина).

Выводы. изученный комплекс Осьминкина установлен в ДС пациенток в экстремальной ситуации. Комплекс эквивалентен широкому спектру целесообразных компенсаторно-приспособительных реакций. Полученные знания можно использовать в совокупности с традиционными методами, они расширяют диагностические возможности.

Быкова Е. С., Старков А. А.

ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА FAST-TRACK ПРИ ЛАПОРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Кафедра факультетской хирургии ФГБОУ ВО ИГМА
Научный руководитель - д.м.н., профессор Стяжкина С.Н., к. м. н., доцент Михайлов А.Ю.

Цель исследования. выявить особенности ЖКБ среди пациентов хирургической клиники «Медиаль» г.

Ижевск, а также наличие осложнений, эффективность метода Fast-track в хирургическом стационаре.

Материалы и методы. ретроспективный анализ медицинских карт и протоколов ЛХЭ клиники «Медаль» за 2019-2021 года.

Результаты исследования. оперативное вмешательство было выполнено 281 пациенту, из них 217 (77,2%) женщин и 64 (22,8%) мужчин. Средний возраст пациентов: мужчин – $51 \pm 12,5$ ($p \leq 0,05$), женщин – $60 \pm 12,5$ ($p \leq 0,05$). Сопутствующие патологии: хронический гепатит с гепатоцеллюлярной недостаточностью (15%), хронический панкреатит (45%), формирование хронического очага воспаления в желчных путях (40%). Скрининг дооперационных лабораторных показателей: лейкоцитарный индекс по Кальф-Калифу равен $1,915 \pm$, что превышает норму (1,6), общий билирубин $6,3-51$ мкм/л, АСТ $14,6-379,6$ Ед/л, АЛТ $8-394,9$ Ед/л, амилаза $13,3-100$ Ед/л. Повышение СРБ на 15% - 20% было обнаружено у большинства пациентов. Самыми распространёнными патологиями, выявленными при МРТ-холангиографии являлся: хронический калькулёзный холецистит, сладж-синдром, полипы желчного пузыря, перегибы шейки желчного пузыря, конкременты различных размеров. По данным ФГС выделено, что у больных в 90,0% зафиксирован хронический/поверхностный гастрит. Билирубиновые камни говорят о нарушениях печени. Среднее время операции составляла $70 \text{ мин.} \pm 10 \text{ мин.}$ Использовался эндотрахеальный наркоз. У 90,0% пациентов наблюдался спаечный процесс брюшной полости, вызванный перепроцессом в гепатоцеллюлярной зоне. Введение больных в клинику «Медаль» осуществляется по методике FastTrack. Непосредственно перед операцией, врач проводит ознакомительную беседу с пациентом. Накануне пациент ужинает, в день операции дают чай или воду. В премедикацию входят за день до операции седативные средства для устранения тревожности. Операцию проводят в день поступления. Перед операцией больному не делают клизму. Преимущество отдается пероральному введению препаратов. Для введения инструментов и видеокамеры используют 4 троакара. Преимущественный вариант холецистэктомии в клинике «Медаль» - удаление желчного пузыря «от шейки». Первый этап - проведение диссекции пузырного протока и пузырной артерии. Затем проводится «отсечение» желчного пузыря от ложа с тщательным гемостазом. Жёлчный пузырь удаляется через наибольшее троакарное отверстие над пупком. После ЛХЭ не было отмечено осложнений в раннем и отсроченном послеоперационном периоде.

Выводы. ЖКБ больше подвержены женщины пожилого возраста. ЖКБ сопровождается синдромом взаимного отягощения. Для ЖКБ характерно развитие осложнений: хронического гепатита с гепатоцеллюлярной недостаточностью, хронического панкреатита, формирования хронического очага воспаления в желчных путях. Наличие конкрементов в желчных путях формирует неспецифическое воспаление, о чем свидетельствует повышение ЛИИ, СРБ, данные МРТ холецистохолангиографии. ЖКБ и хронический калькулёзный холецистит не представляют «немое камненосительство» а являются факторами формирования многих патологических очагов в брюшной полости. ЖКБ нуждается в ранней диагностике, чтобы предотвратить развитие осложнений. FastTrack метод лечения пациентов с данной патологией, позволяет минимизировать не только эмоционально-психологический фактор у пациентов, но и избежать осложнений в послеоперационном периоде. Метод FastTrack может быть шире рекомендован в лечении пациентов с ЖКБ.

Валдошова С. Ш.

НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС БЕРЕМЕННЫХ С ТУБЕРКУЛЁЗОМ

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

Научный руководитель – академик НАНТ, профессор, д.м.н. Додхоева М.Ф.

Цель исследования. Сравнительное изучение антропометрических показателей и особенностей прибавки массы тела за беременность у женщин, страдающих туберкулезом, и здоровых беременных.

Материал и методы исследования. Проведено обсервационное проспективное когортное исследование за период 2017-2022 года в городе Душанбе. Объектом исследования явились 43 беременных женщины (основная группа (I)), больных туберкулезом разных форм и локализаций, выявленных в центрах репродуктивного здоровья, туберкулезных диспансерах, а также родильных домах, и 12 здоровая беременная без туберкулеза – группа сравнения (II). Для достижения поставленной цели, изучены антропометрические данные беременных для вычисления индекса массы тела (ИМТ), как достоверного показателя состояния питания, по формуле $\text{ИМТ} = \text{вес(кг)} / \text{рост}^2 \text{ (м}^2\text{)}$. Метод исследования: проспективный, сравнительный.

Результаты исследования. В результате анализа полученных данных было отмечено, что возраст беременных колебался от 20 до 44 лет. Средний возраст беременных основной группы был равен $27,4 \pm 5,7$ лет, а группы сравнения – $24,4 \pm 3,5$ лет ($p > 0,05$ ($U = 319,0$; $Z = 1,89$)). При сравнении среднего роста у женщин сопоставимых групп, статистически значимых различий не выявлено ($160,2 \pm 0,96$ см и $160,5 \pm 0,91$ см в группах соответственно ($p > 0,05$ ($U = 422,5$; $Z = 0,41$)) по критерию Манна-Уитни).

Средний индекс массы тела составил $21,2 \pm 4,2 \text{ кг/м}^2$ у беременных основной группы, что было статистически значимо ниже ($p = 0,003$ ($U = 249,0$; $Z = -2,89$)), чем в группе здоровых беременных – $23,3 \pm 3,0 \text{ кг/м}^2$, хоть и находился в пределах нормативных значений. Распределяя значения индекса массы тела женщин сравниваемых групп, при взятии на учёт, получены следующие данные: дефицит массы тела ($< 18,9 \text{ кг/м}^2$) у 12 (27,9%) I группы, что статистически значимо отличался от группы сравнения – 4,8% ($p = 0,043$ ($\chi^2 = 3,35$)). Нормальная масса ($19,0-24,9 \text{ кг/м}^2$) – у 24 (55,8%) и 61,9%, избыточная масса тела ($25,0-29,9 \text{ кг/м}^2$) также имеет статистически значимое различие между группами ($p = 0,048$ ($\chi^2 = 3,05$)) – 5 (11,6%) и 7 (33,7%) соответственно. Лишь у двоих беременных основной группы установлено ожирение 1 ст (4,7%).

Следует отметить, что при изучении средней массы тела беременных на этапе антенатального наблюдения, проведено сравнение общей прибавки массы тела за беременность. Выявлены статистически значимые различия массы в начале ($p = 0,015$), составляющая $53,9 \pm 9,7$ кг и $58,4 \pm 8,5$ кг соответственно, и конце беременности – $65,3 \pm 9,0$ кг

и $72,8 \pm 8,4$ кг ($p < 0,001$), соответственно. Общая прибавка массы тела за беременность в группе женщин с туберкулёзом и в группе сравнения имела статистически значимое различие и составила $11,0 \pm 0,7$ кг и $14,3 \pm 1,0$ кг соответственно ($p = 0,012$).

Выводы. Полученные данные дефицита массы тела показывают, что недостаточность питания является социальным фактором развития заболевания. Выявлена статистически значимая отягощённость нутритивного статуса у женщин с туберкулёзом – высокая частота дефицита массы тела у беременных. Результаты средних показателей ИМТ свидетельствуют о «маскировании» потери веса больными туберкулёзом, за счёт прибавки его при беременности. Общая прибавка массы за беременность, также сравнительно меньшая, чем у здоровых беременных, что приводит к худшим перинатальным последствиям.

Валдошова С. Ш.

К ОСОБЕННОСТЯМ СОМАТИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА БЕРЕМЕННЫХ, СТРАДАЮЩИХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Научный руководитель – академик НАНТ, профессор, д.м.н. Додхоева М.Ф.

Цель исследования. Изучение соматического статуса беременных, страдающих туберкулёзом.

Материал и методы исследования. В период 2017-2022 годы было проведено обсервационное проспективное когортное исследование в городе Душанбе. Объектом исследования явились 43 беременных женщины (I) основной группы, больных туберкулёзом (далее ТБ) разных форм и локализаций, и 21 здоровая беременная группы сравнения (II). Для достижения поставленной цели изучен анамнез беременных - перенесенные и сопутствующие заболевания, с целью определения соматического статуса беременных, как фактора риска развития ТБ. Метод исследования: проспективный, сравнительный.

Результаты исследования. Из перенесенных и сопутствующих соматических заболеваний у больных ТБ беременных отмечались наиболее часто ОРИ (97,7%), ЙДЗ (32,6%), хронический тонзиллит (16,3%), пиелонефрит, МКБ (11,6%). Хроническое воспаление почек, как наиболее частое сопутствующее соматическое заболевание, диагностировано как в основной (41,9%), так и в группе сравнения (33,3%), напротив, гестационный пиелонефрит (14,0%) выявлен лишь в группе женщин, страдающих ТБ.

В группе здоровых женщин основными перенесенными заболеваниями явились ОРИ (95,2%), патология щитовидной железы (32,6% и 23,8% в группах соответственно), воспалительные заболевания мочевыделительной системы (47,6%) и ЖКТ заболевания ЖКТ (7,0% и 4,8% в группах), неврастения (9,3% и 4,8% соответственно), а также инфекционные заболевания – тонзиллит (14,3%), гепатит А (4,8%).

Обнаружено статистически значимое ($p = 0,008$; $X^2 = 7,11$) преобладание беременных, перенесших анемию различной тяжести в анамнезе у 29 (67,4%) в группе беременных, страдающих ТБ, и 6 (28,6%) группы сравнения, что является предрасполагающим к возникновению заболевания фактором.

ВИЧ-ассоциированный ТБ, как сопутствующее заболевание был у 2 (4,7%) беременных из общего количества выявленных больных. Было отмечено, что это довольно высокий показатель, в сравнении с данными обзора Национального стратегического плана по защите населения от туберкулёза на 2015-2020 гг (1,6%), что, вероятно, связано с увеличением масштаба клинического скрининга людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ) на ТБ за последние годы.

Такая патология, как анемия и дефицит массы тела статистически значимо чаще сопутствовали женщинам, страдающим ТБ, чем группе женщин без ТБ. Анемия разной степени тяжести диагностированы в первой группе у 35 (81,4%) женщин из 43, а во второй группе – у 3 (14,3%) беременных ($p < 0,001$; $X^2 = 23,64$). Дефицит массы тела наблюдался в 18 (41,9%) и 1 (4,8%) случаях соответственно группам ($p = 0,006$; $X^2 = 7,61$).

Заслуживают внимания перенесенные пневмонии в 4,7% случаев и перенесенный ТБ в анамнезе основной группы женщин, что значит 8 (18,6%) случаев заболевания были повторно диагностированными, а остальные впервые выявленными.

Выводы. Сравнительный анализ перенесенных и сопутствующих заболеваний в исследуемых группах выявил наиболее отягощенный соматический анамнез в группе беременных с туберкулёзом - наличие двух и более очагов сопутствующей экстрагенитальной патологии, в частности – анемии, дефицит массы тела, ВИЧ, перенесенный туберкулёз в анамнезе, патология щитовидной железы почек, отягощающих состояние здоровья и течение основного заболевания уязвимой социальной группы населения (малообразованная, безработная, мигрант и т.д.), а также влияющие на исход беременности.

Валдошова С.Ш.

ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ РОДИЛЬНИЦ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Научный руководитель – академик НАНТ, профессор, д.м.н. Додхоева М.Ф.

Цель исследования. Изучение особенностей течения раннего послеродового периода у родильниц, страдающих туберкулёзом.

Материал и методы исследования. Основой настоящего исследования является анализ результатов проспективного исследования путём наблюдения за женщинами, заболевшими разными формами туберкулёза (далее ТБ). За период 2017-2022 годы под наблюдением находилось 43 беременных с разными формами ТБ (группа I) и 21 беременная без ТБ (группа II). На долю внелёгочных форм досталось 34,9%, остальное же большинство случаев – это лёгочные его формы (65,1%). ТБ был диагностирован в первом триместре беременности у 7 (16,2%) женщин, во втором

– у 8 (18,6%), в третьем – у 2 (4,7%), у 22 (51,2%) женщин до беременности, которые забеременели на фоне противотуберкулезной терапии (ПТТ), а в раннем послеродовом периоде выявлен у 4 (9,3%) родильниц.

Результаты исследования. В 79% случаев родоразрешение в основной группе проводилось через естественные родовые пути. Показанием к оперативному родоразрешению традиционно являлась акушерская патология, и, в меньшей степени, осложнения ТБ. Общая кровопотеря в среднем при естественных родах значительно превысила в группе беременных с ТБ (271,1±135,9 мл и 183,3±45,9 мл).

Среднее количество койко-дней, проведенных в стационаре, составляло 6,2±5,0 дней у родильниц из группы ТБ, и 3,2±1,1 дня в группе здоровых родильниц. Осложнения послеродового периода отмечены у родильниц обеих групп – в 20,9% (9сл.) в основной и в 4,8% случаев в группе здоровых родильниц. Лидирующее место среди осложнений раннего послеродового периода занимали кровотечения, а именно гипо- и атонические кровотечения (11,6% лишь в основной группе), субинволюция матки (11,6% и 4,8% соответственно группам), гематометра (7,0% в основной и 4,8% в группе сравнения). Такое грозное осложнение, как ДВС-синдром в стадии гипокоагуляции осложнил один случай гипотонического кровотечения раннего послеродового периода. Также имела место и септическая патология, как хориоамнионит (2,3%), метроэндометрит (2,3%) и перитонит 4,7%.

Вопрос грудного вскармливания решался совместно с фтизиатром. 34 (79,1%) родильницам, имеющим неактивный ТБ без бактериовыделения, разрешалось кормление грудью. 9 (20,9%) матерям новорожденные не прикладывались к груди, – среди которых бактериовыделители, носители ВИЧ инфекции, а также тяжелое послеродовое состояние родильниц и новорожденных. Все младенцы, рожденных от матерей с ВИЧ, получали зидовудин 13,3мг с рождения в течении 6 недель, с последующим тестированием на ВИЧ после курса терапии.

Обязательная БЦЖ-вакцинация проведена всем живым новорожденным (86,0%), а малыши от матерей-бактериовыделителей разобщались от них до достижения БК (-) статуса матери.

Выводы. Результаты сравнительного анализа показали, что туберкулез сказывается на послеродовый период. У женщин с туберкулезом, достоверно чаще, имели место акушерские осложнения, чем в группе здоровых. Ведущими были кровотечения (субинволюция и гематометра, гипо/атония матки, ДВС-синдром), а также и септические осложнения (эндометрит, перитонит). Совместная работа фтизиатров и акушер-гинекологов – своевременная диагностика заболевания, правильный подход к оценке состояния и улучшение качества наблюдения за беременными и родильницами дает положительную динамику, и является профилактикой неблагоприятных исходов.

Гадов И.

ВЛИЯНИЕ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЯИЧКА

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

Научный руководитель – д.м.н., профессор Абдуллозода Д.А.

Цель исследования. Определить уровень маркеров «оксидантного стресса» и гипоксии в крови и отекающей от яичка венозной крови при ПГ и послеоперационном периоде после паховой герниопластики.

Материал и методы исследования. В Комплексе здоровья «Истиклол» г. Душанбе под нашим наблюдением находились 34 пациента с паховыми грыжами. Возрастной спектр больных колебался от 18 до 30 лет. Длительность заболевания сахарным диабетом составила от 2 до 10 лет. Больные по характеру заболеваний распределены на 3 группы – больные с длительным (5 или более) грыженосительством – 14, Больные ПГ, сочетающейся с варикоцеле – 12, Больные с бесплодием, перенесшие паховые грыжесечения – 8. Для понимания сущности патогенеза тестикулярной недостаточности (ТН) и значения «оксидантной» эндотоксемии в ее развитии у 34 больных с различными группами ПГ, исследовано содержание продуктов ПОЛ и маркеров гипоксии в отекающей от яичка крови. Отекающую от яичка венозную кровь забирали из расширенных гроздевидных вен мошонки, тестикулярной вены путем пункции или во время операции.

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

Закключение. Таким образом, повышение содержания продуктов ПОЛ в паренхиме яичка в дальнейшем приводит к разветвлению цепных реакций и конечных продуктов ПОЛ, обладающих высокой повреждающей активностью с последующим развитием системных повреждений клеточных структур контрлатерального яичка с последующим прогрессированием и развитием ТН. Результаты исследования диктуют необходимость проведения в

комплексе лечения больных ПГ пред-и послеоперационной антиоксидантной и антигипоксической терапии с целью снижения концентрации токсических оксидантных веществ и улучшения репродуктивного здоровья мужчин.

Гадоев И.С.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ОТКРЫТОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Научный руководитель – д.м.н., профессор Абдуллозода Д.А.

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

Материал и методы исследования. В Комплексе здоровья «Истиклол» г. Душанбе под нашим наблюдением находились 65 больных с паховыми грыжами. Возрастной спектр больных колебался от 18 до 30 лет. В качестве неинвазивного информативного метода исследования показателей кровотока по сосудам семенного канатика и яичка проводилось цветное дуплексное сканирование артерий и вен семенного канатика на УЗ-сканере «Toshiba Newino 580».

Результаты исследования и их обсуждение. В группе пациентов, которым выполнялись традиционные натяжные методики, пиковая скорость артериального кровотока на стороне поражения составляла $31,40 \pm 5,6$ см/сек, на здоровой стороне - $34,23 \pm 7,52$ см/сек. Средняя скорость артериального кровотока по сосудам семенного канатика была $12,76 \pm 2,4$ см/сек на пораженной стороне и $13,88 \pm 2,03$ см/сек на здоровой стороне. Индекс резистентности на пораженной и здоровой стороне составил $0,82 \pm 0,1$ см/сек и $0,83 \pm 0,11$ см/сек. Скорость венозного кровотока на стороне поражения составила $11,43 \pm 3,12$ см/сек, на здоровой $11,79 \pm 2,41$ см/сек. В среднем значения недостаточности артериального кровотока составили 8,2%, что на 11,6% меньше, чем до оперативного вмешательства. В группе больных (n=25), перенесших «ненатяжную» паховую герниопластику, скоростные показатели кровотока в значительной степени были результативные, что обусловлено, очевидно, снижением частоты компрессионных осложнений за счет протезирующей пластики. Так пиковая скорость артериального кровотока на стороне поражения составила $32,08 \pm 6,04$ см/сек., на здоровой стороне $31,40 \pm 5,6$ см/сек. Средняя скорость артериального кровотока по сосудам семенного канатика составила $11,62 \pm 2,92$ см/сек и $13,64 \pm 2,03$ см/сек на здоровой стороне. Скорость венозного кровотока на стороне поражения составила $11,10 \pm 3,3$ см/сек, на здоровой стороне $11,82 \pm 2,47$ см/сек. Изучение характера артериального кровотока у пациентов после видеолaparоскопической герниопластики (n=15) показало, что пиковая скорость артериального кровотока на стороне поражения составила $33,12 \pm 6,11$ см/сек и на здоровой стороне - $34,51 \pm 6,6$ см/сек. Средняя скорость артериального кровотока по сосудам семенного канатика составляла $12,48 \pm 2,69$ см/сек на пораженной стороне и $13,89 \pm 2,11$ на здоровой стороне. Скорость венозного кровотока на стороне поражения составила $11,35 \pm 2,85$ см/сек, на здоровой стороне $11,85 \pm 3,03$. В среднем после видеолaparоскопической герниопластики недостаточность артериального притока составила 9,67%, что на 9,82% меньше, чем до оперативного вмешательства в послеоперационном периоде, средняя скорость артериального кровотока на пораженной стороне возросла на 1,1 см/сек, по сравнению с дооперационными показателями. В послеоперационном периоде благодаря улучшению кровообращения в органах мошонки, атравматичности операции и снижению компрессионных осложнений, наблюдалось значительное улучшение показателей спермограммы у больных после «ненатяжной» и видеолaparоскопической герниопластики. Так, объём эякулята ($3,7 \pm 0,06$ мл и $3,8 \pm 0,04$ мл) и концентрация сперматозоидов ($141,2 \pm 22,4$ млн/мл и $146,7 \pm 21,5$ млн/мл) увеличились. Выявлено достоверное увеличение подвижных форм сперматозоидов у этой группы больных ($54,1 \pm 0,5\%$ и $55,4 \pm 1,6\%$) и уменьшении патологических форм ($23,4 \pm 2,1\%$ и $25,9 \pm 2,6\%$ соответственно).

Вывод. Таким образом, «ненатяжные» и видеолaparоскопические методы герниопластики благоприятно влияют на показатели кровотока в семенном канатике и паренхиме яичка и сперматогенезе за счет снижения травматичности операции и снижения «компрессионных» осложнений.

Ганиев А.Э., Назаров Т.Ш., Сафарбекзода С.

ПОКАЗАТЕЛИ МАРКЕРОВ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В МОНИТОРИНГЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ВЕНТРОПЛАСТИКИ

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

Цель исследования. Изучить степень выраженности и характер воспалительных реакций тканей у пациентов после вентропластики.

Материалы и методы. Проведен анализ уровня С-реактивного белка после хирургического вмешательства у 49 пациентов с вентральной грыжей оперированных в хирургических отделениях ГУ «ГЦСМП г. Душанбе» с 2016 по 2022 годы. Для объективизации и рандомизации пациенты были разделены на 2 группы: 1- группу составили 23 пациента, которым выполнена не натяжная вентропластика применяя сетчатые материалы и 2-группа 26 пациентов, которым произведена натяжные способы пластики передней брюшной стенки. Средний возраст больных составил $43,3 \pm 2,9$ года. Наряду с общеклиническими и лабораторными методами исследования были проведены специальные методы исследования такие как определения уровня С-реактивного белка и фибриногена крови. Также проведен бактериологический контроль раны и раневого отделяемого по контрольным дренажам. Динамический УЗИ и доплер-исследование кровотока передней брюшной стенки.

Результаты и обсуждения. В ходе проведения исследования у пациентов 1-ой группы после применения синтетического сетчатого материала отмечалось достоверное увеличение концентрации С-реактивного белка крови ($p \leq 0,05$). Данный показатель первоначально колебался в пределах $9,1 \pm 1,3$ мкг/мл, а у пациентов 2-группы с натяжными методами концентрация составила $13,9 \pm 1,1$ мкг/мл, что касается уровня фибриногена то в 1-группе уровень фибриногена $8,9 \pm 1,1$ а в 2-группе $9,9 \pm 1,7$ г/л. Все пациенты в послеоперационном периоде получали одинаковую рациональную антибактериальную терапию. Пациентам 1-группы с ненапряжными способами интраоперационно было проведено обкалывание стенки живота раствором дипроспана. В дальнейшем, в послеоперационном периоде несмотря на применение аллопластического синтетического материала снижение уровня С-реактивного белка и фибриногена не отмечено, а у пациентов 2-группы с натяжным способом на 3-сутки заметно было снижение С-реактивного белка до $15,9 \pm 1,7$ а уровня фибриногена до $12,1 \pm 1,0$. Несмотря на проведение одинаковых методов послеоперационного ведения, уровень данных маркеров в обеих группах колебался достаточно в высоких цифрах. В 1-группе показатели С-реактивного белка и фибриногена имели тенденцию к снижению к концу 3-4 суток по сравнению с 2-группой исследования. Что касается применения доплера сосудов передней стенки брюшной полости после операции то выявлено, что скорость кровотока лучше, чем у пациентов 2-группы исследования.

Выводы. Маркеры воспалительного процесса также как С-реактивный белок и фибриноген являются достоверными показателями, свидетельствующие о наличии острого и хронического воспалительного процесса. А применение препарата дипроспан улучшает и снижает уровень воспалительного процесса в послеоперационной ране, тем самым улучшает кровоток сосудов передней брюшной стенки, что положительно влияет на трофику тканей и скорость заживления.

Ганиев А.Э., Эрадж Дж. П, Сафарбекзода С.
ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ ФАКТОР ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ВЕНТРОПЛАСТИКИ

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

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

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

Цель исследования. Изучить ближайшие и отдаленные результаты проведенных герниопластик у пациентов с сахарным диабетом.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование включены 82 пациента, оперированные в хирургических отделениях ГУ «ГЦСМП г.Душанбе», являющийся клинической базой кафедры хирургических болезней №1 им. Академика Курбанова К.М., за период 2016 по 2022 годы. Все исследованные пациенты были разделены на две группы: 39 пациентов - контрольная и 43 пациента - основная. Критериями включения пациентов в исследования было наличие у пациентов вентральной грыжи. Все исследованные пациенты страдали сахарным диабетом 1-ого и 2-го типа. Кроме стандартных и рутинных клиничко-биохимических методов исследования с целью топической диагностики состояния стенок передней брюшной стенки проведено послойное УЗ-исследование дополнению доплеровским картированием. КТ применили при трудности уточнения послойной локализации синтетического материала и состояния кишечных петель в брюшной полости. Все проведенные герниопластики в обеих группах выполнены посредством открытого оперативного доступа с размещением сетчатого имплантата в различных мышечно-апоневротических пространствах. Больным основной группы (n-43) были применены крупнопористые сетчатые имплантаты и интраоперационно применен препарат дипроспан по разработанной схеме путем обкалывания в/м переднюю стенку живота перед наложением сетчатого материала.

Результаты и обсуждения. В сроках динамического наблюдения за пациентами обеих групп от 6 месяцев до двух лет было обнаружено формирование болевого синдрома в области оперативного вмешательства. У 21 пациентов контрольной группы и у 6- пациентов основной группы выявлены постоянные боли ноющего характера причиняющий дискомфорт в повседневной жизни. При оценке качества жизни больных по опроснику SF-36 на сроке динамического наблюдения 1 год было отмечено существенное улучшение показателей физических компонентов здоровья пациентов основной группы, где были интраоперационно применены инертные сетчатые крупнопористые материалы.

Выводы. Выполнения герниоventропластики у пациентов с сахарным диабетом требуют индивидуального подхода. Интраоперационное применение дипроспана и инертного макропористого сетчатого материала значительно улучшает качество жизни и уменьшает порог хронического болевого синдрома в послеоперационном рубце.

Ганиев Х.Т., ²Рахимзода О.Ш.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭКВИНУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОПЫ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

¹Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ «ТГМУ имени АбуалиибниСино», Таджикистан

²Кафедра неврологии и основ мед.генетики ГОУ «ТГМУ им. АбуалиибниСино», Таджикистан

Научный руководитель – д.м.н., профессор Раззоков А.А.

Цель исследования. Изучить и усовершенствовать ортопедическое лечение эквинусной деформации стопы.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 82 больных с эквинусными деформациями стоп. Все больные госпитализированы в травматологическое отделение национального медицинского центра «Шифобахш» Республики Таджикистан. Возраст больных варьировал от 3 до 8 лет. Медиана возраста составили 3 - 4-летние. Всем 100% больным был поставлен диагноз ДЦП спастической формы. Больным были проведены общие клинические методы исследования, ЭКГ, общий анализ крови, биохимический анализ крови, исследование амплитуды движения голеностопного сустава. После обследования была проведена ахилопластика.

Все обследуемые больные были распределены на 2 группы. В первую группу вошли 40 больных, которым была проведена ахилопластика, вторую группу составили 42 больных, которым проводилось консервативное лечение эквинусной деформации стопы, было проведено консервативное лечение, лечебная гимнастика, массаж и т.д.

Результаты исследования. Из 40(100%) пациентов первой группы проведение ахилопластики наблюдалась стойкая контрактура ахиллова сухожилия и спазм икроножной мышцы. Амплитуда движений в голеностопном суставе во время подошвенного сгибания варьировалась от 110 градусов и меньше.

Пластическая операция проводилась по методу Байера путем удлинения пяточного (ахиллова) сухожилия Z – образным рассечением в сагиттальной плоскости с последующим сшиванием концов.

После проведенного оперативного вмешательства у 40 пациентов входившие в первую группу, наложена гипсовая лангета на 3 месяца. После снятия гипсовой лангеты у 36(90,0%) пациентов восстановились двигательные функции в голеностопном суставе. У 6(15,0%) пациентов двигательные функции в суставе восстановились на 62,2%. Пациентам входящие во вторую группу 42(100%) которым проводилась консервативное лечение, наблюдалось незначительное улучшение двигательных функций голеностопного сустава с незначительным снижением спазма в икроножную мышцу. Но полного восстановления движений в голеностопном суставе, как на первой группе, не отмечалось.

Выводы. Данное исследование убедительно показало нам, что пациентам со спастическими формами детского церебрального паралича при стойкой контрактуре голеностопного сустава несомненно показана ахилопластика.

Ганиев А.Э., Сафарбекзода С., Наджмидинов С.

ВЫБОР СПОСОБА ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ РЕЦИДИВНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

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

Научный руководитель – к.м.н. Факиров Х.З.

Цель исследования. Определение критериев выбора способа пластики передней брюшной стенки при рецидивных вентральных грыжах у пациентов с сахарным диабетом.

Материал и методы. Нами были изучены результаты различных видов герниопластики у 120 пациентов с рецидивными вентральными грыжами с сопутствующим сахарным диабетом с учетом разработанных критериев выбора способа пластики брюшной стенки, оперированных в ГУ «ГЦМП г. Душанбе» в период с 2020 до 2022 г.

Результаты исследования. Разработанные объективные критерии выбора способа пластики передней брюшной стенки при рецидивных вентральных грыжах в сочетании с сахарным диабетом охватывают 12 пунктов, включающих: состояние брюшной стенки по данным УЗИ; данные морфологических исследований тканей грыжевых ворот; показатели продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) в тканях грыжевых ворот; размеры грыжевых ворот; размеры грыжевого выпячивания; индекс массы тела; показатели внутрибрюшного давления (ВБД); функциональное состояние дыхательной системы; сопутствующие заболевания, приводящие к повышению ВБД; длительность грыженосительства; дистрофических изменений в стенках апоневроза передним брюшной стенке.

При сумме баллов до 8 рекомендуется выполнение аутопластики брюшной стенки местными тканями и 2 рекомендуется выполнение алопластики брюшной стенки с макропорами биопротезы. При этом имеющиеся у пациента дефекты и морфофункциональные изменения тканей передней брюшной стенки должны быть незначительными при небольшом повышении ВБД и показателей продуктов перекисного окисления липидов в тканях.

При сумме баллов от 11 до 19 с учетом риска натяжения тканей, различных конституциональных особенностей, влияющих на течение послеоперационного периода, а также при удовлетворительном состоянии тканей и повышении уровня продуктов ПОЛ в них (ДК - до 1,8 мкмоль/мг, МДА - до 3,3 мкмоль/мг) и повышении ВБД I-II степени, целесообразным считали выполнение комбинированной пластики.

При сумме баллов от 20 до 28 предпочтение отдавалось «ненатяжным» методикам, т.к. практически все критерии находились на предельно высоких условиях.

Вывод. Таким образом, выбор способа герниопластики при рецидивных вентральных грыжах у пациентов с сахарным диабетом должен основываться на данных объективных критериев. При сумме баллов до 10 целесообразно применение натяжных методик, при сумме баллов от 11 до 19 - комбинированных, а при сумме баллов выше 20 рекомендуются ненатяжные способы герниопластики.

Гараева З.Ф.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕН ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Кафедра хирургических болезней детского возраста ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Шкляев П.О.

Цель исследования. Изучить использование титановых эластичных стержней при переломах длинных трубчатых костей у детей.

Материалы и методы. За 2022 год в травматолого-ортопедическом отделении РДКБ г. Ижевск находились на лечении 103 ребенка с переломами длинных трубчатых костей. Мальчиков было 71(69%), девочек - 32(31%). Локализация переломов была следующей: переломы плечевой кости – 23(22%), костей предплечья – 46 детей (45%), бедренной кости - 16(16%), костей голени – 18(17%). Закрытые переломы были у 100(97%) детей, открытые - 3(3%).

Результаты исследования. Оперативное вмешательство чаще производили из двух вколов - разрезов. Доступ к кости осуществляли из разрезов длиной от 0,5 см до 3,0 см. Для фиксации отломков использовали ТЕН диаметром

от 2,0 до 3,0 мм. Репозицию проводили закрыто, под контролем ЭОПа. Длительность операций составляло от 20 минут до 1,5 часов. После операции больных выписывали на 5-7 сутки.

Выводы. Таким образом, использование ТЕН при переломах длинных трубчатых костей является эффективным методом, позволяющим достичь хороших анатомических и косметических результатов благодаря благоприятным функциональным исходам и небольшим разрезам кожи соответственно.

Гасанова М. А., Чакмина М.И., Турсукова А. А.

АТИПИЧНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ УЗЛА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ВЕРХНЕМ ОТДЕЛЕ ШЕИ В ПОДЪЯЗЫЧНОЙ ОБЛАСТИ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ ПРИ РЕЦИДИВЕ.

Кафедра факультетской хирургии ФГБОУ ВО ИГМА. Россия.
Научный руководитель – д. м. н., профессор Стяжкина С.Н.

Цель исследования. Изучение клинического случая атипичного расположения диффузно-узловой зоба щитовидной железы в верхнем отделе шеи в подъязычной области с подозрением на злокачественное образование.

Материал и методы. был изучен клинический случай из практики по данной патологии на базе хирургического отделения БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР» и протокол прижизненного патологоанатомического исследования биопсионного (операционного) материала.

Результаты исследования. Пациентка Н., 47 лет, поступила в стационар Первой Республиканской клинической больницы г. Ижевск в июне 2022 года. Основные жалобы: объёмное образование на шее, дискомфорт при глотании и дыхании. Из анамнеза пациентки известно, что вышеописанные жалобы беспокоили на протяжении 1,5 лет. Пациентка состояла на учёте у эндокринолога, так как в 2002 году ей была выполнена гемитиреоидэктомия справа по поводу диффузно-узловой зоба. Среди сопутствующих заболеваний: гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа, ишемическая болезнь сердца. При объективном обследовании в подчелюстной области по срединной линии пальпируется образование около 4 см, плотное, подвижное, безболезненное. В биохимическом анализе крови: гормоны щитовидной железы в пределах нормы. По УЗИ: по средней линии шеи лоцируется изоэхогенное образование с ровным контуром, неоднородной структуры, гиперваскулярное, с гиперэхогенным включением с акустической тенью 15 мм. Размеры образований 31-34-32 мм. Регионарные лимфоузлы без особенностей. По СКТ: образование подъязычной области, вероятно исходящее из перешейка щитовидной железы. Умеренная подчелюстная лимфаденопатия. Цитологическое заключение: LS-кровь, тиреоциты отсутствуют. Bethesda I. Образование шей-коллоид, эпителиоциты без признаков атипизма. Эктопированная ткань щитовидной железы. Заключение интерпретировались на основе стратификации риска малигнизации УОЩЖ в рамках международных классификационных систем Bethesda. На основании проведенного обследования выставлен клинический диагноз: Диффузно-узловой зоб 2 степени по ВОЗ, эутиреоз. Рецидив. Осложнения: компрессионный синдром. Таким образом по показаниям определено оперативное вмешательство, в ходе которого удалена эктопированная ткань щитовидной железы размерами 8*6*4 см

По результатам морфологического исследования биопсийного материала (Протокол № 8609) эктопированная ткань щитовидной железы, расположенная в подъязычной области, не является злокачественным новообразованием.

Послеоперационный период: прошел гладко с улучшением состояния.

Вывод. Основным направлением исследования пациента с диффузно-узловым зобом 2 степени было исключение злокачественной опухоли щитовидной железы, так как по данным анамнеза у пациентки произошёл рецидив, что могло повлиять на «повышение онкологического риска» в отношении рака щитовидной железы. Эктопированная щитовидная железа является малоизученным заболеванием и, как демонстрируют наши наблюдения, может быть интерпретирована неверно, очень важно своевременно провести диагностику и назначить лечение, равно как и повышение осведомленности врачей других специальностей

Гафарова Ш.А., Файзиев Х.Ф., Рахматуллаев А.Ш.

СИНДРОМ ФИОЛЕТОВОГО МЕШКА ДЛЯ СБОРА МОЧИ – РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ПРОЯВЛЕНИЯ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОГО ТРАКТА

Кафедра урологии Самаркандского государственного медицинского университета, Узбекистан
Научный руководитель: PhD, асс. Гафаров Р.Р.

Цель. Изучение особенностей проявления СФМ, как признака ИМП.

Материалы и методы. За период с 2010 по 2022 гг. мы наблюдали 6 пациентов с СФМ, среди них 5 мужчин и 1 женщина. Все пациенты мужского пола (средний возраст 67,2±3,4), имели цистостомический дренаж, установленный в связи с неоднократными острыми задержками мочи (ОЗМ), обусловленными доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Пациентке с СФМ (возраст – 74 года) был установлен уретральный катетер в связи с ОЗМ, обусловленной болезнью Паркинсона. В последующем нормальное мочеиспускание у больной так и не восстановилось, пациентка живёт с уретральным катетером, категорически отвергая возможность установки цистостомического дренажа. С надлобковым или уретральным катетером больные жили в течение от 6 месяцев до 4 лет, замена дренажей производилась каждые 3-4 недели. При очередном рутинном обращении для замены катетера отмечалось фиолетовое окрашивание мешка для сбора мочи. Сама моча была насыщенно-жёлтого цвета. Пациенты отрицали любые недавние изменения в режиме лечения или в питании, однако у 3-х больных отмечалось наличие запоров в течение 1 месяца и более.

Результаты. В общем анализе мочи у всех больных была выявлена выраженная лейкоцитурия, бактериурия, pH

мочи варьировал от 7,5 и выше, также обнаруживались кристаллы фосфатов. При бактериологическом исследовании мочи в 4 случаях обнаружена *Escherichia coli*, в 1 случае *Proteus mirabilis*, ещё в одном - *Klebsiella pneumoniae*. Всем пациентам была произведена замена мочевого дренажа и назначена этиотропная антибиотикотерапия во всех случаях с положительным эффектом. При наличии запоров производилась коррекция диеты и назначение средств, стимулирующих работу кишечника.

Появление фиолетового окрашивания является проявлением нарушения метаболизма одной из незаменимых аминокислот – триптофана. Так, триптофан поступает с пищей, значительная часть его идет на образование гормона серотонина, излишек попадает в кишечник. Кишечная флора превращает триптофан в индол - токсичное соединение, которое всасывается по портальной системе в печень, где конъюгирует с серной или глюкуроновой кислотой и становится не токсичным индиканом. При нормальном состоянии индикан секретируется печенью в кровоток и фильтруется почками как шлак. При инфекциях мочевыводящих путей грамотрицательные бактерии, продуцирующие ферменты, отщепляющие от индикана серную кислоту, превращают его в индоксил. В щелочной среде бактерии конвертируют индоксил в индиго голубого цвета и индиурбин красного цвета. Смешивание этих двух цветов и определяет фиолетовый цвет мочи.

Выводы. СФМ, будучи редко встречающимся клиническим проявлением ИМП при длительном нахождении мочевых дренажей, может вызывать серьезные последствия. В лечении СФМ основную роль играют обеспечение адекватного дренирования мочевых путей, антибактериальная терапия и профилактика запоров.

Гафорова Ш.Л.

ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНАЯ СИСТЕМА ПРИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

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

Научный руководитель – д.м.н., профессор Набиев М. Х.

Цель исследования. Изучение состояния перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы при некротизирующей инфекции мягких тканей.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 82 больных с различными формами НИМТ, госпитализированных в хирургическое отделение ГУ ГМЦ №3 г. Душанбе, мужчин было 42(51,2%), женщин - 40(48,8%). Возраст больных варьировал от 28 до 84 лет. Среди них у 32 (39,1%) больных имела место некротическая форма рожи, у 50 (60,9%) - некротизирующий фасциит и мионекроз. При поступлении и по ходу лечения интенсивность перекисного окисления липидов (ПОЛ) оценивали в плазме крови по продуктам пиллопероксидации малонового диальдегида (МДА), диенового конъюгата (ДК) и супероксиддисмутазы (СОД) .

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что у больных с НФ выявлены: критическое повышение содержания продуктов ПОЛ в плазме крови - МДА – $6,9 \pm 1,45$, ДК – $0,99 \pm 0,17$ и при распространении гнойно-септических процессов МДА достигает – $9,56 \pm 0,79$, ДК – $1,86 \pm 0,08$, что свидетельствует об одной из причин быстрого развития и распространения гнойно-септического процесса под действиями продуктов ПОЛ, которые приводит к дефициту антиоксидантной системы. Все больные поступали в тяжелом, запущенном состоянии и были оперированы в экстренном порядке, производились широкие некрэктомии. В комплексное лечение больных включены целенаправленная антибактериальная, дезинтоксикационная, иммуностимулирующая, сахарокорректирующая, ангиотропная, общеукрепляющая и антиоксидантная терапии, а также препараты, улучшающие реологические свойства крови. Показатели летальности составляли 26 (31,7%) больных. Частота первичных высоких ампутаций составила 14 (17,1%). Этапные, высокие ампутации конечности у 6(7,3) больных, а у 36 больных формировались обширные постнекрэктомические дефекты, требующие пластического закрытия.

Выводы. Таким образом, интенсивность процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) при НИМТ находится в прямой зависимости от активности системы антиоксидантной защиты (АОЗ). Высвобождение в системный кровоток продуктов распада тканей и продуктов ПОЛ при снижении активности ферментов АОЗ создает оптимальные условия для формирования порочного круга с развитием синдрома эндогенной интоксикации и высокой летальности.

Гафорова Ш. Л.

ИММУННАЯ СИСТЕМА У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО - НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

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

Научный руководитель – к.м.н., Набиев М.Х.

Целью исследования. Изучение состояния иммунной системы у больных с гнойно-септическими осложнениями сахарного диабета.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 110 больных с гнойно-септическими осложнениями сахарного диабета в хирургическом отделении ГКБ №3 г. Душанбе, мужчин было 42(42,5%), женщин - 68(57,5%). Возраст больных варьировал от 38 до 84 лет. Наибольшее число больных были в возрасте от 42 до 73 лет. Абсолютное большинство пациентов страдали тяжелой формой сахарного диабета, в том числе СДІ – типа у 3,2%, а СДІІ – типа у 96,8. По характеру поражения больные были распределены следующим образом, с осложненными формами синдрома диабетической стопы 23(39,6%), флегмона у 44(27,2%), карбункулы у 33(33,2%). Гнойно-некротический процесс всегда сопровождался эндотоксикозом с нарушением функции органов и систем. Состояние больных при поступлении и контроль за его динамикой, течение раневого процесса оценивали по данным

клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования. Объем поражения магистральных артерий нижних конечностей диагностировали с помощью дуплексного сканирования, а также иммунологическое исследование клеточного и гуморального звеньев иммунитета методом ИФА в аппарате Cobase 411 и Cobas INTEGRA 400 plus.

Результаты исследования и их обсуждение. При поступлении у больных во всех группах отмечалось повышение показателей иммунограмм в два раза относительно нормальной величины. Расширенное иммунологическое исследование выявило изменения во всех звеньях иммунной защиты. На фоне нормального содержания в крови CD₃ снижалось содержание CD₃CD₁₆CD₄CD₃₂, отмечается Т-иммунодефицит, угнетение функции Т-лимфоцитов а также гиперактивация фагоцитарной функции. Концентрация в крови Ig A и Ig G в 50% случаев оставалось в норме, что говорит о слабом иммунном ответе, и у 50% больных показатели Ig M и Ig G были повышены.

Выводы. Таким образом, снижение функциональной активности Т-клеточного и гуморального звеньев иммунитета создаёт предпосылки для присоединения вторичной инфекции у больных с ГСО СД, для которой характерно затяжное течение.

Гафурзода С.М, Нажмидинов Х.Н., Хушвахтов У.М.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНО- ПУНКЦИОННОЙ НЕФРОСТОМИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

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

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент Гафуров М.У.

Цель исследования. Оценить эффективность чрескожно- пункционной нефростомии (ЧПНС) как способов временного дренирования верхних мочевых путей.

Материал и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ историй болезней больных в течение 2020-2022 гг. в ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии» которым применяли ЧПН. За последние два года ЧПНС под ультразвуковым наведением была выполнена 140 больным. Мужчин – 61 (43,6%), женщин-79 (56,4%). При мочекаменной болезни ЧПНС проведена 71 больным, осложненной острым пиелонефритом: у 32 человек конкременты располагались в лоханочно-мочеточниковом сегменте, а у 16 – в лоханке, у 23 – в верхней трети мочеточника. При пионефрозе ЧПНС выполнялась 14 больным; при остром гестационном пиелонефрите выполнено 18 больным. Гидронефроз вследствие онкогинекологической патологии потребовал выполнения ЧПНС у 37 больных. ЧПНС производилась под местной анестезией при помощи ультразвукового сканирующего устройства с датчиком 3,5–5МГц. Применение специального адаптера на пункционном датчике и фиксатора на пункционной игле позволили провести пункцию с точностью до 1–2 мм и предотвратить перфорацию ЧЛС.

Результаты исследования. Время операции составило от 5 до 30 минут. ЧПНС выполнялась через нижнюю чашечку почки в 42 случаях, через среднюю – в 31 случае, через верхнюю– в 11 случаях. Диаметр устанавливаемого дренажа определялся клинической ситуацией и размерами полостной системы почки. Были использованы j-нефростомы 10-14 Ch, а при наличии гнойной мочи с детритом катетеры Нелатона 16-18 Ch. При выполнении ЧПНС осложнения, потребовавшие перейти к открытому оперативному вмешательству, повреждения соседних органов и травма сосудов не наблюдались. Интенсивность макрогематурии ликвидировали консервативно. После восстановления пассажа мочи из верхних мочевых путей с помощью ЧПНС в комплексе с адекватной антибактериальной и дезинтоксикационной терапией позволило добиться быстрой ликвидации воспалительного процесса у всех больных. У 12 больных сформированный нефростомический канал использован для проведения чрескожной пункционной нефролитотрипсии. Наличие функционирующей нефростомы значительно снизило риск послеоперационных осложнений. У 23 больных выполнена трансуретральная контактная уретеролитотрипсия. У 46 больных, выполнено традиционных открытых операции с ренектостомией.

Выводы. Таким образом ЧПНС является оптимальным восстановлением уродинамики при обструкции, мочевых путей различного генеза. В связи с чем внедрение данной методики считаем обязательным в урологических отделениях любого уровня оказывающих ургентную помощь. А также ЧПНС является первым этапом чрескожной пункционной нефролитотрипсии у больных с расположением конкрементов в лоханочно-мочеточниковом сегменте, в лоханке; является профилактикой развития бактериемического шока (уросепсис).

Гафуров М.М., Нажмидинов Х.Н., Бозоров Дж.Дж.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА НА РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МУЖЧИН

Кафедра урологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

ГУ «Научно-клинический центр урологии». Таджикистан

Научный руководитель- Аминов З.А.

Цель исследования. Оценить влияние хронического простатита на показатели спермограммы.

Материал и методы исследования. В период 2021–2022гг. в ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии» в амбулаторных условиях проводилось обследование 113 больных, имеющих жалобы на репродуктивное здоровье и симптомы простатита. Возраст больных колебался от 18 до 40 лет и в среднем составил 29 ± 10 лет. Давность мужского фактора бесплодия в браке колебалась от 1 до 5 лет. Всем больным проводили урологическое обследование. Оно включало в себя опросы, сбор жалоб и анамнеза, объективный осмотр, ультразвуковые исследования почек и мочевыводящих путей, ультразвуковую доплерографию органов мошонки, микроскопию секрета предстательной железы, пальцевое ректальное исследование. Анализ репродуктивной

функции оценивались с помощью спермограммы. В ходе обследования у 78 (69%) пациентов выявлена олиоспермия и симптоматика хронического простатита. Для оценки выраженности симптоматики хронического простатита использовался опросник NIH-CPSI (индекс шкалы симптомов хронического простатита и синдром тазовых болей) и международного индекса эректильной функции (MIEF-5). Из исследования исключали мужчин с азооспермией, а также лиц, проходивших лечение по поводу бесплодия, имеющих врожденные аномалии развития репродуктивной системы, перенесших эпидемический паротит или оперативное вмешательство на репродуктивных органах.

Результаты исследования. Результаты лабораторного исследования пациентов с хроническим простатитом отмечено достоверное уменьшение объема эякулята (олигоспермия) и процента активно движущихся сперматозоидов и прирост количества лейкоцитов в эякуляте (олиоспермия). А также выявлено снижение скорости движения сперматозоидов и концентрация сперматозоидов в эякуляте. После 3 мес проводилось контрольное обследование, включавшее выполнение спермограммы, УЗИ предстательной железы. В группе больных, которые получили консервативную терапию, наблюдалось увеличение показателей спермограммы и продолжают нарастать. В группе пациентов, не получавших лечение, объем и активная подвижность сперматозоидов снизилась и количество лейкоцитов увеличилось.

Выводы. Таким образом, в группе больных с хроническим простатитом, которые не получали терапию, отрицательно повлияло на показатели спермограммы. Своевременная диагностика и правильная тактика лечения приведут к благоприятным исходам заболевания и стремлению к улучшению показателей спермограммы.

Гафуров М.М., Нажмидинов Х.Н., Набиев Б.И.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛОД-ТЕРАПИИ У МУЖЧИН С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

ГУ «Научно-клинический центр урологии». Таджикистан.

Кафедра урологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н. Олимов Р.Х.

Цель исследования. Оценить эффективность и значимость ЛОД-терапии у мужчин с ЭД.

Материал и методы. В проспективное исследование включено 60 пациентов в возрасте от 19 до 50 лет с ЭД. Всем больным на первом визите проведены общеклинические анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови с определением уровня глюкозы, мочевины, креатина, исследование гормонального статуса (тестостерон, латенизирующий и фолликулостимулирующий гормоны, пролактин), а также ультразвуковая доплерография мочевыводящих путей и простаты, также все пациенты заполняли опросник МИЭФ-5 для оценки выраженности ЭД. Средняя оценка больных до лечения по опроснику МИЭФ-5 составила от 9 до 14 из 25. Больные при приеме жаловались в основном на слабости эрекции, преждевременной эякуляции и снижение сексуального влечения. Больные были разделены на 3-группу по 20 пациентов. Первую группу был назначена консервативная терапия с сочетанием ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа и физиотерапевтические процедуры с включением ЛОД-терапии, второй группе было назначено консервативная терапия с сочетанием ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа и без включения физиотерапевтических процедур и ЛОД-терапии, третьей группе была назначена только консервативная терапия без сочетания ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа и без включения физиотерапевтических процедур и ЛОД-терапии. Курс терапии составлял 10-дней, с повтором через 10- 20 дней ещё на один 10-дневный курс. Продолжительность ЛОД-терапии составила начиная от 5-7 минут в начале терапии, продолжая до 10-12 минут в конце курса. Оценку эффективности терапии проводили на визитах 2, 3 и 4, через 6 недель. соответственно. Она включала анализ динамики среднего балла по опроснику МИЭФ, оценку общей сексуальной удовлетворенности пациентов и контроль нежелательных явлений.

Результаты исследования. Полученные результаты отражены ниже:

консервативное терапия с сочетанием ингибиторы ФДЭ 5-го типа, физ.процедуры и ЛОД-терапии		консервативное терапия с сочетанием ингибиторы ФДЭ 5-го типа, безфиз.процедуры и ЛОД-терапии		только консервативное терапия без ингибиторы ФДЭ 5-го типа, физ.процедуры и ЛОД-терапии.	
До лечения	После	До лечения	После	До лечения	После
20	18(90%)	20	15(75%)	20	11(55%)

После 6-8 недель все больные повторно заполняли опросник МИЭФ-5 для оценки выраженности ЭД. У 18 больных из первой группы средняя оценка составила 20-23(из-25) балла, у 15 больных со второй группы были такие результаты, а у трети группы у 11 больных.

Выводы: Исходя от этих результатов, мы считаем, что консервативная терапия с сочетанием ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа и физиотерапевтические процедуры с включением ЛОД-терапии наиболее эффективны и занимают меньшее время для восстановления ЭД у мужчин.

Гафурова Н.Г.

ОСТРЫЙ ЖИРОВОЙ ГЕПАТОЗ БЕРЕМЕННЫХ КАК ПРИЧИНА ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У БЕРЕМЕННЫХ

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

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

Цель исследования. Определить клиничко-лабораторные показатели острого жирового гепатоза беременных (ОЖГБ) как причины острого повреждения почек (ОПП).

Материал и методы. Проведен анализ трёх случаев материнской смертности с ОЖГБ в результате острых повреждений почек (ОПП).

Результаты исследования. Острый жировой гепатоз беременных (ОЖГБ) представляет собой редкое, но тяжёлое осложнение в акушерстве, характеризующееся острой печеночной недостаточностью у матери. Летальность при данной патологии достигает 85% [J.Liu, T.T. Ghaziani, L.J. Wolf, 2017]

Нами проведен анализ материнской смертности трёх случаев ОЖГБ из 57 умерших от ОПП. Удельный вес ОЖГБ, сопровождающийся ОПП, составил 5,2%.

Возраст беременных находился в пределах от 26 до 34 лет, средний возраст составил $30 \pm 4,3$. Одна женщина была жительница города, двое - села. Срок беременности колебался в пределах 32-34 недель беременности, средний срок составил $33 \pm 1,5$. Все женщины были повторно-беременными.

В двух случаях из 3-х обследованные предъявляли жалобы на боль в эпигастральной области, рвоту, одна из них отмечала увеличение количества мочи. Состояние при госпитализации оценили, как тяжёлое в 2-х случаях ввиду наличия тяжелой преэклампсии (ПЭ), в одном случае состояние оценили как удовлетворительное. Уровень систолического артериального давления (Сист. АД) у беременных с ПЭ составил 150 и 170 мм.рт.ст., диастолического АД 100-105 мм.рт.ст. При отсутствии ПЭ – 120/70 мм рт.ст. Беременные с тяжелой ПЭ были родоразрешены досрочно абдоминальным путем.

У повторно-беременной, госпитализированной в удовлетворительном состоянии, в диагнозе при поступлении отсутствовали акушерские осложнения, кроме рубца на матке. Обращает на себя внимание то, что при умеренных цифрах АД и отсутствии протеинурии беременная жаловалась на нарастающие по продолжительности и интенсивности боли в области эпигастрия.

Во всех случаях резкое ухудшение состояние развилось в раннем послеродовом периоде, в первые 24 часа, когда развилась клиника острого повреждения почек, проявившаяся снижением темпа выделения мочи до 196-529 мл/сутки. В раннем послеродовом периоде во всех 3-х случаях был поставлен диагноз: HELLP-синдром. Острая печеночная недостаточность. Острое почечное повреждение.

Во всех случаях проводилась детоксикационная, инфузионно-трансфузионная терапия в объеме от 6000,0 до 8000,0 мл, включая плазмотрансфузий объёме до 37,2%.

По данным лабораторных анализов во всех случаях имел место лейкоцитоз до $15,2 \pm 2,1 \times 10^9$ /л., гипопротейнемия - 50-54 г/л, прогрессивное нарастание билирубина от 119 до 152 мкмоль/л, связанного билирубина от 27 до 88 мкмоль/л, несвязанного от 16 до 125 мкмоль/л., увеличение аланинаминотрансферазы от 104 до 233 Е/л, аспартатаминотрансферазы от 102 до 160 Е/л, мочевины от 9,8- до 14,2 ммоль/л, креатинина от 177 до 287 мкмоль/л. Обращает внимание гипергликемия до 6,9 ммоль/л. Кроме того, постепенно проходили коагулопатические нарушения: гиповибриногенемия, удлинение протромбинового времени от 15,4 до 19 секунд, АЧТВ- от 35,7 до 48 секунд. При ультразвуковом исследовании печени патологические нарушения не выявлены. Во всех случаях была проведена заместительная почечная терапия: экстракорпоральная детоксикация, без эффекта. Родильницы умерли на 2-5 сутки от начала развития заболевания.

Выводы. Таким образом, полученные данные подтверждают отсутствие специфических симптомов ОЖГБ, для ранней диагностики которого необходим тщательный сбор анамнеза и своевременная оценка лабораторных данных.

Гаюрова Н.С., Султонов Р.И., Шарифов С.А.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

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

Научный руководитель- к.м.н., доцент Халимов Дж.С.

Цель работы. Улучшение тактики оперативного лечения острого деструктивного холецистита (ОДХ).

Материал и методы исследования. Обобщен опыт хирургического лечения 2017 ЛХЭ, которые произведены по поводу острого холецистита, из них старше 60 лет с деструктивными формами острого холецистита отмечено у 278 больных. Возраст больных составил от 61 до 92 лет. Мужчин было 92 (33%), женщин 186 (67 %). Большинство больных поступили с болевым приступом в течение первых суток, 98 (35,3%) больных поступили после 24 часов до 3 суток. Поздняя обращаемость была связана с относительной «доброкачественностью» заболевания на фоне проводимой консервативной терапии, выражавшейся в уменьшении болевого синдрома на фоне деструктивных процессов. Почти половина больных имели анамнез заболевания от 1 до 10 лет, у них отмечались неоднократные приступы обострения хронического холецистита, зачастую переходившие в клинику острого холецистита.

Результаты и их обсуждение. После соответствующей подготовки 241 больному операция начата лапароскопическим способом. Техническое выполнение ЛХЭ было более трудным по сравнению с хроническим холециститом. Зона оперативного действия характеризовалась наличием выраженного инфильтрата, отека стенок желчного пузыря, особенно его шейки. Во многих случаях на фоне острой отечности и инфильтрации имелись многочисленные плоскостные спайки. Все это значительно затрудняло выполнение операции, особенно на этапе идентификации анатомических структур, и их выделение. В 7 случаях операция была начата лапароскопическим способом, однако из-за технических трудностей выделения желчного пузыря и холедоха пришлось прибегнуть к конверсии, особенно на этапе идентификации анатомических структур, и их выделение. 37 больным, которые поступили в более поздние сроки, с признаками деструктивного процесса в желчном пузыре, с наличием ряда сопутствующих заболеваний и других осложняющих факторов, для повышения безопасности и эффективности хирургического лечения нами выполнена двухэтапная щадящая операция. На первом этапе при таком подходе мы проводили ЧЧМХС под УЗ- контролем.

Сроки декомпрессии составили от 3 до 10 дней. После улучшения состояния больных, им выполнен второй этап

операции. Из 37 больных в 28 случаях проведено ЛХЭ. В 5 случаях из-за холедохолитиаза больные оперированы открытым способом, им проводилось холецистэктомия с наложением ХДА.

В 4 случаях с высоким ОАР, возраст больных свыше 75 лет, из-за тяжести состояния больных, микрохолецистостомия использовалась в качестве самостоятельного метода, и больные выписывались домой с дренажем. Из 37 больных, лечившихся по двухэтапной схеме, летальных случаев не было.

Выводы. Предлагаемая тактика щадящего хирургического лечения ОДХ, особенно у больных с высоким ОАР и наличием серьезных соматических патологий, является достаточно безопасной и эффективной.

Гиёсова Ш.Х.

ТАЪСИРИ АДЕНОИДҲО БА ВАЪЫИ ШУНОВОЙ

Кафедра оториноларингологии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Роҳбари илмӣ: д.и.т., профессор Холматов Ч. И.

Мақсадитадқиқот. Таъкиди таъсири манфии гипертрофия ибифтаҳои аденоидӣ ба ваъи шунавой.

Мавод ва усулҳои санҷиш. Зимни таҳлили ординатураи клиникӣ дар базаи шӯъбаи ЛОР-и кӯдакони, мо 10 нафар кӯдакони аз синни 3 то 5 солаи – беморони гирифтори гипертрофияи бодомакҳои бини балъум, яъне аденоидҳоро аз санҷиш гузаронидем. Аз ҷиҳати ҷинс шумораи кӯдакон баробар, яъне 5 нафарӣ буданд. Аз гуфти волидайн кӯдаконашон аз нафастангии бинӣ, хуррок кашидан дар ҳоб ва паст шудани ҳиссиёти шунавой аъзият мекашидан. Дар шӯъба ба беморон тадқиқи умумии ЛОР-узвҳо, рентгенографияи бини балъум ва шунуд санҷӣ бо усули аудиометрия ва импедансометрия гузаронида шуд.

Натиҷаҳои санҷиш. Дар акси рентгении бини балъум, дар ҳама кӯдакон гипертрофияи дараҷаи III бодомак муайян гардид. Ҳангоми палмосидан бо ҷилик минтақаи бини балъум барҷастагии бифтаҳои мулоим эҳсос карда мешуд. Гипертрофияи бодомакҳои бини балъум дар сурати эндоскопияи ин минтақа ба назар мерасид. Санҷиши аудиологӣ бошад, дар ҳама кӯдакон пастшунавии дараҷаи I ва II –и ба намуди садогузаранадари нишон дод. Алаҳусус дар 8 нафари беморон пастшунавии дараҷаи II ва 2 нафар ионҳо пастшунавии дараҷаи I маълум гашт. Зимни аудиометрияи лаҳнии ҳаддӣ хати аудиометрии ҳавоӣ то ба 40 – 60 дБ фаромада буд, ҳол он ки хати устухонӣ дар ҳама беморон дар меъёр буд. Чунин сурат аз он шабоҳат меод, ки дар беморон пастшунавии ба намуди садогузаранда ҷой дорад. Натиҷаҳои импедансометрия дар аксари беморон намуди “В” – тимпанометрияро нишон меоданд, натиҷаи рефлексометрияи акустикӣ бошад дар 50% фоизи беморон натиҷаи манфиро нишон дод.

Хулоса. Ҳамин тариқ, қайд кардан лозим, ки гипертрофияи аз ҳад зиёди бодомакҳои бини балъум на танҳо ба нафастангии бинӣ, балки ба пастшунавоии дараҷааш гуногун оварда расониданаш мумкин. Ҳаммаи ин оризаҳои аденоидҳок уллан ба системаи марказии асаб, ҳиссиёти умумӣ ва зехни қудрат таъсири манфӣ мерасонад.

Дар ҳолати муайян гаштани ҳолатҳои дар боло зикргаштаи кӯдакон, ба волидайн тавсия дода мешавад, ки ҳарчи зудтар ба духтури оториноларингологӣ атфол муроҷиат намоянд.

Гиёсова Ш.Х., Саломов И. И.

АҲАМИЯТИ САНҶИШИ КАМЕРТОНАЛӢ ДАР МАРҲИЛАИ ИБТИДОИ ШУНУДСАНҶӢ

Кафедра оториноларингологии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Роҳбари илмӣ – д.и.т., профессор Холматов Ч.И.

Мақсади тадқиқот. Таъкиди намудани зарурияти санҷиши камертоналӣ дар маҷмааи санҷишҳои аудиологӣ.

Мавод ва усулҳои санҷиш. Зимни омузиши фанни оториноларингология дар шӯъбаи сурдологияи клиникаи оториноларингология ба 10 нафар беморони гирифтори пастшунавии сенсоневралӣ дараҷаи II санҷиши камертоналӣ (таҷрибаи Ринне, Вебер, Швабах) ва аудиометрияи лаҳнии ҳаддӣ гузаронидем. Адади беморон аз ҷиҳати ҷинс ва сини сол баробар буданд: мардҳо 5 нафар синни 20-30 сола, занҳо низ 5 нафар синни 20-30 сола.

Натиҷаҳои санҷиш. Тадқиқоти гузаронидаамон нишон дод, ки ҳулосаи санҷиши камертоналӣ (бо камертони басомадаш C₁₂₈ Гц) дар мавриди санҷиши якҷандқарата як хела ва диомӣ буд. Дар ҳама беморони аз санҷиши камертоналӣ гузашта – натиҷаи таҷрибаи Ринне «мусбӣ», яъне беморон садои лаппиши камертонро тавассути ҳавогузаронӣ баландтар мешунидан, назар ба гузариши садо тавассути устухони шохаи пистоншакл; -таҷрибаи Вебер «майлшавии» садои камертонро аз фарқи сар ба тарафи гӯши беҳтар шунаванда нишон меод, - таҷрибаи Швабах нишон дод, ки давомнокии қабули лаппиши садои камертон тавассути устухони шохаи пистоншакл дар беморон камтар буд назар ба гӯши солим. Ҳамаи ин таҷрибаҳои камертоналӣ аз он шабоҳат меоданд, ки дар беморони аз санҷиш гузашта шуда, пастшунавоии сенсоневралӣ ҷой дошт.

Натиҷаи аудиометрияи лаҳнии ҳаддӣ дар 30%-и беморон гуногун буд. Алаҳусус, ҳангоми аудиометрияи 2-3 қарата (давоми як ҳафта) ҳадди ақали шунавой нисбати басомадҳои 100 – 8000 Гц дар беморони алоҳида аз 10 то 25 дБ фарқ мекард, инчунин фосилаи устухониву - ҳавоии аудиометрия аз 5,0 дБ то 20,0 дБ фарқ мекард, ки чунин натиҷаи санҷиш ҳулосаи аудиометрияро аз пастшунавоии намуди сенсоневралӣ ба намуди кондукт вӣ тағйир меод. Чунин ҳатогии санҷишро ба якҷанд омилҳо вобаста кардан мумкин: пеш аз ҳама ҳатогии бемор – бе диққат гӯшқардани лаҳнҳо, ҳатогии техникӣ ва ғайраҳо мебошад, ки чунин ҳатогиҳо дар шунудсанҷӣ номумкин мебошад.

Хулосаҳо. Камертон асбоби устувор буда, шунудсанҷии беҳатои тӯлониро таъмин месозад, ҳол он ки натиҷаҳои аудиометрия баъзан ба ҳатогӣ ва иштибоҳ мерасонанд ва ин омил қудратро бе инженер акустик то дараҷае маҳдуд месозад. Дастаҷамъи камертонҳо аз басомади паст 16 Гц то басомади 4096 Гц иборатанд, ки аудиометрияи лаҳнӣ чунин басомади пастро таъмин карда наметавонад (аз 100 Гц соғомеъбад).

Гудзенко А.М.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ АДЕНОМЫ ПАРАЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ

Кафедра факультетской хирургии ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России Российской Федерации

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Леднева А.В.

Цель исследования. Выявление осложнений и особенностей течения послеоперационного периода после удаления аденомы паращитовидной железы (ПЩЖ) по поводу первичного гиперпаратиреоза.

Материалы и методы. Проведен подробный анализ истории болезни пациентки К., 49 лет, проходившей лечение на базе хирургического отделения БУЗ УР "Первая республиканская клиническая больница" МЗ УР г. Ижевска.

Результаты исследования. В ходе анализа истории болезни было выявлено, что пациентка предъявляла жалобы на наличие болей в эпигастрии, тошноту и рвоту. По результатам исследований диагностирована желчекаменная болезнь и неоднократно назначалось амбулаторное лечение. В августе 2019 г. произошел рецидив заболевания, по поводу которого была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. В связи с сохраняющимися жалобами на рвоту и возникновением отрицательной динамики было проведено более углубленное исследование, включающее ФГС, колоноскопию, ангиографию брюшной аорты и её ветвей, пробу Шварца, МРТ головного мозга, УЗИ щитовидной железы, анализ крови на кальций и гормоны щитовидной железы. По результатам анализа выявлено значительное увеличение содержания паратгормона в крови (2048 пг/мл (9,5 – 75,0 пг/мл)). На УЗИ обнаружены признаки аденомы ПЩЖ справа, пациентка была проконсультирована эндокринологом, после чего ей был выставлен диагноз «Первичный гиперпаратиреоз. Аденома ПЩЖ». В ноябре 2019 г. выполнена операция по удалению аденомы ПЩЖ. В послеоперационном периоде пациентка на протяжении 2 недель предъявляла жалобы на выраженную общую слабость, головокружение, судороги и боли в нижних конечностях, в особенности в вечернее время, парестезии в пальцах рук. По объективным данным дневников курации лечащего хирурга было выявлено, что длительное время пациентка была астенична и ослаблена, не могла вставать и передвигаться, кожные покровы – бледные, прохладные, сухие; тургор кожи снижен. По данным общего и биохимического анализов крови на 25.11.2019 наблюдались следующие патологические изменения: эритроцитопения ($2,5 \cdot 10^{12}/л$), снижение уровня гемоглобина (71 г/л) и гематокрита (20,5%), тромбоцитопения ($140 \cdot 10^9/л$), повышение уровня СРБ (74 мг/л); на 02.12.2019 – лейкоцитопения ($3,9 \cdot 10^9/л$), эритроцитопения ($1,85 \cdot 10^{12}/л$), снижение уровня гемоглобина (53 г/л) и гематокрита (16,3%), гипокальциемия (2,22 ммоль/л). По результатам общего анализа крови в качестве осложнения диагностирована прогрессирующая нормохромная анемия 3 степени тяжести, не связанная с кровопотерями во время проведения паратиреоидэктомии. Пациентке была проведена гемотрансфузия эритроцитарной массы и назначена консервативная терапия. После проведенной гемотрансфузии в анализе крови наблюдалась положительная динамика: количество эритроцитов увеличилось до $2,9 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобина – 85,0 г/л, гематокрит – 25,7%. 06.12.2019 пациентка выписана на амбулаторное лечение при отсутствии жалоб и с видимой положительной динамикой в анализах крови. При выписке ей рекомендовано: выполнение анализа крови на определение уровня ПТГ, общего и ионизированного кальция; длительный прием альфакальцидола и карбоната кальция; диета, обогащенная кальцием и калием; ограничение физической нагрузки; наблюдение терапевта и эндокринолога.

Выводы. Основным осложнением перенесенной операции по удалению аденомы ПЩЖ в данном клиническом случае послужила прогрессирующая анемия, не связанная с операционными кровопотерями, а также гипокальциемия, не купирующаяся без приема активных форм витамина D.

Гудзенко А.М.

ОЦЕНКА ГИПЕРБИЛИРУБИНИЕМии ПО ЛАБОРАТОРНО-ВИЗУАЛЬНОЙ ШКАЛЕ (ЖЕЛТУХА)

Кафедра факультетской хирургии ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России Российской Федерации

Научный руководитель – к.м.н., доцент Климентов М.Н.

Цель исследования. Определить предварительный уровень билирубина крови путем оценки желтухи по лабораторно-визуальной шкале (ЛВШ желтуха).

Материалы и методы. Исследование проводилось у пациентов, находящихся на лечении с механической желтухой на базе хирургического отделения БУЗ УР "Первая республиканская клиническая больница" МЗ УР г. Ижевска в период с 27.01.2023 по 06.03.2023. Подробно изучены и оценены в динамике результаты исследования уровня общего билирубина и его фракций. Параллельно проводилась оценка желтушности кожных покровов и склер пациентов. На каждом этапе регистрировался оттенок кожи и склер в сопоставлении с цветами модели Pantone Matching System (PMS). Составление ЛВШ выполнено на основе программы Adobe Photoshop.

Результаты исследования. Созданная лабораторно – визуальная шкала оценки уровня билирубина при механической желтухе представляет собой круговую цветовую палитру, содержащую секторы оттенков желтого цвета. Распределение цветов ЛВШ (желтуха) расположено по степени нарастания тяжести гипербилирубинемии. Для каждой степени в шкале соответствует 3 оттенка желтого, которые обнаруживались у конкретных пациентов в начальном периоде синдрома желтухи. От начальных оттенков к центру палитры идут более светлые подтоны, характеризующие положительные динамические изменения в соответствии с цветом кожных покровов, склер и уровнем общего билирубина и его фракций в биохимическом анализе крови.

Приводим клиническое наблюдение применения ЛВШ (желтуха) у пациента Ж., 64 лет. Рассмотрена

корреляция динамики изменений цвета кожи и уровня билирубина в процессе лечения. При госпитализации (27.02.2023) уровень общего билирубина составил – 223, 6 мкмоль/л, прямого – 112,4 мкмоль/л, непрямого – 111,2 мкмоль/л, что соответствует тяжелой степени гипербилирубинемии. По цветовой модели PMS присвоен оттенок pantone 102. На фоне проводимого комплексного лечения, 02.03.2023 показатели билирубина составили: общий - 149,8 мкмоль/л; прямой - 75,1 мкмоль/л; непрямой - 74, 7 мкмоль/л; цвет кожных покровов и склер соответствует оттенку pantone 107. На 05.03.2023 уровень общего билирубина составил – 92 мкмоль/л, прямого – 45 мкмоль/л, непрямой – 47 мкмоль/л; соответствует оттенку pantone 101. На момент выписки пациента показатели билирубина соответствовали норме; кожные покровы и склеры имели физиологическую окраску (оттенок pantone 127).

Интерпретация шкалы проста и доступна врачу любой специальности. Она складывается из осмотра кожных покровов и склер пациента, идентификации участка тела с наиболее выраженной иктеричностью и его сопоставлением с оттенками в шкале. На каждом секторе шкалы указан номер оттенка по модели PMS и уровень билирубина. По найденному оттенку определяется возможный интервал значений общего билирубина и степень тяжести гипербилирубинемии соответственно. Во избежание искажения результатов рекомендуется проводить осмотр при хорошем освещении и при отсутствии попадания прямых солнечных лучей.

Выводы. Предложенная лабораторно-визуальная шкала (желтуха) позволяет оценить предварительный уровень билирубина крови, тяжесть гипербилирубинемии в условиях первичного звена оказания медицинской помощи населению, работы ФАП, скорой медицинской помощи. Также используя лабораторно - визуальную шкалу (желтуха) можно оценить динамику состояния пациента стационара и эффективность хирургического лечения и консервативной терапии.

Гулахмадова Ш.Б., Халимова З.С., Каримов М.Б.

ФОТОДОКУМЕНТАЦИЯ ГЛАЗНОГО ДНА ПРИ ТЯЖЁЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ БЕРЕМЕННЫХ

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ имени Абуалииби Сино. Республика Таджикистан.

Научные руководители – доцент, к.м.н. Остонаева П.М.; академик НАНТ, д.м.н. Додхоева М.Ф.

Цель исследования. Изучить наиболее часто встречаемые изменения глазного дна на снимках фундускамеры Smartscope PRO при преэклампсии беременных.

Материал и методы исследования. На базе реанимационного отделения родильного дома государственного учреждения «Медицинский комплекс Истиклол» г. Душанбе с января 2022 по январь 2023 гг. было проведено офтальмоскопическое наблюдение 56 беременных пациенток с диагнозом тяжёлая преэклампсия. Всем пациенткам была произведена визометрия, биомикроскопия, тонометрия, рефрактометрия, офтальмоскопия с широким зрачком, фотодокументация глазного дна немидриатической фундускамерой Smartscope PRO.

Результаты исследования. Все наблюдаемые пациентки, которым было произведено обследование, находились на 34-39 неделях беременности. Средний возраст пациенток составил $28,7 \pm 0,1$ лет. У 12 пациенток беременность была первой, что составило 21,4%, у 44 (78,6%) – повторной. Согласно результатам офтальмоскопии, у всех пациенток выявлено сужение артерий, расширение и извитость вен сетчатки (гипертоническая ангиопатия). У 11 пациенток (19,6%) на момент осмотра на глазном дне просматривался симптом Салюса-Гунна I степени. У 6 пациенток (10,7%) гипертоническая ангиопатия сочеталась с отёком в макулярной области, у 3 (5,4%) с интратетинальными кровоизлияниями.

У 2 пациенток (3,6%) помимо гипертонической ангиопатии, связанной с преэклампсией беременных, отмечались изменения на глазном дне, связанные с сопутствующими заболеваниями глаз: у 1 пациентки (1,8%) была отмечена двусторонняя оперированная отслойка сетчатки, у 1 (1,8%) односторонняя отслойка сетчатки.

Выводы. Наиболее частым признаком тяжёлой преэклампсии беременных в нашем исследовании выступили изменения артерий сетчатки, а также её отек и кровоизлияния. Это можно связать с тем, что патогенез гестоза беременных обусловлен генерализованным спазмом артерий, ведущим к нарушению реологических и коагуляционных свойств крови, а также нарушению свойств клеточных мембран.

Гулзода Г.А, Саидов Б.А, Гулов А.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ

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

Научный руководитель - профессор Даминова Н.М.

Цель исследования. Изучить результаты хирургического лечения хронической анальной трещины.

Материал и методы исследования. В специализированных колопроктологических отделениях Республики Таджикистан с 2018 года по 2022 года проходили лечение 3065 больных с анальной трещиной. Мужчин было 1055, женщин 2010. Средний возраст составил 43 года. Больным наряду с общеклиническими исследованиями определили анальный рефлекс, проведены сфинкстрометрия, ректоскопия и ирригоскопия.

Результаты и их обсуждение. Больные с острой анальной трещиной обратились в 666 случаях, остальные 2399 случаев составили больные с хронической анальной трещиной. Пациентов с острой анальной трещиной лечили амбулаторно. Всех больных с хронической анальной трещиной оперировали по следующей методике: после соответствующей подготовки кишечника, проводилась эпидурально-сакральная или спинальная анестезия, далее двумя окаймляющими разрезами проводилось экономное иссечение инфильтрированных краёв трещины вместе с сторожевыми бугорками. Следующим этапом является девульсия ануса после чего трещина превращается в свежую линейную рану длиной до 1,5 см. После этого мы образовавшую анодермальную рану несколькими швами ушили в

поперечном направлении. При такой операции слизистая оболочка низводится к коже и рана (трещина) этим закрывается. Если возникает натяжение кожи или слизистой оболочки, то отступая на 1,5 см от анального отверстия сзади на коже делается послабляющие поперечные разрезы длиной 1 см (документы по указанной методике поданы на рацпредложение). В послеоперационном периоде проводили санацию прямой кишки и анальный канал дренировали мазевой турундой. Надо отметить, что мы при такой операции сфинктеротомии не проводим.

По такой методике нами было оперировано 1345 больных. Простое иссечение анальной трещины проведено в 1054 случаях.

В ходе исследования стало известно, что результаты операций анальной трещины по нашей методике оказались эффективными и привели к снижению частоты рецидивов и послеоперационных осложнений.

Преимуществом нашего метода является:

1. При ушивании раны в поперечном направлении увеличивается ширина анодермальной части анального канала до 1,5 см в зоне трещины, что предупреждает рецидив заболевания;
2. Уменьшаются сроки заживления раны;
3. Уменьшается частота нагноения и кровотечения из раны;

Выводы. Операция с иссечением хронической анальной трещины с восстановлением анодермальной раны является более эффективным методом лечения.

Гулов Ф.М., Шарифзода У.Н., Исоев И.Ч.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Кафедра общей хирургии №1 им. Каххарова А.Н. ГОУ ТГМУ им. Абуалиибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Салимов Дж.С.

Цель исследования. Оценка осуществимости и безопасности лапароскопического доступа при острой тонкокишечной непроходимости, а также поиск прогностических факторов риска данной операции.

Материал и методы. Лапароскопический доступ был выполнен 68 из 150 пациентов, поступивших в период с 2015 по 2023 годы по поводу острой тонкокишечной непроходимости.

Результаты исследования. Причиной непроходимости были спайки у 80% пациентов. Правильный диагноз при лапароскопии был установлен в 66% случаев. Лапароскопическое лечение было успешно выполнено у 31 пациента (46%), и у 4 пациентов (6%) была проведена мини-лапаротомия, а у 2 пациентов (3%) - открытая герниография. Тридцати одному пациенту (46%) потребовалось преобразование в лапаротомию. Было 6 повреждений кишечника (9%), все распознанные во время лапароскопии. Было 2 случая смерти у обращенных пациентов и 2 ранних эпизода повторных операции по поводу персистирующей кишечной непроходимости у пациентов, оперированных лапароскопически или с применением вспомогательной лапароскопии.

Выводы. Острую тонкокишечную непроходимость можно диагностировать и лечить только с помощью лапароскопии или с помощью мини-лапаротомии, или открытой герниографии с преимуществами для пациента и небольшим количеством осложнений, несмотря на высокий процент конверсии. Не было никаких предоперационных прогностических факторов для успешной лапароскопии, за исключением изолированного предыдущего рубца от аппендэктомии. Предоперационными прогностическими факторами риска были пристеночные кишечные спайки, как единственная причина непроходимости. Множественные спайки в основном требуют преобразования в лапаротомию.

Гулов Ф.М., Шарифзода У.Н., Носиров Э.Ш.

ФАКТОРЫ, ЗАВИСЯЩИЕ ОТ ХИРУРГА И ПАЦИЕНТА, ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕШЕНИЕ О МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЙ ИЛИ ОТКРЫТОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Кафедра общей хирургии №1 им. Каххарова А.Н. ГОУ ТГМУ им. Абуалиибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Салимов Дж.С.

Цель исследования. Несмотря на постоянное совершенствование миниинвазивной хирургии и растущие доказательства ее превосходства при процедурах в различных системах органов, на сегодняшний день не видно ее рутинного применения у пациентов с острой кишечной непроходимостью.

Изучение факторов, зависящих от хирурга и пациента, за или против, влияющие на решение о минимально инвазивной или открытой операции при острой кишечной непроходимости.

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ всех пациентов, перенесших методы миниинвазивной хирургии, либо открытую операцию по поводу острой тонкокишечной непроходимости в период с 2015 по 2022 годы. Все доступные предоперационные параметры были включены в анализ и разделены на параметры пациента (возраст, пол, ИМТ, предыдущие абдоминальные процедуры, воспалительный процесс, оценка по ASA) и хирурга (время поступления пациента, опыт хирурга, выполняющего процедуру). Был проведен статистический анализ для выявления влияния на решение хирурга за или против применения миниинвазивной операции.

Результаты исследования. Из 106 пациентов, нуждающихся в хирургическом вмешательстве, 57 открытая методика (53,77%) и 49 с помощью миниинвазивных методов (46,23%). Пациенты с более высоким показателем ASA (ASA III) и шириной кишечника $\geq 3,8$ см при предоперационной рентгенологической визуализации с большей вероятностью подвергались открытой методике ($p < 0,01$). Кроме того, позднее время поступления в больницу ($x = 14,78$ ч) было связано с открытой методикой ($p = 0,01$). Что касается предыдущих абдоминальных хирургических вмешательств, пациенты с предшествующей аппендэктомией скорее были отнесены к выполнению миниинвазивных

методов ($p < 0,01$), тогда как пациенты с предшествующей колэктомией – к открытым методикам ($p < 0,01$).

Выводы. Выбор процедуры у пациентов с кишечной непроходимостью является сугубо индивидуальным решением. В то время как научно доказанные параметры, такие как возраст и индекс массы тела, не влияли на процесс принятия решения, ухудшение общего состояния здоровья (оценка ASA), большая ширина кишечника, предыдущее хирургическое вмешательство и позднее время поступления повлияли на процесс принятия решения об открытой операции.

Гулов Ф.М., Хамроев Б.М., Гулов А.А.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩАХ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Саидов А.С.

Цель исследования. Изучение функционального состояния анального сфинктера прямой кишки у больных с экстрасфинктерными свищами.

Материал и методы. В данную работу включено 25 наблюдений за больными, находившимися на лечении с 2020 по 2022 гг. В данном исследовании возраст пациентов колебался от 17 до 75 лет. Среди пациентов с экстрасфинктерными параректальными свищами (ЭСПК) мужчин было 15 (60,0%), а женщин 10 (40,0%). Всем больным проведены опрос, осмотр промежности, пальцевое исследование, анальный рефлекс, ректоанальный рефлекс и инструментальные методы исследования: сфинктерометрия, эластометрия и монометрия.

Результаты исследования. В данном научном исследовании у 3-х (12,0%) больных, имеющих гнойную полость в параректальной клетчатке наблюдалось явление перианального дерматита. В 7 (28,0%) случаях отмечено наличие множества отверстий свищей прямой кишки (более 2 и до 6 отверстий), в 5 (20%) случаях параректальные свищи имели 2 отверстия. Пальцевое исследование анального канала прямой кишки при экстрасфинктерных свищах показало, что в 9 (36,0%) случаях отмечалось снижение тонуса запирающего аппарата прямой кишки, в 8 (32,0%) случаях установлено наличие пектиноза анального сфинктера и у 4 (16,0%) больных выявили инфильтрацию параректальной клетчатки. Исследование анального рефлекса прямой кишки у пациентов с ЭСПК показали, что у 8 (32,0%) больных отмечался повышенный анальный рефлекс, в 7 (28,0%) случаях заметно снижение анального рефлекса, и в 10 (40,0%) случаях не визуализируется анальный рефлекс. Ректо-анальные рефлексы прямой кишки показали, что у 8 (32,0%) больных отмечался порог ректальной чувствительности и в 6 (24,0%) случаях выявился минимальный объём для расслабления внутреннего анального сфинктера прямой кишки. У 4 (16,0%) больных определялся порог для постоянного позыва на дефекацию. Проведённая нами сфинктерометрия показала, что у 5 (20,0%) не отмечается недостаточность анального сфинктера (НАС), у 5 (20,0%) больных отмечается I степень НАС и у 10 (40,0%) II степень НАС. В 5 (20,0%) случаях III степень НАС.

Выводы. В 45,0% случаев имеют место функциональные нарушения анального сфинктера прямой кишки в виде различной степени недостаточности у больных с экстрасфинктерными свищами прямой кишки. При подготовке больного к операции необходимо учитывать имеющиеся функциональные нарушения запирающего аппарата прямой кишки и хирургическую коррекцию нарушений функционального анального сфинктера прямой кишки.

Гулов Ф.М., Хамроев Б.М., Гулзода Г.А.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Саидов А.С.

Цель исследования. Изучить отдалённые результаты хирургического лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки с применением коллагеновой гемостатической мембраны в области внутреннего отверстия.

Материалы и методы. В данной работе представлены результаты обследования и хирургического лечения 100 больных с экстрасфинктерными свищами прямой кишки, которые находились на лечении в колопроктологическом отделении ГУ ГМЦ №2 им. академика К. Т. Таджиева г. Душанбе с 2015 по 2022 годы. Возраст больных варьировал от 17 до 70 лет и средний возраст составил 45 лет $\pm$ 2 года. В исследовании среди больных преобладали лица мужского пола, которые составили 67, а женщины - 33 случая. В нашей работе проведён сравнительный анализ применённых нами способов хирургического лечения СПК: лигатурный способ, который проведён 31 больному; способ с использованием перемещения слизистой по Джад-Робле, Блиничеву и Масляку, которому подвергались 39 пациентов и предложенный нами способ с закрытием внутреннего отверстия с помощью коллагеновой гемостатической мембраной, который проводили 30 больным с ЭСПК, которые составили основную группу. Для сравнения результатов лечения, 70 пациентов, которые подвергались традиционным методам хирургического лечения, были включены в контрольную группу.

Результаты исследования. Способ закрытия внутреннего отверстия ЭСПК с использованием коллагеновой мембраны для закрытия внутреннего отверстия заключается в том, что после иссечения свищевого хода в промежностной ране проводится тунелизация слизистой оболочки над внутренним отверстием свищевого хода. Под лоскутом в области внутреннего отверстия свища накладывается коллагеновая мембрана. Внутреннее отверстие в лоскуте закрывается с наложением Z-образного шва. Несколькими шелковыми швами фиксируют края лоскута к краю раны перианальной кожи. Основную рану в области промежности частично ушивают или оставляют открытой в зависимости от её размера, наличия дополнительных гнойных полостей в параректальной клетчатке и помещают в нее

мазевый тампон. В прямую кишку вводят ленту с антисептической мазью.

Критериями для сравнения отдалённых результатов хирургического лечения ЭСПК явились рецидив свища и НАС. При проведении анализа данных оперативного лечения ЭСПК, установлено, что при применении традиционных способов лечения у 70 пациентов контрольной группы, рецидивы параректальных свищей наблюдались у 8 больных, НАС – у 17, а при использовании разработанного нами метода хирургического лечения свища рецидивы среди больных основной группы были в 2 случаях и недостаточность сфинктера прямой кишки отмечалась в 4 случаях. Таким образом, при использовании традиционных способов оперативного лечения ЭСПК частота рецидивов данного вида свищей, согласно полученным нами результатам данного исследования, составляет 11,4%, а НАС – 22,9% случаев. При использовании метода иссечения свища с использованием коллагеновой гемостатической мембраны для закрытия внутреннего отверстия недостаточность сфинктера прямой кишки отмечалась в 13,3%, а рецидив – 6,7% случаев.

Вывод. Разработанный нами способ применения коллагеновой гемостатической мембраны для закрытия внутреннего отверстия свища значительно уменьшает количество рецидивов и недостаточность анального сфинктера и является перспективным методом в лечении экстрасфинктерных свищей прямой кишки, что позволяет широкое применение в качестве малотравматичной операции.

Дадоджонов Ж.Ю., Хомидзода И.Дж., Бокиев О.Б.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ФЛЕБЭКТОМИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНЫХ РАСШИРЕНИЙ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кафедра хирургических дисциплин №1 ГОУ ХГМУ. Таджикистан.

Республиканская клиническая больница Дангаринского района.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Курбанов У.А.

Цель исследования. Оценка эффективности операции по удалению варикозных расширений вен нижних конечностей, применяя технологию реконструктивно-пластической хирургии.

Материал и методы. Был проведён анализ результатов операции 44 пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей в возрасте от 17 до 56 лет (средний возраст - 36,5). Мужчин было 25 и женщин - 19 за период с 2016 по 2022 г в РКБ Дангаринского района. Был применён общий эндотрахеальный наркоз. У всех больных применяли классическую комбинированную флебэктомию нижних конечностей, используя технологию реконструктивно-пластической хирургии и прецизионную технику. Было произведено минимальное количество разрезов в поперечно-косом или поперечном направлении над варикозным узлом или проекции крупных венозных сосудов. После удаления подкожных вен и качественного гемостаза рану зашивали атравматическими внутрикожными швами.

Результаты исследования. У всех больных был хороший послеоперационный исход. Заживление раны происходило с формированием линейного рубца без образования межтучной ткани и нагноения. Пациенты на 7 сутки после операции были выписаны на амбулаторное лечение. Был проведён сбор анамнеза по методу телефонного опроса у всех пациентов в сроках от 3-х месяцев до 5 лет. Во всех случаях результаты были положительными.

Выводы. В отличие от классической техники комбинированной флебэктомии нижних конечностей при комбинированной флебэктомии с применением прецизионной техники и технологии реконструктивно-пластической хирургии наблюдалось минимальное послеоперационное образование рубцов и быстрее реабилитация пациентов.

Дадоджонов Ж.Ю., Бокиев О.Б., Хомидов А.З.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАДИЦИОННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Кафедра хирургических дисциплин №1 ГОУ ХГМУ. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Пиров Б.С.

Цель исследования. Сравнительная оценка результатов традиционных операций при паховых грыжах.

Материал и методы исследования. Был проведён анализ результатов лечения 160 пациентов в возрасте от 16 до 56 лет. Это были мужчины с паховыми грыжами за период 2016-2019 г в РКБ Дангаринского района. Косые грыжи имелись у 56 (35%) пациентов, из них 23 (41%) больных прооперированы по способу Жирара, 13 (23,2%) - по способу Спасокукоцкого, 17 (30,5%) - по способу Бассини и 3 (5,3%) - по способу Мартынова. Прямые грыжи у 85 (53,2%), из них 36 (42,3%) больных прооперированы по способу Бассини, 20 (23,5%) - по способу Кукуджонова, 18 (21,2%) - по способу Жирара и 11 (13%) по способу Спасокукоцкого. Диагностирован рецидив грыж у 19 (11,8%) больных. Из них 9 (47,6%) прооперировали по способу Бассини, 6 (31,3%) - по способу Жирара, 4 (21,1%) - по способу Спасокукоцкого. У 52 (32,5%) пациентов при обследовании были выявлены различные сопутствующие патологии: ишемическая болезнь сердца - 6 (11,5%), сахарный диабет - 13 (25%), гипертоническая болезнь - 21 (40,4%), варикозное расширение вен нижних конечностей - 9 (17,31%), пневмосклероз - 1 (1,92%), перенесенное в анамнезе острое нарушение мозгового кровообращения - 2 (3,8%).

Результаты исследования. Было применена 108 (67,5%) больным местная инфильтративная анестезия, общий наркоз использован в 35 (21,9%) случаях, перидуральное обезболивание - 17 (10,6%) больных. Во время выполнения всех операций особое значение придавали гемостазу и минимальном травмированию тканей. В итоге было проведён повторный сбор анамнеза после 3 лет с помощью телефонного опроса, в результате которого были выявлены: послеоперационные осложнения по способу Бассини: из 62 операций в 4 (6,5%) случаях был незначительный отёк мошонки, который протекал в течение 7-10 суток после операции. У 2 (3,2%) пациентов наблюдался рецидив грыж. В послеоперационный период и в период контрольного осмотра в области операции выявлены участки нарушения

чувствительности, что связано с травмой нервных волокон при рассечении рубцовых тканей. Летальных исходов не наблюдалось. Послеоперационное осложнение по способу Жирара: из 47 операций в 9 случаях встречался незначительный отёк мошонки в течение 14-16 суток. У 7 больных был рецидив грыжи. У некоторых больных отмечена болезненность в течение нескольких месяцев. Летального исхода не было. Послеоперационное осложнение по способу Спасокукоцкого: у 25% больных было отмечено отёк паховой области и нарушение чувствительности. В течение 5-6 месяцев больные чувствовали болезненность на месте проведённой операции. В Послеоперационный период при остальных способах был отмечен рецидив грыжи у 31-38% пациентов. В течение нескольких месяцев пациенты жаловались на болезненность в области проведённой операции. Отёк мошонки проходил в течение 1-1,5 месяцев. После операции пациентам было назначено обезболивание, антибактериальная терапия, профилактика тромбоэмболических осложнений.

Выводы. Таким образом, результат исследования проведённых традиционно операций показал, что грыжесечение косых и прямых грыж по методу Бассини является самым эффективным. Качественный гемостаз, соблюдение операционной техники, а также полноценная консервативная терапия позволяет избежать развитие осложнения на различных этапах лечения.

Джаббаров Ш.Р., Авазов А.А., Хурсанов Ё.Э.,
МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ОЖОГОВ – КАК ПРОФИЛАКТИКА АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

Самаркандский государственный медицинский университет
Самаркандский филиал РНЦЭМ, Республика Узбекистан

Цель работы. Оценка эффективности применения способа ускоренной бескровной щадящей подготовки глубоких ожогов у детей к оперативному восстановлению утраченного кожного покрова.

Материал и методы. За период с 2005 по 2019 гг. в отделении комбустиологии Самаркандского филиала РНЦЭМП находилось в лечении 315 детей, из них в возрасте до 3 лет 199 (37,7%). У 117 больных площадь глубокого ожога составила 2-5% поверхности тела (п.т.), у 90 – 6-10%, у 108 – 11-20% п.т. Мальчиков было 190 (60,3%), девочек – 125 (39,7%).

У 19 детей с ожогами в среднем 20% п.т. (глубоких из них в среднем 10% п.т.) в течение 1-х суток после поступления специальным инструментом на ожоговых струпах наносили множественны микроперфорации диаметром 1-1,5 мм на глубину 0,8-0,9 см в среднем на площади 18% п.т. При возникновении кровотечения из перфорационного отверстия последнее расширялось и выполнялся гемостаз, после чего накладывали повязки, создающие влажную среду в ране (пленка «Бреймендерм»). Степень эффективности способа определяли на основании оценки сроков очищения ран от нежизнеспособных тканей, сроков выполнения 1-го этапа оперативного восстановления утраченного кожного покрова, лабораторных показателей (клинические анализы, белковый состав крови и др.). В группе сравнения некрэктомию начинали выполнять не ранее 7-9 суток после травмы при появлении признаков секвестрации.

Результаты. Применение множественных микроперфораций в ранние сроки в сочетании с влажной средой позволило очистить значительную часть ожоговых ран от нежизнеспособных тканей в сроки 8-11 суток и выполнить свободную пересадку кожи на 15-18 сутки (в среднем на 16-е сутки) с момента травмы. АДП выполняли при показателях Hb – 118 г/л, эритроцитов – $4,48 \times 10^{12}$ /л, общего белка – 70 г/л. В группе сравнения эти показатели соответственно были на 30-е сутки, Hb – 82 г/л, эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$ /л и общий белок 58 г/л. Приживление аутотрансплантатов во всех случаях было хорошим.

Ускоренная бескровная, щадящая подготовка глубоких ожогов к АДП в сочетании с влажной средой позволяет достигнуть адекватной декомпрессии тканей, улучшить репаративные процессы, добиться очищения ран от нежизнеспособных тканей с минимальной кровопотерей и выполнить 1-й этап оперативного восстановления утраченного кожного покрова в ранние сроки при адекватных показателях красной крови и белкового состава крови.

Выводы. Лечение ожоговой анемии на современном этапе остается крайне тяжелой проблемой. Отсутствие единого протокола не позволяет комбустиологам использовать весь спектр своих возможностей и потенциал современной медицины для предупреждения и лечения этого грозного осложнения. Создание единого протокола может дать новые знания об этой проблеме, объединяя специалистов для ее решения и способствовать широкому применению разработанных во всем мире новых технологий с целью улучшения качества медицинской помощи на современном этапе.

Джаббаров Ш.Р., Авазов А.А., Хурсанов Ё.Э.,
МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ОЖОГОВ – КАК ПРОФИЛАКТИКА АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

Самаркандский Государственный медицинский университет
Самаркандский филиал РНЦЭМ, Республика Узбекистан

Цель работы. Оценка эффективности применения способа ускоренной бескровной щадящей подготовки глубоких ожогов у детей к оперативному восстановлению утраченного кожного покрова.

Материал и методы. За период с 2005 по 2019 гг. в отделении комбустиологии Самаркандского филиала РНЦЭМП находилось в лечении 315 детей, из них в возрасте до 3 лет 199 (37,7%). У 117 больных площадь глубокого ожога составила 2-5% поверхности тела (п.т.), у 90 – 6-10%, у 108 – 11-20% п.т. Мальчиков было 190 (60,3%), девочек – 125 (39,7%).

У 19 детей с ожогами в среднем 20% п.т. (глубоких из них в среднем 10% п.т.) в течение 1-х суток после поступления специальным инструментом на ожоговых струпах наносили множественны микроперфорации диаметром

каждая 1-1,5 мм на глубину 0,8-0,9 см среднем на площади 18% п.т. При возникновении кровотечения из перфорационного отверстия последнее расширялось и выполнялся гемостаз, после чего накладывали повязки, создающие влажную среду в ране (пленка «Бреймендерм»). Степень эффективности способа определяли на основании оценки сроков очищения ран от нежизнеспособных тканей, сроков выполнения 1-го этапа оперативного восстановления утраченного кожного покрова, лабораторных показателей (клинические анализ, белковый состав крови и др.). В группе сравнения некрэктомии начинали выполнять не ранее 7-9 суток после травмы при появлении признаков секвестрации.

Результаты. Применение множественных микроперфораций в ранние сроки в сочетании с влажной средой позволило очистить значительную часть ожоговых ран от нежизнеспособных тканей в сроки 8-11 суток и выполнить свободную пересадку кожи на 15-18 сутки (в среднем на 16-е сутки) с момента травмы. АДП выполняли при показателях Hb – 118 г/л, эритроцитов – $4,48 \times 10^{12}$ /л, общего белка – 70 г/л. В группе сравнения эти показатели соответственно были на 30-е сутки, Hb – 82 г/л, эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$ /л и общий белок 58 г/л. Приживление аутоотрансплантатов во всех случаях было хорошим.

Ускоренная бескровная, щадящая подготовка глубоких ожогов к АДП в сочетании с влажной средой позволяет достигнуть адекватной декомпрессии тканей, улучшить репаративные процессы, добиться очищения ран от нежизнеспособных тканей с минимальной кровопотерей и выполнить 1-й этап оперативного восстановления утраченного кожного покрова в ранние сроки при адекватных показателях красной крови и белкового состава крови.

Выводы. Лечение ожоговой анемии на современном этапе остается крайне тяжелой проблемой. Отсутствие единого протокола не позволяет комбустиологам использовать весь спектр своих возможностей и потенциал современной медицины для предупреждения и лечения этого грозного осложнения. Создание единого протокола может дать новые знания об этой проблеме, объединяя специалистов для ее решения и способствовать широкому применению разработанных во всем мире новых технологий с целью улучшения качества медицинской помощи на современном этапе.

Джамолова Г.Дж., Мухидинова М.Ш., Шарипова Д.Б.

РОЛЬ *HELICOBACTER PYLORI* В РАЗВИТИИ РАКА ЖЕЛУДКА

Кафедра хирургических дисциплин №2 Хатлонского государственного медицинского университета.
Таджикистан.

Научный руководитель – PhD Норматова М.А.

Цель исследования. Изучить молекулярно-генетический механизм возникновения рака желудка как следствие инфицирования бактерией *H. pylori*.

Материал и методы исследования. Были проанализированы и изучены результаты исследования научных работ, опубликованные в PubMed.

Результаты исследования. *H. pylori* является одним из главных звеньев патогенеза развития рака желудка. Данная бактерия приводит к развитию рака желудка посредством воздействия факторов вирулентности, представленных ассоциированным с цитотоксином ген А, вакуолизирующий цитотоксин А (VacA), а также белками наружной мембраны (HомВ, НорQ и НорН). Вышеперечисленные факторы активируют клеточные сигнальные пути, такие как PI3-киназа /Akt, JAK/STAT, Raf и ERK, что определяет повышение пролиферативного потенциала клеток. Более того, ген патогенности CagA также играет роль в онкогенном потенциале *H. pylori*, активируя экспрессию протоонкогенов. В итоге, в эпителиоцитах слизистой оболочки желудка, инфицированного *H. pylori*, возникают морфологические изменения, обусловленные нарушением молекулярно-патогенетических механизмов.

Выводы. Необходимы дальнейшие исследования для детального изучения и понимания молекулярных механизмов рака желудка, вызываемого *H. pylori*. На данный момент, учитывая канцерогенный потенциал белков наружной мембраны, таких как HомВ, НорQ и НорН, разработка вакцин представляется целесообразным шагом в профилактике рака желудка. Терапевтической мишенью может также служить подавление пролиферативной способности эпителиальных клеток посредством ингибирования экспрессии генов CagA и VacA.

Джамшедов Дж.Ш., Джумаев Т. Дж., Курбонов З.С

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Кафедра онкологии, лучевой терапии и диагностики ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.Таджикистан.
ГУ «РОНЦ» МЗСН РТ

Научный руководитель - д.м.н. Сангинов Дж.Р.

Цель исследования. Оценка эффективности профилактики тромбоэмболических осложнений у онкологических больных

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ истории болезни и проспективное наблюдение части больных находящихся на стационарном лечении в РОНЦ за период 2021-2022. Всего изучен 61 больной с разными локализациями опухоли, в том числе рак печени =7, мочевого пузыря = 3 коло-ректальный рак=10, поджелудочная железа =6, желудка=10, пищевода=5, эндометрия=6, шейки матки= 10 и яичников= 2. Пик заболеваемости приходился на 45-64(69.1%) года.

Результаты: Показатели коагулограммы выявили гиперкоагуляцию у 14(22.4%) и гипопротеинемию у 25(40.9%) больных. Изучение факторов риска тромбоэмболических осложнений выявило наличие 1 фактора риска у 25 (40.9%), 2 фактора у 16 (26.2%), 3 фактора у 6(9.8%) и 4 фактора у 1 пациента. По шкале Хорана высокий риск выявлен в 9 (14.8%) случаях. Операционно-анестезиологический риск по шкале МНОАР у 7 (11.5%) больных составил III степень,

у 38(62,3%)-II-I степень. Профилактика тромбоэмболии проявилась в соответствии с протоколами лечения гепарином, клексаном и механическим способом. Послеоперационная тромбоэмболия легочной артерии развилась у 2(3,3%) больных, что стало причиной послеоперационной летальности. Полученные результаты по развитию тромбоэмболических осложнений соответствуют данным литературы. (0,5%-4,8%)

Вывод. Профилактика тромбоэмболических осложнений онкологических больных должна проводиться с учетом оценки факторов риска с помощью НМГ и НФГ.

1. Профилактическую антитромботическую терапию целесообразно начать за 12-2 часа до операции, продолжительностью 7-10 часов.

Джойлобов М.

НАРУШЕНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА И ЕГО КОРРЕКЦИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

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

Научный руководитель - зав. каф., к.м.н. М.Х. Набиев

Целью нашего исследования является изучение состояния иммунного статуса и клиническая оценка эффективности отечественного иммуномодулятора тимодина в лечении осложненных форм синдрома диабетической стопы (ОФ СДС).

Материал и методы исследования. Были обследованы и пролечены 125 больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы, которые были разделены на две группы, сопоставимые по полу, возрасту, давности заболевания и тяжести течения патологического процесса. Первую (основную) группу составили 65 пациентов, которые наряду с принятым комплексом оперативно-медикаментозного лечения получали иммуномодулятор тимодин 1,0 мл (157 мкг) внутримышечно 1 раз в день в течение 14 дней. Вторую (контрольную) группу составили 60 пациентов с ОФ СДС, которым проводили стандартную оперативно-медикаментозную терапию, они получали иммуномодулятор тималин. Провели иммунологическое исследование клеточного и гуморального звеньев иммунитета методом ИФА на аппаратах Cobase 411 и CobasINTEGRA 400 plus.

Результаты исследования. Расширенное иммунологическое исследование выявило изменения во всех звеньях иммунной защиты. В крови снижалось содержание $CD_3CD_{16}CD_4CD_{32}$, отмечался Т-иммунодефицит, угнетение функции Т-лимфоцитов, а также гиперактивация фагоцитарной функции. Концентрация в крови IgA и IgG в 50% случаев оставалась в норме, что говорит о слабом иммунном ответе, а у 50% больных показатели Ig M и IgG были повышены. После ежедневной инъекции 10 мг тимодина к 8-10 суткам в 90% случаев показатели Ig M и IgG были повышены. Проведенные исследования показали высокую эффективность тимодина, как препарата, улучшающего регенеративные процессы у больных осложненными формами СДС. Положительные результаты от применения тимодина были отмечены у 90,7% больных с сокращением срока стационарного лечения с $41,1 \pm 3,8$ до $24,1 \pm 2,1$ суток.

Таким образом, по результатам наших исследований проведение иммуностимулирующей терапии необходимо сочетать с коррекцией углеводного обмена, купированием инфекционного процесса, критической ишемии и антикоагулянтной терапии. Только совокупность этих лечебных мероприятий способна обеспечить нормализацию иммунологических показателей и снизить риск распространения гнойно-некротического процесса и эндогенной интоксикации.

Джораева Ф.Х., Исупова Ш.Ф., Исмоили Убайдулло

ЛЕЧЕНИЕ ВЯЛОТЕКУЩЕГО СРЕДНЕГО ОТИТА

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

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

Цель исследования. Оценить эффективность методов лечения детей с острым вялотекущим средним отитом.

Материал и методы. На базе Национального медицинского центра Республики Таджикистан "Шифобахш", детского ЛОР отделения нами было обследовано 22 больных ребенка с острым вялотекущим острым средним отитом. Возраст пациентов колебался от 3 до 8 лет, из них 10 - девочек, 12 - мальчиков. Пациенты случайным методом были разделены на группы: основную и сравнительную по 11 детей в каждой. В первой группе (основной) было проведено шунтирование барабанной перепонки с одномоментной аденотомией, второй группе (сравнительной) провели миринготомию с аденотомией.

Результаты исследования. Основная масса больных обращалась по поводу патологии повторно после безрезультатных консервативных лечений. Со слов родителей выявляется, что заболевание длится от 6 до 9 месяцев и в период лечения обострение заболевания не наблюдалось. Жалобы пациентов во время поступления были на заложенность уха и снижение слуха, шума в ушах, периодические боли чередующиеся, раздражительность, отсутствие желания в общении со сверстниками. При отомикроскопии определялась втянутость барабанной перепонки, выпячивание рукоятки молоточка над уровнем перепонки, утолщение и выраженность сосудистого рисунка барабанной перепонки, наличие жидкости в барабанной полости. Всем больным проведено импедансометрия, по данным которой выявлен тип "В" и все рефлексы сохранены. При тонально - пороговой аудиометрии у всех детей выявилось снижение слуха на уровне низких и средних частот I-II степени. Всему контингенту больных было проведено эндоскопическое исследование носоглотки и были выявлены аденоиды 2-3 степени. В основной группе под эндотрахеальным наркозом произвели переднюю тимпанотомию с дальнейшей установкой шунта с диаметром 1,14мм (DIVINE MEDICURE TECHNOLOGY) в перфорационное отверстие, а также с помощью аденотома Бэкмана под контролем эндоскопа произвели аденотомию. В сравнительной группе под вышеуказанным видом обезболивания был

выполнен парацентез барабанной перепонки с аденотомией. В послеоперационном периоде всем больным проводили повторные эндоскопические и аудиологические исследования, что показали наличие жидкости и снижение слуха в сравнительной группе из-за закрытия места парацентеза. У больных основной группы снижение слуха и симптомы среднего отита в течение 6 месяцев не наблюдалось.

Выводы. Для получения достоверного результата в плане восстановления слуха и аэрации полости среднего уха, проведение шунтирования барабанной перепонки с одномоментной аденотомией является эффективным и необходимым методом лечения данного заболевания.

Джумаева М.К., Хайдаров М.И., Давлатова М.И.
ОСТЕОХОНДРОЗ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СРЕДИ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП БОЛЬНЫХ

Кафедра терапевтических дисциплин №2 ГОУ ХГМУ. Таджикистан.

Научный руководитель – Одинаев Б.С.

Цель исследования. Выявить встречаемость остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника среди населения Дангаринского района в течение 2022-2023 гг.

Материал и методы исследования. Обследовали 192 больных остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника в возрасте от 18 до 78 лет, находящихся на стационарном лечении в неврологическом отделении ЦРБ Дангары в течение 2022-2023 гг. Проводилось комплексное обследование больных, которое начинали с изучения общего и неврологического статуса, клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования, а также КТ и МРТ исследования. Большое внимание уделялось также анамнестическим данным, социальному положению и характеру трудовой деятельности пациента.

Результаты исследования. Результаты ретроспективного исследования показали, что в течение 2022-2023 гг. из общего количества исследуемых 192 больных мужчины составили 119 (61,9%) человек, а женщины – 73 (38,1%). Превалировали среди наблюдаемых больных лица мужского пола, что может быть связано с выполнением тяжелой физической работы. Относительно возраста мужчин с 18 до 40 лет было 58 (30,1%) человек, этот показатель больных с 41 до 60 лет составил 38 (19,8%) человек. Среди 61-80 - летних больных наблюдалось 23 (12%) страдавших данной патологией. Распространение остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника по возрастным категориям среди женщин распределилось таким образом: от 18 до 40 лет выявлено 15 (7,8%) случаев заболевания, от 41 до 60 лет зарегистрировали увеличение числа заболевших женщин до 47 (24,5%), а среди женщин от 61 до 80 лет выявлено 11 (5,8%) случаев заболевания. При исследовании стало известно, что остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника у жителей сельского населения отмечен в 132 (68,75%) случаях, что свидетельствует о встречаемости заболевания городского населения (60- 31,25%) в меньшей мере.

Основные клинические проявления заболевания: боль у 179 (93,2%) пациентов чаще всего имела место в области пояснично-крестцового сегмента позвоночного столба, при этом боль отмечалась в области нижних конечностей. Из них у 24 (12,5%) человек проявлялись боли в области пояснично-крестцового сегмента позвоночного столба, носившие изолированный характер. У больных в 13 (6,8%) случаях отмечено наличие боли в области нижних конечностей.

Выводы. Согласно проведенному исследованию, народонаселение трудоспособного возраста чаще подвержено развитию остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника. Следовательно, врачам-неврологам необходимо уделять больше внимания раннему выявлению и своевременной профилактике остеохондроза позвоночника у молодых лиц, занимающихся физическим трудом.

Джураев А.М.
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА
(ПРЕДИКТОРЫ ВЫЖИВАЕМОСТИ)

Государственное учреждение Республиканский Онкологический научный центр
(ГУ РОНЦ) МЗ СЗН Республики Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры хирургии медицинского факультета ТНУ №2 Баротов З.З.

Цель исследования. Оценка влияния некоторых показателей на выживаемость больных раком органов полости рта.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 94 больных раком слизистой оболочки полости рта, в возрасте от 20 до 80 лет, среднее значение возрастного показателя равнялось $51,3 \pm 0,51$ лет, распространённостью T1N2M0, T2-3NxM0, T2N1M0, T3-4N1-2M0, T4N2-3M0, T4N1-2M0, T4N0M0, T2-4N1-2M1, которым в период с 2014 по 2017 гг. в условиях ГУ РОНЦ проведено комбинированное лечение. Пик заболеваемости отмечается в возрастных периодах от 50-69 лет. Предварительный анализ результатов исследования показали значительное улучшение функционального и эстетического состояния больных, которым на первом плане проведены оперативное вмешательство. Мужчин было 48, женщин 46. Соотношение составляет 1.1:1.0. Степень распространенности, злокачественных опухолей органов полости рта определялось по Международной классификации TNM (7 издание).

Результаты и обсуждения. В связи с высокой способностью к диссеминации плоскоклеточный рак полости рта является одной из наиболее тяжело контролируемых патологий. Метастазы в регионарных лимфатических узлах встречаются в 15-60% наблюдений в зависимости от сочетания разных предикторов и рассматриваются как один из

прогностических для жизни пациента факторов. Опухоли с распространенностью T1-T2 характеризуются риском метастазирования в регионарные лимфатические узлы в 10 и 30% случаев соответственно, тогда как опухоль T3 и T4 характеризуются гораздо большим риском возникновения метастазов в шейных лимфатических узлах. Наши результаты подтверждают данные о том, что с увеличением размера опухоли статистически значимо увеличивается и вероятность ее метастазирования.

Выводы. При данном исследовании из 94 больных в 20 случаях произведено оперативное вмешательство (I этап лечения) и одномоментно выполнялось реконструкция дефектов ротовой полости.

Результаты данного исследования позволят разработать основные показания и методические подходы к осуществлению операций на первом этапе комплексной терапии рака и определить наиболее приоритетные стандарты лечения данной патологии.

Джураев Б.Б., Шамсуллозода Ш.Н., Пулодов С.Э.
ВЕРОЯТНОСТЬ РЕЦИДИВА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ПОСЛЕ АППЕНДИКУЛЯРНОГО
ИНФИЛЬТРАТА

Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан. Научный
руководитель – к.м.н. доцент Сараев А.Р.

Цель исследования. Обоснование целесообразности дифференцированного подхода к выполнению отсроченной аппендэктомии больным, перенесшим аппендикулярный инфильтрат, на основании определения риска развития рецидива острого аппендицита у этих больных.

Материал и методы исследования. В период с января 2013 г. по декабрь 2022 г. под нашим наблюдением находились 70 больных с острым аппендицитом, осложнившимся формированием аппендикулярного инфильтрата. Клиническими проявлениями аппендикулярного инфильтрата были пальпируемое в правой подвздошной области опухолевидное образование, наличие в этой проекции эхопозитивного образования на УЗИ нередко с наличием жидкости, что, как правило, указывает на высокую вероятность развития осложнения при остром аппендиците. В нашей клинике пациенты с острым аппендицитом, осложнившимся аппендикулярным инфильтратом, подлежат консервативному лечению ввиду меньшего риска осложнений, чем при хирургическом вмешательстве. Пациенты с благоприятным исходом консервативного лечения обычно подлежали клиническому и УЗИ мониторингу в поликлинике после выписки в течение, по крайней мере, 6-8 недель в целях не пропустить начало рецидива. Больные были разделены на две группы: пациенты с рецидивом острого аппендицита и без рецидива. Изучались их медицинские карты, демографические данные (пол и возраст), клинические проявления (боли в животе, лихорадка, рвота, симптомы раздражения брюшины) и лабораторные данные (количество лейкоцитов и уровень СРБ). Анализы крови на содержание СРБ выполнялись в поликлинике и при госпитализации больного.

Результаты исследования. Всем больным при первом же обращении с явлениями острого аппендицита производилось ультразвуковое исследование. 50% (35/70) пациентов были повторно госпитализированы по поводу рецидива острого аппендицита. Наиболее распространенными симптомами при повторной госпитализации были боли в животе (71,4%), повышение температуры тела (25,7%) и рвота (2,9%). Рецидив аппендицита возникал в сроки до 6 лет, хотя в большинстве случаев (85,7%, 30 из 35) отмечался в течение 3-х месяцев после первичной госпитализации. Все пациенты с рецидивом острого аппендицита подверглись аппендэктомии. Остальные 35 пациентов без рецидива острого аппендицита повторно не госпитализировались.

Сравнительная оценка клинических и лабораторных данных пациентов с рецидивом острого аппендицита и пациентов без рецидива показала, что лихорадка (88,5% против 68,5%, $p=0,041$) и более высокий уровень СРБ (215,6-91,7 мг/л против 150,4-101,6 мг/л, $p=0,006$) были характерны для первых.

Необходимость плановой аппендэктомии после успешного консервативного лечения оказалась под сомнением вследствие незначительности риска рецидива заболевания.

В нашем исследовании уровень СРБ свыше 100 мг/л ассоциировалось с рецидивом острого аппендицита. Нами проанализировано клиническое значение уровня СРБ для прогнозирования рецидива острого аппендицита после первично консервативного лечения аппендикулярного инфильтрата и было обнаружено, что повышенный уровень СРБ обладает большой прогностической ценностью, особенно когда уровень СРБ составляет не менее 100 мг/л.

Выводы. Таким образом, наши исследования показывают, что повышенный уровень СРБ может достоверно прогнозировать рецидив приступа острого аппендицита у больных, получивших консервативное лечение по поводу аппендикулярного инфильтрата. Подобным пациентам показана отсроченная аппендэктомия вследствие высокой частоты рецидивов острого аппендицита.

Джураев¹ М.Д., Меликулов¹ А.Х., Орипова О.О.
ВЫБОР ОБЪЕМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА С ПРОРАСТАНИЕМ В
ПОДЖЕЛУДОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ

Самаркандский филиал Республиканского Специализированного Научно-практического медицинского центра
Онкологии и Радиологии¹

Самаркандский государственный медицинский институт²

Цель исследования: Улучшить результаты хирургического лечения рака желудка с прорастанием в поджелудочную железу.

Материал и методы: Нами изучены и уточнены показания и результаты хирургического лечения рака желудка с прорастанием в поджелудочную железу у 79 больных подвергшихся комбинированной гастрэктомии с резекцией

поджелудочной железы за период с января 2014 года по декабрь месяца 2020 года в отделении торакоабдоминальной хирургии Самаркандского филиала РСНПМЦОиР. В основной группе у 39 (49,4%) больных выполнены операции комбинированной гастрэктомии с дистальной гемипанкреатэктомией со спленэктомией. У 27 (34,17 %) больных выполнены операции комбинированной гастрэктомии с плоскостной резекцией поджелудочной железы, а у 13 (16,5%) больных выполнены операции дистальной субтотальной резекцией желудка с плоскостной резекцией поджелудочной железы. На основе данных диагностики и ревизии во время операции рак желудка с прорастанием в тело и хвост поджелудочной железы по глубине, ширине и протяжённости прорастания делится на 3 группы: I группа: У 39 (49,4%) больных глубина прорастания больше 5 мм, ширина больше 2 см, длина больше 5 см. II группа: У 22 (27,9%) больных глубина прорастания от 3 до 5 мм, ширина от 1,5 до 2 см, длина от 3 до 5 см. III группа: У 18 (22,8%) больных глубина прорастания до 3 мм, ширина до 1,5 см, длина до 3 см.

Результаты: По получении данным у всех 39 (49,4%) первой группы больных с РЖ с прорастанием в поджелудочную железу с глубиной прорастания больше 5 мм, ширина больше 2 см и длиной прорастания больше 5 см после выполнения дистальной гемипанкреатэктомии со спленэктомией и у 18 (22,8%) третьей группы больных с РЖ с прорастанием в поджелудочную железу с глубиной прорастания до 3 мм, ширина до 1,5 см и длиной прорастания до 3 см после плоскостной резекции поджелудочной железы, при гистологическом исследовании, опухоли в области культи поджелудочной железы не выявлены (R0). Среди 22 (27,9%) больных второй группы с РЖ с прорастанием в поджелудочную железу с глубиной прорастания от 3 до 5 мм, шириной от 1,5 до 2 см, длиной от 3 до 5 см после комбинированной гастрэктомии с плоскостной резекцией поджелудочной железы при гистологическом исследовании, опухоли в области культи поджелудочной железы у 2 (9,1%) больных (R1).

Вывод: Исходя из вышеперечисленных обследований мы предполагаем, что если опухоль с глубиной прорастания до 3 мм, шириной до 1,5 см, длиной до 3 см в тела и в хвост поджелудочной железы то проведение плоскостной резекции поджелудочной железы себя оправдывает, а при глубине прорастания от 3 до 5 мм, ширине от 1,5 до 2 см, длине от 3 до 5 см плоскостная резекция поджелудочной железы не обеспечивает радикализма операции. Комбинированная гастрэктомия с дистальной гемипанкреатэктомией со спленэктомией обеспечивает радикальность хирургического лечения при раке желудка с глубиной прорастания больше 3 мм, шириной больше 1,5 см, длиной больше 3 см в тело и хвост поджелудочной железы и в свою очередь уменьшает послеоперационные рецидивирование и тем самым улучшает отдалённые результаты и выживаемость

Джураева Н.Х., Холбоев К.С., Солехов А.С.

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКАЯ ОСОБЕННОСТЬ ГЕПАТОДУАДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Научный руководитель -к.м.н., доцент С.А. Холбаев

Цель. Изучение вариантов анатомического строения гепатодуаденальной зоны при выполнении лапароскопической холецистэктомии с целью улучшения результатов лечения.

Материалы и методы. Объектом исследования явились находящиеся на стационарном лечении в ЛДЦ ТГМУ имени Абуали ибни Сино 36 больных, страдающих желчекаменной болезнью, которым была выполнена лапароскопическая холецистэктомия с 01.01.2022 по 01.08.2022 г. Женщин было 32, мужчин - 4, соотношение мужчин и женщин составило 6:1. Возраст больных вирировал от 32 до 75 лет.

Результаты. У 29 больных имел место типичный анатомический треугольник Кало. В четырёх случаях пузырная артерия имела рассыпной тип, у двух больных встречался короткий пузырный проток, у одной больной имел место дополнительный жёлчный проток, так называемый ход Люшко, что в послеоперационном периоде явилось причиной осложнений развития жёлчного перитонита.

Выводы. При лапароскопической холецистэктомии, особенно при атипичной анатомии треугольника Кало, необходимо тщательно выделять зону впадения пузырного протока в жёлчный пузырь, начиная манипуляцию у шейки жёлчного пузыря и продолжать вниз, и по задней стенке, отделяя жёлчный пузырь от ложа. Таким образом, знание анатомических вариантов строения гепатодуаденальной зоны является необходимым условием для предотвращения осложнений и улучшения результатов лечения.

Джураева А.Ш. Умарова Л., Шопулотова З.А.

РАЦИОНАЛЬНОЕ ВЕДЕНИЕ РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРОЙ

Кафедра Акушерства и гинекологии №1 Самаркандского государственного медицинского университета, Узбекистан

Научный руководитель: д.м.н., доц. Худоярова Д.Р.

Цель исследования: Сокращение акушерских кровотечений во время родов и в послеродовом периоде у пациенток с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой (ИТП).

Материал и методы: Анализу подвергнуты данные обследования и результаты лечения 100 беременных с ИТП, которые находились на лечении в отделениях акушерства и гинекологии, гематологии первой многопрофильной клиники СамГМУ и в областном перинатальном центре с 2020 по 2022 гг. Пациентки были разделены на две группы в зависимости от вида лечения. В процессе исследования использованы общеклинические и дополнительные методы диагностики, включающие все лабораторные методы исследования определяющий гемостазиологический показатель крови.

Результаты исследования: Во время беременности купирование геморрагического синдрома было необходимым в основном у 69% беременных со средней степенью тяжести ИТП и у всех с тяжелой. Наиболее эффективным является применение вместе с препаратами первого ряда, антифибринолитиков и местных гемостатиков, что в результате сократило продолжительность геморрагического синдрома в 2,7 раз по сравнению с I группой ($p < 0,01$). По отношению лечения осложнений во время беременности, то при угрозе прерывания, наряду с общепринятой терапией, при кровянистых выделениях из половых путей с гемостатической целью использовался «Транексам». Остановка кровотечения происходила на 2-е сутки от начала терапии, в среднем длительность кровотечения составила $2,3 \pm 0,3$ дней. Лечение таких осложнений как ФПН, ЗРП и гестоза при ИТП затруднено, так как патогенетическая терапия этих осложнений основана на препаратах антиагрегатного и антикоагулянтного действия, применение которых при ИТП противопоказано. Проводимая адекватная антианемическая терапия привела к снижению частоты анемии по мере роста срока гестации. В I триместре анемия встречалась у 50% беременных, во II у 46% и в III у 42%. Кроме того, изменилась и структура анемии: так если в I триместре беременности у большинства пациенток отмечалась анемия средней степени (68% беременных), то в III в основном (71%) была легкая анемия, а частота анемии средней и тяжелой степени снизилась, составив 27% и 2% соответственно.

Вывод: Исходя из данных можно заключить что адекватное ведение пациенток с ИТП с лечением анемии, а также противогеморрагическая терапия с включением как общих, так и местных гемостатиков является наиболее эффективной.

Дорофеева А.Д.

ЗНАЧЕНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ДИАГНОЗОМ НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ

Кафедра хирургических болезней детского возраста ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ
Научный руководитель - д.м.н., профессор Поздеев В.В.

Цель исследования. Оценить течение перинатального периода у новорожденных детей с диагнозом «Некротический энтероколит»

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 81 истории болезни новорожденных детей, проходивших лечение в реанимационном и хирургическом отделениях БУЗ УР «РДКБ МЗ УР» в 2016-2021 гг. с диагнозом «Некротический энтероколит». Пациенты были разделены на две группы в зависимости от наличия сепсиса в неонатальном периоде: группа наблюдения ($n=20$) – новорожденные, которым был диагностирован диагноз «сепсис»; группа сравнения ($n=61$) – новорожденные, которым диагноз «сепсис» не был диагностирован. Оценивали данные анамнеза, особенности клинических проявлений, показатели гемограммы и электролитного состава крови. Статистическая обработка проводилась при помощи непараметрических методов χ^2 и Манна-Уитни (программа Microsoft Excel, SPSS 17.0).

Результаты исследования. Оперировано 75% детей группы наблюдения и 16,4% в группе сравнения ($p < 0,05$). Отягощенный акушерско-биологический анамнез присутствовал одинаково часто в обеих группах наблюдения: аборт в анамнезе (15% и 17,9%, $p > 0,05$); анемия беременной (40% и 39,9%, $p > 0,05$); ОРВИ во время беременности (35% и 44,3%, $p < 0,05$); уреоплазмоз (35% и 36,1%, $p > 0,05$); цитомегаловирусная инфекция (15% и 34,4%, $p > 0,05$); угроза прерывания беременности (40% и 52,5%, $p > 0,05$). Патологическое течение гестационного периода было характерно для подавляющего большинства обследованных в обеих группах без существенной разницы в общей частоте осложнений. Доминирующими осложнениями являлись перинатально значимые инфекции и гестоз. Нарушения постнатальной адаптации были зарегистрированы у большинства новорожденных. Уровень гликемии является одним из наиболее важных гомеостатических параметров, имеющих значение в постнатальной адаптации. В обеих группах новорожденных изменения гликемического профиля в виде гипогликемии регистрировались достаточно часто (25% в контрольной группе и 42,6% в группе сравнения, $p < 0,05$). Тромбоцитопения отмечалась в обеих группах - 25% и 16,4% случаев соответственно, $p > 0,05$. Патологическое течение желтухи зарегистрировано с высокой частотой в обеих группах (50% и 57,4%; $p > 0,05$). Асфиксию тяжелой степени перенесло 30% детей контрольной группы и 1,6% группы сравнения ($p < 0,05$).

Выводы. Течение ante-, intra- и постнатального периодов играет важнейшую роль в степени тяжести развития некротизирующего энтероколита, что безусловно следует учитывать при выборе тактики ведения данной группы пациентов.

Дорофеева А.Д.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ДИАГНОЗОМ НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ

Кафедра хирургических болезней детского возраста ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ Научный руководитель - д.м.н., профессор Поздеев В.В.

Цель исследования. Оценить клиничко-лабораторные показатели у новорожденных детей с диагнозом «Некротический энтероколит»

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 81 истории болезни новорожденных детей, проходивших лечение в реанимационном и хирургическом отделениях БУЗ УР «РДКБ МЗ УР» в 2016-2021 гг. с диагнозом «Некротический энтероколит». Пациенты были разделены на две группы в зависимости от наличия сепсиса в неонатальном периоде: группа наблюдения ($n=20$) – новорожденные, с диагнозом «сепсис»; группа сравнения ($n=61$) – новорожденные, у которых «сепсис» не развился. Оценивали данные анамнеза, особенности клинических

проявлений, показатели гемограммы и электролитного состава крови. Статистическая обработка проводилась при помощи непараметрических методов χ^2 и Манна-Уитни (программа Microsoft Excel, SPSS 17.0).

Результаты исследования. Оперировано 75% детей группы наблюдения и 16,4% в группе сравнения ($p < 0,05$). Различия касались признаков, характеризующих общее состояние организма: отказ/плохое усвоение пищи (45%, в группе наблюдения и 37,7% в группе сравнения; $p > 0,05$), повышение температуры тела (20% и 13,1%, $p > 0,05$), вялость (5% и 3,3%, $p > 0,05$), жесткое дыхание (10% и 0%, $p < 0,05$). Отеки были характерны только для детей 2ой группы – 11,5%, ($p > 0,05$). В клинической картине у детей обеих групп отмечалась высокая частота изменений со стороны желудочно-кишечного тракта: вздутие живота (80% в группе наблюдения и 85,2% в группе сравнения; $p > 0,05$), вялая перистальтика (21,0% и 39,3%; $p > 0,05$) или её отсутствие (20% и 11,5%; $p > 0,05$), чувствительность при пальпации живота (30% и 37,7%; $p > 0,05$). В группе сравнения отмечена тенденция к большей частоте гемоколита (14,8%), однако различия не были достоверны.

При анализе лабораторных данных лейкоцитоз отмечался с одинаковой частотой в обеих группах (30% и 34,4%; $p > 0,05$). В группе наблюдения чаще регистрировались признаки бактериального воспаления - палочкоядерный сдвиг формулы влево – у 50% детей (40,9% в группе сравнения; $p > 0,05$). Токсическая зернистость нейтрофилов наблюдалась у 15% детей (22,9% в группе сравнения; $p > 0,05$). Необходимо отметить, что развитие НЭК сопровождалось разнообразными электролитными метаболическими нарушениями однако, достоверные различия касались только гипопроteinемии (45% и 13,1%) и гипокальциемии (40% и 11,5%).

Выводы. Развитию некротического энтероколита способствует комплекс клинико-лабораторных данных, который имеет определяющее значение в дальнейшей тактике ведения ребенка после постановки диагноза.

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

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗАБОРА АУТОЛОГИЧНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

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

Цель исследования. Улучшение результатов аутотрансплантации костного мозга путем, выявления факторов, влияющих на эффективность забора аутологичных стволовых клеток периферической крови.

Материал и методы. Ретроспективно были проанализированы 29 последовательных процедур лейкафереза, выполненных в отделении трансплантации костного мозга Национального научного центра трансплантации органов и тканей человека МЗ и СЗН РТ. Было проведено ретроспективное сравнение двух различных методов, используемых для расчета коэффициента сепарации, и анализ некоторых факторов, которые могут повлиять на это. Различные параметры, которые способствуют прогнозированию и достижению выхода CD34 + клеток. Была проведена мобилизация с помощью гемопоэтического гранулоцитарного колониестимулирующего фактора (G-CSF с 10 мкг / кг, разделенных на две дозы, вводимых подкожно. Клетки собирали на 5-й день мобилизации.

Результаты. Среднее значение коэффициента сепарации, составило 41,2% у (диапазон 7,40-171,49%). В 18 случаях, среднее значение коэффициента сепарации составило 49,1% (диапазон 8,14-179,75%). Количество лейкоцитов увеличилось в среднем в пять раз (диапазон 1,6-33,64). Концентрация CD34 + клеток в среднем была 11-кратной (диапазон 3,1-90,05). В этих серийных сборах сравнивали различные параметры на 1-й и 2-й день забора. Было обнаружено, что день забора не повлиял на коэффициент сепарации. Однако гематокрит был значительно ниже на второй день по сравнению с первым (в среднем 29,4% против 32,3%), в то время как сама сепарация значительно увеличилась на второй день по сравнению с первым (33,59 против 26,65 $\times 10^3$ клеток / мкл) при $P < 0,01$. Из всех факторов, проанализированных с помощью линейного регрессионного анализа, только предпроцедурное абсолютное количество CD34 + клеток показало значительную ($P = 0,003$) связь с коэффициентом сепарации. Также было обнаружено, что количество клеток CD34 + до процедуры сильно коррелирует как с количеством клеток CD34 + после процедуры в продукте ($r = 0,83$), так и с выходом (на килограмм массы тела реципиента) ($r = 0,34$).

Выводы. Эффективность сбора является важным параметром контроля качества для мониторинга аутологичных образцов, особенно у больных, у которых низкое количество CD34 +. Однако на КЭ влияет широкий спектр процедурных факторов и характеристик самого реципиента, и он демонстрирует большую вариабельность в клинических условиях. Мало того, что среднее значение КЭ значительно различается в разных рекомендациях, также нет единого мнения о том, какие факторы влияют на него и его изменчивость. В настоящем исследовании средний КЭ составил 41,2%, а предпроцедурное абсолютное количество CD34 + клеток было единственным значимым предиктором.

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

РЕЖИМЫ КОНДЕНСАЦИИ ПРИ АУТОЛОГИЧНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ КОСТНОГО МОЗГА

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

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

Цель. Оптимизация режимов кондиционирования при аутологичной трансплантации костного мозга.

Материал и методы. Группа исследования состояла из взрослых пациентов с рецидивирующей или рефрактерной лимфомой, которых лечили высокодозной химиотерапией (циклофосфида или ломустином) с последующей трансплантацией аутологичных стволовых клеток в отделении трансплантации костного мозга

Национального научного центра трансплантации органов и тканей человека Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан в период с 2019 года по 2021 года. Всего было проанализировано 29 пациентов, 14 пациентов получили протокол с использованием (кармустин, этопозид, цитрабин, мелфалан), и 15 пациентов получили протокол конденсации с использованием ламувустин. Средний возраст исследуемых групп составил 33 года (диапазон от 17 до 63 лет), а соотношение мужчин и женщин составило 3,6: 1. Среднее время от постановки диагноза до трансплантации для всех групп составляло 22,2 месяца (диапазон 1,9 – 144,1 месяца).

Результаты. Из 29 пациентов, включенных в исследование, у 26 пациентов была НХЛ, а у 25 пациентов - ГЛЖ. Значительно больше пациентов в группе с использованием ламувустина, чем в группе с использованием (кармустин, этопозид, цитрабин, мелфалан), имели химиореактивное заболевание (35% против 9% соответственно, $p = 0,045$) и высокий риск сопутствующей патологии (24% против 0% соответственно, $p = 0,019$). Мы не наблюдали существенной разницы в исходах после трансплантации с точки зрения приживления, фебрильных осложнений, токсичности для органов, связанной с режимом, внутривенного применения антибиотиков, продолжительности госпитализации между двумя изученными режимами с высокими дозами. Среднее количество собранных CD34+-клеток-предшественников было сопоставимым в двух группах ($p = 0,536$), а время до приживления нейтрофилов было одинаковым (12 и 15 дней для 1 группы и 2-ой соответственно, $p = 0,090$). Среднее время восстановления тромбоцитов также было сопоставимым (18,5 и 22 дня для 1-ой и 2-ой соответственно, $p = 0,199$). У всех пациентов развилась нейтропеническая лихорадка в среднем через 3 дня после инфузии трансплантата стволовых клеток. Лихорадочные эпизоды были клинически задокументированы у 29% ($n = 15$) пациентов, микробиологически задокументированы у 39% ($n = 20$) пациентов и были без определенного очага у 32% ($n = 16$) пациентов. Не было различий в возникновении осложненных инфекций между двумя группами. Количество используемых антибиотиков широкого спектра действия и средняя продолжительность применения антибиотиков также были сопоставимы ($p = 0,157$ и $0,185$).

Выводы.

1. Оба режима конденсации реципиентов при аутологической трансплантации, эквивалентны по количеству осложнений и выживаемости реципиентов после трансплантации.

2. Использование ламувустина в конденсации при аутологической трансплантации костного мозга может быть более дешевой и легкодоступной альтернативой.

Достиев У.А., Зокиров Р.А., Холов Д.Д

ПРЕДИКТОРЫ, ПРЕДСКАЗЫВАЮЩИЕ ВЫХОД СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК

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

Научный руководитель – к.м.н., Гулшанова С.Ф.

Цель. Проверка формулы для прогнозирования выхода CD34 + клеток и описание предикторов успешного сбора среди здоровых доноров в нашем учреждении.

Материал и методы. Ретроспективно были проанализированы 29 последовательных процедур лейкафереза, выполненных в отделении трансплантации костного мозга Национального научного центра трансплантации органов и тканей человека МЗ и СЗН РТ. Было проведено ретроспективное сравнение двух различных методов, используемых для расчета коэффициента сепарации, и анализ некоторых факторов, которые могут повлиять на это. Различные параметры, которые способствуют прогнозированию и достижению выхода CD34 + клеток, была проведена мобилизация с помощью гемопоэтического гранулоцитарного колониестимулирующего фактора (G-CSF с 10 мкг / кг, разделенных на две дозы, вводимых подкожно. Клетки собирали на 5-й день мобилизации. Прогнозируемое количество CD34+-клеток может быть рассчитано с помощью математического уравнения: Общее количество CD34 + клеток (клеток / кг) = [(периферические CD34 +-клетки / л) × (коэффициент эффективности сбора%) / масса тела реципиента (кг)] × общее количество обработанных литров. Периферический CD34+ подсчет проводился на пятый день после начала введения G-CSF и, в большинстве случаев; первый лейкаферез также был запланирован на эту дату. Обработанный объем в 3-4 раза превышал общий объем тела донора для каждой процедуры. Если требуемое количество CD34+ клеток на кг массы тела реципиента не было достигнуто, на следующий день начинали другой сбор, которому предшествовало введение G-CSF утром. Мы определили хорошую мобилизацию, когда количество циркулирующих CD34 + клеток в периферической крови донора составляло не менее 50 / мкл в первый день сбора. Все процедуры проводились с использованием клеточного сепаратора SpectraOptia (США). Аппарат был откалиброван и работал в соответствии с настройками по умолчанию.

Результаты. Прогнозируемые и наблюдаемые данные показали, что количество собранных CD34 + клеток / кг имело r -значение 0,775 (0,726-0,816; $p < 0,0001$), демонстрируя линейную корреляцию. Доноры мужского пола ($p = 0,013$), более молодой возраст (≤ 31 год, $p = 0,009$; от 31 до 44 лет, $p = 0,003$), масса тела > 67 кг ($p = 0,003$), положительная разница в весе между донором и реципиентом ($p = 0,004$), уровень Hb ≥ 14 г / дл ($p < 0,001$), количество PLT $\geq 200 \times 10^9 / л$ ($p = 0,004$), лейкоциты $> 40 \times 10^9 / л$ ($p < 0,001$) и циркулирующие CD34 + клетки $> 40 / мкл$ в день сбора ($p < 0,001$) были связаны с успешным сбором. Предикторами сбора по меньшей мере 4×10^6 CD34 + клеток только при одном сборе были циркулирующие CD34 + клетки / мкл > 40 (OR=16; 95% ДИ 6,94–36,93), уровень Hb ≥ 14 г / дл (OR=3,40; 95% ДИ 1,53–7,57), количество лейкоцитов $> 40 \times 10^9 / л$ (ОШ=4,61; 95% ДИ 2,10–10,10) в день сбора и положительная разница в весе между донором и реципиентом (ОШ=3,10; 95% ДИ 1,36–7,06). Количество лейкоцитов $54,8 \times 10^9 / л$ (45,4; 65,5), количество тромбоцитов $215,5 \times 10^9 / л$ (179; 259) и $82,05 / мкл$ циркулирующих CD34 + клеток (63,8; 109,1). Анализ показал, что масса тела < 67 кг ($p = 0,011$) была связана с количеством циркулирующих CD34 + клеток $< 50 / мкл$, тогда как возраст от 31 до 44 лет ($p = 0,026$), лейкоциты $\geq 40 \times 10^9 / л$ ($p < 0,001$) и количество PLT $\geq 200 \times 10^9 / л$ ($p < 0,01$) были связаны с количеством циркулирующих CD34 + клеток ≥ 50 клеток / мкл. Доноры с массой

тела <67кг с меньшей вероятностью имели хорошую мобилизацию (ОШ=0,44; 95% ДИ 0,24–0,81). И наоборот, количество лейкоцитов >40×10⁹ / л (ОШ=3,69; 95% ДИ 2,11–6,46) и количество тромбоцитов ≥200×10⁹ / л (ОШ=2,09; 95% ДИ 1,26–3,47) в первый день сбора были связаны с хорошей мобилизацией клеток.

Выводы. Выявленные предикторы имеют значение для совершенствования процедур лейкафереза, оптимизации человеческих и материальных ресурсов. Дальнейшие исследования для лучшего выявления предикторов плохой мобилизации могут помочь выбрать различные схемы лечения.

Достиев У.А., Усмонов И.У., Зокиров Р.А.

АНАЛИЗ КОРРЕЛЯЦИИ ШКАЛ PIRCHE II, HLA MATCHMAKER ПО НЕСОВПАДЕНИЯМ АНТИГЕНОВ У РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧКИ

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

Научный руководитель – к.м.н., Гулшанова С.Ф.

Цель исследования. Улучшение результатов аллотрансплантации почки путем оценки несовпадений антигенов у реципиентов почечного аллотрансплантата.

Материал и методы исследования. В наше ретроспективное исследование были включены 75 высоко сенсибилизированных женщин с риском острого отторжения почки для анализа корреляции оценки по шкалам оценки подбора донора PIRCHE II, HLA MATCHMAKER. Всем больным проводили твердофазный иммунологический анализ при помощи мультиплексного анализатора Luminex 200 на платформе Xmap. Лимфоцитотоксический тест (CDS) проводился серологическим способом. Анализ на подбор донора к сенсибилизированному реципиенту осуществлялся с HLA-ABC EpletMatchingVersion 3.1 Matchmaker и HLA-DR, DQ, DP EpletMatchingVersion 3.1 Matchmaker. Анализ на прогноз появления ДСА по алгоритму PIRCHE-II.

Результаты. При анализе несовпадений антигенов HLA у реципиентов почки с донором по программе HLA Matchmaker варьировалась от 0 до 75,5 для всей группы со средним значением 27,2 (15,8) баллов. У 68% (51) женщин были выявлены баллы в диапазоне от 1 до 52,1. Для каждого несоответствия HLA наблюдался широкий разброс в соответствующих баллах по шкале HLA Matchmaker. Несоответствие HLA привело к среднему баллу по шкале PIRCHE-II 70,0 (49,9). Оценка PIRCHE-II варьировалась для всей группы от 0 до 323,9, но у 60% (45) пациентов, диапазон составлял от 1,2 до 162,7, что говорит об существующем огромном индивидуальном диапазоне баллов по шкале PIRCHE-II для каждого несоответствия по антигенам HLA. При этом три несоответствия HLA могут привести к нулевому показателю PIRCHE-II. При анализе корреляции в нашем исследовании имелась умеренная прямая корреляция между оценкой PIRCHE-II и оценкой HLA Matchmaker с коэффициентом ранговой корреляции Спирмена 0,75 (p < 0,001). Шкалы PIRCHE-II и HLA Matchmaker предсказывают выживаемость аллотрансплантата и появление донор специфических антител dnDSA. Анализ на выживаемость аллотрансплантата почки в группе составил 76,0% (95% доверительный интервал [ДИ]: 75,0–81,0) через 10 лет после трансплантации. Потеря трансплантата (т.е. возврат к диализу) зарегистрирована у 18 (24,0%) пациентов. У 24 (32,0%) пациентов появились донорспецифические антитела (dnDSA) в последующих наблюдениях, что определяет общий прогноз по появлению de novo ДСА через 10 лет после трансплантации 28,6% (95% ДИ: 18,6–30,6). Соответственно, пациенты с оценкой по шкале PIRCHE-II <9 (n = 28), ≥ 9 < 35 (n = 20), ≥ 35 < 90 (n = 21) и ≥ 90 (n = 6) с прогнозируемой частотой появления de novo ДСА составляла 3,6% (1,1–6,1), 13,1% (9,0–17,2), 21,5% (18,4–24,6) и 30,5% (26,0–35,0) соответственно.

Выводы. Анализ ретроспективной группы высокосенсибилизированных женщин показал нам распространенность и особенность факторов сенсибилизации у исследуемых больных и роль этих факторов, влияющих на появление донорспецифических антител которые в последующем, влияли на 10-летнюю выживаемость трансплантатов почки. Шкала PIRCHE-II является независимым предиктором появления de novo ДСА. Стратификация по шкале PIRCHE-II позволяет выявить пациентов с низким риском развития de novo ДСА.

Достиева З.А., Салимова З.Дж., Мирзоева Г.Б.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ АДГЕЗИОЛИЗ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Кафедра общей хирургии №1 им. Каххарова А.Н. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Достиев А. Р.

Цель исследования. Лапароскопический подход рекомендуется при остром холецистите, перфоративных гастродуоденальных язвах, остром аппендиците, гинекологических заболеваниях и неспецифических болях в животе. На сегодняшний день основные преимущества лапароскопии для этих острых хирургических ситуаций четко определены: более быстрая операция, более быстрое выздоровление и более короткое пребывание в больнице. Для остальных неотложных хирургических вмешательств, а также при травмах брюшной полости роль лапароскопии все еще остается предметом дискуссий.

Оценка клинических результатов и долгосрочной эффективности лапароскопического адгезиолиза при рецидивирующей спаечной тонкокишечной непроходимости.

Материал и методы. Плановое лапароскопическое лечение после консервативного лечения было предпринято у 25 пациентов, госпитализированных с рецидивирующей тонкокишечной непроходимостью после операций на брюшной полости и тазу.

Результаты исследования. Патологические участки послеоперационных спаек и типы спаек были определены лапароскопически у всех пациентов. Полный лапароскопический адгезиолиз был осуществим у 18 пациентов (72%), в то время как переход к лапароскопическому адгезиолизу (мини-лапаротомия с разрезом длиной менее 4 см)

потребовался 6 пациентам (24%) из-за плотного сращения или технических трудностей из-за сращения в полости малого таза. Одному пациенту потребовалась лапаротомия из-за чрезмерного спаивания и перфорации кишечника (4%). За средний период наблюдения (41 месяц) рецидива тонкокишечной непроходимости не было.

Выводы. Лапароскопический адгезиолиз является безопасным и эффективным методом лечения рецидивирующей тонкокишечной непроходимости в отдельных случаях. У пациентов с плотной или тазовой адгезией следует рассмотреть возможность перехода к мини-лапаротомии или лапаротомии.

Дустов Ш.Д.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ДИВЕРТИКУЛА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Научный руководитель – к.м.н, доцент Атоев И.К.

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики дивертикула мочевого пузыря у детей.

Материал и методы исследования. В клинике детской хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино на базе ГОУ Национальный медицинский центр РТ «Шифобахш» за период 2000 по 2022гг. находились на лечении 8 (100%) больных с дивертикулом мочевого пузыря, в возрасте от 2 месяцев до 15 лет. Среди них мальчиков 5 (62,5%), девочек 3 (37,5%). По клиническим формам у наших больных выявлены истинные врожденные формы дивертикула мочевого пузыря.

Результаты исследования. Диагностика дивертикула мочевого пузыря базировалось на проведении клинко-урологических обследований. Всем больным с целью точной диагностики проведено ультразвуковое исследование, экскреторная урография, цистоскопия, цистография (прямой и боковой). С целью выявления степени вторичного морфологического изменения верхней мочевыделительной системы, проводили бактериологическое и доплерографическое исследование. В трудных случаях проведен МРТ и КТ с контрастированием мочевыделительной системы.

Решающим методом диагностики дивертикула мочевого пузыря являются цистоскопия и цистография (прямые и боковые проекции), которые позволяют определить дивертикул мочевого пузыря, а также состояние устья мочеточника.

Ведущим рентгено-контрастным признаком дивертикула мочевого пузыря является дефект или дополнительная полость на цистограмме, которая является сообщающей в мочевой пузырь. Применение УЗИ, МРТ, КТ с контрастированием повышает качество диагностики дивертикула мочевого пузыря. При диагностической цистоскопии выявляется полость с боковой и задней стенкой мочевого пузыря, которая сообщается с мочевым пузырем.

Выводы. Таким образом, в диагностике дивертикула мочевого пузыря применение УЗИ и МРТ миниинвазивной и современной технологии, наряду с традиционными методами диагностики данного порока, является весьма эффективной.

В определенных условиях цистоскопия может заменить применение внутривенной урографии, томографии и цистографии.

Евсеева А.П., Сайфидинов С.М.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ЖИТЕЛЕЙ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Кафедра факультетской хирургии ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»

Научный руководитель: д-р. мед. наук, проф. С.Н. Стяжкина

Результаты клинических наблюдений, опубликованные в зарубежной и отечественной литературе, указывают на то, что в последние 45-50 лет заболеваемость ЖКБ за каждые 10 лет удваивается. В мире по поводу этого заболевания ежегодно оперируют 2,5 млн человек, в России — более 60 тыс.

Цель исследования: Проанализировать истории болезни пациентов с диагнозом ЖКБ с учетом пола, возраста и клинической картины.

Задачи: Изучить истории болезни пациентов с основным диагнозом ЖКБ за период с 01.01.2020г. по 31.12.2020г., находящихся на стационарном лечении в хирургическом отделении 1РКБ города Ижевска, поступивших с различных районов Удмуртской Республики; определить количественное соотношение мужчин и женщин, средний возраст пациентов, оценить характер клинического течения, выявить наиболее частые осложнения у исследуемых пациентов.

Материалы и методы. Нами проанализировано 136 историй болезни с основным диагнозом ЖКБ. Среди исследуемых: мужчин – 24, женщин – 111 человек. Все пациенты в возрасте от 19 до 86 лет.

Полученные результаты. В данном исследовании женщины составили 81,6% (111 человек), средний возраст которых 56 лет; мужчины – 18,4% (25 человек), средний возраст 56 лет.

В структуре заболеваний ЖКБ ведущим является хронический калькулезный холецистит – 84% (114). Реже встречается острый калькулезный холецистит – 15% (20), в том числе флегмонозный калькулезный холецистит составляет 30% (6). Бескаменный холецистит составил 1% (2).

У 32% больных имелись осложнения, среди которых ведущими являлись механическая желтуха (34%), холедохолитиаз (26%), реактивный панкреатит (12%), гнойный холангит (9%), эмпиема желчного пузыря (9%), водянка желчного пузыря (6%). По 1% составили острый, также хронический билиарный панкреатит, местный перитонит и папиллостеноз.

Наиболее часто пациенты предъявляли жалобы на боли в правом подреберье (42%), тошноту и рвоту (25%), боли в правом подреберье и эпигастрии (9,5%), изжогу (6%). Реже на боли в эпигастрии (4%), горечь во рту (4%), кожный зуд (3%). По 2% составили жалобы на отрыжку и сухость во рту, по 1% – иррадиирующие боли в поясничную область и увеличение температуры тела. 0,5% пациентов жалоб не предъявляли. Всего оперировано 86% пациентов, лапароскопическая холецистэктомия составила 95%, лапаротомическая – 5%.

Вывод. Исходя из полученных результатов можно сделать вывод о том, что чаще ЖКБ страдают женщины, соотношение мужчин и женщин составило 1:4. У части больных (32%) имелись осложнения, из которых наиболее частое – механическая желтуха (34%). Ведущий метод оперативного лечения – лапароскопическая холецистэктомия (95%).

Елфимова А.Д., Нуриева А.И., Эмирбекова А.Р.
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ В
УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Кафедра факультетской хирургии ФГБОУ ВО ИГМА. Ижевск.
Научный руководитель – д.м.н. Стяжкина С.Н.

Цель исследования: Изучить и проанализировать клиническую картину и хирургическое лечение эхинококкоза печени в Удмуртской Республике.

Материалы и методы: клинический случай, история болезни пациента, учебная литература.

Результаты исследования: Эхинококкоз – хроническое паразитарное заболевание, поражающее животных и человека, вызываемое цепнем *Echinococcus granulosus* (эхинококк), характеризующееся поражением внутренних органов, чаще печени и легких, с образованием эхинококковых кист и развитием серьезных нарушений функций пораженных органов.

14.02.23 года в хирургическое отделение РКБ города Ижевск поступил пациент Э., 57 лет, с диагнозом: Эхинококкоз печени неуточненный.

Пациент считает себя больным с декабря 2022 года, когда была обнаружена киста в печени.

Обращался в поликлинику по поводу боли в плече, больше жалоб не предъявлял

Были проведены УЗИ печени, КТ. Был направлен к инфекционисту, в ходе данных исследований был обнаружен эхинококкоз печени.

24.01.23 на КТ органов брюшной полости обнаружены признаки эхинококковой кисты в S7,8 печени. Киста в S4 печени. Дисхолия. Кортикальная киста левой почки по Bosniak 1.

08.02.23 на УЗИ органов брюшной полости: Печень увеличена. Левая доля 80 мм. Правая доля 145 мм. Контуры ровные, четкие. Правая доля выходит из под края реберной дуги лежа на 2 см, стоя – на 5 см. Диаметр нижней полой вены 10 мм. Общий желчный проток не расширен – 5 мм, осмотрен на протяжении 4 см. Эхогенность паренхимы незначительно повышена.

На границе VII-VIII сегментов правой доли лоцируется смешанной эхогенности образование округлой формы, 42*27*32 мм, с неровными, четкими контурами, с неоднородной структурой за счет внутренних перегородок, с признаками жидкостного содержимого в виде кистозных включений, с гипоехогенным “ободком”.

Ближе к области ворот лоцируется анаэхогенное образование неправильной формы, р-ми 9*5 мм, с неровными контурами, неоднородное, с признаками жидкостного содержимого.

После проведения всех исследований, было решено провести плановое оперативное вмешательство по поводу эхинококкоза печени: лапаротомию, резекцию печени.

5.02.23 – была проведена операция – атипичная резекция VII сегмента печени. Состояние после операции тяжелое.

Выводы: По результатам анализа клинического случая эхинококкоза печени стоит отметить важность основных мер профилактики, которые заключаются в недопущении тесного контакта с животными и соблюдении гигиенических норм.

Ёфтов С.Р., Махмадалиев С.Ш., Мираков Б.Т.
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ
БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н. Курбанов С.Х.

Цель исследования. Изучить результаты лечения больных преклонного возраста с переломом шейки бедренной кости при тотальном эндопротезировании тазобедренного сустава.

Материалы и методы. В период с 2015 по 2021 г. в клинике кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино находилось на лечении 68 пациентов с переломами шейки бедренной кости. Возраст больных колебался от 60 до 81 года. Всем 68 больным выполнено первичное тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава.

В предоперационном периоде больным проводилось всестороннее клиническое обследование. Операции выполнялись под спинальным обезболиванием.

В течение первых суток операция выполнена у 14 больных, на 2-3 сутки – у 29, спустя 3-суток у 25. Операции выполнялись из передненаружного доступа по Хардингу.

В послеоперационном периоде на 2–3 сутки больных активизировали в пределах постели. С 3 суток обучали передвижению с помощью костылей или ходунков. Срок постельного режима – 5–7 суток. Срок стационарного лечения

составил 12 ± 2 дней.

Результаты и обсуждение. Больные, оперированные в первые сутки после травмы, адаптировались в ходьбе и самообслуживании к 8-10 суткам. У больных оперированных позже 3 суток адаптация наступала к 14-16 суткам.

Проведён анализ результатов оперативного лечения у 68 пациентов в сроки от 6 мес. до 5 лет. Клиническая оценка результатов лечения проводилась по шкале Харриса для тазобедренного сустава (1969). Хорошие и отличные результаты (более 80 баллов) отмечены у 47 пациентов, удовлетворительные (70-79 баллов) - у 20 и неудовлетворительные результаты - у 1 (менее 70 баллов). Неудовлетворительные результаты развились вследствие возрастного остеопороза и несоблюдения послеоперационного режима - рано начатая нагрузка на оперированную ногу.

Эндопротезирование тазобедренного сустава у больных преклонного возраста является высокоэффективным методом, предупреждающим инвалидизацию больных и летальные исходы. Принципиальным моментом в послеоперационном периоде является ранняя активизация больного.

Выводы. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава, выполненное в ранние сроки с момента травмы, оптимально – в первые сутки, что позволяет быстрее активизировать пострадавших, уменьшить процент летальности и адаптировать больных к самостоятельной и активной жизни на достаточно длительный период.

Жаксылык А.Т., Мусуртаев З.З., Рустамов А.А.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

НАО «Медицинский Университет Караганды» Казахстан

Кафедра онкологии и лучевой диагностики

Научный руководитель – м.м.н., Жолдыбаева Г.А.

Цель. Разработать систему мониторинга и создать алгоритм лучевой диагностики злокачественных опухолей печени методом компьютерной томографии (КТ)

Материалы и методы. Обследовано 40 пациентов в возрасте 42-77 лет с гистологически подтверждённым диагнозом рак почки. Из них: женщин было – 24 (60%), в возрасте 42-75 лет, мужчин – 16(40%), в возрасте 44-77 лет. Всем пациентам была выполнена КТ с внутривенным болюсным введением контрастного вещества (КВ).

Результат. В нашем исследовании гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) установлен у 32(80%), реже встречались холангиокарцинома и гепатобластома. Сопутствующие заболевания цирроз печени – у 16(40%), хронические гепатиты (В,С) – у 10(25%). Локализация опухоли: чаще в правой доле печени – 28(70%), по сегментам: S8 – 12(30%), S5 – 10(25%), S4 – 8(20%), S3 – 4(10%). Преобладал размер опухоли ≤ 4 см – у 12(30%) пациентов, 4- 7 см – у 18(45%), > 7 см – у 8(20%), редко ≤ 2 см – 2(5%) пациента. Форма опухоли была неправильная у 22(55%), округлая – у 18(45%). Контур опухоли: неровный у 28(70%), нечеткий у 24(60%), четкий у 14(35%), ровный у 2(5%). Неоднородное накопление КВ в артериальную и венозную фазы отмечено у 30(75%), в экскреторную фазу – у 28(70%); однородное накопление КВ – у 6(15%); у 2(5%) пациента опухоль не накапливала КВ по причине тотального некроза. Неоднородность накопления КВ была обусловлена высокой частотой встречаемости участков некроза в опухолях (75%): чаще встречалась центральная зона некроза – у 16(40%), смешанная – 12(30%), зона некроза отсутствовала у 12(30%). Максимальное накопление КВ в артериальную фазу отмечено у 36(90%), в венозную – у 2(5%), в экскреторную – у 2(5%). Региональные метастазы чаще отсутствовали – 16(40%). Обнаружены отдаленные метастазы – у 20(50%), отсутствовали – у 20(50%). Метастазы в одном лимфоузле обнаружены у 18(45%), более чем в одном лимфоузле – у 12(30%). По стадиям заболевания пациенты распределялись: I стадия 15(37,5%), II стадия – 6(15%), III стадия – 9(22,5%), IV стадия – 10(25%),

Общие выводы. Компьютерная томография позволяет уточнить локализацию и размер опухоли, наличие метастазов, состояние окружающих тканей, что помогает выбрать оптимальную тактику лечения. Возможности КТ в дифференциальной диагностике гистологических форм опухолей печени всё активнее изучаются в последние годы, но методики до конца не сформированы. Планируется продолжить изучение особенностей КТ контрастирования различных гистологических форм опухолей печени, особенно, на ранних стадиях заболевания, до появления некроза.

Закирова И.И.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОПУХОЛЯМИ СОСУДИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛАЗА ПО ДАННЫМ ОРЕНБУРГСКОГО ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОМС ЗА 2021 Г.

Кафедра офтальмологии ФГБОУ ВО «ОрГМУ» Минздрава России

Научный руководитель: д.м.н., доцент Апрельев А.Е.

Цель. Провести анализ данных пациентов с новообразованиями сосудистой оболочки глаза в Оренбургской области за 2021 год.

Материал и методы.

Отобраны данные пациентов с опухолями сосудистой оболочки глаза за 2021 год, проведен их ретроспективный анализ. Использовалась обезличенная информация, предоставленная Оренбургским территориальным фондом обязательного медицинского страхования (ОМС) о поле, дате рождения, датах лечения, кодах МКБ случаев, методах лечения, условиях оказания медицинской помощи, об исходах и результатах оказания помощи, а также о стоимости случая. Данные представлены в виде абсолютных и относительных величин (%).

Результаты.

1. Из 1928 случаев лечения пациентов с новообразованиями глаза и его придаточного аппарата в Оренбургской области за 2021 год 470 (24%) оказались случаями с опухолями сосудистой оболочки глаза.

2. В структуре заболеваемости по полу преобладали лица женского пола – 71% (333 случая), а по возрастам – лица старше 60 лет (53%, 249 случаев).

3. По гистологии преобладали случаи лечения доброкачественных новообразований сосудистой оболочки – 69% (326 случаев).

3. В структуре исходов среди случаев лечения злокачественных опухолей преобладает исход «без перемен» (81% случаев), также как и среди доброкачественных – 78% случаев.

4. К стационарным условиям оказания медицинской помощи относилось 1,5% случаев, при этом в 85% проводилось хирургическое лечение, исходом которого являлось «улучшение» (в 100% случаев).

5. Сравнение стационарных случаев по методам лечения и соответствующей им стоимости показало, что самый дешевый случай хирургического лечения (19036,31 руб.) оказывается почти в четыре раза дороже случаев с применением неспецифической терапии (5669,79 руб.), а самый дорогой случай хирургического лечения – почти в 9 раз (50843,82 руб.).

Выводы.

Сегодня новообразования сосудистой оболочки глаза, особенно опухоли цилиарного тела и хориоидеи остаются достаточно серьезной проблемой в офтальмологии ввиду невозможности их осмотра без использования специальных методов обследования. Это приводит к несвоевременной их диагностике, повышению опасности метастазирования. Именно поэтому необходимо уделять более пристальное внимание таким группам риска, как лица женского пола и лица старше 60 лет для своевременного выявления и лечения у них новообразований сосудистой оболочки глаза.

Зиёзода М., Курбанова Р.С.

ЗНАЧИМОСТЬ ОКТ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА И СЕТЧАТКИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАРЧЕСКОЙ ЗРЕЛОЙ КАТАРАКТОЙ

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

Клиника «Асан», Таджикистан.

Научный руководитель – старший преподаватель Халимова З.С.

Цель исследования. Исследовать значимость оптической когерентной томографии (ОКТ) зрительного нерва и сетчатки в предоперационной подготовке к факэмульсификации катаракты с имплантацией искусственного хрусталика и предварительном прогнозе качества остроты зрения, у пациентов со старческой зрелой катарактой.

Материал и методы. Нами было исследовано 52 пациента (57 глаз) в возрасте от 48 до 71 года с односторонней и двусторонней старческой зрелой катарактой (плотность по Буррато 3) находящихся на стадии предоперационной подготовки к факэмульсификации катаракты с имплантацией искусственного хрусталика. У всех пациентов глазное дно не просматривалось даже при максимальной циклоплегии (медикаментозном расширении зрачка). Острота зрения в среднем составила движение руки у лица. Внутриглазное давление в среднем составило 22 ± 1 мм рт.ст. (по Маклакову). Всем пациентам была проведена оптическая когерентная томография сетчатки и зрительного нерва на оптическом когерентном томографе Aposamy.

Результаты исследования. У 38 (38 глаз) пациентов архитектура сетчатки в макулярной области не была изменена, отека, кровоизлияний не наблюдалось, слой нервных волокон не был истончен. У всех 38 пациентов после проведенного хирургического вмешательства острота зрения составила в среднем 1.0. У 7 (10 глаз) пациентов была обнаружена сухая форма возрастной макулярной дегенерации (ВМД), все были оповещены о возможной относительно низкой остроте зрения после хирургического вмешательства. У двоих (2 глаза) - влажная форма ВМД – пациентам была отменена хирургия катаракты и рекомендована соответствующая терапия. У четырех пациентов (5 глаз) было обнаружено истончение слоя нервных волокон (по итогу диагностирована глаукома низкого давления – в послеоперационном периоде пациенты были направлены в Республиканский глаукомный диспансер для постановки на учет). У 1 пациента выявлено двустороннее значительное истончение слоя нервных волокон (после проведенной МРТ головного мозга обнаружена аденома гипофиза – пациент направлен на лечение к онкологу).

Выводы. При выраженном помутнении и уплотнении хрусталика, освещение щелевой лампы и офтальмоскопа не позволяет просмотреть состояние зрительного нерва и сетчатки. Проведенное исследование показало, что инфракрасное излучение оптического когерентного томографа может проникать до заднего отрезка глаза, даже через выраженные помутнения хрусталика и выявлять грубые изменения макулярной области и слоя нервных волокон зрительного нерва. Данные ОКТ позволили правильно оценить ожидаемую остроту зрения, а в ряде случаев перенести хирургическое вмешательство до стабилизации процесса.

Зокиров Р.А., Достиев У.А., Сафаров Н.Х.

ИДАРУБИЦИН В КАЧЕСТВЕ МОДИФИЦИРОВАННОГО РЕЖИМА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕХОДЖКИНСКОЙ ЛИМФОМой

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

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

Цель. Оптимизация режимов кондиционирования при аутологичной трансплантации костного мозга.

Материал и методы. В ретроспективное исследование были включены 12 пациентов с инвазивной В-клеточной НХЛ (18-65 лет), которые получали протокол IEAC (n = 5), и протокол конденсации BEAC (n = 7) в период с 2019 по 2020. Все пациенты получали 4-6 циклов стандартной химиотерапии, такой как (доксорубицин 50 мг / м²) или (доксорубицин 10 мг / м²-дневной инфузии × 96 ч, дни 1-4). К инвазивным В-клеточным пациентам с НХЛ относились

пациенты с диффузной крупноклеточной В-клеточной лимфомой и мантийно-клеточной лимфомой к факторам высокого риска и относились пациенты после 6 циклов стандартной индукционной терапии. Факторы высокого риска включали инфильтрацию центральной нервной системы (первичную и вторичную), В-клеточную лимфому высокой степени (исключая лимфому Беркитта), международный прогностический индекс (IPI) > 3 баллов. При трансплантации ожидалось, что у пациентов будет статус эффективности по Карнофски > 80, а также адекватная сердечная (EJF> или равная 50%), функция печени и легких и отсутствие инфекционного процесса. Пациентов лечили по схеме протокола BEAC, состоящей из кармустина (BCNU, 300 мг / м² в день – 6), этопозида (100 мг / м² каждые 12 ч в дни с 5 по 2), цитарабина (200 мг / м² каждые 12 ч в дни с 5 по 2), и циклофосфамидом (1,5 г / м² в дни от 5 до 2) или режим кондиционирования IEAC замена BCNU идарубицином (8 мг / м² в дни от 9 до 7). Более 2 × 10⁶/кг CD34 + клеток вводили пациентам после режима кондиционирования. Существенной разницы в количестве введенных CD34 + клеток между двумя группами не определялось. В качестве поддерживающей терапии использовали урсодиол, ацикловир, флуконазол и моксифлоксацин. Ни один пациент не получал консолидирующую лучевую терапию после трансплантации. Ритуксимаб (375 мг / м², каждые три месяца) назначался всем пациентам в качестве поддерживающей терапии в течение двух лет.

Результаты. Средний возраст составил 39,5 лет (от 28 до 60 лет), соотношение мужчин и женщин составило 1,32: 1. На основании оценки индекса IPI пациенты были разделены на группу 0-2 балла (n = 50, 69,4%) и группу 3-5 баллов (n = 22, 30,6%). Согласно системе стадирования AnnArbor, у 45,8% пациентов была стадия I–II и у 54,2% пациентов была стадия III–IV. Все пациенты были с первичной лимфомой высокого риска, достигшими стадии CR или PR после 4 или 6 циклов химиотерапии, исключая рецидив заболевания. После 4 циклов пациенты, достигшие стадии CR, подверглись аутологичной трансплантации, в то время как пациенты, не достигшие CR, продолжали лечение в течение 2 циклов, а затем подверглись аутологичной трансплантации. У всех пациентов было достигнуто полное приживление гемопоэтических клеток. Среднее время до приживления нейтрофилов (> 500 / мм³) не показало существенной разницы между группами с протоколами IEAC и BEAC (11 против 12 дней, P = 0,23). Среднее время приживления тромбоцитов составило 19,5 дней (диапазон 13-35 дней) в группе IEAC и 20 дней (диапазон 13-32 дня) в группе BEAC, по-прежнему не показывая различий (P = 0,53). Наиболее частыми сопутствующими нежелательными явлениями, наблюдаемыми у всех пациентов, были фебрильная нейтропения (3-4 степени, 70,8%), тошнота и рвота (3-4 степени, 48,6%), мукозит полости рта (3-4 степени, 11%), сердечная токсичность (1-2 степени, 6,9%), вено-окклюзионная болезнь /синдрома синусоидальной обструкции (VOD / SOS, 1-2-я степень, 4,2%) и побочных реакций со стороны центральной нервной системы (ЦНС) (1-2-я степень, 4,2%).

Выводы. Идарубицин можно использовать в качестве альтернативы, пока не увеличивается частота токсичности и не продлевается среднее время приживления гемопоэтических клеток. Идарубицин безопасен и эффективен при различных гистологических типах лимфомы, и поэтому его можно применять.

Зокиров Р.А., Достиев У.А., Сафаров Н.Х.
РОЛЬ CD34 +-КЛЕТОК ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПЕРЕД ЗАБОРОМ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК С ПОМОЩЬЮ ЛЕЙКАФЕРЕЗА

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Исмоилзода С.С.

Цель исследования. Улучшение результатов аутотрансплантации костного мозга путем выявления CD34 + клеток периферической крови перед забором стволовых клеток с помощью лейкофереза.

Материал и методы. Ретроспективно были проанализированы 29 последовательных процедур лейкофереза, выполненных в отделении трансплантации костного мозга Национального научного центра трансплантации органов и тканей человека МЗ и СЗН РТ. Было проведено ретроспективное сравнение двух различных методов, используемых для расчета коэффициента сепарации, и анализ некоторых факторов, которые могут повлиять на это. Различные параметры, которые способствуют прогнозированию и достижению выхода CD34 + клеток. Была проведена мобилизация с помощью гемопоэтического гранулоцитарногоколониестимулирующего фактора (G-CSF с 10 мкг / кг, разделенных на две дозы, вводимых подкожно. Клетки собирали на 5-й день мобилизации.

Результаты. Процент CD34 +-клеток был выше при аферезе по сравнению с образцами периферической крови (0,15% против 0,03% соответственно; р-значение <0,001). Соответственно, среднее общее количество лейкоцитов также было выше при аферезе по сравнению с образцами периферической крови (155 794 / мкл против 35 563 / мкл соответственно; р-значение <0,001). Это доказывает способность системы афереза центрифугировать и концентрировать охристую оболочку пациента. Обнаружена умеренная положительная корреляция между CD34 +-клетками / мкл из периферической крови и общим количеством CD34 +-клеток / кг массы тела / процедура (r = 0,596; р-значение <0,001). В попытке проанализировать чувствительность, была оценена устойчивость этой ассоциации при стратификации данных по различным исходным характеристикам; эта корреляция оставалась значимой (р-значение <0,01) для подгрупп пола, диагноза и режима мобилизации. Для оценки различных возможных предикторов результатов сбора был использован подход с использованием многомерной модели. Поэтапно были собраны одномерные модели, чтобы исключить переменные, которые не были значимыми, учитывая значение р <0,2. Единственным предиктором, который сохранялся при этом поэтапном исключении, было количество CD34 + клеток (р-значение <0,001), и, согласно уравнению регрессии, каждое увеличение на пять клеток / мкл приводило к среднему увеличению на 0,38×10⁶ CD34 + клеток / кг массы тела / за процедуру.

Выводы. Таким образом, подсчет клеток-предшественников периферической крови CD34 + следует систематически использовать для руководства забором стволовых клеток с помощью лейкофереза. Эта переменная надежно предсказывала конечный выход стволовых клеток. Эта стратегия привела к увеличению успешности сбора

афереза, что сделало эту процедуру более эффективной, снизило затраты и, следовательно, избавило пациентов от дополнительных процедур.

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

ВОССТАНОВЛЕНИЕ КРОВЕТВОРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АУТОЛОГИЧНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК

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

Научный руководитель – к.м.н. Гулшанова С.Ф.

Цель исследования. Анализ факторов, влияющих на качество трансплантации посредством восстановления кроветворения у пациентов с аутологичной трансплантацией гемопоэтических стволовых клеток периферической крови.

Материал и методы. Были проанализированы 29 последовательных процедур лейкафереза, выполненных в отделении трансплантации костного мозга, Национального научного центра трансплантации органов и тканей человека МЗ и СЗН РТ. Было проведено ретроспективное сравнение двух различных методов, используемых для расчета коэффициента сепарации, и анализ некоторых факторов, которые могут повлиять на это.

Мобилизацию ГСК проводят с помощью гранулоцитарного колониестимулирующего фактора (G-CSF) 10 мкг/кг/день (в качестве единой мобилизующей стратегии) или в комбинации G-CSF + химиотерапия в зависимости от диагноза и статуса заболевания. Сбор ГСК проводили методом афереза с помощью клеточного сепаратора Spectra Optia обрабатывая 2-2,5 общих объема крови. Минимальное количество ПСК, подлежащее сбору, составляло $\geq 2 \times 10^8$ /кг MNC и $\geq 2 \times 10^6$ /кг CD34+ клеток. Для поддержания уровня гемоглобина выше 8 г/дл и количества тромбоцитов выше 10×10^9 /л вводили отфильтрованные препараты крови.

Результаты. Среднее количество трансплантированных ПСК и CD34+ клеток у пациентов составило $2,86 \pm 1,18$ (диапазон 0,9-5,8) и $2,62 \pm 1,04$ (диапазон 0,9-5,5). Среднее количество трансплантированных МСК и CD34+ клеток у пациентов с лимфомой составило $3,18 \pm 1,07$ (диапазон 0,8-5,6) и $2,99 \pm 0,94$ (диапазон 0,7-5,0) соответственно. Среднее количество трансплантированных мононуклеаров и CD34+ клеток у пациентов с множественной миеломой составило $3,23 \pm 1,16$ (диапазон 1,0-6,2) и $2,95 \pm 1,18$ (диапазон 0,9-5,9). Не было статистически значимой разницы в количестве трансплантированных мононуклеаров и CD34+ клеток между аутологичными пациентами с ОМЛ, лимфомой и лимфомой при $p > 0,05$ ($F = 0,785031$, $p = 0,459309$; $F = 1,059888$; $p = 0,350925$).

Приживление нейтрофилов ($> 0,5 \times 10,9$ / л) произошло в среднем на $12,8 \pm 3,2$ дня (медиана 12) у пациентов с ОМЛ (диапазон 7-22); в среднем на $12,1 \pm 4,8$ дня (медиана 11) у пациентов с лимфомой (диапазон 7-25) и $12,2 \pm 2,7$ (медиана 11) с диапазоном 8-19 у пациентов с множественной миеломой. Не было статистически значимой разницы во времени приживления нейтрофилов. Приживление тромбоцитов ($Plt > 20 \times 10^9$ / л) произошло в среднем на $15,8 \pm 5,7$ дня (медиана 14,5) у пациентов с ОМЛ (диапазон 7-29); в среднем на $15,3 \pm 7,5$ дня (медиана 13) у пациентов с лимфомой (диапазон 8-38) и $14,2 \pm 5,0$ (медиана 12,5) с диапазоном 7-32 у пациентов с множественной миеломой. Не было статистически значимой разницы во времени приживления тромбоцитов между пациентами ($p = 0,588418$). Анализ независимых переменных показал, что пол (Бета = 0,552950, $p = 0,013877$), количество пересаженных МНК (Бета = 0,707462, $p = 0,015873$), количество пересаженных CD34+ клеток (Бета = 0,779065, $p = 0,008193$) и поддержка переливания случайными донорскими тромбоцитами (Бета = 0,552950, $p = 0,005134$) оказал значительное влияние на приживление нейтрофилов у пациентов с аутологичной трансплантацией с ОМЛ.

Выводы. В нашем исследовании донорское переливание тромбоцитов было одним из факторов, оказавших наибольшее влияние на восстановление нейтрофилов у пациентов с аутологичной трансплантацией, а также на восстановление тромбоцитов у пациентов с аутологичной трансплантацией с, что подразумевает, что трансфузионная поддержка с использованием компонентов крови необходима для эффективной ТГСК и быстрого гемопоэтического восстановления.

Зухурова Ш., Давлятова М.Ф.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ SARS-CoV-2 ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Кафедра акушерства и гинекологии №2, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Цель. Оценить клиническое значение факторов, предрасполагающих к реализации тяжелых форм вирусной инфекции SARS-CoV-2 во время беременности.

Материал и методы исследования. Было обследовано 240 беременных женщин с проявлениями острых респираторных заболеваний. Всем беременным проводились общеклинические, акушерские и клинико-лабораторные методы исследования (общий анализ крови, мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма, ПЦР – метод диагностики для верификации SARS-CoV-2). Для подтверждения диагноза «внебольничная пневмония» проводилась обзорная рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях, либо компьютерная томография.

Результаты. Наиболее часто тяжелые формы коронавирусной инфекции диагностировались в возрастных группах беременных 20-29 лет (34,3%) и 30-39 лет (51,4%), у беременных, проживавших в городских условиях (82,9%), у беременных с низким уровнем образованности (85,7%), у беременных с высоким индексом экстрагенитальной патологии (100%), у беременных третьего триместра беременности (67,7%).

Вывод. Возрастная зависимость пика заболеваемости тяжелых форм SARS-CoV-2 пришлась на категорию беременных от 20 до 39 лет; особенности выявленных социально-средовых и социально-биологических характеристик беременных являются факторами предрасположения; возникновению тяжелых форм коронавирусной пневмонии

способствует отягощенный преморбидный и морбидный фон беременных; на частоту и тяжесть течения SARS-CoV-2 влияет триместр гестации.

Зыкина С.А.

ВЫБОР ВИДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ

Кафедра хирургических болезней детского возраста ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Шкляев П.О.

Цель исследования. Изучить виды анестезии при различных методах хирургического лечения паховых грыж у детей.

Материалы и методы. В хирургическом отделении РДКБ г. Ижевск за 2022 год находились на лечении 2555 детей, из них 276(10,8%) были с паховыми грыжами. Чаще всего оперативное вмешательство проводили методом грыжесечения по Дюамелю 255(92,4%), реже операции проводили методом лапароскопической герниорафии 10(3,6%) и грыжесечением по PIRS 11(4%).

Результаты исследования. При грыжесечении чаще использовали метод сбалансированной анестезии 110(43%), чем ингаляционной 59(23%) и сочетанной 86(34%). При лапароскопической герниорафии применяли два вида анестезии - сбалансированную 6(60%) и комбинированную с ИВЛ 4(40%). При грыжесечении по PIRS преобладала комбинированная с ИВЛ 7(64%) над сбалансированной 4(36%). Сбалансированную анестезию осуществляли сочетанием атропина и фентанила 77(64%), ингаляционную - 74%(44) фторотаном, 26%(15) севофлураном. Сочетанную проводили при помощи севофлурана, комбинированную – севофлураном и фентанилом.

Премедикацию при грыжесечении осуществляли внутримышечно 106(42%), 149 операций (58%) были проведены без премедикации. При проведении лапароскопической герниопластики премедикацию проводили внутримышечно 5(50%), без премедикации 5(50%). Операции при грыжесечении по методике PIRS выполняли с использованием внутримышечной премедикации 8(73%), без премедикации 3(27%).

Выводы. Таким образом, при выборе анестезии решающее значение имеет методика хирургического лечения. Чаще всего хирургическое вмешательство проводили под сбалансированной анестезией, сочетающей в себе внутривенные и ингаляционные анестетики.

Иванова Д. М.

ИССЛЕДОВАНИЕ НА ПРЕДМЕТ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К НОВООБРАЗОВАНИЯМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Научный руководитель – к.м.н., доцент Фатхутдинов И. М.
Кафедра хирургии, акушерства и гинекологии, КФУ, ИФМиБ

Цели. Выявить лица с предрасположенностью к новообразованиям мочевого пузыря. Дать рекомендации по поводу проведения первичных диагностических мероприятий лицам с высоким риском новообразований мочевого пузыря для недопущения прогрессирования онкологического процесса. Получить обратную связь и проанализировать результаты.

Материалы и методы. За основу взята анкета-опросник, разработанная на кафедре эндоскопии, общей и эндоскопической хирургии КГМА, которая была несколько модернизирована. Рассылка и обратная связь осуществлялась через социальные сети.

Результат. В опроснике приняли участие 143 человека разного пола и возрастной категории, 47 из которых оказались в группе риска, что составило 32,8%. Данным лицам были направлены рекомендации для проведения первичной диагностики, а именно: ультразвуковое исследование мочевого пузыря, общий анализ мочи и цитологическое исследование осадка мочи с посещением врача-уролога. С целью сохранения конфиденциальности, у опрошенных была возможность не оставлять контакт для обратной связи, как следствие, только от 10 человек был получен ответ с утверждением о дальнейших обследованиях. Примечательно, что среди людей из группы риска у 31,9% в анамнезе присутствует ВПЧ, что тоже является потенциальной причиной для развития новообразований.

Вывод. В дальнейшем планируется расширить опрашиваемый круг людей и поддерживать контакт с людьми, давшими ответ, для получения более достоверной информации. Поскольку рак мочевого пузыря является актуальной проблемой, есть необходимость сделать данное тестирование доступным для населения с целью предупреждения роста онкозаболеваний.

Ильин Е.В., Салах Мохаммед А.С., Асаев И.В.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра госпитальной хирургии с курсами травматологии и ортопедии, офтальмологии, Национальный исследовательский Мордовский государственный университет имени Н.П.Огарёва,
г. Саранск, Россия

Научный руководитель к.м.н., доцент Давыдкин В.И.

Цель – улучшение результатов лечения больных с кистами печени и поджелудочной железы путем применения миниинвазивных вмешательств под УЗ-навигацией.

Материал и методы. С 2018 по 2022 г. в клинике госпитальной хирургии проведены свыше 1000 ультразвуковых исследований по выявлению объемных образований брюшной полости. Объемные образования установлены и верифицированы у 139 больных, из которых 105 (75,5%) составили больные с опухолями и абсцессами брюшной полости и 34 (24,5%) – пациенты с кистозными образованиями. Больные с кистозными образованиями брюшной полости, которым были показаны миниинвазивные вмешательства, были разделены на 2 группы. В I группу вошли 13 больных (38,2 %) с кистами печени, II группу – 21 (61,8 %) больных с кистами поджелудочной железы.

Вмешательства (чрескожное дренирование кист или сочетание пункции с дренированием) под контролем ультразвукового сканирования выполнялись под местной анестезией, на ультразвуковом аппарате Toshiba Aplio 400 в режиме реального времени.

Результаты. После получения информации о локализации кисты, ее размеров, природы и топографии производилась чрескожная пункция с одновременной склерозирующей терапией 96 % раствором этанола или дренирование. Пункция и дренирование кисты печени проведены в 9 (26,5%) случаях при кистах размером более 50 мм. У 2 (5,9%) больных с кистами печени (с размерами кист от 37 до 50 мм) вмешательства ограничивались пункцией, аспирацией содержимого и склерозирующей терапией.

Пункция и дренирование кист поджелудочной железы проведены в 19 (55,9%) случаях у больных с кистами (размером более 50 мм). У 3 (8,8%) пациентов с кистами поджелудочной железы меньшего размера вмешательства ограничивались пункцией, аспирацией содержимого и последующей склерозирующей терапией. Кистозная жидкость направлялась на цитологическое и биохимическое исследование. При этом выявлен высокий уровень амилазы. Послеоперационных осложнений не наблюдалось. Уже на следующий день при динамическом УЗИ у больных с кистами печени и поджелудочной железы отмечалось уменьшение размеров кист (на 80 – 90 % от исходного) и «сморщивание» стенок кисты.

Катетер удаляли, когда объем полости достигал 5 – 20 мл. Часть больных выписывалась с функционирующими дренажами для динамического наблюдения. Продолжительность дренирования колебалась от 14 до 20 дней. В 4 случаях использования одномоментной склерозирующей терапии при динамическом УЗИ в течение 1 – 1,5 мес с момента процедуры наступала облитерация полости кисты. В 1 случае при кисте поджелудочной железы размером 6 см в диаметре достичь полной облитерации не удалось. Пациентка она находится в течение 3-х лет под динамическим эхоскопическим контролем, увеличения размеров кисты нет (4,5 см). По-видимому, киста имеет сообщение с акцинарным протоком поджелудочной железы, без клинических проявлений.

Выводы. Преимуществом транскутанных вмешательств под УЗ-навигацией является возможность выполнения на фоне острого процесса с низким риском осложнений. При неэффективности транскутанных вмешательств возможно выполнение радикальной операции спустя 4 – 6 месяцев при завершении острого воспалительного процесса. Методика чрескожной пункции и дренирования под УЗ-навигацией является малотравматичным и эффективным способом лечения кист печени и поджелудочной железы.

Имомов Б.Д., Мавлонов М.А., Нозиллов С.К.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОТРАВЛЕНИЙ ЭТАНОЛОМ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА У ЛИЦ С ПАТОЛОГИЕЙ ПЕЧЕНИ

Цель исследования. Разработать критерии диагностики отравления этанолом в условиях жаркого климата по морфологическим изменениям печени в судебной практике.

Материал и методы. Были изучены биоптаты печени у 15 лиц умерших в период с 2017 по 2022 гг. Причиной смерти являлось алкогольное отравление в период с май по август месяцев, при температуре в среднем $30 \pm 3,5^{\circ}\text{C}$ в г. Душанбе. Мужчин было 12, женщин-3. Возраст составил от 29 до 64-лет. Аутопсию проводили в морге Республиканского центра судебно-медицинской экспертизы. Биоптаты фиксировали в парафин, срезы приготовили толщиной 5-7мкм, окраску провели гематоксилин-эозином и по Романовскому-Гимзе. Микропрепараты смотрели по световым микроскопом фирмы Olympus увеличение 40,100 и 400, с микрофотографированием.

Результаты и их обсуждение. На фоне имеющийся изменения печени в условиях жаркого климата, в виде жировой дистрофии печени, расширение синусоидов с отеком пространств Disse, также имели места морфологические изменения характерные для токсического действия этанола. Макроскопически печень была увеличена, бугристой поверхностью, желтоватого цвета. Микроскопически в первую очередь отмечали нарушение сохранности долькового и балочного строения печени, а при алкогольном циррозе печени полную перестройку архитектоники. При алкогольном гепатите наблюдались наличие септ, воспалительно-клеточная инфильтрация стромы, холестаз, внутريدольковые изменения в виде отека, плазморрагии, стазе эритроцитов, накопление лейкоцитов. При хронической алкогольной интоксикации на фоне воспалительно-клеточной инфильтрации, развивался портальный фиброз, желчные капилляры были расширены, наблюдался холестаз. Если смерть наступила от острого отравления алкоголем, то в биоптатах обнаружили незначительные расширение просвета синусоидов и перисинусоидных пространств, в просвете эритроциты и лейкоциты. В отличие от острого отравления, при хронической интоксикации отмечалось сужение просвета синусоидов. Наблюдался венозный стаз. При циррозе печени отмечали формирование ложных долек, развитие соединительной ткани в виде перивенулярного фиброза. Цитологическая картина также отличалась при острым и хроническом отравления этанолом. При стеатозе печени и при гепатитах отмечалось изменение окраски, незначительное изменение формы и размера гепатоцитов, при циррозе имело место зернистость, изменение ядер, внутриядерные включения, а также смешанная дистрофия и участки некроза.

Концентрация этанола зависела от патологического состояния печени. Наибольшая концентрация была при алкогольных гепатитах в моче- $5,22 \pm 0,31\%$, меньше в воротной вене - $4,50 \pm 0,35\%$, при алкогольном циррозе печени в моче - $2,1 \pm 0,84\%$, а в воротной вене концентрация этанола составила - $0,76 \pm 0,14\%$. Наоборот после прохождения

печени концентрация этанола в крови, в правых отделах сердца увеличилась и составила $5,02 \pm 0,31\%$ и $1,59 \pm 0,17\%$. Это говорит о том, что при циррозе печени этанол находился в стадии резорбции, когда концентрация этанола в организме еще не достигала наивысших значений.

Выводы. Таким образом, в условиях жаркого климата при смерти от интоксикации этанолом наряду с изменениями связанные с гипоксии печени наблюдается характерные изменения под воздействием этанола в зависимости от состояния печени. При остром отравления наблюдается незначительное расширение синусоидов и перисинусоидных пространств, при хроническом - сужение просвета синусоидов. Концентрация этанола больше выражена при алкогольных гепатитах, чем при циррозе печени.

Иноятзода Д.Н.

РАНАЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

¹Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. ²ГЦЗ №10 г. Душанбе.

Таджикистан

Цель исследования. Целью настоящей работы явилось предупреждение развития гнойных осложнений при синдроме диабетической стопы, на догоспитальном этапе.

Материал и методы исследования. В основу данного исследования положены результаты клинического наблюдения и лечения 183 больных с осложненными формами СДС, госпитализированных в Центр эндокринной и гнойно-септической хирургии, развернутый на базе хирургического отделения ГКБ №3 г. Душанбе. Среди них мужчин было 95 (51,9%), женщин – 88 (48,1%). Возраст больных колебался от 30 до 74 лет. Тип, тяжесть течения и стадия СД были определены согласно классификации ВОЗ (1985). СД 1-типа выявлен у 12 (6,5%), СД 2-го типа у 171 (93,5%), у 7-и (3,8%) больных СД был выявлен впервые. В анамнезе у 98% больных выявлены сопутствующие заболевания, среди которых преобладали гипертоническая болезнь - 76,1%, атеросклероз и ИБС - 73,5% и анемия разной степени тяжести у 78,7% пациентов.

Результаты исследования. Основными причинами госпитализаций больных и обращений за хирургической помощью были прогрессирующие трофические нарушения в тканях стопы, язвы, гнойно-воспалительные и некротические процессы, вплоть до гангрены пальцев или самой стопы и дистальных отделов нижней конечности. Больных, ранее перенесших хирургические вмешательства по поводу осложненной диабетической стопы, было 18 (9,2%), а получавших консервативное лечение - 6 (2,4%). Среди оперированных, наиболее часто за хирургической помощью обращались больные с поражением ипсилатеральной конечности (40,4%). Наиболее характерной для больных с осложненными формами СДС является проблема поздней госпитализации. В срок до 14 суток от начала заболевания поступили 64 (34,9%) больных, от 15 дней до одного месяца 74 (40,5%), более одного месяца 45 (24,1%) больных. Позднее обращение за госпитализацией привело к распространению гнойно-некротического процесса у 35 (19,1%) больных, которым были произведены высокие ампутации. В послеоперационном периоде, из них умерли 12 (34,2%) - больных. Остальным 148 (80,9%) больным произведены малые хирургические вмешательства. Общая летальность составила 8,2%. Основными причинами смерти больных были острая сердечнососудистая недостаточность и продолжающийся эндотоксикоз. Особое внимание уделяется профилактике развития гнойно-некротических процессов при СД на догоспитальном этапе. Привлечение семейных врачей и других специалистов (эндокринологи, хирурги, терапевты, невропатологи и др.) к профилактике гнойных осложнений обеспечивает комплексный подход к оказанию помощи пациентам с данной патологией на догоспитальном уровне, предотвращая условия для формирования гнойно-некротических процессов, что достигается нормогликемией, диетотерапией, обучением больных уходу за стопами, ногтями, правильному подбору и ношению обуви с ведением здорового образа жизни. Семейные врачи при выявлении больных не только с осложненными формами синдрома диабетической стопы, но и при обнаружении наличия диабетической стопы I степени, должны направлять больных в специализированные отделения для профилактического лечения.

Вывод. Таким образом, раннее выявление больных с синдромом диабетической стопы семейными врачами и проведение профилактического обучения уходу за стопами, с обеспечением оптимального метаболического контроля, обучение больных самоконтролю диабета и комплексная профилактика на догоспитальном этапе позволяют уменьшить частоту и сроки поздней госпитализации, что благотворно влияет на снижение количества ампутаций и снижение летальных исходов у больных с гнойно-некротическими поражениями стоп на фоне СД.

Исоев И. Ч.
ГЕМОРРОЙ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Саидов А.С.

Цель исследования. Выявить современные методы лечения геморроя.

Материал и методы исследования. Одним из первоначальных методов диагностики является пальцевое исследование и ректороманоскопия, аноскопия и осмотр ректальными зеркалами прямой кишки, которые позволяют оценить состояние и наличие очаговой патологии геморроя. Данные методики часто являются болезненными и не всегда позволяют определить границы и оценить характер содержимого объемных образований, выявить высокие патологические процессы пельвиоректального клетчаточного пространства. При выборе метода хирургического лечения ряд авторов предлагает ограничиться амбулаторным вскрытием.

Результат. Для улучшения результатов лечения ряд авторов предлагает в комплексном лечении больных с геморроем использовать методы физического воздействия. В настоящее время предложено большое количество

методов лечения послеоперационных ран промежности с использованием ультразвука, кислорода, раневого диализа, и многокомпонентных препаратов. Радикальная операция при геморрое должна быть четко обоснована; у пожилых больных с сопутствующей серьезной сердечнососудистой и другой органопатологией консервативное лечение диетой, свечами, разжижением стула дает длительный благоприятный эффект. У многих пожилых людей хронический кровоточащий геморрой сочетается со стойкой гипертонией, и небольшие, не анемизирующие геморроидальные кровотечения, могут быть для них бесполезны.

Вывод. Еще раз подчеркнем: начинать лечить, тем более оперировать, геморрой без предварительной колоноскопии нельзя. В патогенезе геморроя основную роль играет тромбоз особых, кавернозных вен (телец) прямой кишки, заполняющихся артериальной кровью. Геморрой можно делить на бессимптомную стадию, острую форму, кровоточащий геморрой без выпадения узлов и хронический кровоточащий геморрой с выпадением узлов. Традиционное консервативное лечение геморроя ныне дополнено склерозирующими инъекциями и трансанальным лигированием внутренних узлов. Радикальное хирургическое лечение состоит в иссечении трех внутренних узлов одним блоком с соответствующими наружными узлами. Лечение геморроя должно проводиться только после колоноскопии, чтобы не пропустить опухоли толстой кишки, случаи которых в последние годы резко участились, особенно у пожилых людей, часто страдающих геморроем.

Исаков З.Х., Абилов С.Б., Карабаев Х.К.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВОГО СЕПСИСА

Самаркандский Государственный медицинский университет,
Самаркандский филиал РНЦЭМП, Республика Узбекистан

Цель исследования. Оценить результаты хирургического лечения у тяжелообожженных с сепсисом.

Материал и методы. Проспективное контролируемое исследование вошло 42 пациента с обширными глубокими ожогами от 20 до 45% поверхности тела, в возрасте от 17 до 65 лет. Из них 25 больных составили основную группу с клинико-лабораторными признаками ожогового сепсиса, которым производилась ранняя хирургическая некрэктомия и свободная аутодермопластика. Другие 17 больных составили контрольную группу, которым аутодермопластика производилась на гранулирующую рану.

Одним из современных перспективных методов диагностики сепсиса является прокальцитониновый тест (РСТ). Наши исследования показали, что уровень РСТ более 2 нг/мл во всех случаях коррелирован с развитием клинической картины ожогового сепсиса, а у больных с уровнем РСТ более 10 нг/мл диагноз ожогового сепсиса был подтвержден также патоморфологически.

Основная (25) и контрольная (17) группа больных с ожоговым сепсисом получали комплексную интенсивную терапию включающую: восстановление адекватной гемодинамики, антибиотикотерапию, инфузионную терапию, вазопрессоры, инотропную терапию, препараты крови, нутритивную поддержку, кортикостероиды, активированный протеин С (Зигрис), иммунозаместительную терапию и парентеральную озонотерапию.

Результаты. В основной группе (25) на 5-7 день после травмы некрэктомия выполнена на площади от 5 до 10% поверхности тела и раневая поверхность закрыта «ксенодермой» (у 15) и «амниотической оболочкой» (у 10) на площади от 500 до 950 см². При этом кровопотеря после некрэктомии составила около 550-600 мл, что было компенсировано переливанием эритроцитарной массы. В дальнейшем, через 5-6 дней некрэктомия оставшейся площади с одномоментной аутодермопластикой расщепленным сетчатым лоскутом (1:2)

В послеоперационном периоде на 3-4 день у 19 больных в гемокультурах бактериемия отсутствовала. У всех больных после ранней некрэктомии (до 850 см²) с одномоментной аутопластикой (до 1050 см²), уровень РСТ снижался и не превышал 0,5 нг/мл, т.е. признаки сепсиса отсутствовали. Таким образом, РСТ-маркер сепсиса, РСТ>2 нг/мл чувствительность 89%, специфичность 94%.

В контрольной группе (17) произведена бескровная щадящая некрэктомия, после очищения ран, произведена аутодермопластика на гранулирующие раны (950-1050 см²). До и после операции были обнаружены гемокультуры с наличием роста. РСТ в течение 7-10 дней после операции находился в пределах от 2 нг/мл до 5 нг/мл, что свидетельствует о продолжающемся течении ожогового сепсиса.

Среди больных I группы летальность составила 20% (5 больных), во второй 41,2% (7 пациентов).

Вывод. Полученные данные подтверждают эффективность ранней некрэктомии и аутодермопластики глубоких ожоговых ран у пострадавших с ожоговым сепсисом.

Искандарова Ш.А., Норбобоева Ф.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ТОНКОГО И ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА

Профессор. Карабаев Х.К., асс. Умедов. Х.А.,
Самаркандский Государственный медицинский институт (ректор – проф. Ризаев Ж.А.)
Самаркандский филиал РНЦЭМП (директор – к.м.н. Янгиев Б.А.)

Цель работы выработать оптимальную тактику диагностики и лечения повреждений кишечника.

Материал и методы. За период с 2012 по 2022 годы в Самаркандском филиале РНЦЭМП оперировано 265 больных с различными повреждениями кишечника. Мужчин было 207 (78,1%), женщин – 58 (21,9%). У 145 (54,7%) больных имелось повреждение тонкой и толстой кишок, а у 120 (45,3%) – повреждения кишечника сочетались с травмой других органов брюшной полости.

Результаты. Правильный дооперационный диагноз повреждения кишечника или сочетанных повреждений кишечника и других органов брюшной полости был установлен у 207 (78,1%) из 265. В сомнительных случаях широко

пользовались лапароцентезом и лапароскопией, чувствительность которой составила 95-97%. Всех больных с повреждениями живота обязательно госпитализировали.

Предоперационная подготовка должна быть кратковременной (не более 1-2 часов) и интенсивной. У тяжелых больных с разлитым перитонитом она может продолжаться до 4-6 часов и должна быть направлена на восстановление макро- и микрогемодинамики. Однако при сочетанных повреждениях кишечника и печени или селезенки операция оказывается наиболее эффективным методом борьбы с шоком и перитонитом. Оперировали под комбинированной анестезией с искусственной вентилицией легких. Методом выбора считаем срединную лапаротомию. После лапаротомии особое внимание уделяем обследованию органов брюшной полости, проводя его в определенной последовательности. При наличии крови в брюшной полости, в первую очередь, находили источник кровотечения и останавливали его. Чаще всего повреждение кишки обнаруживали сразу. В 147 (55,5%) случаях повреждения тонкой кишки были множественными, поэтому хирурги не должны удовлетворяться находкой одного повреждения и тщательно осмотреть весь кишечник.

Ушивания места разрыва тонкой кишки выполнено у 236 (89,1%). Резекция поврежденного участка кишечника протяженностью от 30 см до 90 см сделана у 29 пациентов (10,9%). На заключительном этапе операции проводили тщательный туалет брюшной полости и назоинтестинальная интубация кишечника. Дренажи оставляли по показаниям. В послеоперационном периоде основное внимание уделяли профилактике и лечению перитонита.

Летальность составила 10,9% (29 сл.). Причиной смерти у больных были: множественные и сочетанные повреждения (черепа, груди), прогрессирующий перитонит в связи с поздним обращением и поздно начатым лечением, а также пневмония.

Выводы. Постоянный ретроспективный анализ результатов лечения, аутопсии и судебно-медицинских экспертиз позволит снизить летальность при травмах живота с повреждением кишечника.

Исматова Л.Х., Хомитова Н.Т., Сулейманова Ф.А.

ВОЗРАСТНЫЕ И РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННОЙ ГЛАУКОМЫ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

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

Детское глазное отделение ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш»

Научный руководитель – старший преподаватель кафедры Кадырова Н.А.

Цель исследования. Определить возрастные и региональные особенности врожденной глаукомы среди детей в Республике Таджикистан.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе детского глазного отделения ГУ Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш». Нами было проанализировано 79 историй болезни (158 глаз) пациентов с врожденной глаукомой, находящихся на стационарном лечении за период с января 2020 по январь 2022 гг. Всем пациентам были произведены стандартные клиничко-лабораторные и офтальмологические методы исследования: визометрия, кератометрия, офтальмоскопия, тонометрия, томография, биомикроскопия, и эхография. Все пациенты были прооперированы в условиях отделения.

Результаты исследования. Из 79 пациентов - 34 пациентки составили девочки (43%) и 45- мальчики (57%). Пациенты были разделены на 3 возрастные группы. В первую группу вошли пациенты в возрасте от 0 до 3 лет - 31 ребенок (39,2%). Во вторую группу вошли пациенты от 4 до 10 лет - 30 детей (38 %). В третьей группе - 18 пациентов (22,8%) от 11 лет и старше. Средний возраст пациентов составил $5,5 \pm 1,02$ года. Все пациенты в зависимости от региона проживания были разделены на следующие группы: 1. Город Душанбе - 11 пациентов (14 %); 2. Хатлонская область (Бохтар, Кумсангир, Фархор, Кабодиён) - 33 пациента (42%); 3. Районы республиканского подчинения (Рудаки, Турсун-заде, Гиссар, Шахринав) -23 (29%); 4. Согдийская область (Пенджикент, Айни) - 12 (15%).

Выводы. В большинстве случаев дети с глаукомой поступают с Хатлонской области. Чаще врожденная глаукома встречается у мальчиков. Наибольшее количество детей с врожденной глаукомой приходится на возрастную группу от 0 - 10 лет. Учитывая, что врожденная глаукома является причиной слепоты у детей раннего возраста, не подвергшихся хирургическому лечению, необходимо рекомендовать педиатрам и неонатологам обязательную консультацию офтальмолога детей с подозрением на глаукому в первые месяцы жизни.

Исмоили Убайдулло, Джораева Ф.Х.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОГРАММЫ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

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

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

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

Цель исследования. Изучить динамику изменения общего анализа крови при рецидивирующих носовых кровотечениях.

Материал и методы. Проведен анализ результатов общего анализа крови у 41 пациента с РНК, госпитализированных в период 2018-2023 годы на клинической базе кафедры оториноларингологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Мужчин было 29 (70,7%), женщин – 12 (29,3%). Возраст пациентов варьировал от 17 до 71 лет, составив в среднем $39,2 \pm 5,7$ лет. У всех пациентов были изучены показатели гемограммы при поступлении, в период госпитализации и через неделю после достижения окончательного гемостаза. Полученные в ходе исследования

цифровые данные были обработаны при помощи программы Statistica 6/0.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что значимые изменения гемограммы напрямую зависят от сроков развития эпистаксиса. Так, при поступлении среднее содержание эритроцитов составили $3,8 \pm 0,26 \times 10^{12}/л$, гемоглобина – $124,2 \pm 8,9$ г/л, лейкоцитов – $6,2 \pm 0,9 \times 10^9/л$ и тромбоцитов $280,7 \pm 37,8 \times 10^9/л$, что входит в пределы референсных значений. В последующем на вторые сутки отмечалось снижение эритроцитов на 7,9% ($3,5 \pm 0,22 \times 10^{12}/л$), гемоглобина на 6,3% ($116,4 \pm 7,8$ г/л) и тромбоцитов на 9,1% ($255,2 \pm 36,4 \times 10^9/л$) с повышением лейкоцитов на 14,5% ($7,1 \pm 1,1 \times 10^9/л$). Повторное исследование клеточного состава крови перед выпиской показало, что не во всех случаях произойдет нормализация вышеуказанных показателей. Так, в среднем через $5,2 \pm 0,8$ суток после достижения гемостаза у пациентов выявляется различной степени постгеморрагическая анемия. Так, показатели эритроцитов перед выпиской составила в среднем $3,2 \pm 0,23 \times 10^{12}/л$, гемоглобина – $108,7 \pm 8,2$ г/л, лейкоцитов – $8,6 \pm 1,2 \times 10^9/л$ и тромбоцитов $260,4 \pm 37,2 \times 10^9/л$. У 32 (78,1%) пациентов отмечена легкая степень постгеморрагической анемии, у 9 (21,9%) пациентов она носило среднюю степень тяжести.

Выводы. При рецидивирующих носовых кровотечениях в момент госпитализации пациентов не отмечается значимого изменения гемограммы, которая обусловлена компенсаторным выходом крови из кровяных депо. Независимо от достижения гемостаза у пациентов с рецидивирующими носовыми кровотечениями после третьих суток развивается постгеморрагическая анемия, которая в четверть случаев носит среднюю степень тяжести. Вместе с тем, на фоне тампонады носа наступить лейкоцитоз, что подтверждает факт о колонизации микрофлоры носовой полости.

Исоев И.Ч.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ В КЛИНИЧЕСКОМ ГОСПИТАЛЕ

Ординатор кафедры общей хирургии № 1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н., доцент Саидов А.С.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов с экстрасфинктерными параректальными свищами прямой кишки.

Материал и методы исследования. Среди причин появления воспалительного процесса в области, окружающей анус и прямую кишку, можно выделить травмы, неадекватное лечение острого парапроктита, актиномикоз или туберкулез прямой кишки, трещины, опухолевые процессы, болезнь Крона.

Свищ позволяет серозно-гною жидкости свободно течь наружу из очага гнойного воспаления. Это поддерживает хронический процесс. При нарушении оттока гнойного отделяемого воспалительный процесс в очаге может обостриться. Колопроктологи считают, что с лечением хронического парапроктита длительно существующий свищ (более 4 лет) может привести к перерождению хронического воспаления в тканях в злокачественный процесс.

Клинический госпиталь предлагает все виды диагностики свищей, в том числе фистулографию — рентгенологическое исследование свищевого хода с предварительным введением в него контрастного вещества. Ещё больше информации даст компьютерная томография с применением контраста. Обследование позволит точно определить ход и распространённость свищевого хода, инфильтрацию тканей, вовлечённость в воспалительный процесс местных лимфатических узлов, выявить натёчники (скопления гноя). Точная диагностика, качественное оборудование, совместная работа опытных врачей лучевой диагностики и колопроктологов позволят тщательно спланировать операцию и получить наилучший результат лечения.

Результат. При полном отграничении раны от просвета кишки отмечается быстрое появление грануляций и уменьшение размеров раны, что свидетельствует о хорошем исходе операции. В случае частичного или полного прорезывания швов, отграничивающих рану промежности от сформированного в межсфинктерном пространстве (МСП) искусственного канала, наблюдается поступление элементов кишечного содержимого в рану, что является признаком неблагоприятного прогноза. Однако у пациентов после иссечения свища с переводением свищевого хода в МСП, несмотря на появление сообщения просвета кишки с раной, произошло постепенное полное заживление раны на фоне ежедневных перевязок и промывания раневого канала растворами антисептиков, а свищевой ход формировался вдоль латексной лигатуры, проведенной в МСП.

После заживления раны выполняли контрольное ультразвуковое исследование для подтверждения заживления экстрасфинктерной части свищевого хода. У всех пациентов с положительным результатом операции подтверждалось отсутствие свищевого канала, расположенного экстрасфинктерно. В результате всем данным больным оставшийся свищевой канал, расположенный межсфинктерно, рассекали в просвет прямой кишки, лигатуру удаляли, при этом одновременно проводили ревизию зоны расположения свища.

Вывод. Экстрасфинктерный свищ прямой кишки поддается лечению на разных стадиях, однако не следует затягивать с обращением к доктору, поскольку предупредить заболевание или вылечить его на ранней стадии проще, чем бороться с последствиями.

Экстрасфинктерный свищ прямой кишки – операция и консервативное лечение. Лечение экстрасфинктерного свища состоит из консервативной терапии и оперативного вмешательства. Консервативное лечение в основном состоит из длительного приёма антибактериальных препаратов до и после операции. В период реабилитации назначается курс физиотерапевтических мероприятий, помогающих избавиться от рубцов и быстрее прийти в прежнюю физическую форму. Оперативное вмешательство проводится посредством сшивания свищевого хода с условием предварительного иссечения абсцесса, если таковой имеется. Хирургическое вмешательство на экстрасфинктерном свище представляет достаточно серьёзную задачу, решить которую под силу только опытным хирургам.

Исомжонов А.А., Джумаева З.Т.
СОНОГРАФИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДИСПЛАЗИИ И ВЫВИХА
ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Республиканский центр травматологии и ортопедии
Научный руководитель - д. м.н., проф. Юнусов И. А.

Цель исследования. Улучшение диагностики и лечения дисплазии и вывиха тазобедренного сустава у детей.

Материал и методы. Настоящая работа основана на анализе опыта обследованных 64 детей, мальчиков - 27(42,1%), девочек - 37(57,9%). Возраст от 0 до 1года. Выявлена дисплазия тазобедренного сустава у 7 мальчиков и у 11 девочек. Задержка оссификации головки бедра у 4 девочек и у одного мальчика. Врожденный вывих бедер диагностирован у 3 девочек и у одного мальчика.

Результаты исследования. Залогом успешной интерпретации сонограмм является знание анатомии и соноанатомии тазобедренного сустава. В отличие от рентгенограмм ядро бедренной кости на сонограмме не имеет диагностической ценности, так как оно располагается часто вне центра головки. Метод сонографии у новорожденных детей в настоящее время используется для скрининга патологии тазобедренных суставов, независимо от наличия или отсутствия клинических показаний. Преимущества исследования заключаются в неинвазивности и исключении лучевой нагрузки. На сонограммах оценивают соотношения в суставе, форму крыши вертлужной впадины, степень костного и хрящевого покрытия, форму, размеры, наличие центра оссификации головки бедра, мягкотканый компонент в полости сустава. При фронтальном срезе сонографическая картина примерно соответствует изображению передне-задней рентгенограммы. При исследовании можно определить смещение головки бедра при различных движениях.

Выводы. Сонография тазобедренного сустава с её способностью не только визуализировать неокостеневшие части тазобедренного сустава у новорожденных, но и показывать движение головки бедра во впадине, вызвало значительное улучшение качества диагностики. Оно способствует раннему выявлению ортопедической патологии (дисплазии, подвывиха и вывиха бедра), а также позволяет проводить оценку созревания и развития структур тазобедренных суставов в динамике, даёт качественную и количественную характеристику артериального кровотока нижних конечностей и позволяет определить эффективность ортопедического лечения.

Исупова Ш.Ф., Урунбаева М.Г., Джораева Ф.Х.
ТАЪСИРИ МАНФИИ КОРОНАВИРУС БА ҲИССИЁТИ ШУНАВОЙ
Кафедраи оториноларингологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино», Тоҷикистон
Роҳбари илмӣ – д.и.т., профессор Холматов Ҷ. И.

Мақсади таҳқиқ. Таъкид намудани таъсири манфии коронавирус ба ғавҷи узи сома.

Мавод ва усулҳои таҳқиқ. Зимнибозомӯзиши фанни оториноларингология дар шӯъбаи сурдологияи клиникаи оториноларингология ба нафар беморони гирифтори пастшунавии сенсоневралӣ дараҷаи I ва II, ки онро бо гузаронидани бемории сирояти коронавирус вобаста мекардан, санҷиши аудиологӣ (акуметрия ва аудиометрияи лаҳнии ҳаддӣ) гузаронидем. Адади беморон аз ҷиҳати ҷинс ва сини сол баробар буданд: мардҳо 3 нафар сини 30-40 сола, занҳо низ 3 нафар сини 30-40 сола.

Ҳангоми ҷамъ намудани маълумот оиди собикаи беморӣ – беморон қайд намуданд, ки баъди аз сар гузаронидани сирояти коронавирус бо оризаи илтиҳоби атипикӣ шуш, тахминан баъди 3-4 моҳи сӯхат шудан, шикоятҳои иловагӣ ба намуди садои беғонаи ҷарангосӣ дар ғӯшҳо ва тадриҷан паст шудани ҳиссиёти шунавоӣ пайдо шуд, ки ҷунин шикоятҳо аслан вучуд надоштанд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Таҷқиқоти гузаронидаамон нишон дод, ки ҳулосаи санҷиши камертоналӣ (бо камертони басомадш С 128 Гтс) дар мавриди санҷиши якҷандқарата як хела во доимӣ буд. Дар ҳама беморони аз санҷиши камертоналӣ гузашта – натиҷаи таҷрибаи Ринне «мусбӣ», яъне беморон садои лаппиши камертонро тавассути ҳавогузаронӣ баландтар мешунидан, назар ба гузариши садо тавассути устухони шохаи пистоншакл; -таҷрибаи Вебер «майлшавӣ» садои камертонро аз фарқи сар ба тарафи ғӯши бехтаршунаванда нишон меод, - таҷрибаи Швабах нишон дод ки давомнокии қабули лаппиши садои камертон тавассути устухони шохаи пистоншакл дар беморон камтар буд назар ба ғӯши солим. Ҳамаи ин таҷрибаҳои камертоналӣ аз он шабоҳат меоданд, ки дар беморони аз санҷиш гузашта шуда, пастшунавии сенсоневралӣ дошт.

Натиҷаи аудиометрияи лаҳнии ҳаддиёшад, нишон дод, ки ҳадди ақалӣ шунавоӣ нисбати басомадҳои паст ва миёна (100-1000 Гтс) дар меъёр буди, басомадҳои баланд (2000 – 8000 Гтс) дар беморон аз 30 то 50 дБ баланд шуда буд, инчунин фосилаи устухониву - ҳавоии хати аудиометрӣ аз 5,0 дБ то 10,0 дБ –ро ташкил меод, ки ҷунин натиҷаи санҷиш, бараъло аз пастшунавии сенсоневралӣ шабоҳат меод.

Ба ин беморон ба таври анъанавӣ муолиҷаи «зиддиневритикӣ» (маводҳои рағвасеъкунанда, витаминҳои гуруҳи В, иммуномодуляторҳо, антигистаминҳо, физиомуолиҷа ва маҳси саругардан) гузаронидем.

Ҳулосаҳо. Сирояти коронавирус ҷун вирусӣ зуқомӣ оддӣ на танҳо ба роҳи нафас, балки ба системаи узи сома низ таъсири манфии ҳудро расонида то ба ношунавонии мутлақ оварда расониданаш мумкин. Бинобар ҳамин, нафароне, ки ба ҷунин сироят гирифтӣ мешаванд, баъди пайдошавии аломатҳои пастшунавонӣ бояд ҳатман аз санҷиши аудиологӣ гузашта табооботи муайяно дар назди духтури оториноларинголог ва назорати сурдолог-аудиолог ба ҷурағи гиранд.

Исупова Ш.Ф.

ТАЪСИРИ МАНФИИ КОРОНАВИРУС БА ҲИССИЁТИ ШУНОВОЙ

Кафедраи оториноларингологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино», Тоҷикистон

Роҳбари илмӣ – д.и.т., профессор Холматов Ҷ. И.

Мақсади таҳқиқ. Таъкид намудани таъсири манфии коронавирус ба ғаъолияти узви сома.

Мавод ва усулҳои таҳқиқ. Зимни бозомӯзиши фанни оториноларингология дар шӯъбаи сурдологияи клиникаи оториноларингология ба бинафар беморони гирифтори пастшунавии сенсоневралӣ дараҷаи I ва II, ки онро бо гузаронидани бемории сироятии коронавирус вобаста мекардан, санҷиши аудиологӣ (акуметрия ва аудиометрияи лаҳнии ҳадӣ) гузаронидем. Адади беморон аз ҷиҳати ҷинс ва сини сол баробар буданд: мардҳо 3 нафар синни 30-40 сола, занҳо низ 3 нафар синни 30-40 сола.

Ҳангоми ҷамъ намудани маълумот оиди собиқаи беморӣ – беморон қайд намуданд, ки баъди аз сар гузаронидани сирояти коронавирус бо оризаи илтиҳоби атипикӣи шуш, тахминан баъди 3-4 моҳи сиҳат шудан, шикоятҳои иловагӣ ба намуди садои бегонаи ҷарангосӣ дар гӯшҳо ва тадриҷан паст шудани ҳиссиёти шунавоӣ пайдо шуд, ки ҷунин шикоятҳо аслан вучуд надоштанд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Таҳқиқоти гузаронидаамон нишон дод, ки ҳулосаи санҷиши камертоналӣ (бо камертони басомадаш С 128 Гтс) дар мавриди санҷиши якҷандкарата як хела во доимӣ буд. Дар ҳама беморони аз санҷиши камертоналӣ гузашта – натиҷаи таҷрибаи Ринне «мусбӣ», яъне беморон садои лаппиши камертонро тавассути ҳавогузаронӣ баландтар мешунидан, назар ба гузариши садо тавассути устухони шоҳаи пистоншакл; -таҷрибаи Вебер «майлшавӣ» садои камертонро аз фарқи сар ба тарафи гӯши беҳтаршунаванда нишон меод, - таҷрибаи Швабах нишон дод ки давомнокии қабули лаппиши садои камертон тавассути устухони шоҳаи пистоншакл дар беморон камтар буд назар ба гӯши солим. Ҳамаи ин таҷрибаҳои камертоналӣ аз он шабоҳат меоданд, ки дар беморони аз санҷиш гузашта шуда, пастшунавоии сенсоневралӣ ҷой дошт.

Натиҷаи аудиометрияи лаҳнии ҳадӣбошад, нишон дод, ки ҳадди ақалӣ шунавоӣ нисбати басомадҳои паст ва миёна (100-1000 Гтс) дар меъёр буди, басомадҳои баланд (2000 – 8000 Гтс) дар беморон аз 30 то 50 дБ баланд шуда буд, инчунин фосилаи устухониву - ҳавоии хати аудиометрӣ аз 5,0дБ то 10,0 дБ –ро ташкил меод, ки ҷунин натиҷаи санҷиш, бараъло аз пастшунавоии сенсоневралӣ шабоҳат меод.

Ба ин беморон ба таври анъанавӣ муолиҷаи «зиддиневритикӣ» (маводҳои рагвасеъкунанда, витаминҳои гурӯҳи В, иммуномодуляторҳо, антигистаминҳо, физиомуолиҷа ва маҳсии саругардан) гузаронидем.

Ҳулосаҳо. Сирояти коронавирус ҷун вирусӣ зуқомӣ оддӣ на танҳо ба роҳи нафас, балки ба системаи узви сома низ таъсири манфии худро расонида то ба ношунавоии мутлақ оварда расониданаши мумкин. Бинобар ҳамин, нафароне, ки ба ҷунин сироят гирифтӣ мешаванд, баъди пайдошавии аломатҳои пастшунавоӣ бояд ҳатман аз санҷиши аудиологӣ гузашта табоботи муайянро дар назди духтури оториноларинголог ва назорати сурдолог-аудиолог ба ҷуррагӣ гиранд.

Кадырова З.Н.

РОЛЬ КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦЕДИВИРУЮЩЕГО КОЛЬПИТА

Кафедра акушерства и гинекологии Ташкентского государственного стоматологического института

Научный руководитель: д.м.н., профессор Каттаходжаева М.Х.

Цель исследования - изучение частоты выделения кандидозной инфекции на основе комплексного клинико-лабораторного обследования женщин, обратившихся с жалобами на выделения из влагалища в гинекологическое отделение.

Материалы и методы исследования: обследуемые женщины были разделены на возрастные группы: 17-20 лет, 21-30, 31-39, 40 лет и старше, позволившее установление частоты исследуемой инфекции и конкретной возрастной группе – выявлено преобладание кандидозной инфекции у женщин в группе от 21 до 30 лет (61.0%). Наряду с обследованием на кандидозную инфекцию, были проведены исследования на другие инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) – гонорее, трихомоноз, хламидиоз, микоплазмоз. Используются микробиологические, бактериоскопические, микроскопические и клинико-инструментальные методы исследований.

Результаты исследования. Из 50 обследованных женщин почти у половины (48.0 %) выявлены ИППП. Кандидозная инфекция установлена у 16 из 24 (66,7 %) женщин в подавляющем большинстве находившаяся в микст-инфекции, лишь 31,2 % случаев моно-инфекции. Микст-кандидозная инфекция была представлена в 63,6% кандидо-трихомонадной, в 36,4% - кандидо-микоплазменной инфекциями. Другие ИППП выявлены в 33,3% случаев представлены в основном трихомонадной инфекцией, находившейся в трёх случаях в сочетании с микоплазменной инфекцией, по одному случаю наблюдалось выявление трихомонадно-гардиереллезной и трихомонадно-хламидийной инфекции. В моно-инфекции в 37,5 % случаев выявлена хламидийная инфекция. Из объективных клинических симптомов наблюдаемых у обследованных женщин с кандидозной инфекцией, во всех случаях наиболее частыми были обильные выделения из влагалища серовато-беловатого или молочного цвета, гиперемия и отечность вульвы. Субъективные симптомы были выявлены из анамнеза обследованных женщин, во всех случаях наблюдались жалобы на дискомфорт из-за обильных выделений, зуд, боли внизу живота. Дальнейшее клиническое обследование женщин с вагинальным кандидозом позволило установить у большинства (75.2%) различные воспалительные процессы органов малого таза, в частности, в 8 (24.4%) случаях выявлена эрозия шейки матки, по 6 (38,8%) – цервициты и сальпингиты, в 2(5.1%) случаях – сальпингоофорит.

Вывод: На основании комплексного клинико-лабораторного исследования включающего современные

информативные методы исследований установлен верифицированный диагноз вагинального кандидоза с симптомами выделений из влагалища.

Казихинуров Р.А., Шамсов Б.И., Казихинуров Р.Р.
РЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ АУГМЕНТАЦИОННОЙ УРЕТРОПЛАСТИКЕ

Кафедра урологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ. Россия, г.Уфа.
Научный руководитель – академик РАН, д.м.н., профессор Павлов В.Н.

Цель работы. Провести сравнительный анализ клинической эффективности аугментационных уретропластик с применением оральной слизистой по стандартным методикам и с введением стромально-васкулярной фракции (СВФ), полученной из аутологичной жировой ткани.

Материалы и методы. С января 2018 по февраля 2023 гг. выполнено 115 аугментационных уретропластик с применением слизистой ротовой полости, из них 49 пациентам выполнена с применением стромально-васкулярной фракции (СВФ), полученной из аутологичной жировой ткани. Пациенты обследованы по Клиническим рекомендациям. Показатели возраста, этиологии, локализации, коморбидности и протяженности в обеих группах были сопоставимы. Средний возраст пациентов составил 50 ± 17 лет. Средняя протяженность стриктуры составила $5,5 \pm 2,5$ см. СВФ вводилась под ткани реципиентной зоны (чаще под белочную оболочку кавернозных тел), зону анастомозов и в небольшом количестве под фиксированный оральный графт. Диагностическими критериями рецидивов являлись: показатель урофлоуметрии $Q_{\max}$ менее 12 мл/сек, рентгенологическое уменьшение просвета уретры менее 16 Ch, необходимость дилатации или повторного вмешательства.

Результаты: Частота рецидивов в течение 12 месяцев в группе аугментационных уретропластик с применением СВФ составила 6,1% (3 пациента) и 15,1% (10 пациентов) при стандартных методиках при сопоставимых сроках наблюдения.

Вывод: Применением стромально-васкулярной фракции (СВФ), полученной из аутологичной жировой ткани позволяет улучшить ранние и отдаленные результаты аугментационных методов уретропластики.

Каландарзода Д.Ф., Солехов А.С., Хошимова М.Л.
ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ СИНДАКТИЛИЙ МЕЖПАЛЬЦЕВЫХ ПРОМЕЖУТКОВ КИСТИ У ДЕТЕЙ

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии имени Каримова М.К. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ибрагимов Э.К.

Цель работы. Улучшение результатов хирургического лечения послеожоговой рубцовой синдактилии межпальцевых промежутков.

Материалы и методы. В отделении хирургии КДЦ ТГМУ имени Абуали ибни Сино г.Душанбе за период с 2012г. по 2023г. оперированы 103 ребёнка в возрасте до 16 лет с послеожоговыми рубцовыми сгибательными контрактурами 320 пальцев на 106 кистях. Контрактуры пальцев на 58 (54,7%) кистях отягощались синдактилией 122 межпальцевых промежутков (МП). В том числе синдактилия одного МП отмечалась на 15 кистях, двух МП – 22 и трех МП – на 21 кисти.

Все больные оперированы в плановом порядке. Операции заключались в устранении сгибательной контрактуры пальцев с одновременной ликвидацией сращения межпальцевых промежутков. В арсенал способов устранения сгибательных контрактур и рубцовых сращений МП входили различные виды местно-пластических операций, кожная пластика полнослойными кожными трансплантатами и их комбинированное применение. Наряду с устранением сгибательной контрактуры пальцев для ликвидации синдактилии выполнены: одиночная Z-пластика - на 20 МП, способ Mustard'e (Jamping-man plasty) – 5, способ Alexander (V-M plasty) – 14, способ Swith (Butterfly) – 4, способ Hirsowitz (central Y-V with lateral Z-plasties) – 21 и способ кожной пластики - 20 МП.

На 79 пальцах сгибательная контрактура пальцев устранена способом встречно-перемещаемых прямоугольных лоскутов. Особенностью этой группы больных заключалась в том, что сращение межпальцевого промежутка (всего 44 МП) устранялась по ходу выкраивания и перемещения прямоугольных лоскутов без необходимости в дополнительных вмешательствах на межпальцевых промежутках. Основание межпальцевого промежутка формировано треугольными лоскутами, которые образуются после выкраивания встречно-перемещаемых прямоугольных лоскутов. Рубцовое сращение межпальцевых промежутков во всех случаях было устранено.

Результаты. Течение послеоперационного периода в 121 (97,8%) случае было гладким, раны зажили первичным натяжением. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде отмечались только у двух больных (2,1%) в виде частичного краевого некроза одного из треугольных лоскутов, которые на результаты операции не влияли. Отдаленные функциональные результаты изучены у 105 больных в сроки наблюдения от 6 месяцев до 5 лет. В 104 (98,7%) случаях разведение пальцев было полным, форма МП было удовлетворительным, а функциональные результаты были хорошими и удовлетворительными. Частичный рецидив синдактилии отмечен лишь у одного больного (1,3%), где был применен способ Alexander (V-M plasty). При повторной операции у этого больного способом одиночной Z-пластики синдактилия устранена полностью.

Выводы. Таким образом, на сегодняшний день предложено множество способов хирургического устранения послеожоговой рубцовой синдактилии пальцев, которые практически всегда развиваются в сочетании со сгибательной контрактурой пальцев. При этом, устраняя контрактуру необходимо дополнительно производить формирование межпальцевого промежутка одним из существующих способов, которое порой не удастся выполнять одним этапом

из-за дефицита эластичных тканей. При этом устранение сгибательной контрактуры способом встречно-перемещаемых прямоугольных лоскутов позволяет одним этапом без дополнительно усложняющих способов для пластики межпальцевого промежутка устранить рубцовое их сращение.

Каландарова Ш. Т.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕЙРОКОВИДА У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино” Таджикистан

Научный руководитель - к.м.н., доцент Давлятова М.Ф.

Цель исследования. Оценить влияние перенесенной инфекции COVID-19 на самочувствие реконвалесцентов и формирование психических и неврологических нарушений, у женщин перенесших COVID-19 во время беременности.

Материалы и методы. Для оценки влияния COVID-19 на здоровье переболевших применяли онлайн-анкетирование с помощью специально разработанного опросника. Всего опрошено 2640 респондентов: из которых лиц мужского пола - 872 (33%) и женского пола - 1768 (67%) в возрасте от 18 до 40 лет, перенесших COVID-19. Которые в дальнейшем были разделены на две группы: 1-я гр. общая популяция в сроки 6-8 мес. и 2-я гр. беременные женщины, которые перенесли COVID-19 во время беременности.

Результаты исследования. Анализ данных интервьюирования показал, что постинфекционные симптомы беспокоили чаще женщин (50% жалоб среди всех женщин), чем мужчин (10% жалоб среди всех мужчин) и характеризовались следующим спектром неврологических/нервно-психических расстройств (игнорирование посещения врача, отказ от прохождения тестирования, использование в большом количестве дезинфицирующих средств, нерешительность в вакцинации, игнорирование масочно-перчаточного режима, не соблюдение социальной дистанции). В структуре постнейроковидных проявлений в 1 гр. преобладали указания респондентов на расстройства настроения и изменения в поведении (45 %), быструю утомляемость (21 %), ухудшение памяти (20 %) и панические атаки отмечали (14 %). Во 2 гр. эмоциональная нестабильность (50%), ухудшение памяти (33%), быстрая утомляемость (10%), панические атаки (7%). Исследование значимых отличий в группах в проявлении нейроковида не выявило.

Выводы. В общей популяции наиболее распространены расстройства настроения, изменения в поведении, быстрая утомляемость и ухудшение памяти. Среди беременных ведущими симптомами оказались: эмоциональная нестабильность и ухудшение памяти в виде забывчивости.

Калгина И.Н.

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ПИТАНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Кафедра акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский институт им. Н.П. Огарёва». РФ.

Научный руководитель – к.м.н., Исламова М.Н.

Цель исследования. Изучить особенности питания женщин во время беременности на ее течение, а также рост и развитие плода.

Материал и методы. Применен метод анонимного анкетирования о качестве питания и образа жизни. Объект исследования – 50 женщин, находящиеся в третьем триместре беременности, в возрасте от 18 до 42 лет проживающих в г. Саранск, РМ, РФ. После анкетирования был проведен анализ медицинских карт опрошенных.

Результаты исследования. Известно, что у беременных потребность в микронутриентах на 25% выше, чем небеременных того же возраста. Всем беременным рекомендуется индекс массы тела во все триместры поддерживать в пределах 25, а прибавка за неделю не должна превышать 300-350г. У 12% опрошенных выставлен диагноз: «Чрезмерное увеличение массы тела во время беременности». По результатам УЗИ у этих женщин был диагностирован крупный плод, преждевременное созревание плаценты, нарушение маточно-плацентарного кровообращения, по результатам КТГ - внутриутробная гипоксия плода.

В результате изучения рациона беременных было выявлено, что только 2% женщин употребляет рыбу необходимые 3 - 4 раза в неделю, 45% не чаще 1 - 2 раза, 53% еще реже. В рыбе содержатся необходимые микроэлементы: фосфор, кальций, магний, омега-3 ПНЖК, йод. Именно в этих микронутриентах увеличивается потребность женщины во время беременности, так и растущего организма, для правильного формирования костно-мышечного аппарата и когнитивных функций. Особое внимание рекомендуется обратить на речную рыбу, так как в ней установлено большее содержание необходимых веществ. Это такие виды, как: хека, камбала, треска, дорадо, зубатка, окунь, лосось и сом. Рыбу жирных сортов не рекомендуется употреблять более 1-2 раз в неделю.

В результате опроса о выявлено, что 33% беременных употребляют мясо каждый день, 41% - 3 - 4 раза в неделю, 20% 1 - 2 раза в неделю, 6% полностью исключили мясо из рациона. Курице отдают предпочтения 51%, свинине - 40%, индейке, говядине и субпродуктам - менее 9% опрошенных. Мясо обеспечивает организм полноценным белком, незаменимыми аминокислотами, железом, витаминами группы В, РР. Большее предпочтение рекомендуется отдавать говядине и телятине, так как микронутриенты этих сортов лучше усваиваются в организме. Также рекомендуется включить в рацион баранину и мясо кролика, компоненты которых являются антиоксидантами, так как содержат линолевую, линоленовую кислоты, а также В1 и L-карнитина.

Важным аспектом полноценного рациона являются овощи и фрукты, которые рекомендуется употреблять не менее пяти порций каждый день, максимально расширяя их ассортимент. Свежие фрукты и овощи содержат много необходимых витаминов и питательных веществ, важной особенностью является, что они находятся в доступной для человеческого организма форме. В рамках анкетирования установлено, что только 6% опрошенных употребляют

норму, каждый день, но менее 5 порций - 51%, менее раза в неделю - 33% беременных. С овощами наблюдается схожая тенденция.

В опросе установлено, что 74% опрошенных употребляют продукты с большим содержанием легкоусвояемых углеводов ежедневно в больших количествах – 1-2 раза в неделю - 18%, очень редко - 8%. Что влечет за собой быстрое увеличение веса у 12%, инсулинорезистентности и развитию гестационного сахарного диабета у 6% опрошенных.

Выводы. При анкетировании была обнаружена опасная тенденция несоблюдения принципов рационального питания у обследованных беременных, способная повлечь за собой последствия и требующая всестороннего междисциплинарного решения.

Каримов Д.А., Юлдошев А.Н., Айниева М.Б.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Кафедра хирургических дисциплин №3 ГОУ ХГМУ. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Айниев Б.С.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения пациентов с переломами дистального сегмента плечевой кости.

Материал и методы исследования. Произведен анализ лечения 26 пациентов с внутри и околосуставными переломами дистального отдела плеча в условиях республиканской клинической больницы Дангары за период с 2019 по 2021 г. Возраст пациентов составлял от 18 до 59 лет. Операции производились в срок от 1 до 8 дней после травмы. Использованы следующие методы исследования: клинический, лучевой МРТ, КТ, функциональная рентгенография. Для остеосинтеза внутри- и околосуставных переломов использовали реконструктивную, Y-пластину, 1/3-трубчатую пластины, спицы Илизарова и Киршнера.

Результаты исследования. В послеоперационном периоде больные проходили курс физиотерапии и лечебной физкультуры. Восстановление функций при занятиях лечебной гимнастикой в сроки до 6 месяцев после операции в 19(73,0%) случаях составило 4 балла, 2-3 балла - в 7 (27,0%) случаях по интегральному показателю (по С.П. Миронову с соавторами) и в отдалённом периоде (более 1 года) 2-3 балла наблюдалось у 2 (7,69%) пациентов, 4 балла у 22 (84,6%) пациентов и у 2 (7,69%) пациентов наблюдалось полное восстановление функции локтевого сустава - 5 баллов.

Выводы. Таким образом, оптимизация и развитие методов реабилитационного процесса в совокупности с адекватным оперативным лечением приведет к большему восстановлению функций при переломах дистального отдела плечевой кости. Использование лечебной гимнастики и физиотерапии позволяет достичь удовлетворительных результатов после оперативного лечения переломов дистального отдела плечевой кости.

Каримов Д.А., Юлдошев А.Н., Айниева Д.Б.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВНЕСУСТАВНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Кафедра хирургических дисциплин №3 ГОУ ХГМУ. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Айниев Б.С.

Целью настоящего исследования явилось проведение сравнительной оценки оперативных методов лечения вертельных переломов бедренной кости, путём изучения отдалённых результатов при различных способах фиксации.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 23 больных в возрасте от 46 до 78 лет с внесуставными переломами проксимального конца бедренной кости, при лечении которых использовался остеосинтез. Пациенты находились на лечении в отделении хирургии РКБ Дангары с 2019 по 2022 годы. Мужчин было 9 (39,13%), женщин-14 (60,86%). Все пострадавшие были доставлены в клинику через 1 - 9 суток после получения травмы и прооперированы в сроки: от 3 до 7 сут. При оперативном лечении в основном производился металлоостеосинтез (МОС) угловыми пластинами (у 18 больных), в 3 случаях был произведён МОС компримирующими винтами, а в 2 случаях – степневными аппаратами.

Результаты исследования. Прослежены отдалённые результаты лечения (через 2 - 3 года после перелома) у 16 из этих больных. Отличные и хорошие отдалённые исходы составили большинство наблюдений (68,75%). Удовлетворительные исходы были у 3 пациентов (18,75%), неудовлетворительные исходы - у 2 больных (12,5%). Причинами неудовлетворительных исходов лечения являлось вторичное выраженное смещение отломков на фоне сращения перелома с укорочением конечности больше 4 см (у 1 пациентов) и воспаление мягких тканей (у 1 пациента).

Выводы. Таким образом, исходя из исследования, можно предположить, что при чрез- и межвертельных переломах бедренной кости наиболее целесообразным является применение стабильного МОС. Очень важным считается проведение операции в более ранние сроки. Кроме этого, компримирующие винты и стержневые аппараты должны применяться в основном в том случае, если общее состояние больного является противопоказанием к открытым вмешательствам.

Каримов М.Б., Гафурова Х., Рахимова З.И.
ТОЛЩИНА СЛОЯ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН СЕТЧАТКИ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ГЛАУКОМНОГО ПРОЦЕССА

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
 Международная глазная клиника «Солим Мед»
 Научный руководитель – зав. кафедрой, к.м.н., доцент Махмадзода Ш.К.

Цель исследования. Измерить толщину СНВС методом оптической когерентной томографии на разных стадиях первичной открытоугольной глаукомы и провести их сравнительную оценку.

Материал исследования. Материалом послужили 27 глаз (19 человек, поступивших в глазную клинику «Солим Мед» на обследование из Республиканского глаукомного диспансера) на разных стадиях первичной открытоугольной глаукомы: 9 глаз с начальной стадией глаукомного процесса, 9 - с развитой стадией глаукомного процесса и 9 - с далеко зашедшей стадией глаукомного процесса. Диагноз был подтвержден стандартными методами исследования: биомикроскопией, прямой офтальмоскопией, гониоскопией 4х-зеркальной гониолинзой, тонометрией по Гольдману, компьютерной периметрией на аппарате MD – 820 Automated Perimeter. Измерение толщины СНВС проводилось на аппарате OCT Optovue производства США через расширенный зрачок в режиме сканирования «Слой нервных волокон сетчатки» однократно. Среди обследованных 12 человек (63,15%) – мужчины, 7 (36,85%) – женщины. Средний возраст пациентов $64 \pm 11,90$ года. Среднее внутриглазное давление по методу Гольдмана $21 \pm 5,88$ мм рт. ст.

Результаты исследования. Результаты проведенных измерений представлены ниже.

Толщина СНВС на начальной стадии глаукомного процесса

Пациент	№1	№2	№3	№4	№5	№6	№7	№8	№9	Среднее значение	Стандартное отклонение
Толщина СНВС, нм	92	91	86	101	93	92	111	103	107	97,3	8,4

Толщина СНВС на развитой стадии глаукомного процесса

Пациент	№1	№2	№3	№4	№5	№6	№7	№8	№9	Среднее значение	Стандартное Отклонение
Толщина СНВС, нм	72	82	79	79	82	76	76	69	60	75	7,1

Толщина СНВС на далеко зашедшей стадии глаукомного процесса

Пациент	№1	№2	№3	№4	№5	№6	№7	№8	№9	Среднее значение	Стандартное Отклонение
Толщина СНВС, нм	60	60	66	68	60	65	61	57	53	61,1	4,6

Исходя из приведенных выше данных, подсчитано, что средняя толщина СНВС у больных на начальной стадии первичной открытоугольной глаукомы составляет $97,3 \pm 8,4$ нм. У больных с развитой стадией заболевания отмечается снижение толщины слоя нервных волокон и среднее значение его равно $75 \pm 7,1$ нм. В свою очередь, среднее значение толщины СНВС у больных с далеко зашедшим процессом составляет $61,1 \pm 4,6$ нм.

Таким образом, обнаружено, что каждая стадия первичной открытоугольной глаукомы характеризуется определенным уменьшением толщины слоя нервных волокон.

Вывод. Полученные результаты свидетельствуют, что с усугублением течения глаукомного процесса отмечается уменьшение толщины слоя нервных волокон, что непосредственно говорит о гибели ганглионарных клеток и снижении количества их аксонов. Требуется дальнейшие исследования для выявления определенной корреляции между стадией глаукомного процесса и толщиной слоя нервных волокон сетчатки.

Каримова А.М., Саидов И.С., Муродов Дж.К.
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ГИПЕРТРОФИИ И ПОСТЛАКТАЦИОННОМ ПТОЗЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан. ГУ Республиканский научный центр сердечнососудистой хирургии. Таджикистан Научный руководитель – к.м.н. Файзуллоева М.Ф.

Цель. Изучить особенности обследования больных с гипертрофией и птозом молочных желез и выработать тактику хирургического лечения в зависимости от выраженности птоза молочных желез.

Материалы и методы. За период с 2013 по 2023гг в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ были оперированы 93 женщины с гипертрофией и птозом молочных желез. Возрастной контингент пациенток варьировал от 18 до 58 лет. При опросе были жалобы на боли в плечах, в спине, затруднении дыхания, также имелись проблемы дерматологического характера: мацерации и опрелости в подгрудных складках. При осмотре наблюдалось нарушение осанки ввиду шейного кифоза и компенсаторной выпуклости живота. У женщин с птозом молочных желез были жалобы психоэмоционального характера, связанные с трудностями в подборе одежды и снижением самооценки. Всем больным проводили УЗИ молочных желез, а пациенткам старше 40 летнего возраста назначали маммографию для оценки состояния паренхимы железы и исключения патологий. В зависимости от выраженности птоза молочной железы и гипертрофии молочных желез для фундаментальной коррекции объема и

форм груди были применены способы: J.O.Strombeck (82), редукционная вертикальная маммопластика (10), редукционная вертикальная маммопластика с аутотрансплантацией маммилло-ареолярного комплекса(1).

Результаты исследования. Послеоперационный период у всех пациентов протекал гладко, заживление было первичным. Свободно пересаженные ареолы с соском у больной с гигантомастией прижились первично, без лизиса. В 8 (8,6%) случаях использования способов операций с перемещением ареолы на питающей ножке, у пациенток с расстоянием соска от яремной вырезки 35-40 см, наблюдали вторичную ишемию сосково-ареолярного комплекса на 4-5-е сутки после вмешательства, завершившийся частичным некрозом. В позднем послеоперационном периоде у 35 наблюдавших больных были достигнуты хорошие и удовлетворительные результаты. Форма, объем и расположение молочных желез во всех случаях была гармоничная. Только у 6 больных наблюдали выраженные рубцовые изменения, в последующем проводили коррекцию рубцов через 1,5 -2года после первой операции.

Выводы. Таким образом, правильно выбранный предоперационный способ хирургического вмешательства, позволяет получить хорошие и удовлетворительные результаты, и помогают устранить нежелательные осложнения.

Каримова М.Д., Баротова Д.А.

ЭРОЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Городская больница города Леваканд, Хатлонская область, Таджикистан

Научный руководитель - к.м.н. Сабурова Х. Ш.

Цель исследования. Изучить современные методы лечения эрозия шейки матки. Представить современные тенденции отношения к вопросам диагностики патологии шейки матки.

Материал и методы исследования: на первом этапе проводился сбор данных анамнеза, объективный осмотр, антропометрия и лабораторные исследования (общие анализ кров, мочи, биохимический анализ крови); (УЗИ, доплерометрия). Для симптомов эрозии шейки матки характерны другие гинекологические заболевания. Поэтому важно отличить проблему от других патологий и определить тяжесть состояния пациентки, установить силу изменения эпителиальной ткани:мазок из влагалища для оценки количественных показателей составляющих интимной сферы;мазок из цервикального канала и шейки матки для установления принадлежности клеток, располагающихся тут;кольпоскопия позволяет проанализировать реакцию тканей на химические растворы и выполнить забор клеток с подозрительных участков;биопсия дает детальную информацию о строении взятой ткани и позволяет определить, насколько опасна истинная эрозия.

Результат. Таким образом, конкретизация и ранжирование по значимости риск факторов формирования патологических процессов в шейке матки расширяют представление об этиологии и патогенетических аспектах формирования данной патологии и позволяют выявить управляемые предикаты предупреждения реализации этой патологии. Другими словами, мы научимся управлять факторами риска развития данного заболевания, течением и исходом конкретной нозологии. Дополненные клинко-лабораторные характеристики предраковых заболеваний у женщин репродуктивного возраста помогут найти возможность раннего выявления этих процессов и прогнозирования осложнений во время беременности, родов и трансформации в онкологические заболевания. Требуются более тщательный пересмотр и внесение дополнений в программы скрининга по выявлению групп риска, разработка методов диспансеризации этой категории пациентов. Исходя из вышесказанного можно предположить, что внедрение новых прогностических критериев роста заболеваний шейки матки у женщин репродуктивного возраста позволит своевременно выявлять ранние формы рака шейки матки, снизить число заболевших раком шейки матки, повысить качество и продолжительность жизни женщин, увеличить их репродуктивный потенциал.

Вывод. На сегодняшний день актуальность вопроса профилактики предраковых заболеваний и рака шейки матки не вызывает сомнений. Факторы риска развития патологии шейки матки достаточно широко известны: вирус папилломы человека, раннее начало половой жизни, большое количество половых партнеров, инфекции, передающиеся половым путем, травмы шейки матки при медицинских манипуляциях, нарушение гормонального фона, снижение иммунитета и т.д. Все это помогает сохранить качество жизни и репродуктивное здоровье женщин. Но не все так просто, как может показаться. В реальной жизни мы достаточно часто сталкиваемся с данной проблемой и, к сожалению, не всегда можем помочь нашим пациентам в данном вопросе.

Каримова М.Д.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЕФИЦИТА МИКРОНУТРИЕНТОВ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА В ЛЕВАКАНДСКОМ РЕГИОНЕ

Городская больница города Леваканд, Хатлонская область, Таджикистан

Научный руководитель - к.м.н. Сабурова Х. Ш.

Цель исследования: изучить влияние дефицита некоторых микронутриентов на перинатальное развития плода у подростков с ранней беременностью и оптимизировать алгоритмы их введение.

Методы исследования и использованная аппаратура: на первом этапе проводился сбор данных анамнеза, объективный осмотр, антропометрия и лабораторные исследования (общие анализ кров, мочи, биохимический анализ крови); микронутриенты (ионизированный кальций, фосфор, магний, гемоглобин, и сывороточное Fe); функциональные (УЗИ, доплерометрия); оценка перинатального развития плода (гравидограмма,фетометрия, КТГ; планцетнография),макроскопические и микроскопические (морфологические) исследование плаценты; параметры физического развития новорожденного (рост, масса); состояниездоровья новорожденных в раннем периоде адаптации; лечение плацентарной недостаточности применением донаторов оксида азота (L –аргинин) в сочетании с антиоксидантами (токоферола ацетат/ Вит. Е) и статистический анализ.

Результаты. Установлена обратная корреляционная связь между осложнениями беременности и возрастом юных первобеременных. Доказано, что сельские девочки подростки чаще отстают в развитии, по сравнению с жительницами города.

Обнаружено, что при дефиците содержания в крови кальция и магния чаще развиваются умеренная и тяжёлая преэклампсия, и чем ниже уровень сывороточного железа в крови, тем чаще наблюдается послеродовое кровотечение.

Установлено, что у беременных подросткового возраста, чаще наблюдается синдром внутриутробной задержки развития плода (СЗРП), обусловленный плацентарной недостаточностью (ПН). Что в конечном итоге формирует высокие показатели перинатальной заболеваемости и смертности. На основе полученных результатов оценено влияние микронутриентной недостаточности на перинатальные исходы у подростков с ранней беременностью. Разработан алгоритм диагностики и лечения осложнений беременности и родов у подростков с ранней беременностью с целью профилактики дефицита микронутриентов и плацентарной недостаточности.

Вывод. Изучена и научно обоснована эффективность сбалансированного питания, своевременная коррекция микронутриентов и использование донаторов оксида азота у подростков с ранней беременностью при субкомпенсированных формах плацентарной недостаточности. У большинства женщин и кормящих матерей в третьем триместре беременности и раннем послеродовом периоде выявлена полимикронутриентная недостаточность: дефицит цинка диагностирован у 59%, дефицит магния - у 83%, дефицит селена и йода - у 92%, дефицит железа - у 80%, дефицит витаминов А, В1 и В2 - у 13-35% женщин.

**Каюмова С. А., Джамолова Г. Дж., Мухидинова М. Ш.
ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАЗОВ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ГОЛОВНОЙ МОЗГ**

Кафедра хирургических дисциплин №2 ГОУ ХГМУ. Таджикистан.

Научный руководитель – PhD Норматова М. А.

Цель исследования. Изучить стратегии лечения метастатического поражения головного мозга при раке молочной железы.

Материал и методы исследования. Данные взяты из обзорных научных статей, опубликованных на сайте Pubmed.gov.

Результаты исследования. Второй наиболее частый тип метастазирования в головной мозг после рака легкого вызывается метастазами рака молочной железы. Большинство случаев метастазов в головной мозг происходит у пациенток с ER-отрицательным и HER2-положительным метастатическим раком молочной железы. Современные методы лечения метастазов в головной мозг могут быть местными и системными, или же они могут представлять собой комбинацию многочисленных методов. Варианты местного лечения включает хирургическое вмешательство, стереотаксическую хирургию, облучение всего головного мозга или их комбинации. Метастазы головного мозга классифицируют как ограниченное и обширное, и на этой основе выбираются стратегии лечения. Хирургия чаще всего используется только у пациенток, которые находятся в хорошем функциональном состоянии. У пациенток с ограниченным метастазом в головной мозг проводят стереотаксическую хирургию, которая обеспечивает значительную защиту когнитивных функций, а пациентки с обширными метастазами в головной мозг могут быть кандидатами на облучение всего головного мозга. Было показано, что хирургическое вмешательство с последующей лучевой терапией улучшает общую выживаемость и контроль симптомов по сравнению с проведением одной только лучевой терапии. В прошлом опасения по поводу неспособности системной терапии проникать через гематоэнцефалический барьер ограничивали ее использование при метастазах в головной мозг. Однако инновационные таргетные методы лечения заметно улучшили системный контроль заболеваний и выживаемость в популяциях с определенным молекулярным типом рака молочной железы, что вызвало огромный интерес к изучению этих методов лечения для дополнения или потенциальной замены местных методов лечения метастазов в головной мозг.

Выводы. Вышеизложенные материалы указывают на то, что выбор тактики лечения при метастазах головного мозга определяется распространенностью злокачественного процесса в веществе головного мозга и общим соматическим статусом пациентки. Важно отметить, что в настоящее время совершенствуются и широко применяются методы таргетной терапии при метастазах в головной мозг.

**Каюмова Ш. Ш., Муродов Ш. Д., Адылова Ф. Х.
ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА**
Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель - к. м. н. Махамадиев А. А.

Цель работы. Оценка результатов компьютерной томографии (КТ) в диагностике хронического гнойного среднего отита (ХГСО).

Материал и методы исследования. На базе сурдологического отделения НМЦ РТ в период 2022-2023 гг. нами обследовано 45 больных с ХГСО (30 больных с эптитимпанитом, 15 больных с мезотимпанитом). Анализ анамнестических данных показал, что большинство обследованных больных отмечали частые обострения воспалительного процесса. У 27 больных обострения отмечались 2 раза в год, у 16 больных – 1 раз в год, у 2 больных 1 раз в 5 лет. Боль в ухе или околоушной области отмечали 30 пациентов, гноетечение из уха – 38. Головокружение – 14 больных. Жалобы больных на снижение слуха подтверждены результатами тональной пороговой аудиометрии. У 24 больных выявлена кондуктивная тугоухость различной степени, у 17 – кондуктивная тугоухость с элементами вторичной сенсоневральной тугоухости, у 4 больных слух был в пределах возрастной нормы. У 5 больных выявлен

горизонтальный мелкоразмашистый спонтанный нистагм, направленный в сторону больного уха. Всем больным проводили КТ- височных костей.

Результаты и их обсуждение. При КТ исследовании у 21 больного был выявлен костная деструкция в области крыши барабанной полости. У 2 больных в области крыши “пещеры” и аттика ближе к твёрдой мозговой оболочке прилежала кариозная кость, у 17 больных при КТ височной кости обнаружено наличие вещества с плотностью мягкой ткани в надбарабанном пространстве, “пещере” и в барабанной полости. У 5 больных при КТ-исследовании были обнаружены признаки лабиринтита (кальцификация костного лабиринта и кариозный процесс), из них в 2 наблюдениях – фистула горизонтального полукружного канала. При клиническом обследовании у 1 больного диагностирован гнойный лабиринтит, у 1 – ограниченный лабиринтит, Изменения в цепи слуховых косточек диагностированы у 25 больных.

Выводы.КТ височной кости позволяет определить, локализацию патологических изменений в том или ином отделе среднего и внутреннего уха. Применение данной методики позволяет диагностировать фистулу или ограниченный кариес лабиринтной костной стенки, в то время как обычная рентгенография этого не выявляет. КТ височной кости позволяет значительно раньше, распознавать развитие отогенных внутричерепных осложнений.

Кенчаева М.Р, Ризоев Х.Х., Алиев Б.С.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ДОРЗАЛЬНОГО И ВЕНТРАЛЬНОГО СПОСОБА ФИКСАЦИИ БУККАЛЬНОГО ГРАФТА ПРИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ УРЕТРОПЛАСТИКЕ. ОСЛОЖНЕНИЕ БУККАЛЬНОЙ УРЕТРОПЛАСТИКИ.

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

Цель.Оценка эффективности заместительной уретропластики с применением буккального графта, в зависимости от его фиксации. Осложнение буккальной уретропластики.

Материалы и методы. С 2018 по 2022 г. в клинике была выполнена операция Barbagli 48 пациентам. Оперировались больные с протяженными (более 4.0 см) стриктурами передней уретры в возрасте от 18 до 83 лет. Средний срок наблюдения составил $48,9 \pm 4,6$ месяцев. Вентральный способ фиксации трансплантата был применен у 26 пациентов, дорзальный способ был применен у 22 больных. Статистически значимых различий между исследуемыми группами в зависимости от этиологии, локализации и протяженности стриктуры выявлено не было ($p > 0,10$). Все пациенты проходили стандартное предоперационное клиничко-лабораторное обследование, ретроградную уретрографию, УЗИ почек и простаты, уретроскопию, экскреторную урографию, урофлоуметрию.

Результаты. Критериями эффективности операции являлись отсутствие прогрессии симптомов заболевания, Qmax – больше 14 мл/с, отсутствие необходимости в любых вмешательствах (включая бужирование). Общая эффективность аугментации уретры свободными лоскутами составила 92,7%. Дорзальный способ фиксации лоскута оказался наиболее эффективным (92,4% vs 81,5% для вентральной фиксации). Рецидивы заболевания наблюдались при вентральной фиксации буккального графта у 3 (12,1%), а при дорсальной фиксации у 1 (4,1%). Экстравазация мочи по линии уретрального шва наблюдалась у 22% больных. Во всех случаях ситуация разрешилась после дополнительного недельного уретрального дренирования. Уретральные свищи были выявлены у 4% пациентов, причем только у пациентов, у которых применялась вентральная «onlay» методика уретропластики. Рецидив стриктуры отмечался у 14% пациентов. Лишь у 8% пациентов понадобилось повторное открытое вмешательство. В остальных случаях имели место «кольцевидные» сужения уретры, которые успешно были разрешены путем внутренней оптической уретротомии. Острая мочевиная инфекция имела место у 26% пациентов, несмотря на пред- и интра-операционную антибактериальную химиотерапию. Подтекание мочи после акта мочеиспускания отмечали 18% пациентов. Мешкообразное расширение уретры отмечалось лишь у 1 пациента после вентральной фиксации трансплантата. Деформацию полового члена отметили 2% пациентов. Некроза пенильной кожи отмечалось у 1%.

Из осложнений в месте взятия трансплантата в раннем послеоперационном периоде следует отметить: боль и дискомфорт – у 85% пациентов, ограничение подвижности рта – у 36% пациентов, припухлость – у 21% пациентов. Из поздних осложнений: ограничение подвижности рта у 6% пациентов. Не было выявлено ни одного случая послеоперационной гематомы, раневой инфекции или повреждения слюнного протока.

Выводы.Реконструктивные операции на уретре с применением трансплантатов слизистой ротовой полости, при правильном обоснованном выборе метода фиксации, имеют сравнительно малый процент послеоперационных осложнений. Пациенты должны быть подробно информированы даже о незначительных возможных послеоперационных осложнениях.

Кодиров Д.И.

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Бердиев Р.Н.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с геморрагическим инсультом.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов лечения 156 больных с геморрагическим инсультом за 2016-2020 гг. Среди обследованных были 85 (55,5%) мужчин и 71 женщина (44,5%). Возраст больных варьировался от 18 до 78 лет. По возрастным категориям больные были распределены следующим образом: от 18 до 30 лет – 27(17,3%) больных, 31-40 лет – 21(13,5%) обследованных, 41-50 лет – 24(15,4%) больных, 51-60 лет – 28(17,9%), 61-70 лет – 26(16,7%) госпитализированных, а 30(19,2%) остальных были в возрасте 70-78 лет. Всем

обследованным при поступлении произведены компьютерная и магнитно-резонансная томография (КТ и МРТ), ЭКГ, офтальмологическое исследование, лабораторные исследования, осмотр кардиолога, невропатолога и терапевта. По тяжести общего состояния и уровням нарушения сознания все госпитализированные были осмотрены также реаниматологами.

Результаты и их обсуждение. По локализации нетравматические внутримозговые гематомы распределялись следующим образом: в лобной доле – 11(7,1%), в затылочной доле – 8 (5,1%), в гемисферах мозжечка – 15(9,6%), в желудочках головного мозга – 26(16,7%), а в теменно-височных долях – 96 (61,5%). Все больные госпитализированы в тяжелом состоянии. Одним из основным симптомом было нарушение уровня сознания и оно оценивалось по шкале кома Глазго. Из обследованных в 25(16,1%) случаях больные доставлены в ясном сознании (ШКГ- 15 баллов), как умеренное оглушение оценивалось у 28 (17,9%) пострадавших (ШКГ- 13 баллов), глубокое оглушение – в 36(23,1%) наблюдениях (ШКГ- 12 баллов), сопорозное сознание – у 31(19,8%) больного (ШКГ- 9 баллов), умеренная кома – в 27 (17,3%) случаях (ШКГ- 7 баллов), а у 9 (5,8%) больных оно оценивалось как глубокая кома (ШКГ- 6 баллов).

Выводы. Нейровизуализационные лучевые методы исследования дают возможность адекватно оценить тактику лечения больных с внутримозговыми гематомами. Дифференцированный подход в лечении больных с геморрагическим инсультом положительно влияет на исход данной категории больных.

Кодиров З.А., Зокиров Р.А.,Холов Д.Д.

КОМПЛЕКСНОЕ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЕ ИНФУЗИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.

ГУ.ГМЦ № 1 им Ахмеда Каримова г Душанбе.ТГУ кафедра хирургических болезней № 1.

Научный руководитель – к.м.н. Кодиров А.Р.

Цель исследования. определение эффективности артериальной инфузии комплексных препаратов при ГНП, ГНК.

Материал и методы. исследование послужил ретроспективный анализ результатов лечения 80 больных с ГНП и ГНК протекающий на фоне сахарного диабета. Возраст больных варьировал от 32 до 86 лет. Наибольшее число больных 65(81,3%) были в возрасте от 40-70 лет, мужчины 55(68,7%), женщины 25(31,2%). Длительность заболевания СД составляло от 1 года до 30 лет. У 4(5%) СД выявлено впервые при поступлении. Легкая степень СД (согласно классификации ВОЗ) установлено 4(5%) больных, средней тяжести у 10 (12,5%), тяжелая у 66(82,5%) больных.

По степени тяжести диабетическая стопа: Iст.3 (3,75%), IIст.-7(8,75%), IIIст.-20 (25%), IVст.-50 (62,5%).

Нами приняты дифференциальный подход к комплексному лечению ГНП и ГНК с учетом давности и тяжести заболевания, а также степени поражения.

В комплексном лечении применяем сосудорасширяющие, антиагрегаты, антикоагулянты, витаминотерапия, иммуномодулирующая терапия на фоне сахароснижающих препаратов, последний назначался дифференцированно с применением инсулина короткого действия – актропида или оральных препаратов. Кроме того при прогрессирования и распространения влажной ГНП или ГНК, с целью ограничения в ряде случаев уменьшения зоны предполагаемой деструктивных изменений мы применяли общепринятую схему лечения, дополняли артериальной инфузией лекарственных средств, через пункцию бедренной артерии. Перечень препаратов с указанием состава коктейля: спазмолитики+обезболивающие, антиоксиданты, антибиотики антикоагулянты+димедрол+гепарин+физраствор.

Описанная методика внутриартериального введения лекарственных средств было использовано при лечении 50 больных основной группы. Продолжительность внутриартериального введения лекарств колебалось от 7 до 14 дней, в среднем 10 дней.

Обсуждение результатов как правило, в процессе проведения артериальной инфузии отмечалось изменение объективного сочетания больного. Зачастую мучительные боли в ноге уменьшались или исчезали совсем. Больные отмечали распространения тепло на дистальные отделы конечности, возвращение сна ранее потерянный от сильных болей, улучшился аппетит. Заметно изменилось состояние кровообращения в инфузировавшейся конечности по данным доплерографии. У большинства больных температура конечности повысилась на 1-2 градуса впервые же часы от начала инфузии. Все эти эффекты от артериальной инфузии отражались на грануляции тканей раны при лечении диабетических ГНП и ГНК.

В начале предполагаемой высокой ампутации у 10 больных (12,5%) на уровне бедра заканчивалось ампутации на уровне голени, 20 больных (25%) которым предполагалось на уровне верхней трети голени произведено на уровне нижней трети, или трансметатарзальный 40(50%) больным которым предполагалось ампутация на уровне голени заканчивались экзартикуляцией на уровне лисфранговых суставов 25(31,3%) или трансметатарзальной ампутацией 15(18,7%), 10 больным которым предполагалось трансметатарзальный ампутация заканчивалось экзартикуляцией одного или двух пальцев 5(6,25%). А у 5 больных оперативное лечение не произведена. Подобной дистализации ампутации при диабетических гнойно-деструктивных поражениях стопы является достаточно серьезным успехом.

Таким образом внутри артериальная инфузия совместных лекарственных коктейли с резко плановым воздействием обеспечивает успешную медикаментозную терапию даже в условиях глубоких тропических диабетических расстройств и достижения оптимальных условий для проведения мало-травматических оперативных вмешательств и способствует дистализации ампутации. Кроме того оно обеспечивалось успешное заживления раны без тяжелых нагноений, что способствует раннему реабилитации и улучшению качества жизни больных.

Комилова Т.М., Рахмонов С.У., Бустонов Б.М.У.
ФАГОТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ОДОНТОГЕННЫМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМ
СИНУСИТОМ С ПАТОЛОГИЕЙ НОСОВЫХ РАКОВИН

Кафедра хирургических дисциплин №2, ГОУ ХГМУ. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Бустонов М.О.

Цель исследования. Изучить современные аспекты применения фаготерапии (ФТ) при лечении пациентов с одонтогенным верхнечелюстным синуситом (ОВС).

Материал и методы исследования. Для изучения перспективы использования ФТ в качестве лечебного препарата при ОВС были просмотрены электронные обзоры и альтернативы антибиотиков сайта PubMed.gov, материалы съездов и конференций.

Результаты исследования. Исследованиями S.Puglisi et. al. (2016) выявлено, что микробная флора при ОВС представлена анаэробной флорой. А.Яссин–Кассаб с соавт. (2020) провели ретроспективное исследование 276 пациентов с 2015 по 2019 годы и отметили, что для ОВС характерны смешанные анаэробы *Fusobacterium spp.*, *Streptococcus intermedius*, *Streptococcus constellatus*, *Streptococcus anginosus*. Soung Min Kim (2019) приводит данные о наличии у больных ОВС клинического иммунодефицита. За период более чем десяти лет солидных результатов в лечении инфекций с помощью антибиотиков не отмечается, хотя имеется много различных методов к синтезированию эффективных их аналогов. В 2015 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) отметила резистентность к антибиотикам. Одним из альтернатив антибиотиков являются вирусы бактерий (бактериофаги). Andrzej Górski et.al. (2020) приводит данные Центров ФТ Европы и США, доказывая, что фагам свойственны противовоспалительные и иммуномодулирующие действия. Это в перспективе новые сферы их воздействия. GF.Hatfull et.al. (2022) считают, что ФТ качественно безопасна, но имеет проблемы: предотвращение развития устойчивости бактерий к фагам, снижение иммунных реакций. Возможности ФТ обеспечивают повышение эффективности применения антибиотиков в настоящее время, защиту новых синтезированных антимикробных препаратов и как последнего фактора защиты при мультирезистентности патогена. N.J. Anyaegbunam et.al. (2022) акцентируют внимание к производным от фагов белкам, как противомикробному средству и ФТ. В настоящее время в терапии сочетанных инфекций применяются фаговые коктейли. SA.Fong et.al. (2017) отмечают эффективность фаговых коктейлей в отношении биоплёнок *Pseudomonas aeruginosa* на 89% и предотвращает появление резистентных к бактериофагам мутантных бактерий. SA.Strathdee et.al. (2022) рекомендуют применять фаги в форме фаголизин. Природные фаги, разработка их генетических модификаций или синтетических фагов – это перспективы будущих исследований.

Выводы. Применение фаготерапии при одонтогенном верхнечелюстном синусите с патологией носовых раковин оказывает противовоспалительное, иммуномодулирующее действие и повышает резистентность к патогенной микрофлоре. Во-первых, успех фаготерапии зависит от выбора специфических бактериофагов для каждого вида бактерий и их штаммов из-за их специфичности по отношению к пациенту, поэтому для индивидуализации лечения необходимо большое количество фагов в банке данных бактериофагов. Во-вторых, рекомендуется сочетание фаготерапии, одновременного применения с антибиотиками, как дополнительного средства для снятия инфекции, провоцируемого неспецифическими бактериями.

Корохов А.Т.

ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫХ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО
ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА КОСТЕЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., профессор Сафаров А.С.

Цель исследования. Разработать клиническо-anamnesticheskie критерии, позволяющие раннюю диагностику острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава у детей.

Материал и методы. В исследование включены 32 больных ребёнка в возрасте от 2-х до 16 лет, находившиеся на стационарном лечении по поводу острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава (ОГО КТС) в гнойно-септическом отделении кафедры детской хирургии ТГМУ имени Абуали ибни Сино на базе ГУ НМЦРТ “Шифобахш”. Для ранней диагностики заболевания было проведено: клинико-anamnesticheskiy, лабораторный, инвазивный (пункции тазобедренного сустава и проксимального отдела бедренной кости) и неинвазивные методы исследования.

Результаты исследования. При изучении клинико-anamnesticheskiy данных стало известно, что болезни начались остро с повышением температуры тела до высоких цифр и появлением боли в области тазобедренного сустава, которая часто становилась причиной отказа от ходьбы. Наряду с этим выяснилось, что основная масса больных-16 (50%) лечилась у педиатров, ревматологов, инфекционистов, невропатологов, гематологов, травматологов и/или самостоятельно амбулаторно. Кроме того, в 3-х (9,4%) случаях, получили стационарное лечение с диагнозами анемия тяжёлой степени в гематологическом отделении, бруцеллёз в инфекционной больнице и оперативное вмешательство с диагнозом аппендикулярный абсцесс в хирургическом отделении. В 65,6% случаев были выявлены факторы риска развития заболевания (травма в области тазобедренного сустава, очаги хронической инфекции, предшествующие гнойные заболевания мягких тканей). Основными жалобами больных при обращении за медицинской помощью были следующие: боль в поражённой конечности у 32 (100%) больного, повышение температуры тела часто до фебрильных цифр - 30 (93,7%), ограничение или отсутствие движения в конечность - 29 (90,6%), хромота - 5 (15,7%). При клиническом осмотре у 26 (81,2%) больных обращало на себя внимание вынужденное полусогнутое состояние в тазобедренном и коленном суставах, ротированной к наружи и несколько

отведённое состояние поражённой конечности. В случаях поступления позже 3-х суток в области тазобедренного сустава, именно в паховой и верхней трети бедра, при осмотре у 15 (46,8%) больных отмечались признаки застоя, сглаженность кожных складок, разной степени выраженности сосудистый рисунок. В 3-х (9,4%) случаях были выявлены местные признаки воспаления в виде небольшого покраснения и припухлость мягких тканей над поражёнными участками, это в случаях, когда больной был гипотрофичным или младшего возраста, когда ещё нехорошо развита подкожная жировая клетчатка и мышечный массив в области костей тазобедренного сустава. Постукивание в выступающих частях кости и нагрузка по оси костной ткани во всех случаях оказались положительными.

Выводы: 1.ОГО КТС у детей обычно начинается остро с болями в области костей тазобедренного сустава и повышением температура тела часто до фебрильных цифр.

2. Критерием для раннего подозрения ОГО КТС, помогающим врачам других специальностей, служит наличие провоцирующих факторов в анамнезе, острое начало болезни, отсутствие рентгенологических признаков другой патологии (опухоли, перелом) и триада симптомов: боль, повышение температуры тела, ограничение или отсутствие движения в суставе наряду вынужденным положением конечности.

3. Преобладание общих симптомов воспаления над местными, которые связаны с анатомо-физиологическими особенностями данной области тела.

Косимзода Д.С., Давлятова М.Ф.

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ ПРИ ТЯЖЁЛЫХ ФОРМАХ ТЕЧЕНИЯ SARS-CoV-2

Кафедра акушерства и гинекологии №2, ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”

Цель. Изучить факторы риска материнской смертности при тяжелых формах SARS-CoV-2 у беременных.

Материал и методы исследования. Было обследовано 70 беременных женщин с среднетяжёлым, тяжёлым и критическим течением SARS-CoV-2. Объём исследования соответствовал стандарту обследования беременных при коронавирусной инфекции SARS-CoV-2. От общего числа обследованных 7 случаев (1%) закончились летально.

Результаты. Летальному исходу были подвержены беременные в возрасте от 30 до 39 лет и составили 2/3 от общего числа. Во втором триместре беременности погибло 4 (57,1%) беременных женщины, а в третьем 3 (42,9%). У 5 (71,4%) беременных перед возникновением данной беременности отмечалось первичное, либо вторичное бесплодие. Сопутствующая экстрагенитальная патология у погибших беременных определялась в 85,7% случаях. Гипертензивные нарушения во время беременности диагностированы в 2 (28,9%) случаях. У каждой третьей беременности была многоплодной 2 (28,9%). Также у каждой третьей (28,9%) беременность возникла при использовании вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО), которые проводились в период пандемии.

Вывод. Оценка факторов риска материнской смертности выявила возрастную зависимость: случаи летального исхода определялись в категории женщин от 30 до 39 лет. Материнская смертность была тесно сопряжена со сроком гестации. Также потенциальными факторами риска явились отягощенный преморбидный и морбидный фон.

Коситов Д.Д., Сафаров Б.С., Рахмонов У.Х.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРИВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ОККЛЮЗИОННОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ, ПРИВОДЯЩЕЙ К РАЗВИТИЮ МАЛОФОРМАЦИИ КИАРИ I

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель- д.м.н., Рахмонов Х.Дж.

Цель исследования. Представить редкий случай развития мальформации Киари I типа (МК I) вследствие тривентрикулярной окклюзионной гидроцефалии и её хирургическое лечение.

Мальформация Киари I типа (МК I) это опущение миндалин мозжечка ниже большого затылочного отверстия. В большинстве случаев МК I не сопровождается гидроцефалией, иногда сочетается с сирингомиелией. В единичных случаях при гидроцефалии может развиваться вторичный МК I.

Материалы и методы. Пациентка К., 50 лет поступила в нейрохирургическое отделение №1 ГУ НМЦ Республики Таджикистан «Шифобахш» с жалобами на наличие выраженной диффузной головной боли, которые имели пульсирующий характер, на тошноту и неоднократную рвоту без последующего облегчения, появление головокружения в положении лежа и во время попытки принятия сидячего положения. Проведено КТ исследование осмотр глазного дна. Был поставлен диагноз Мальформация Киари I с окклюзионной тривентрикулярной гидроцефалии. Пациентке было выполнено хирургическое вмешательство - эндоскопическая вентрикулоцистерностомия дна третьего желудочка (ЭВЦС III) в сочетании с декомпрессивной субокципитальной краниоэктомией, которая дополнялась ламинэктомией C1. Течение послеоперационного периода было гладким, без развития осложнений. Было выписано с улучшением состояния.

Результаты исследования и обсуждение. МК I является одной из распространенных аномалий развития задней черепной ямки. В данном клиническом случае представлена прогрессирующая тривентрикулярная окклюзионная гидроцефалия, приведшая к развитию МК I у женщины, которая была успешно разрешена проведением одноэтапного хирургического лечения эндоскопической тривентрикулоэтомией и декомпрессией краниовертебрального перехода. По нашему мнению, между гидроцефалией и МК I есть различные причинно-следственные связи, которые предполагают развитие МК I.

Выводы. В описанном наблюдении формирование МК I может быть обусловлено развитием окклюзионной тривентрикулярной гидроцефалии. Выполнение у данных больных ЭВЦС III и декомпрессивных хирургических вмешательств в области ЗЧЯ способствует снижению выраженности опущения миндалин мозжечка и ликвидации симптомов гипертензионного синдрома.

Коситов Д.Д., Кодиров Д.Д., Рахмонов У.Х.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ВЕНТРИКУЛОЦИСТЕРНОСТОМИЯ ДНА III ЖЕЛУДОЧКА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ОККЛЮЗИОННОЙ ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель- д.м.н., Рахмонов Х.Дж.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения окклюзионной гидроцефалии у детей грудного возраста путем внедрения эндоскопической вентрикулоцистерностомии дна третьего желудочка с базальными цистернами (ЭВЦС III).

Материал и методы исследования. Были проанализированы результаты оперативного вмешательства у 16 детей грудного возраста, госпитализированных в период с 2021 по 2023 годы в отделение детской нейрохирургии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», являющейся клинической базой кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино в возрасте от 28 дней до 1 года, всем которым проведено ЭВЦС III. Всем больным 16 (100%) для определения уровня окклюзии проводилось КТ головного мозга до операции и после операции в первые 3-е суток. Послеоперационный период наблюдения составил от 3 месяцев до 1,5 года.

Результаты исследования и их обсуждения. Использование в хирургическом лечении окклюзионной гидроцефалии у детей грудного возраста малоинвазивной техники ЭВЦС III позволило значительно уменьшить время оперативного вмешательства, послеоперационный период нахождения больного в стационаре. При этом создание искусственных путей вентрикулосубарахноидального ликворного оттока уменьшило использование традиционных методов хирургического лечения как ЛШО и осложнение связано с этой методикой. У всех больных 16 (100%) отмечались общемозговая симптоматика, гипертензионно-гидроцефальный синдром. Положительные результаты достигнуты у 12 (75%) больных, у которых во время нахождения в стационаре регрессировал гипертензионный синдром, проводилось у них КТ исследование головного мозга доказывающее отсутствие острого окклюзионной гидроцефалии. У 1 (6,25 %) больного отмечено осложнение в виде субдуральной гематомы малого объема, которая самостоятельно рассосалась. У 1 (6,25 %) больного стома не функционировала в период нахождения в стационаре, а в 2(12,5%) случаях сформированное отверстие закрылось в первые месяц после операции вследствие обострения вентрикулита. При этом время проведения оперативного вмешательства уменьшилось при ЭВЦС III 25±5 минут, а при традиционных методах 55±5 минут. Риск после операционного осложнения снизился до 25%.

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

Куаныш Беатрисс

ВЫЯВЛЕНИЕ СКОЛИОЗА И ЕГО КОРРЕКЦИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА АСТАНА

Кафедра Профилактической Медицины, Нутрициологии и Физкультуры. НАО МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА. Казахстан.

Научный руководитель – преподаватель Тамара Советхановна

Цель исследования. Выявить распространенность сколиоза среди студентов МУА, а также провести лечебную физкультуру с целью ее коррекции.

Материал и методы.

1. Оценка состояния здоровья (проводится на базе кафедры профилактической медицины);
Контингент – студенты первого и второго курса, проходящие занятия на физкультуре;
2. Разработать уникальный комплекс упражнений для коррекции сколиоза;

Результаты исследования. Из 480 студентов осмотренных совместно с сотрудниками кафедры, был выявлен сколиоз у 60 студентов. С преподавателями кафедры профилактической медицины, нутрициологии и физкультуры разработана программа по коррекции сколиоза, состоящая из комплексов гимнастических упражнений, плавания и правильного питания.

Важное звено комплексной программы по профилактике и коррекции нарушений осанки является плавание, так как происходит естественная разгрузка позвоночного столба и укрепляются мышцы спины.

При первой степени сколиоза рекомендуется плавание на груди брассом и баттерфляем, кроль для ног, на груди и на спине; при плавании необходимо стремиться к тому, чтобы увеличить паузу скольжения. Именно в этот промежуток времени позвоночный столб вытягивается больше всего.

Изменения антропометрических показателей у исследуемых студентов прямо связаны с нехваткой энергии и нутриентов, особенно недостаточностью белковых структур, А, D и других витаминов, микроэлементов таких как цинка, железа.

Связи с тем, что молодой организм активно развивается, поэтому для определения неких присущих отсталостей или же дефектов следует измерять рост и вес и сравнивать по соответствующим параметрам. Оценивание рациона питания студентов происходит в следствии сбора антропометрических данных: коэффициент рост-вес, измерение индекса веса

Выводы. Таким образом из 480 студентов МУА у 60 имеется искривление позвоночника. Благодаря систематической выполняемой данной программе по лечебно-физкультуре у большинства студентов был укреплен и

сформирован мышечный корсет, усовершенствовалась координация движений и дальнейшее прогрессирование сколиоза было остановлено.

Кузихонова М.Ё., Бабаева Т.С., Каримов М.Б.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ТОНОМЕТРИИ

Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Республиканский глаукомный диспансер. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н. Сулейманова Ф.А.

Цель. Провести сравнительный анализ результатов тонометрии, полученных при использовании бесконтактного и аппланационного методов тонометрии.

Материал и методы. Исследование проведено 10 здоровым студентам (20 глаз) в возрасте 20 лет, не имеющим глазные патологии. Среди обследованных 4 человека (40%) – мужчины, 6 (60%) – женщины. Всем обследуемым было измерено ВГД методом аппланационной тонометрии (АТ) по Маклакову – 10 г, по Гольдману и бесконтактной тонометрии (БК) – пневмотонометром CANON. Первый способ проводили в положении лежа. Последние два исследования проводили в вертикальном положении. Кроме того, всем студентам проведены стандартные методы исследования: визометрия, биомикроскопия, прямая офтальмоскопия, гониоскопия 4х-зеркальной гониолинзой.

Нами была определена разница в показателях тонометрии в среднем и отдельно разница в показателях БК и АТ по Маклакову и Гольдмана.

Результаты. По результатам установили, что разница в показателях ВГД отмечается во всех группах. Завышение показателей ВГД при тонометрии по Маклакову, вероятно, связано не только с давлением груза массой 10 г на глазное яблоко, но и с ортостатической разницей офтальмотонуса. Известно, что ВГД при положении пациента лежа в среднем на 4 мм рт. ст. выше, чем при положении сидя.

Проведенный анализ выявил, что наиболее сопоставимые значения ВГД при измерении тонометром Гольдмана и бесконтактной тонометрии пневмотонометром CANON.

Выводы. Нельзя применять один вид измерения ВГД вместо другого и сравнивать результаты измерений, выполненных разными видами тонометров. При переходе от одного вида тонометрии к другому необходимо проводить базовое измерение ВГД.

Следует также отметить, что показатели тонометрии по Гольдману и бесконтактной тонометрии оказались сопоставимыми. При этом методика БК тонометрии отличается большим удобством и безопасностью, что позволяет рекомендовать ее к широкому применению на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Куканова А.М., Тажикова А.М., Джантемирова Н.М.
КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ KRAS МУТАЦИЙ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Кафедра онкологии НАО «Медицинский университет Астана», г.Астана, Казахстан
ГКП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр» акимата г. Астана, Казахстан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Макишев А.К.

Цель исследования: описание основных молекулярно-генетических предикторов появления колоректального рака, также предикторов прогрессирования процесса и ответа на лечение.

Материалы и методы: Проведен систематический литературный обзор научных баз данных Cochrane, PubMed, MedLine, Elsevier. Для основного поиска сформулированы основные поисковые термины: колоректальный рак, мутации колоректального рака, молекулярно-генетические исследования колоректального рака, мутация гена KRAS. Также был установлен временной диапазон не позднее 5 лет, т.е. все статьи. Далее был расширен диапазон вводимых ключевых слов. Всего для обзора было использовано 35 статей.

Результаты исследования: активация KRAS за счёт мутаций приводит к отсутствию эффекта ингибирования EGFR моноклональными антителами. Таким образом, наличие мутантных аллелей гена KRAS является бесплатным предсказательным маркером эффективности терапии ингибиторами EGFR. Также наличие мутаций гена KRAS является предиктором послеоперационных осложнений и прогрессирования опухолевого процесса. Разработка новых терапевтических подходов к лечению колоректального рака, вызванного нестабильностью генома, теперь возможна благодаря знанию молекулярной основы. Одно из самых ранних исследований показало, что блокирование оси иммунных контрольных точек, например, путем нацеливания на PD-L1 (лиганд 1 запрограммированной гибели клеток) или его рецептор PD-1, приводит к значительной ремиссии различных видов рака. Однако из-за их низкой иммуногенности большинство пациентов с КРР, за исключением тех, у кого высокий уровень микросателлитной нестабильности (MSI) или дефицит репарации несоответствия (dMMR), не могут получить пользу от иммунотерапии. Кроме того, многие иммунные пути, включая путь интерферона (IFN-), подавляются при KRAS-мутантном CRC. Таким образом, эти результаты могут указывать на более иммуносупрессивную микросреду при KRAS-мутантном CRC, что значительно ограничивает использование ингибиторов иммунных контрольных точек в качестве монотерапии у этой подгруппы пациентов с CRC. Следующим шагом стала разработка адаптивной клеточной терапии. Неоантигены, полученные из вариантов KRAS, считаются «чужеродными» для иммунной системы и могут распознаваться антиген-специфическими Т-клетками, что делает их потенциальной мишенью для иммунотерапии. У пациента с метастатическим КРР, мутантным KRASG12D, CD8+ Т-клетки с человеческим лейкоцитарным антигеном (HLA)-С*08:02-рестриктированные Т-клеточные рецепторы (TCR) специфически распознают мутантный KRASG12D. После размножения ex vivo пациентам вводили инфильтрирующие опухоль лимфоциты (TIL), содержащие примерно

75% KRASG12D-специфических CD8+ Т-клеток. Впоследствии все семь метастатических поражений легких регрессировали, и у пациента наблюдался частичный ответ (PR), продолжавшийся 9 месяцев. На данный момент в Казахстане также проводятся исследования по подавлению мутации гена KRAS путем индукции окислительного стресса.

Выводы: исследования, которые улучшают понимание колоректального рака на молекулярном уровне, предоставили данные, используемые для генетических тестов семейных форм, определения прогностических маркеров для отбора пациентов, восприимчивых к определенным формам терапии, и разработки молекулярно-диагностических тестов для раннего выявления неинвазивного рака. Были идентифицированы новые биологические пути, которые привели к открытию и усовершенствованию новых терапевтических агентов. Понимание сигналов, определяющих метастатический фенотип, предоставит необходимую информацию для разработки новых лекарств для предотвращения и контроля прогрессирования и распространения заболевания.

Кулиев А.А.

РОЛЬ ПАЛЛИАТИВНОЙ ГАСТРЭКТОМИИ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Самаркандского Государственного Медицинского Университет

Научный руководитель – д.м.н., профессор Джураев М.Д.

Цель работы: усовершенствовать методику ручной обработки короткой петли двенадцатиперстной кишки при распространении рака желудка на стенку двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы исследования: С 2016 по 2022 г. в отделении торакоабдоминальной хирургии клинической базы Самаркандского филиала РСНПМЦОиР у 46 больных местно-распространенным осложненным раком желудка, перенесших паллиативную гастрэктомию с ручным ушиванием культи двенадцатиперстной кишки.

1-я группа: у 31 (67,39%) больных в связи с невозможностью использования сшивающего аппарата культи двенадцатиперстной кишки было ушито вручную открытым способом, при этом была выполнена плоскостная резекция головки поджелудочной железы с термоэлектрокоагуляцией. **2-я группа:** у 15 (32,6%) больных культи двенадцатиперстной кишки была обработана с техническими трудностями аппаратом УО-40, но из-за отсутствия полной герметичности в полости кишки возникали дефекты по линии шва разного диаметра, что требовало использования ушивания культи в ручную. С целью восстановления герметичности по нашей модификации был наложен (механические швы + ушивания культи в ручную), одновременно выполнена плоскостная резекция головки поджелудочной железы с термоэлектрокоагуляцией.

ВЫВОДЫ: при местно-распространенном раке желудка, осложненном инфильтрацией опухоли в стенку двенадцатиперстной кишки, после резекции горизонтальной части 12п.к. наилучшим вариантом является наложение швов в культи по нашей модификации. Этот способ может противостоять любой силе дуоденального рефлюкса.

Наш модифицированный способ обработки культи двенадцатиперстной кишки имеет свой практический выход. Предлагаемый способ имеет высокий уровень практической профилактики осложнений, связанных с несостоятельностью швов, и может быть рекомендован при обширных оперативных вмешательствах.

Курбанов А.Ф., Шарипов А.В., Джафаров М.Ф.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ COVID-19 В ОТСРОЧЕННОМ ПЕРИОДЕ

Кафедра онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

ГУ «Комплекс здоровья Истиклол»

Научный руководитель – к.м.н., доцент Шарипов В.Ш.

Цель работы. Определение вероятности возникновения легочных осложнений в отсроченном периоде у амбулаторных пациентов, перенесших COVID-19.

Материалы и методы. Выполнены контрольные рентген-исследования и КТ-исследования легких 224 пациентам амбулаторного потока, перенесших заболевание COVID-19, в период 01.03.2021 – 31.05.2022. Сравнительный анализ производился с DICOM-архивами первичных КТ-исследований, выполненных ранее на базе кабинетов рентгенодиагностики лечпрофучреждений г. Душанбе. Сроки контрольных исследований составили от 1.5 до 15 мес.

Результаты. У 224 человека, у которых первично были выявлены типичные паттерны вирусной пневмонии с высокой вероятностью COVID-19-ассоциации, и которым были выполнены одинарные (n=197) или множественные (n=27) контрольные исследования легких в различные временные периоды. Полный регресс КТ-семиотики ранее выявленных легочных изменений отмечен у 68 человек (30,3%). Обнаруженные патологические КТ-изменения были рассортированы в несколько паттернов: симптом «лоскутного одеяла» n=17 (25,0% в структуре патологии), остаточные очаги «матового стекла» n=43 (63,2%), ретикулярный паттерн n=14 (20,5%), остаточные очаги консолидации n=16 (23,5%), легочный фиброз n=5 (7,3%). В 48,6% всех случаев была выявлена комбинация нескольких КТ-паттернов. Фиброзные изменения в легких нами оценивались в сроки от 6 мес; в сроки 3-6 мес были выявлены у 1,5% пациентов с нарастанием до 3% через 15 мес., составив в структуре всей патологии 7,4%.

Выводы. Выявление на КТ легочного фиброза у амбулаторных пациентов, перенесших COVID-19-ассоциированную пневмонию, составило 7,3%; наибольшее число данной патологии выявлено в сроки 12-15 мес., с тяжестью поражения легких КТ- 3. Менее грубые фиброзные изменения в виде ретикулярного паттерна выявлены у 20,5% пациентов.

Курбанов И.К., Даминова Н.М., Чаббаров У.У.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОАКАРНЫХ ГРЫЖ ПРИ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Кафедра общей хирургии №1 им. Каххоров А.Н. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Научный руководитель - д.м.н., профессор Абдуллозода Д.А.

Цель исследования. Выявление факторов риска возникновения троакарных грыж при видеолaparоскопических вмешательствах.

Материал и методы. На клинической базе кафедры общей хирургии №1 с 2017 года по настоящее время проводится исследование по выявлению факторов риска возникновения троакарных грыж после лапароскопической холецистэктомии. Выполнен анализ результатов 87 пациентов с троакарными грыжами. Средний возраст пациентов варьировал от 31 до 84 лет. Мужчин было 22 (25,3%), 65 женщин (74,7%), соответственно.

Результаты исследования. При ретроспективном исследовании нами полученные данные позволили высказать идею о статистически достоверном влиянии следующих факторов на развитие троакарных грыж: возраст пациентов свыше 50 лет, индекс массы тела выше 30, дисплазия соединительной ткани, нагноение операционной раны, размер и расположение троакара, сахарный диабет в анамнезе, а также ушивание апоневроза.

При лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) выбор места троакарной раны для извлечения желчного пузыря является прерогативой оперирующего хирурга с учётом потенциально возможных осложнений. При извлечении желчного пузыря через эпигастральный доступ, троакарные грыжи развивались только в 5 (4,3%) случаях. В остальных 82 (95,7%) случаях троакарные грыжи наблюдались в umbilicalной ране.

Выводы. Таким образом, оптимальными способами профилактики послеоперационных троакарных грыж можно считать снижение массы тела на этапах подготовки к оперативному лечению, нормализацию сопутствующих заболеваний, а со стороны ран передней брюшной стенки - тщательное сопоставление слоев апоневроза и ушивание всех ран передней брюшной стенки. Вопрос об извлечении желчного пузыря через эпигастральную или umbilicalную рану до сих пор остается предметом дальнейшего исследования.

Курбанов И.К., Чаббаров У.У., Буризода М.Ч.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОАКАРНЫХ ГРЫЖ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Кафедра общей хирургии №1 им. Каххоров А.Н. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Научный руководитель - д.м.н., профессор Абдуллозода Д.А.

Цель работы. Улучшение результатов лечения троакарных грыж у лиц пожилого и старческого возраста с использованием аутодермальной пластики.

Материал и методы. На базе общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино в плановом порядке оперированы 87 пациентов с троакарными грыжами. Все грыженосители были от 31 до 84 лет, из них женщин - 65 (74,7%) и мужчин - 22 (25,3%). Ожирение различной степени имели все пациенты.

У всех больных изучены анамнестические данные и параллельно оценивалось качество жизни перед операцией по шкале SF-36. Проводилось физикальное обследование, осуществлялись антропометрические замеры передней брюшной стенки. Изучались клиничко-биохимические анализы крови и мочи. Осуществлялись инструментальные исследования (рентгенография органов грудной клетки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, электрокардиография, эхокардиография, фиброгастродуоденоскопия). Большой акцент мы ставили на ультразвуковое исследование состояния мышечно-фасциальных структур передней брюшной стенки. В ходе исследования диагностировали диастаз прямых мышц живота, его ширину и протяженность, которая могла достигать как до мечевидного отростка, так и до лонного сочленения. Это требовало укрепления всего срединного мышечно-фасциального узла, проводить его радикальную реконструкцию. Сопутствующие заболевания выявлены у 77 пациентов, среди них преобладала сердечно-сосудистая патология. Операционный анестезиологический риск 1 степени определен у 15 (19,4%), 2 степени - у 51 (66,2%) и 3 степени - у 11 (14,4%) больных. Исходя из степени операционного риска, проводилась индивидуальная предоперационная подготовка, направленная на коррекцию сопутствующей патологии и адаптацию сердечно-легочной системы к колебаниям внутрибрюшного давления в послеоперационном периоде. У всех пациентов использованы способы комбинированной аутодермальной герниопластики, при которых аутодермальный трансплантат располагался onlay. Вид пластики зависел от степени сближаемости грыжевых ворот. Все больные оперированы под спинальной анестезией.

Результаты исследования. Тактика ведения послеоперационного периода была активной. Больные уже на 2-е сутки начинали активные движения, дыхательную гимнастику. С первых часов послеоперационного периода использовали бандажи, обладающие компрессионным эффектом, что было и мерой профилактики ранних раневых осложнений в раннем послеоперационном периоде. Раневые осложнения отмечены у 12 (13,8%) больных. Это были серомы. Они ликвидированы консервативными мероприятиями. Нагноение операционной раны отмечено у 5 пациентов, что также было ликвидировано консервативным путём.

Выводы. Исходя из проведенных нами мероприятий по хирургическому лечению троакарных грыж можно заявить, что аутодермальная пластика является простым и надежным способом в лечении пупочных грыж у пациентов старших возрастных групп и приводит к высокой степени физической, социальной и психологической реабилитации в отдаленном периоде после грыжесечения.

Курбоналиев Дж.Ш., Шоев С.Н., Хабибов Ф.Д.
ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМ
Кафедра нейрохирургии и вертебрологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Научный руководитель - д.м.н.Ашуров Р.Г.

Цель исследования. Выбор тактика консервативного и хирургического лечения больных с гипертензивных внутримозговых гематом (ГВМГ).

Материал и методы исследования. В нейрохирургическом отделении ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» за периодом 2021–2022 года были обращены 98 больных с ГВМГ: оперировано 32 (32,7%) из них; Энцефалотомия и открытое удаление гематомы - 14 (43,8%); Пункционная аспирация гематомы с локальным фибринолизом - 7 (21,8%); Эндоскопическое удаление - 11 (34,4%). У 66 (67,3%) больных объем гематомы меньше 15 мл и более 60 мл, учитывая уровень сознания до кома 2 по ШКГ 6-8 баллов, соматического статуса, смещений срединных структур головного мозга больше 1,5 см и возрасты больные свыше 65 лет не были оперированы. Мужчин было 62 (63,3%), женщин - 36 (36,7%). Возраст больных от 30 до 75 лет.

Результаты исследования. В 94 (96%) случае ГВМГ локализовались супратенториально: субкортикальная гематома встретилась у 43 больных, латеральные/путаменальные ВМК - у 28; медиальные/таламическая ВМК - у 17, из них у 6 гематомы сочетались с внутрижелудочковым кровоизлиянием.

В 4 случаях (4%) гематома располагалась субтенториально: у 1 больного мозжечковая; у 3 мозжечково-стволовые.

Всем больным проведена консервативная терапия, включая снотворная, противосудорожная, гипертензивная, противоотечная и антибактериальная терапия.

Наряду с консервативной терапией необходимо правильного ухода за пациентом, перенесшим геморрагического инсульта.

При данной патологии проведены профилактические мероприятия во избежание пролежни, застойная или аспирационная пневмония, тромбоэмболия ветвей легочной артерии, инфекции мочеполовых органов, тромбоз глубоких вен нижних конечностей, нарушение функции толстого кишечника, травмированные или вывих плеча парализованной руки, контрактуры мышц сгибателей кист.

Выводы.

Выбор тактика консервативного и хирургического лечения при гипертензивных внутримозговых гематомах зависимость от возраста больного, уровня сознания больного, соматического статуса больного, наличие внутримозговой гематомы и дислокационного синдрома.

Ухода за пациентом при гипертензивных внутримозговых гематомах позволит наиболее эффективно и максимально быстро восстановить утраченные функции, включая все тактики терапии.

Курбанов Дж. Дж., Камолзода Ф.М., Юнусов Х.А.
СПОСОБ УДАЛЕНИЯ НАРУЖНОЙ КРАЙНЕЙ ПЛОТИ - ЦИРКУМЦИИ У ДЕТЕЙ
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии им. проф. Каримова М.К. ЛДЦ
ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н. Мусоев Д.А.

Цель. Исключение риска повреждения уздечки головки полового члена при хирургическом иссечении крайней плоти.

Материалы и методы. Двухэтапное удаление наружной крайней плоти проводилось 200 детям в возрасте 1-7 лет в ЛДЦ ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино. После оттягивания кожной складки над головкой пениса, двумя зажимами фиксируется область линии уздечки и противоположный полюс. Между двумя зажимами под углом 45° над головкой полового члена, накладывали прямой мягкий зажим, который ограничивает головку и уздечку от повреждения.

После иссечения передней верхней части кожного лоскута, края кожи и внутренний листок со стороны уздечки иссекался под визуальным контролем.

Результаты. Удовлетворительные результаты достигнуты во всех случаях. Данная методика обрезания позволила прооперировать всех 200 детей без травматического повреждения уздечки во время иссечения.

Выводы. Разработанная методика проста, доступна для использования в амбулаторных условиях, и позволяет ее отнести к разряду малотравматичных операций.

Курбанов М.М., Отахонов Ф.Х., Ахмедов Б.Т.
ТАҲЛИЛИ ШУМОРАИ ШИКАСТИ ПУШИДАИ УСТУХОНИ ҚУЛФАК
Кафедра анатомии нормалӣ, анатомии топографӣ ва амалияи ҷарроҳӣ, забони лотинӣ, МДТ ДДТХ.
Тоҷикистон.
Роҳбари имлӣ – Зарипов И.А.

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши беморони гирифтори осебҳои пайвасти ва шикасти пушидаи устухони қулфак дар шароити Беморхонаи марказии ноҳияи Данғара дар соли 2022 дар муқоиса ба соли 2021.

Маҷод ва усулҳои тадқиқот. Барои ба даст овардани мақсади гузошташуда, дафтарӣ қайди қабули беморони нуктаи шикастабандӣ ва дафтарӣ қайди амалиётҳои ҷарроҳии фаврӣ ва нақшагии шӯбаи осебшиносӣ ва ортопедӣ дар муассисаи дар боло зикршуда дар солҳои 2021 ва 2022 ба ҷуғрафӣ омӯхта шуд. Синну соли беморон аз 1 то 70 соларо

дар бар мегирифт. Ба ҳамаи беморон акси рентгенӣ гузаронида шуд.

Натиҷаҳои тадқиқот. Натиҷаҳои тадқиқот нишон дод, ки аз шумораи умумии беморони соли 2022 ҳамагӣ 42 нафар бо таъхироти шикасти пушидаи устухони кулфак муроҷиат намудаанд, ки аз онҳо 19 (45,2%) нафар бо иллати тарафи рост ва 23 (54,8%) нафар тарафи чап, мард – 31 (73,8%) нафар ва зан – 11 (26,2%) нафар, то 5 сола – 18 (42,8%) нафар, аз 5 сола то 20 сола – 8 (19,1%) нафар, аз 20 сола боло – 16 (61,9%) нафарро ташкил медиҳад. Аз шумораи ин беморон бо усули консервативӣ – 15 то дар қудакони то 5 сола бо гузоштани ҳалқаи Делбе ва бо усули ҷарроҳӣ – 27 то яъне усули қушода ҷобачокунии шикасти устухони кулфак, мустаҳкамкунӣ бо сикҳои Киршнерӣ-16, Илизаровӣ-8, лавҳачаи АО бо муруватҳо-3 бемор гузаронида шуд. Дар соли 2021 бошад, аз шумораи умумии беморон ҳамагӣ 35 нафар бо таъхироти шикасти пушидаи устухони кулфак муроҷиат намуданд, ки аз онҳо 18 нафар (51,4%) тарафи рост, 17 (48,6%) нафар аз чап, мард – 27 (77%) нафар ва зан 8 (23%) нафар, то 5 сола – 12 (33%) нафар, аз 5 сола то 20 сола – 10 (28,6%) нафар, аз 20 сола боло – 13 (49,4%) нафарро ташкил медиҳад. Аз шумораи ин беморон бо усули консервативӣ 11 то дар қудакони то 5 сола бо гузоштани ҳалқаи Делбе, бо усули ҷарроҳӣ – 24 то яъне усули қушода ҷобачокунии шикасти устухони кулфак, мустаҳкамкунӣ бо сикҳои Киршнерӣ – 11, Илизаровӣ – 10, лавҳачаи АО бо муруватҳо – 3 бемор гузаронида шуд. Дар рафти тадқиқоти рентгенологии беморони мазкур маълум гашт, ки қисми зиёди беморон дар сеяки мобайнӣ иллати шикастагӣ доранд.

Хулоса. Ҳамин тавр, тадқиқоти мо нишон дод, ки теъдоди беморон бо таъхироти шикасти пушидаи устухони кулфак дар соли 2022 нисбат ба соли 2021 зиёд мебошад.

Курбонов Х.Ф., Негматов С.З., Мираков Б.Т.

СТАБИЛЬНОФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

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

Таджикистан.

Научный руководитель – доц. кафедры к.м.н., Каримов К.К.

Актуальность. Травмы опорно-двигательного аппарата являются одним из сложных повреждений, которые, в зависимости от анатомо- функциональных особенностей, приводят к временной потере трудоспособности, а иногда к инвалидизации или летальному исходу пациентов. Чаще всего повреждение получают люди трудоспособного возраста мужского пола в результате ДТП, кататравмы и других механизмов травмы.

Цель работы. Изучить и проанализировать результаты хирургического лечения переломов костей современными методами остеосинтеза, улучшить качество жизни пациентов с данными повреждениями.

Материал и методы исследования. Настоящая работа основана на результатах обследования, лечения, реабилитации и оценке отдалённых результатов 107 больных, находившихся на лечении в отделении сочетанной травмы и экстренной хирургии на базе Национального медицинского центра РТ «Шифобахш» за период 2021-2022 гг. Большое количество пациентов составили мужчины – 80 (78,4%), женщин было 27 (21,6%); средний возраст – $33,4 \pm 14$ лет. По механизму повреждений доминировали кататравма, спортивная травма и дорожно-транспортные происшествия. Клиническая картина заболеваний и повреждений определялась на основе жалоб, осмотра пациента, механизма травмы, возраста и соматического фона. Хирургическое лечение проведено 47 (47,8%) пациентам, консервативное – 60 (52,2%) пациентам. Репозиция закрытого вида и остеосинтез выполнены аппаратом Илизарова-22 пациентам, открытая репозиция- фиксация пластиной – 60, также системой БИОС- 25 пациентам.

Результаты исследования. Ретроспективный анализ исходов повреждений гласит о том, что развитие ранних и поздних осложнений предопределялось пороками лечебных доктрин. Среди оперированных больных воспаление вокруг спиц отмечалось у 4, развитие ложного сустава – у 2, спицевой остеомиелит – у 1. У пациентов, получивших консервативную терапию, контрактура коленного и голеностопного суставов – у 12 человек, ложный сустав – у 14, неправильно сросшийся перелом – у 6 пациентов.

Выводы. Правильно проведённая предоперационная подготовка пациента, ранний стабильно функциональный остеосинтез, идеальная анатомическая репозиция и ранняя функциональная реабилитация пациентов является залогом успешного восстановления статико-динамических функций повреждённых сегментов, локомоции пациента, восстановления кинематического баланса, а также профилактики ранних и поздних осложнений.

Курбонова Г.Х.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РВОТЫ У БЕРЕМЕННЫХ

Докторант PhD

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

Научный руководитель – академик НАНТ, д.м.н., профессор Додхоева М.Ф.

Цель исследования. Изучить факторы риска развития рвоты беременных с учётом тяжести осложнения.

Материал и методы исследования. Ретроспективному и проспективному анализу подвергнуты 240 беременных, обратившихся по поводу рвоты в Центры репродуктивного здоровья и поступившие в отделение патологии беременных городского родильного дома №1 в 2021-2022 гг, которое является клинической базой кафедры акушерства и гинекологии №1. Исследуемые были распределены на следующие группы: I – беременные с лёгкой формой рвоты – 111 пациенток, II – беременные со средней тяжестью осложнения – 79 и III – с тяжёлой формой рвоты – 50 беременных.

Результаты исследования. Анализ времени поступления показал, что наибольшее число беременных с рвотой – 17,0%, были госпитализированы в январе месяце, причём 27,8% и 20,0% из них страдали средней тяжестью и тяжёлой формой осложнения соответственно. Наименьшее число исследованных поступили в июне месяце – 0,4%, и

то, эта 1 беременная страдала лёгкой степенью осложнения. При раскладке беременных в целом по сезонам года, осенью и зимой число поступивших с рвотой беременных в стационар составило по 31,2%, т.е. каждая третья пациентка. При этом, 48,1% из них страдали средней степенью тяжести и 28,0% - тяжелой формой осложнения. Последние особенно часто поступали осенью – 36,0%. В летний период число поступивших всего оказалось 12,1% и среди них с тяжёлой формой осложнения составили 10,0%.

Беременных с рвотой в возрасте до 20 лет, т.е. в юном репродуктивном возрасте (ЮРВ), оказалось 15,0%, основную часть составили молодые женщины активного репродуктивного возраста – 76,2%, причём женщин в возрасте от 20 до 24-х лет и 25-29 лет была каждая 4-я – 28,7% и 27,1% соответственно. Удельный вес этой возрастной группы среди пациенток с тяжёлой формой осложнения составил 82,0%. Следует отметить, что женщин позднего репродуктивного возраста было меньше всего – 8,7% и удельный вес тяжёлых форм рвоты беременных был низкий – 10,0%. По социальному статусу пациентки были распределены на 3 группы – домохозяйки, работницы и студентки. Как и следовало ожидать, домохозяйки оказались больше всех – 73,3%. Среди обследованных беременных женщин образованных было меньше, их было всего 27,9%, что объясняется послевоенным периодом и неурядицами того времени. Менструальная функция обследованных женщин с рвотой беременных была оценена как нормальная всего у 52,9%, и у них же была тяжёлая форма осложнения в 26,0%. У большинства обследованных женщин в анамнезе были такие нарушения как позднее менархе, скудные и короткие менструации, болезненность, нерегулярность и другие. Удельный вес осложнения и его формы встречались почти одинаково во всех исследуемых группах, за исключением многократно беременных женщин, среди которых тяжёлая форма осложнения встречалась в 40,0% случаев, т.е. несколько больше, чем у других. Из перенесенных и сопутствующих осложнений наиболее часто был отмечен хронический пиелонефрит – 77,1%, диффузное увеличение щитовидной железы – 63,7%, анемии – 41,2%, холецистит – 35,8%, гастрит - 24,2%, бронхит – 23,3% и др. Почти каждая 4-я пациентка страдала дефицитом массы тела.

Выводы. Таким образом, анализ полученных результатов исследований свидетельствует о высокой частоте факторов риска развития рвоты у беременных. Это осложнение, особенно тяжёлая ее форма, имеет сезонный характер, наиболее часто встречаясь в осенне-зимний период, преимущественно развивается у молодых женщин в возрасте до 30 лет, с низким индексом здоровья, о чём свидетельствует высокая частота перенесенной и сопутствующей экстрагенитальной и генитальной патологий.

Курбонова Г.Х.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ РВОТУ БЕРЕМЕННЫХ

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

Научный руководитель – академик НАНТ, д.м.н., профессор Додхоева М.Ф.

Цель исследования. Изучить перинатальные исходы у женщин, которые в ранние сроки перенесли рвоту беременных.

Материалы и методы. Ретроспективно и проспективно проанализированы 240 женщин, которые в первом триместре перенесли рвоту беременных различной степени. Со средней степенью и тяжёлой формой они были госпитализированы в отделение патологии беременных родильного дома №1. После выписки из стационара проводилось динамическое наблюдение на антенатальном уровне. Для анализа использованы карты этих беременных женщин, а после родов использованы истории родов.

Результаты исследования. В ранние сроки беременности были взяты под наблюдение 240 беременных с рвотой. Заслуживает внимания тот факт, что продолжительность рвоты различной степени у 89,1% (214 сл.) беременных продолжалась до 12 недельного срока, у 9,1% (22 сл.) – до 15-16 недель и у 1,6% (4 сл.) – до 22-х недель беременности. Во второй половине беременности у женщин, перенесших рвоту, в 10 сл. (4,1%) наблюдалась угроза прерывания беременности, наиболее часто были зафиксированы такие осложнения беременности как гипертензивные нарушения 33 сл. (13,7%), причём в основном умеренная преэклампсия - 24 сл. (10,0%), тяжёлая преэклампсия была установлена у 8 (3,3%) беременных и лишь в одном случае у беременной женщины была эклампсия. Много- и маловодие – были установлены в 7 сл. (2,9%) каждый. Внутриутробная задержка развития плода установлена также в 7 сл. (2,9%). В одном случае наблюдалась антенатальная гибель плода. Почти у каждой 10-й женщины беременность прервалась в первом триместре беременности, что составила 12,8% (29 сл.). Преждевременные роды произошли в 2-х случаях, одни были запоздалые роды и в остальных 86,6% (208 сл.) беременность завершилась родами в срок. В 199 сл. (82,9%) роды начались и произошли самопроизвольно. В 12 сл. (5,0%) беременные были родоразрешены абдоминальным путём. Показаниями к операции кесарево сечение были акушерские осложнения. Это предлежание плаценты, неправильное положение плода, крупный плод, бесплодие в анамнезе, экстракорпоральное оплодотворение и код - 109. Средняя масса плода равная 3001,0 – 3500,0 г была зафиксирована у более половины исследуемых – 63,9% (135 сл.) у 36 сл. (15,0%) - менее 3000,0 г, причём 2-е из них были недоношенными и 7 – с внутриутробной задержкой развития плода (ВЗРП). У 27 (12,7%) новорожденных при рождении была диагностирована внутриутробная инфекция, у 5 (2,3%) - морфофункциональная незрелость у двух – эмбриофетопатия. После рождения у 18 (8,5%) новорожденных наблюдалась патологическая потеря массы тела.

Выводы. Данное исследование показало, что несмотря на перенесенную в начале беременности проявление токсикоза в форме рвоты, течение беременности и ее исход особо не отличались от таковых показателей в популяции. Роды в основном были самопроизвольными, а оперативное родоразрешение путём операции кесарево сечение производились по акушерским показаниям, которые не имели никакого отношения к рвоте беременных. Перинатальные исходы также особо не отличались от таковых показателей в популяции. На основании полученных результатов можно предположить, что с наступлением плацентации, возможно происходит активация компенсаторных механизмов плаценты, которая устраняет возникшие нарушения гомеостаза и способствует

благоприятному течению беременности во втором и третьем триместрах беременности. Для подтверждения приведенного положения, возможно, необходимо проводить дополнительные исследования.

Курбонова Г.Х., Навкарова Б.С.

ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ЖЕНЩИН С РВОТОЙ БЕРЕМЕННЫХ

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

Научный руководитель – академик НАНТ, д.м.н., профессор Додхоева М.Ф.

Цель исследования. Изучить сопутствующую экстрагенитальную патологию и осложнения беременности у женщин, страдающих рвотой беременных с учётом тяжести осложнения.

Материал и методы исследования. Для анализа были подвергнуты рассмотрению истории 240 беременных, обратившихся по поводу рвоты в Центры репродуктивного здоровья и поступившие в отделение патологии беременных городского родильного дома №1 в 2021-2022 гг. с учётом степени тяжести осложнения: беременные с лёгкой формой рвоты – 111, беременные со средней тяжестью осложнения – 79 и с тяжёлой формой рвоты – 50 беременных. Диагнозы экстрагенитальных заболеваний были верифицированы лабораторными анализами и поставлены или подтверждены смежными специалистами.

Результаты исследования. Рвота беременных зачастую развивалась на фоне экстрагенитальных заболеваний, которые были выявлены вне- и во время настоящей беременности. Среди анализируемых патологий лидирующим оказался хронический пиелонефрит, в основном который был выявлен во время беременности. Его частота составила 77,1% (185сл.), в том числе у пациенток с тяжёлой формой рвоты эта патология встречалась в 82,0% случаев. В первой половине беременности обострение хронического пиелонефрита было установлено в 12,4% (22 сл.), которым была проведена адекватная терапия нефрологом. По частоте встречаемости второе место занимает диффузное увеличение щитовидной железы, подтверждённое эндокринологом – 63,7% (153 сл.). Наиболее часто эта патология сопровождала при рвоте беременных средней тяжести – 72,2%. Анемия была выявлена в 41,2% (99 сл.). Наиболее часто она была установлена у пациенток со средней степенью тяжести, по-видимому, это связано со сгущением крови, которое обычно имеет место при частой рвоте. Заболевания желудочно-кишечного тракта как холецистит и гастрит имели место в 35,8% и 24,2% соответственно. Причём при анализе частоты этих заболеваний с учётом степени рвоты беременных, чем тяжелее протекало это осложнение, тем чаще сопровождало этому состоянию указанные сопутствующие заболевания. При лёгкой форме осложнения установлено 33,3% холецистита, при средней тяжести – 36,7% и при тяжёлой – 40,0%. То же самое гастрит – при легкой форме 18,9%, при средней тяжести – 24,1 % и тяжёлой – 36,0%. Бронхит диагностирован в 23,3%сл. после перенесенного ОРВИ. Последняя была диагностирована в 92,0%. Степень тяжести рвоты была прямо пропорциональна с частотой указанных заболеваний. Следует указать и тот факт, что почти во всех случаях наблюдалось сочетание экстрагенитальных заболеваний.

Угроза прерывания беременности в первом триместре наблюдалась у 201 (83,7%) пациентки, во втором триместре – у 10 (4,1%), причём частота заболевания не зависела от степени тяжести рвоты беременных. Гипертензивные нарушения в третьем триместре беременности было диагностировано в 33 сл. (13,7%), из них в 10% (24 сл.) зарегистрирована умеренная преэклампсия, 3,3% (8сл.) – тяжёлая преэклампсия и 1 сл. – эклампсия. Антенатальная гибель плода наблюдалась у 1 пациентки.

Выводы. Таким образом, анализ полученных результатов исследований показал высокую частоту экстрагенитальной патологии, которая сопровождала рвоту у беременных пациенток. Некоторые из них, например, холецистит, гастрит, ОРВИ и бронхит чаще способствовали и сопровождали тяжёлые формы рассматриваемого осложнения. На основании вышеизложенного, возможно предположить, что сопровождающие экстрагенитальные заболевания, обуславливая низкий индекс здоровья беременных, создают условия для дезадаптации организма к беременности, являются благоприятным фоном и способствуют развитию такого токсикоза как рвота беременных. Следовательно, оздоровление женщин репродуктивного периода и качественная их прегравидарная подготовка к беременности на антенатальном уровне является необходимым мероприятием для профилактики развития рвоты беременных.

Курбонова И.Ш., Нозилов С.К., Мавлонов М.А.

МОРФОЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ И БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ОРОФАРИНГИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Кафедра судебной медицины ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н. Шарипов Х.Ю.

Цель исследования. Изучить морфологические изменения и бактериологическую характеристику слизистой оболочки полости рта у ВИЧ-инфицированных больных.

Материал и методы исследования. Были изучены биоптаты слизистой оболочки и миндалин, а также бактериологический анализ у 21 ВИЧ-инфицированного в г. Душанбе. Возраст больных колебался от 28 до 55 лет, мужчин были 13 (61,9%), женщин – 9 (39,1%). Заражение в основном происходило половым и парентеральными путями. Препараты окрашивали гематоксилин-эозином и по Романовскому-Гимзе.

Результаты и их обсуждение. При изучении морфологического статуса нами выявлены: герпетический стоматит в 7, язвенно-некротический гингивит в 3, пародонтит в 3, «волосатая» лейкоплакия в 2 и орофарингеальный кандидоз с поражением нёбных миндалин и глотки в 4, саркома Капоши в 2 случаях. При герпетическом поражении везикулы встречались на языке, слизистых губ, нёба и десен, иногда в виде эрозий и язв. «Волосатая» лейкоплакия

встречалась на языке и в деснах. Кандидоз полости рта встречался у больных ВИЧ-инфекцией в поздних стадиях, с резким понижением иммунного статуса. На поверхности миндалин и слизистой глотки располагались пленчатые творожистые налеты сероватого цвета, плотной консистенции. При изучении микрофлоры обнаружено, чаще всего *Candida Albicans*, другие формы встречались редко. Цитологическое исследование показало снижение CD4 ниже 400 кл в 1 мм³, а при поздних стадиях меньше 50 кл/мм³. В общем анализе крови картина лейкопении - $1,6 \pm 0,33 \cdot 10^9$ /л. При микроскопии отмечалась деструкция эпителия, эрозии и язвы, а при кандидозе – скопления фибрина, наличие мицелл. При саркоме Капоши наблюдается клеточная атипия.

Выводы. Таким образом, у больных с ВИЧ инфекцией в зависимости от клинической стадии болезни отмечаются различного характера поражения слизистой оболочки полости рта и миндалин. В начальных стадиях поражения слизистой встречаются в виде герпетических поражений, а на поздних - саркома Капоши и орофарингеальный кандидоз. При цитологических исследованиях выявлено снижение CD4 лимфоцитов и лейкоцитов. Высеиваются грибы рода *C. Albicans*.

Хакимов С.А. Мамуров Д.У. Курбонова И.Ш.
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ТУПОЙ ТРАВМЕ ГОЛОВЫ У
ДЕТЕЙ, ПРИВОДЯЩЕЙ К ЛЕТАЛЬНОМУ ИСХОДУ

Кафедра судебной медицины ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель - к.м.н. Шарипов Х.Ю.

Цель исследования. Выявить особенности морфологических изменений головного мозга при сочетанной травме у детей.

Материал и методы исследования. Материалом изучения явились результаты исследования 24 поступивших больных детей в отделении сочетанной травмы с различными травмами головы, за 2015-2022 годы. В основу сочетанной травмы брали Международную классификацию болезней. Время поступления в стационар составил от 30 мин до 2 часов. Возраст пострадавших составил от новорожденности до 17 лет. Мальчиков было -15, девочек- 9. В зависимости от возраста: новорожденных-1, грудного возраста-1, дошкольный возраст-2, дошкольный возраст-4, младший школьный возраст-6, старший школьный возраст-8. Всем пострадавшим были проведены лабораторные и инструментальные методы исследования, включая МРТ и КТ. После аутопсии проведены гистологические методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Причиной смерти во всех наблюдениях явилась тупая сочетанная травма. Смерть потерпевших наступила в ближайшие часы после получения повреждений. Причиной трав были падение с высоты, автокатастрофа, несчастные случаи. Морфологическая картина головного мозга умерших при сочетанной травме была разнообразной. Почти, во всех случаях отмечали полнокровие сосудов мягких мозговых оболочек и мозга, эритростаз в мозге, множественные фибриновые тромбы в венах. В 14 случаях наблюдалось наличие гематом в веществе мозга различных размеров, приводящие к сдавлению мозга. Наблюдался отек головного мозга и ствол мозга. В 3-х случаях отмечался набухание миелиновых волокон в стволе мозга. Также, наблюдалось наличие кровоизлияний в желудочек мозга в 11 случаях. Разрывы твердой мозговой оболочки с кровоизлияниями в ее толщу и субдуральными гематомами наблюдали в 9 случаях. Разрыв крупных сосудов со сдавлением мозга наблюдался в 5 случаях. Очаги некроза вещества мозга наблюдали у 3 пострадавших.

Выводы. Таким образом, морфологические изменения головного мозга при смерти от тупой травмы характеризуются в виде различных кровоизлияний, отеков и некроза.

Мавлонов М.А., Нозилов С.К., Назарбеков Т.А.
ЗНАЧЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ МИОКАРДА ПРИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ В
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кафедра судебной медицины ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н. Шарипов Х.Ю.

Цель исследования. Уточнить морфологические изменения миокарда при внезапной смерти от сердечного приступа.

Материал и методы. Были изучены экспертные заключения и актов освидетельствования 40 случаев внезапной смерти лиц в возрасте от 28 до 54 лет. Мужчин было 31 (77,5 %), женщин- 9 (22,5%). Согласно экспертным данным, во всех случаях непосредственной причиной смерти явилась острая сердечная недостаточность. Вскрытия трупов проводили в морге Республиканского центра судебно-медицинской экспертизы. Произведено микроскопическое изучение микропрепаратов внутренних органов. Препараты окрашивали гематоксилин-эозином и пикрофуксином по Ван Гизону и изучали с помощью светового микроскопа «Olympus», увеличение 10,40 и 100с микрофотографированием.

Результаты и их обсуждение. При микроскопии сердца не зависимо от возраста и пола умерших, выявили выраженную жировую дистрофию миокарда. В толще жировые клетчатки расположены полнокровные вены и неравномерно полнокровные артерии. Сосуды микроциркуляторного русла полнокровны с наличием в просвете отдельных капилляров эритроцитарных стазов с явлениями сладж-феномена. Гипертрофированные кардиомиоциты чередовались с атрофированными миоцитами и содержали палочковидные или круглые ядра, некоторые из них были пикнотичны. Встречались и гигантские многоядерные кардиомиоциты с участками ветвления мышечных волокон. В стромально-паренхиматозном компоненте гистогематического барьера сердца наблюдались сочетание патологически гипертрофированных и атрофированных кардиомиоцитов, выраженная паренхиматозная белковая дистрофия.

Выводы. Таким образом, при внезапной смерти от сердечного приступа при микроскопии отмечается жировая дистрофия, чередование гипертрофанных и атрофированных кардиомиоцитов, под воздействием алкогольного этанола, выраженная паренхиматозная дистрофия, полнокровные сосуды с наличием в просвете отдельных капилляров эритроцитарных стазов с явлениями сладж-феномена. Это все доказывает, что причиной внезапной смерти при сердечном приступе, явилась алкогольная кардиомиопатия.

**Маджидзода М., Худойбердиев Дж.Р., Мирзоходжаев Т.М.
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К СКРИНИНГУ РАКА ЯИЧНИКОВ**

Кафедра хирургических дисциплин №2 ГОУ ХГМУ. Таджикистан.
Научный руководитель – PhD Норматова М.А.

Цель исследования. Изучить современные подходы и определить роль в выживаемости скрининга при раке яичников.

Материал и методы исследования. Для изучения новых подходов к скринингу рака яичников была использована и анализирована биомедицинская литература как отечественных, так и западных авторов из электронных ресурсов сайта PubMed.gov.

Результаты исследования. Рак яичников (РЯ) - социально значимое заболевание, которое занимает ведущее место в структуре причин смертности от злокачественных заболеваний женских половых органов. В связи с этим активное выявление ранних стадий болезни остаётся актуальным и до настоящего времени. Одним из основных подходов считается разработка и внедрение эффективных схем скрининга РЯ среди женского населения, прежде всего у женщин с отягощённым семейным анамнезом и с наличием мутаций в генах BRCA1 и BRCA2. Клинические рекомендации национальной онкологической сети (NCCN) рекомендуют сальпингоофорэктомию для снижения риска развития РЯ после завершения деторождения или в возрасте от 35 до 40 лет и от 40 до 45 лет для носителей мутаций в генах BRCA1 BRCA2 соответственно.

Определение сывороточного белка СА125 и ультразвуковое исследование (УЗИ) с использованием трансабдоминального и/или трансвагинального ультразвуковых датчиков (ТВУЗИ) занимают ведущее место для раннего выявления РЯ. По мнению авторов, использование ТВУЗИ в качестве скринингового метода позволяет выявить даже незначительные изменения в размерах и структуре яичников и в целом обнаружить отклонения от нормы в 95% случаев. В настоящее время выявлены и другие молекулы помимо СА125. Наиболее изученным из перспективных маркеров является маркер HE4 (human epididymis protein 4, человеческий эпидидимальный белок 4), который показал более высокую (78.8% против 58.5%) чувствительность по сравнению с СА125 в комплексной диагностике эпителиального рака яичников. Использование маркера HE4 также показало свою эффективность в дифференциальной диагностике эпителиального рака яичников и метастатического поражения яичников.

Выводы. Проведенный нами анализ научной медицинской литературы и мирового клинического опыта позволяет судить о том, что одним из наиболее значимых направлений развития онкогинекологии – решение проблем, связанных с вопросами диагностики и лечения рака яичников, а именно разработка эффективных скрининговых программ, совершенствование методов диагностики и терапии данной патологии.

Максудов М.Т., Ахмедов Г.К., Камолов Ж.Н.

ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАЗНЫХ ПАТОЛОГИЙ ПИЩЕВОДА

ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова», г. Ташкент, Узбекистан
Кафедра хирургических болезней Педиатрического факультета, Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан
Научный руководитель – д.м.н. Гуламов О.М.

Цель исследования. Определить эффективность применения эндоскопических методов исследований при диагностике и лечении разных патологий пищевода.

Материалы и методы. Проанализированы результаты исследования 32 больных с осложненными формами ГЭРБ. Исследованию подверглись пациенты обратившийся в ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова» и в диагностическую отделение Самаркандского ГМО. Возраст пациентов составило от 25 до 68 г. Преобладали пациенты женского пола: женщин – 21 (65,6%), мужчины – 11 (34,4%).

Всем пациентам проводилось эндоскопическое исследование в обычном режиме и в узкоспектральном режиме (режим-NBI) на эндоскопе CV-170 фирмы Olympus. При обычных эндоскопах в 15 случаях для хромокопии использована 1% уксусная кислота, которое при нанесении на поверхность слизистой оболочки через спрей-катетер контрастируется поверхность слизистой оболочки за счет денатурации поверхностных белков эпителия и при этом хорошо видны участки воспаления, дисплазии и неоплазии не контрастируется с этим раствором и остаются ярко красного цвета. А при узкоспектральном режиме (режим-NBI) не используются разные красители, что является более удобным, безопасным и более эффективным методом.

Морфологическая картина слизистой оболочки пищевода состоит из слизистой оболочки и сосудами, которые расположены в подслизистом слое. При эндоскопическом исследовании в основном мы обратили внимание на тип и строения слизистой оболочки, наличие и строение сосудистой картины, а также, описывали патологические структуры и образования.

Результаты. При обследовании у большинства больных диагностировано эрозивные изменения слизистой оболочки пищевода. У 10 (31,3%) пациентов было подозрение на пищевода Барретта (ПБ). ПБ без дисплазии

обнаружили в 3 случаях из 28 исследованных участков. В режиме NBI в 21 наблюдениях (65,6%) выявили ворсинчатую/извилистую структуру слизистой оболочки пищевода и в 11 (35,4%) — плоский тип слизистой оболочки без определенной структуры ямок или складок.

При исследовании в 27 участках (84,3%) определили - сосудистую структуру. Равномерный тип слизистой оболочки выявили в 23 из 28 участков (82,1%) с ворсинчатой/извилистой структурой с равномерным расположением кровеносных сосудов между складок слизистой оболочки. В 5 участках слизистой оболочки с плоским типом обнаружили равномерную сосудистую структуру с нормальным видом длинных разветвленных кровеносных сосудов. Аденокарцинома выявлено у 2 (6,2%) больных. Предоперационную подготовку провели по стандарту. Пациентам проведена следующие операции: у 2 пациентов с аденокарциномой с переходом на кардиальную часть желудка – проксимальная резекция желудка с резекция абдоминального отдела пищевода и формированием эзофагогастроанастомоза конец в бок. В послеоперационном периоде осложнений общего характера не наблюдалось. Больные направлены на диспансерное наблюдение по месту жительства.

Выводы. При рефлюкс-эзофагитах I-IV степени можно применить комплексное лечение с использованием лазера. А у пациентов с аденокарциномой пищевода нужно провести расширенную субтотальную проксимальную резекцию желудка или гастрэктомию с лимфадиссекцией.

Максудов М.Т., Эшмуродов В.А., Ахмедов Г.К.

КОМПЛЕКСНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЕ МЕТА- И ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПИЩЕВОДА ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕРА

ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова», г. Ташкент, Узбекистан

Кафедра хирургических болезней Педиатрического факультета, Самаркандский государственный
медицинский университет, Узбекистан

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

Цель исследования. Оптимизировать диагностическую и комплексную тактику лечения мета- и диспластических изменений пищевода применением разных эндоскопических методов.

Материалы и методы. Проанализированы результаты исследования 32 больных с осложненными формами ГЭРБ. Исследованию подверглись пациенты обратившийся в ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова» и в диагностическую отделение Самаркандского ГМО. Возраст пациентов составило от 25 до 68 г. Преобладали пациенты женского пола: женщин – 21 (65,6%), мужчины – 11 (34,4%). У 8 пациентов (25,0%) исследования проводились первично.

Всем пациентам с подозрением на изменений слизистой оболочки пищевода проводилось стандартные лабораторные и инструментальные методы исследования, в том числе эндоскопические методы. Всем пациентам проводилось эндоскопическое исследование в обычном режиме с эндоскопом фирмы «FUJINON» FUJIFILM System 2500 Processor (Япония) и в узкоспектральном режиме (режим-NBI) на эндоскопе CV-170 фирмы Olympus (Япония).

При обследовании у большинства больных диагностировано метапластические изменения слизистой оболочки пищевода. У 10 (31,3%) пациентов было подозрение на пищевод Барретта (ПБ). Для определения заболевания применялась Международная Пражская эндоскопическая классификация (2004). Которая определялась максимальная длина «языка пламени» (М) и длина циркулярного изменений (С) слизистой оболочки пищевода проксимально от желудочно-пищеводного перехода.

Результаты. ПБ без дисплазии обнаружили в 3 случаях из 28 исследованных участков. В режиме NBI в 21 наблюдениях (65,6%) выявили ворсинчатую/извилистую структуру слизистой оболочки пищевода и в 11 (35,4%) — плоский тип слизистой оболочки без определенной структуры ямок или складок.

Все больные с пищеводом Барретта (n=10) с подозрением на новообразования пищевода направлены на дополнительные исследования и лечению. В данной группе больных эндоскопическое лечение проводилось в нескольких курсах. Хирургическое лечение, направленное на устранение рефлюкса желудочного содержимого в пищевод, а также снижение воспалительных изменений являлся первым этапом. После устранения основной причины, далее в более благоприятный период выполнялись вмешательства, непосредственно удаляющие метапластически измененные участки пищевода (в нашем исследовании – резекция слизистой по разработанной нами методике с последующей ИК-диодовой коагуляцией).

Выводы. Результаты эндоскопических и морфологических исследований, доказали, что эндоскопический метод лечения эрозивных изменений слизистой оболочки пищевода с использованием ИК-диодным лазерным облучением в выше указанных дозах хорошо влияет на регенерацию и ускоряет заживление слизистой оболочки пищевода.

Мамадалиев З.Б¹., Джумаев² Т.Дж., Шариф² К.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗСЗН РТ

Кафедра онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Сангинов Д.Р.

Цель исследования. Оценка эффективности и выработка оптимальной тактики хирургического лечения осложненного колоректального рака.

Материалы и методы- Проведен ретроспективный анализ 62 больных, пролеченных в стационаре РОНЦ за период 2017-2021 гг. Осложнения колоректального рака были в виде ОКН-37 (59,7%), кровотечение -13 (20,9%) и

перфорацией кишечника-12 (19,3 %). Возраст больных варьировал от 18 до 80 лет. Мужчин было - 36 (58%), женщин -26 (42%). В сроки более 72 часов поступили- 12 (19,3%). Методы диагностики включали лабораторные анализы, УЗИ, КТ, и колоноскопия.

Результаты и их обсуждение. Поражение левых отделов толстой кишки было у 37 (59,7%). Верификация до операционная была у 24 (38,7%). Превалировали Т3-4 стадии заболевания – (82,4%). Радикальная операция выполнена у 38 (60,9%) больных, в частности гемиколэктомия - 20 (32,2%), резекция толстого кишечника - 15(24,2%). Паллиативные операции проведены - 24 (25,8%) больным. Послеоперационные осложнения развивались у 20 (32,2%) пациентов. Умерли 3 (4,84%) больных. Адьювантная терапия назначена 48 (77,4%), больным. В доступной литературе нет единого консенсуса по выполнению одномоментных радикальных или двухэтапных операций. В связи с этим до настоящего времени отсутствуют клинические рекомендации по осложненному колоректальному раку.

Выводы. 1.Оптимальным вариантом хирургического лечения, осложненного колоректального рака в онкоучреждениях является одномоментная радикальная операция с учетом оценки факторов риска.

2.В общехирургических стационарах хирургическая помощь при осложненном КРР должна оказываться подготовленными специалистами с учетом онкологической радикальности, индивидуально.

Мамадаминова Х.Х., Рахимов Х.С., Одинаев Б.А
ПЕРВИЧНЫЙ ШОВ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ И КИСТИ В
РАЗНЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ ЗОНАХ

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

ГУ Республиканский научный центр сердечнососудистой хирургии.Таджикистан

Научный руководитель- д.м.н. Ходжамуродов Г.М

Цель исследования. Улучшить функциональные результаты при реконструкции сухожилий сгибателей пальцев и кисти.

Материал и методы. В отделение реконструктивно пластической микрохирургии РНЦССХ с 2020 по 2023 годы поступили 54 пациента с повреждениями сухожилий сгибателей пальцев и кисти в экстренном порядке. Все больные поступили в течение первых суток после травмы. Среди поступивших больных женщины составили 13(24%) и мужчины 41 (76%). Возраст больных варьировал от 15 до 60 лет; до 20 лет -17 (31,4%), до 40лет -25 (46,2%), 60лет - 12(22,2%) средний возраст больных -34,2 года.

По механизму повреждения раны делятся на резаные - у 28 (51,8%) больных, из которых ранения ножом наблюдается у 17 и стеклом у 11 больных. Рваные встречались у 19(35,2%) больных, из которых ранения на производстве были у 12 и вследствие автоаварии у 7. Рубленые раны наблюдались у 7(12,9%) больных вследствие ранения топором. По локализации повреждения кисти у 36(67%) больных повреждение наблюдалось справа, у 15 (28%) -слева и обеих кистей только у 3 (5%) больных. Травма сухожилий сочеталось с повреждениями других структур такими как: СНП у 13(24%) с повреждениями артерии у 21(39%) в сочетании со срединным нервом у 16(30%) и с переломами у 4(7%) больных. Соответственно различиям анатомо-функциональной топографии сухожилий сгибателей кисти и пальцев по схеме **Verdan** повреждения сухожилий сгибателей пальцев и кисти в I зоне наблюдается у 28(52%) больных. Во второй зоне у 12(22%), в III зоне у 8(15%) и в IV зоне у 6(11%) больных. Из дополнительных методов диагностики использовалась рентгенография. Восстановительные операции, в большей части, проводились под местной анестезией, не редко использовалась нейролептаналгезия у детей. Во всех 54 случаях при повреждении сухожилий проведена первичная хирургическая обработка раны восстановление сухожилий по методике Mooges. Реабилитационные мероприятия проведены в раннем послеоперационном периоде. Накладывается активно-пассивная иммобилизация. Разрешали активное сгибание, и пассивное разгибание на 3 день.

Результаты и их обсуждение. Хорошие и удовлетворительные результаты, как в раннем, так и отдалённом послеоперационном периоде получены у всех больных, никаких осложнений не наблюдалось, о чем свидетельствует, практическая значимость предложенного метода лечения при повреждении сухожилий сгибателей пальцев кисти. Благоприятные отдаленные результаты в значительной степени зависят от своевременной и полноценной послеоперационной реабилитации.

Выводы. Больные с открытыми повреждениями сухожилий сгибателей пальцев должны лечиться в специализированных отделениях, оснащенных микрохирургической техникой и имеющих подготовленный персонал. Также восстановления сухожилия сгибателей пальцев и кисти рекомендуется выполнять в первый сутки после травмы связи с анатомическими особенностями данной структуры.

Мамадёкубова Д., Давлятова М.Ф.
ЗАВИСИМОСТЬ ФОРМЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ SARS-COV-2-АССОЦИИРОВАННЫХ
ПНЕВМОНИЙ ОТ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ

Кафедра акушерства и гинекологии №2,ГБОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Цель исследования.Изучитьвлияние триместра беременности на вероятность возникновения и форму клинического течения SARS-COV-2-ассоциированных пневмоний

Материал и методы исследования. Было обследовано 70 беременных женщин со среднетяжёлым, тяжёлым и критическим течением SARS-CoV-2-ассоциированных пневмоний. Объём исследования соответствовал стандарту обследования беременных при коронавирусной инфекции SARS-CoV-2. Из общего числа обследованных 7 случаев (1%) закончились летально.

Результаты исследования и их обсуждение. ВI первом триместре SARS-COV-2-ассоциированные пневмонии

возникали у 8,6% беременных, во втором триместре в 24,3% случаев, в III третьем триместре - 67,1%. У беременных первого триместра пневмонии среднетяжёлого течения диагностировались у 66,6% беременных, тяжёлого и осложнённого течения в 16,7% и 16,7% случаев соответственно. Из 17 беременных II триместра (100%) SARS-CoV-2-ассоциированные пневмонии среднетяжёлого течения отмечались в 41,2% случаях, тяжёлые формы встречались в 11,8%. Высокий удельный вес составила третья клиническая группа осложнённых пневмоний - 47,1%. У беременных III триместра 47 (100%), SARS-CoV-2-ассоциированные пневмонии среднетяжёлого течения диагностировали у 48,9%, тяжёлые формы определялись в 17% случаев, осложнённые формы SARS-CoV-2-ассоциированные пневмонии наблюдались у 34%.

Вывод. Ранний срок беременности не является фактором риска развития тяжёлых и осложнённых форм SARS-CoV-2-ассоциированных пневмоний. Второй и третий триместр увеличивает частоту возникновения осложнённых форм SARS-CoV-2-ассоциированных пневмоний.

Мамадиев З.А., Мираков Б.Т.

ЛЕЧЕНИЕ КОСОЛАПОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПО МЕТОДИКЕ ПОНСЕТИ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель - д.м.н. профессор Юнусов И.А.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения врожденной косолапости у детей.

Материалы и методы. В отделении детской ортопедии Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш» в настоящее время мы применяли метод Понсети при лечении 25 детей в возрасте от 7 дней до 1,5 лет с врожденной косолапостью (35 стоп). Для исправления деформации одной стопы. В среднем, каждому ребенку потребовалось 5-6 гипсований в течение - 60 дней. Накладка гипсовых повязок всегда должна осуществляться фиксацией коленного сустава до верхней трети бедра. Гипсование завершали чрескожной поперечной полной ахиллотомией. В дальнейшем детям назначались брейсы для удержания стопы в достигнутой коррекции.

Результаты и обсуждения. Результаты лечения изучены у 25 детей (35 стоп) в сроки от 1 до 3 месяцев и оценены по четырехбалльной системе. Признаны отличными в 20 случаях (80 %), хорошими - в 4 (16 %), удовлетворительными - 1 (4 %). Неудовлетворительных результатов был отмечено - 1 (4 %) . У него из наблюдавшихся возникла необходимость хирургического лечения данной патологии. Это связано с нарушением ортопедического режима родителями. Лечение состоит из трех основных этапов: первый этап - исправление деформации гипсовыми повязками, второй этап - удлинение ахиллового сухожилия (ахиллотомия) и третий этап - закрепление полученного результата абдукционными шинами. Сокращение времени между наложением гипсовых повязок с 7 до 5 дней существенного влияния на эффективность метода не оказывает. Ахиллотомия, как второй этап лечения, требуется в 70-85 % случаев. После завершения лечения круглосуточно в течение 2,5-3 месяцев, а по ночам и во время дневного сна - в течение 2,5-3 лет используется ортезное удерживающее стопу в абдукции (брейсы).

Выводы. Таким образом, метод Понсети является наиболее эффективным и функциональным методом лечения врожденной косолапости. Этот методика позволила полностью исправить деформацию у всех наблюдавшихся нами детей в течение 8-9 недель и возможность отказаться от хирургического лечения в указанной возрастной группе. Метод Понсети является «Золотым стандартом » консервативного лечения врожденной косолапости во всем мире. Основным условием метода является строгое соблюдение ортопедического режима ношения брейсов для удержания достигнутой коррекции деформации стоп.

Мамарасулов Ж., Ашрапов С., Халилов М.М.

ОЦЕНКА ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

(научный руководитель: проф. Карабаев Х.К., асс. Умедов Х.А.)
Самаркандский Государственный медицинский университет,
Самаркандский филиал РНЦЭМП, Республика Узбекистан.

Целью исследования послужило изучение результатов видеолапароскопических вмешательств при деструктивном панкреатите.

Материалы и методы. Нами обследовано и оперировано 22 больных с деструктивным панкреатитом. Все больные поступили с клиникой деструктивного панкреатита по экстренным показаниям. Женщин было 8 (36,3%), мужчин – 14 (63,7%). Возраст больных варьировал от 28 до 75 лет. У всех пациентов имела место яркая клиническая картина острого панкреатита, во всех случаях был выявлен алиментарный генез поражения поджелудочной железы. У 10 (45,5%) пациентов диагностирован геморрагический панкреонекроз, у 8 (36,4%) смешанный, а у 4 (18,1%) – жировой. У 12 (54,5%) имелись признаки ферментативного перитонита, в 15 (68,2%) случаях зарегистрирована ферментативная парапанкреатическая флегмона.

Результаты. Видеолапароскопические операции включали дренирование брюшной полости и сальниковой сумки у 5 (22,7%) больных, абдоминализацию поджелудочной железы с дренированием парапанкреатической клетчатки у 17 (77,3%). Хорошие результаты достигнуты у 10 (45,4%) пациентов с полным обратным развитием процесса в поджелудочной железе, в то же время, несмотря на проведенную абдоминализацию и интенсивную антибактериальную терапию деструктивный процесс в поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке прогрессировал у 7 (31,8%) больных, что явилось показанием для проведения лапаротомии и широкого дренирования сальниковой сумки и забрюшинного пространства. Одна больная (5,5%) несмотря на проведенную интенсивную терапию и

санационныерелапаротомии умерла на 21 сутки лечения от сепсиса. В 4(18,2%) случаях у больных сформировались панкреатогенные абсцессы и инфицированные псевдокисты поджелудочной железы, потребовавшие открытого оперативного вмешательства и дренирования данных полостных образований.

Выводы. Применение ранних видеолaparоскопических вмешательств в комплексном лечении больных со стерильным панкреонекрозом позволяет в ряде случаев достигнуть abortивного течения воспалительного процесса в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке. В тоже время видеолaparоскопическая абдоминализация поджелудочной железы, к сожалению, далеко не всегда предотвращает инфицирование и прогрессирование панкреонекроза и зачастую является последующего более радикального лечения.

Мамаризаев Д.Ю.

БИОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ФЕОХРОМОЦИТОМой

Республиканский специализированный научно практический медицинский центр онкологии и радиологииСамаркандский филиал (СФ РСНПМЦОиР).

Научный руководитель – д.м.н. профессор Джураев М.Д.

Цель:Определить характер артериальной гипертензии у больных с феохромоцитомой надпочечника и выяснить взаимосвязь между концентрацией метанефринов в суточной моче и типом течения артериальной гипертензии.

Материалиметоды. В период с 2016 по 2022г.С Ф РСНПМЦОиРобследовались и лечились 60 пациентов с подтвержденным диагнозом злокачественная феохромоцитома. Во всех случаях у больных лабораторно выявлено достоверное повышение уровня метанефринов в суточной моче.У всех больных достоверно было установлено артериальная гипертензия. Средний уровеньметанефрина суточной мочи составил $1740,4 \pm 208,2$ мкг/сут; норметанефрин в суточной мочи $1420,6 \pm 158,3$ мкг/сут;кортизол крови $889,2 \pm 90,7$ нмоль/л. Диагностика размера, расположения феохромоцитом и сопутствующих патологий выполнялась при помощи УЗИ и МСКТ исследований. Основу исследования составили больныетрудоспособного возраста. Возраст больных колебалась от 17 до 72 лет. Средний возраст больных $42,1 \pm 9,3$ года. Мужчин 27 (39,6%), женщин 33(57,7%). Правосторонняя локализация выявлено у 37(42,3%), левосторонняя 23 (37,8%). Длительность анамнеза заболевания колебался от 3 нед до 7лет, в среднем составил $1,1 \pm 0,5$ года. Открытая операция была выполнена у 35 (66%) больного, у 25 (34%) больных лапароскопическая адrenaлэктомия.

Результаты. Основным симптомом заболевания была артериальная гипертензия он был диагностирован у 60 (100%) больных злокачественной феохромоцитомой.По результатам лабораторных анализов повышение уровня гормонов надпочечников в крови и их метаболитов в моче выявлено у 60 (100%) больных.

Объем и продолжительность предоперационной подготовки проводилось индивидуально в зависимости от концентрации гормонов в крови и суточной моче, продолжительности заболеванияи сопутствующегозаболевания, при этом ее длительность составила в среднем $7 \pm 1,5$ суток. Средняя продолжительность госпитализации пациентов в клинику составило $8,1 \pm 1,4$ дней.АД больных до операцииво время криза повышалось от 150/90 до 320/210 мм.рт.ст. Первые сутки после операцииАД стабилизировалась от 100/60 до 140/95 мм.рт.ст. Продолжительность операции в среднем составила 105 ± 15 мин.

Закключение. По результатам исследования установили что, для стабилизации АД у больных с злокачественной феохромоцитомойнадпочечника эффективным методом лечения является хирургическое удаления опухоли.Таким образом, можем сказать, что концентрация метанефринов в суточной моче и кортизола в кровидостоверно влияет на тип течения артериальной гипертензии.После хирургического лечения у больных не отмечалось эпизоды гипертнческого криза, стабилизировалась АД, и концентрация гормонов в суточной моче и крови нормализовалось.

Мансуров Х.Н., Джаборов А.И., М.Б. Бахромов

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИДОСТУПА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

ГОУ ТГМУ им.Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ашуров А.С.

Цель исследования. Оценить возможности хирургического лечения осложненных форм острого калькулезного холецистита путем применения минилапаротомного доступа.

Материал и методы исследования. Нами проанализированы результаты хирургического лечения 46 больных с осложненными формами острого калькулезного холецистита. Мужчин было 7 (15,2%), женщин - 39 (84,8%). Возраст больных колебался от 18 до 80 лет. Госпитализация проведена через 73-120 часов от начала заболевания, большинство больных страдали различными сопутствующими заболеваниями, как ИБС, гипертоническая болезнь и сахарный диабет. Среди осложнений острого калькулезного холецистита холедохолитиаз и механическая желтуха отмечались у 17 больных, околопузырный инфильтрат у 23 и эмпиема желчного пузыря у 6 пациентов.

Все больные оперированы под общей анестезией в условиях искусственной вентиляции легких, с использованием базовых инструментов для выполнения холецистэктомии из минилапаротомного доступа. Разрез длиной до 4 см производили трансректально или косо, отступив на 1-2 см от реберной дуги.

Результаты. Минилапаротомный доступ позволял провести операции на желчном пузыре, пузырном протоке, артерии и элементах гепатодуоденальной связки без каких-либо серьезных технических трудностей. Средняя

продолжительность операции $51,2 \pm 4,8$ мин. В 29 (63,0%) наблюдениях выполнена холецистэктомия без вмешательств на холедохе. В 11 (23,9%) наблюдениях холецистэктомия была дополнена супрадуоденальной холедохолитотомией и дренированием общего желчного протока по А.В. Вишневному. В 6 (13,0%) наблюдениях в связи с протяженной терминальной стриктурой общего желчного протока холецистэктомия была дополнена наложением холедоходуоденоанастомоза. В послеоперационном периоде осложнения отмечены у 2 (4,3%) больных, в одном наблюдении отмечалось желчеистечение, которое на 3-и сутки после операции без проведения повторного вмешательства прекратилось, ещё у одной больной отмечалось нагноение послеоперационной раны. Конверсия и летальный исход среди наблюдавших больных не отмечены.

Вывод. Таким образом, проведенные исследования позволяли оценить значительную роль минилапаротомных технологий в хирургическом лечении осложненных форм ОЖХ.

Мардонова З.М., Хамидуллаев С.И., Махмудов С.Б.
ПРИМЕНЕНИЕ ГЕРНИОАБДОМИНОМЕТРИИ ДЛЯ ВЫБОРА ПОКАЗАНИЙ К
ГЕРНИОАБДОМИНОПЛАСТИКЕ

Кафедра хирургических болезней Педиатрического факультета, Самаркандский государственный
медицинский университет, Республика Узбекистан
Научный руководитель – к.м.н. доц. А.С.Бабажанов

Цель исследования. Определить возможности компьютерной герниоабдоминометрии для определения метода герниоалло- и абдоминопластики.

Материалы и методы. Компьютерная герниоабдоминометрия (КТГА) проводилась с целью определения размеров грыжевых ворот, объема содержимого грыжевого мешка, выявления дополнительных дефектов апоневроза, выявления сопутствующей патологии органов брюшной полости, толщины и равномерности подкожно-жировой клетчатки передней брюшной стенки, а также для предварительного определения метода герниоалло- и абдоминопластики. Этот метод был выполнен 58 (86,6%) пациентам с вентральными грыжами и морбидным ожирением.

При выполнении пациентам КТГА обращали внимание на положение пациента, которое играет существенную роль. При обследовании пациента в горизонтальном положении вправимое грыжевое выпячивание вправляется и становится недоступным для изучения, поэтому больного исследовали стоя с напряжением мышц передней брюшной стенки. Учитывали толщину и равномерность распределения подкожно-жировой клетчатки передней брюшной стенки, оценивая при этом возможность выполнения абдоминопластики.

Результаты. У 34 больных достоверно визуализирован дефект в проекции грыжевого выпячивания. По своей протяженности это были образования от 50 до 250 мм, с шириной от 50 до 180 мм. В проекции грыжевых ворот выявляли элементы сальника, петли тонкой кишки, а также наиболее мобильные части толстого кишечника. Между содержимым грыжевого мешка и его стенками выявляли спайки. Каркас передней брюшной стенки в зоне грыжевых ворот был истончен, его толщина доходила порой до 3-4 миллиметров ($p < 0,05$). Его основная масса была представлена кожным покровом и париетальным листком брюшины. Неизменённая ткань *m. rectus abdominis* прямых мышц у 21 (36,2%) больного с послеоперационной вентральной грыжей визуализировалась однородной, плотность её структуры составила до 40-50 единиц НУ, толщиной более одного сантиметра, и четкими, ровными, неизменёнными контурами. У 37 (63,8%) обследуемых в *m. rectus abdominis* наблюдалось резкое истончение, участки разволокнения тканей (рис. 3). Определено диффузное изменение плотности мышечных структур со снижением плотности до 20-30 единиц НУ. На фоне диффузного снижения плотности достоверно определялись участки замещения мышечных элементов соединительной тканью, а также наблюдалось появление жировой клетчатки между группами мышечных волокон прямых мышц живота.

Выводы. КТ герниоабдоминометрия является информативной в диагностике состояния тканей передней брюшной стенки у пациентов с послеоперационной вентральной грыжей. Применение данной методики позволяет получить более подробное и четкое описание картины, повлиявшей на изменение топографии и структуры элементов мышечно-апоневротического каркаса.

Маризоева М.М., Нёзматзода О.
СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ИЦЕНКО-КУШИНГА

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

ОАО «Лечебно-диагностический медицинский центр XXV» г. Душанбе

Научные руководители: д.м.н., профессор Рустамова М.С.,

член-корр. НАНТ, д.м.н., профессор Гаиров А.Д.

Цель исследования: изучение состояния репродуктивной функции женщин с синдромом Иценко-Кушинга.

Материалы и методы исследования. Работа основана на результатах комплексного обследования, диагностики, лечения и диспансеризации 20 женщин с синдромом Иценко-Кушинга на почве кортикостеромы. Все пациентки обследованы и прооперированы в условиях РНЦССХ в период 2011-2021 годы. Возраст пациенток варьировался от 17 до 36 лет, составив в среднем $29,1 \pm 6,3$ лет. В 12 случаев была отмечена левосторонняя локализация опухоли, у 8 - правосторонняя. Длительность заболевания у обследованной когорты в среднем составляла $9,1 \pm 3,5$ лет.

Для определения тяжести гормональных изменений были исследованы показатели кортизола (утренний и вечерний), АКТГ, ЛГ и ФСГ, тестостерона. Топическая диагностика новообразований надпочечников и женских репродуктивных органов осуществлялась при помощи ультразвукового исследования (УЗИ).

Исследование репродуктивного здоровья женщин были изучены как до операции, так и в разные сроки после проведения оперативного вмешательства и реабилитационной терапии.

Результаты исследования. Все обследованные женщины явились замужними. В анамнезе беременность имелись у всех пациенток, при этом у 17 (85%) женщин она закончилась прерыванием гестации в сроки от 4 до 21 недель. У 2 (10%) женщин имелись двое родов, у 1 (5%) – один род. На фоне прогрессирования заболевания у всех пациенток с СИК сперва разилось гипо- и опсоменорея с последующим переходом в аминорею и развитием вторичного бесплодия.

При гинекологическом осмотре наружных половых органов обследованных женщин у большинства (n=17) пациенток с СИК отмечалась ложная их гипертрофия, обусловленная отеком подкожно-жировой клетчатки.

Влагалищный осмотр женщин показал, что при СИК происходит вторичные изменения слизистой влагалища по типу сухости и атрофии, которая обусловлена подавлением функции женских гормонов.

Лучевые методы исследования позволили во всех случаях определить точную локализацию опухоли надпочечника, состояния контралатерального надпочечника, а также яичников.

Изучение состояния гормонального гомеостаза позволило определить как степень тяжести гормонального дисбаланса, так и эндокринную функцию яичников.

Также при УЗИ матки и её придатков выявлено значимое уменьшение размеров матки и яичников, а также толщины эндометрия (М-Эхо). Выявлено, что гиперкортицизм приводит к не только к уменьшению размеров яичников, но и к утолщению его стенки. Также происходит изменения структуры паренхимы яичников в виде кистозных изменений. Следует отметить, что при запущенных стадиях заболевания изменения носят необратимый процесс и почти половина женщин теряют способность к зачатию.

Заключение. Синдром Иценко-Кушинга приводит к значимому нарушению репродуктивного потенциала женщин с развитием нарушения менструального цикла и вторичной бесплодия, которые напрямую связаны от длительности и характера гиперпродукции гормонов.

Махмадалиев Ф. М., Алимов И.З., Олимова Ш.Э.

СИНТЕЗ И ИЗУЧЕНИЕ РЕАКЦИИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ 1,3-ДИ-АЛКОКСИ-2-ПРОПАНОЛОВ С ХОЛЕВОЙ КИСЛОТОЙ

ФМИ, КЛД ТГМУ им. Абуали ибни Сино.ГУ Республиканский научно-клинический центр урологии, НИИ, ТНУ
Научный руководитель - Самандаров Н.Ю.

Целью исследования явилось с целью выявления реакционной способности симметричных и несимметричных диэфиров глицерина изучена реакция взаимодействия этих веществ с хлорной кислотой в различных условиях по схеме:

Материалы и методы исследования.Нами установлено, что данная реакция протекает гладко при взаимодействии 8 с хлорной кислотой при мольном соотношении 1:1,2 в среде растворителя абсолютного бензола. В качестве катализатора служила концентрированная серная кислота. Температура реакционной среды составляла от 45 до 80°C.

Следует отметить, что данная реакция была проведена в различных условиях, т.е. с использованием в качестве растворителя толуола, о-ксилола и в качестве катализатора этилэфират фторида бора и ортофосфорной кислотой. Однако, при этих условия выход конечных продуктов не превышал 41,8-85%.

Результаты и их обсуждения.При проведении данной реакции с использованием в качестве растворителя о-ксилола и катализатора ортофосфорной кислоты. Однако при выход конечных веществ не превышал 25-45%.

Синтезирование 1,3-ди-(алкокси)-2-формилоксипропана проявляется появлением прозрачной подвижной жидкости, у которой нет запаха и которая растворяется в бензоле, диоксане, эфире, ацетоне, но не растворяется в воде.

Установлено влияние всевозможных алкильных групп на модификацию первоначального запаха исходного, а также вещества конечного продукта в зависимости от длины вводимого радикала.

Состав и строение извлеченных триэфиров глицерина устанавливали по данным элементного анализа, выявлением их показателей преломления, выходом, по плотности, расчётом MR_D , а чистота полученных соединений проверялась способом тонкослойной хроматографии, адсорбентом была силуфолевая бумага промышленного образца, элюентом – спиртобензольная смесь (2:9), проявителем служили пары йода.

Некоторые физико-химические константы 1,3-ди-(алкокси)-2-формилоксипропана

Проявление в ИК-спектрах полос поглощения в зонах $3550-3535\text{ см}^{-1}$, характерных для (C=O) групп, и их исчезновение в зонах $3550-3535\text{ см}^{-1}$, характерных для (ОН) групп, доказывает полноту протекания реакции.

ПМР-спектр 1,3-ди-(этокси)-2-формилоксипропана, для функциональных групп данного соединения характерны следующие сигналы (м.д.): 1,05т и 3,46т ($\text{CH}_2\text{OCH}_2\text{CH}_3$) групп; 2,78д (C=O) групп;

Синтезирование 1,3-ди-(алкокси)-2-формилоксипропана проявляется появлением прозрачной подвижной жидкости, у которой приятный запах и которая растворяется в бензоле, диоксане, эфире, ацетоне, но не растворяется в воде.

Выводы.Тождественность извлеченных триэфиров глицерина осуществляли элементарным анализом, выявлением их признака преломления, выхода, удельного веса и расчётом MR_D , а чистота полученных соединений проверялась способом тонкослойной хроматографии, адсорбентом была силуфолевая бумага промышленного образца, элюентом – спиртобензольная смесь (2:9), проявителем служил йод.

Махмадзода С.Р., Шамсуллозода Ш.Н., Дивлохчиев Дж.К., Лоикшозода М.Л.
СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ РЕЦИДИВА ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ
СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель - к.м.н., доцент Назаров Х.Ш.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН).

Материал и методы. Материал включает в себя результаты диагностики и лечения 74 больных с ОСКН, которые находились на стационарном лечении в ГО ГМЦ СМП г. Душанбе в период с 2020 по март 2023 гг. Женщин было 49 (66,2%), мужчин - 25 (33,8%). Возраст больных варьировал от 21 до 76 лет.

После проведения необходимых исследований и предоперационной подготовки всем больным были проведены операции, которые осуществлялись двумя способами: традиционным (лапаротомным доступом) способом было проведено в 56 (75,7%) случаях и миниинвазивный (лапароскопическим) был использован у 18 (24,3%) больных. Во всех случаях общий объём основного этапа операции включал в себя рассечение спайки, интубацию тонкой кишки (по показаниям) и дренирование брюшной полости. Среди всех больных в 47 (63,5%) случаях жидкость в брюшной полости имела серозного характера, в 21 (28,4%) случае - серозно-геморрагического характера и в остальных 6 (8,1%) - фибринозного характера. Всем больным с целью снижения риска обсеменения микробов и воспалительного процесса в брюшной полости, последняя была промыта антисептическим раствором декасан. Также с целью интраабдоминальной профилактики спайкообразования у 43 (58,1%) больных проведена санация брюшной полости подогретым до 37°C раствором следующего состава: раствор новокаина 0,5% - 200,0 мл, преднизолон - 120 мг, витамин Е - 30%-5,0 мл.

Всем больным выполнялись обзорная (при необходимости контрастная) рентгенография брюшной полости, ЭКГ, УЗИ и лабораторные исследования.

Результаты исследования. Результат проведенного лечения был оценён по клиническим (снижение болевых ощущений, исчезновение вздутия живота и появление перистальтических шумов кишечника, время появления отхождения газа и стула) и лабораторным показателям, а также результатам инструментальных методов исследования (эхопризнаков нормализации диаметра кишки и толщины её стенки, восстановлению перистальтических движений кишечника). При проведении сравнительного анализа установлено более ранее восстановление функционального состояния кишечника и минимизации клинических и УЗИ признаков образования спаечного процесса в брюшной полости у больных, которым была проведена интраабдоминальная профилактика спайкообразования.

У 48 (64,9%) больных, которым операция завершена традиционным способом санации и дренирование брюшной полости отмечалось более позднее восстановление функционального состояния кишечника, среди которых в 13 (17,6%) случаях наблюдались признаки наличия более выраженного интраабдоминального спайкообразования (наличие болевых ощущений, частые появления вздутия живота), а также поздние УЗИ-признаки нормализации функционального состояния кишечника, что соответствовало 5-6 суткам послеоперационного периода. У больных, которым проведена интраабдоминальная профилактика спайкообразования, не отмечалась признаков выраженного спайкообразования, а период восстановления функционального состояния кишечника соответствовало 3-5 суткам. Все больные, в обеих группах были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Вывод. Применение интраоперационного метода профилактики интраабдоминального спайкообразования у больных с ОСКН, особенно при высоком риске рецидива заболевания, является более эффективным методом, способствующим снижению частоты рецидива заболевания и раннего восстановления трудоспособности этого контингента больных.

Мираков Б.Т., Салимзода М.М., Садиров В.З.
РЕЗУЛЬТАТЫ УДЛИНЯЮЩЕЙ ОСТЕОТОМИИ БЕДРА ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕРТЕСА

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

Таджикистан.

Научный руководитель – старший преподаватель кафедры- Курбанова Р.Т.

Цель исследования. Анализ функционального состояния тазобедренного сустава после оперативного лечения.

Материалы и методы исследования. В работе представлены данные оперативного лечения больных с остеохондропатией головки бедра II - III степени лечившихся в детском травматологическом отделении НМЦ «Шифобахш». За последние 5 лет поступило 28 детей в возрасте от 6 до 14 лет с остеохондропатией головки бедра, из них мальчиков-26(92,8%) девочек-2(8,2%). У 19 (67,8%) больных отмечалось поражение левого тазобедренного сустава и у 9 (32,1%) правого сустава. Укорочение нижней конечности за счёт бедра на 2-3см отмечалось у всех больных. С целью устранения укорочения конечности производилась поперечная остеотомия бедренной кости. Затем отломки смещались по длине до образования между ними диастаза в 2-3см., После чего отломки были сопоставлены и фиксированы Г-образной пластиной. Всем больным в послеоперационном периоде была наложена гипсовая тазобедренная повязка сроком на 2,5 месяца. По снятия гипсовой повязки назначалась лечебная физкультура и физиотерапевтические процедуры, У всех больных после операции отмечено удлинение конечности и исчезновение болевого синдрома. Пластины удалены были через год.

Результаты исследования. При изучении отдаленных результатов оперативного лечения, больным производили клинический осмотр и рентгенографию таза в прямой проекции и в положении Лаунштейна. Для функциональной оценки состояния тазобедренного сустава в динамике использована была система комплексной

оценки, включающая клинические, рентгенологические и функциональные данные. Среди клинических признаков оценивали наличие болевого синдрома, величину сгибательной контрактуры тазобедренного сустава, ограничение отведения и ротационных движений, укорочение конечности, степень гипотрофии мышц бедра и голени, симптом Тренделенбурга и походку больного. Среди рентгенологических признаков анализировали изменение структуры головки и шейки бедра, форму головки. Рентгенометрические показатели складывались из определения углов: шеечно - диафизарного, истинной антеверсии Веберга, а также степени нарушения линии Шентона. Функциональные показатели включали оценку величины внутрисуставного давления, изменяемого после операции в сравнении с исходными показателями величины общей разгрузки сустава на основании рентгенометрических расчетов. Сроки восстановления головки бедренной кости зависели от стадии заболевания: чем тяжелее стадия заболевания, тем больше сроки восстановления головки бедра. У больных с II стадией заболевания полное восстановление головки бедренной кости отмечено через 6 месяцев после операции (11-39,2%), у больных с III стадией (17 – 60,7%) через 9 месяцев. Во всех случаях удалось достичь хороших функциональных результатов, в особенности ликвидировать укорочение конечности. Оценка с точки зрения функционального, исходного состояния тазобедренного сустава, степень восстановления его после операции подтверждает целесообразность применения декомпрессионных операций и доказывает их эффективность.

Выводы. Удлиняющая остеотомия бедра при остеохондропатии головки бедра является внесуставным вмешательством и при правильных показаниях и технике выполнения, позволяет получить хороший отдаленный результат.

Мираков Б.Т., Ёфтов С.Р., Рахмонов А.А.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТЬЮ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель - д.м.н. Курбанов С.Х.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения детей раннего возраста с врожденной косолапостью.

Материал и методы исследования. Нами в детском травматологическом отделении ГУ НМЦ РТ "Шифобахш" были изучены истории болезней 104 детей с врожденной косолапостью в возрасте от 2 месяцев до 5 лет. Мальчиков было 73 (70,2%) девочек- 31(29,8%). Двухсторонняя косолапость имела место у 33 (31,7%) больных, односторонняя - у 71(68,3%) ребёнка.

Результаты исследования. В клинике с успехом применяется простой, щадящий метод амбулаторного лечения и реабилитация косолапости, основанные на особенностях развития мягких тканей у детей (по Понсети). Гипс накладывается на 2 - 3 недели, пока плотное ахиллово сухожилие регенерирует на соответствующую длину. Большинство случаев врожденной косолапости корректируется после наложения 5-6 гипсовых повязок. В последующем дети носили брейсы в течение 2-3 лет. Массаж и мануальная коррекция проводили обученные специалисты.

Отдаленные результаты лечения изучены у всех детей от 6 месяцев до 2-х лет. Хороший функциональный результат получен у 95(91,4%) детей, удовлетворительный - у 7(6,7%), неудовлетворительный у 2-х (1,9%). Анализ показал, что неудовлетворительные результаты обусловлены нарушением ортопедического режима.

Выводы. Хирургическое лечение детей раннего возраста с врожденной косолапостью в сочетании с мануальной коррекцией, применением гипсовых повязок, реабилитацией и ношением ортопедической обуви дает хороший функциональный результат у более 98,1% детей.

Мираков Б.Т.

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – старший преподаватель Хасанов Б.Н.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения остеоартроза (ОА) коленных суставов.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 78 больных с дегенеративно-дистрофическими процессами коленных суставов различной этиологии, степени тяжести и продолжительностью заболевания. Женского пола было 57 (%), мужского -21 (%), в возрасте от 40 до 70 лет. С односторонним поражением коленных суставов отмечено 46 (58,97%), тазобедренного сустава –32(41,02%). Для верификации диагноза и стадии ОА выполнялись МРТ, КТ и рентгенография суставов.

Результаты исследования. Оценка МРТ, КТ и рентгенограмм у 77 (98,72%) – с остеоартрозом коленных суставов показало дегенерацию I-II и у 1(1,28) больного III стадии. В зависимости от базисной терапии больные были разделены на две группы.

Первая группа 41(52,6%) больных получили традиционную медикаментозную терапию с использованием нестероидных противовоспалительных средств, хондропротекторов, препаратов витаминного комплекса с применением внутрисуставных инъекций препаратами дипроспан, алфлутоп и траамсеналон. Для повышения эффективности применяемых медикаментов назначено электро - и бальнео процедуры. Больной с III стадией ОА рекомендовано оперативное лечение (эндопротезирование сустава).

Второй группе - 37 (47,4%) больным на фоне комплексной традиционной терапии проводились до 5 внутрисуставных инъекций плазмы обогащенной тромбоцитами (PRP) с интервалом в 5-7 дней. Отдаленные

результаты эффективности от начала лечения в основной группе через 3-6 месяцев у 36 (97,3%) больных показало положительные изменения проявившиеся купированием болевого синдрома в покое, при ходьбе и увеличением амплитуды движения в коленных суставах. В 1 (2,7%) случае с сохраняющимся болевым синдромом в показателях крови определялось повышение СОЭ (43 мм/ч), С-реактивного белка (23 мг/л) и ревмофактора (29 МЕ/мл) в связи, с чем для дальнейшего лечения больной направлен в ревматологическое отделение. Анализ результатов комплексного консервативного лечения ОА с внутрисуставными инъекциями PRP в 97,3% случаях показал хорошие результаты, характеризующиеся полной ликвидацией болевого синдрома, восстановлением движений в суставах улучшив качество жизни больного.

Вывод. Длительное купирование болевого синдрома, после комплексной терапии ОА с внутрисуставным применением PRP в 98,9% случаях способствовало купированию болевого синдрома, восстановлению двигательной активности сустава и тем самым улучшению качества жизни больного. Таким образом, полученные результаты дают основание сделать заключение о целесообразности использования плазмы, обогащенной тромбоцитами в симптоматической комплексной терапии ОА I-II стадии различного генеза.

Мираков Б.Т., Хочаев Р.

ПОДХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАННИХ СТАДИЯХ ГОНАРТРОЗА

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

Научный руководитель-ассистент кафедры Назаров И.Р.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения гонартроза (ГА) на ранних стадиях заболевания.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты лечения на ранних стадиях заболевания у 70 больных, с достоверным диагнозом гонартроза, в возрасте 40 - 60 лет. Лиц женского пола было 41 (58,5%) больная, мужского- 29 (41,5%). При обследовании больных использовали анамнестические данные, результаты клинического, рентгенологического исследования, а также магнитно – резонансной томографии (МРТ). Также у 10 больных клинически и по результатам МРТ диагностировался синовит. Больные с ранними стадиями ГА были разделены на основную и контрольную группы. В основную группу вошли 40 больных, которым с момента включения в исследование была назначена терапия Хондроспеем по 1 таб. 2 раза в день в течение 2-3-х месяцев. Контрольную группу составили 30 больных, которым с момента включения в исследование был рекомендован приём 100 мг диклофенака в сутки в сочетании с различными видами физиолечения. На момент включения в исследование основная и контрольная группы были сопоставимы по параметрам суставного синдрома. Дополнительно выполнялись исследования Са и Р крови.

Результаты исследования. При длительном приёме хондроспеев оказал положительное влияние на симптомы гонартроза. В результате ежедневного приема препарата в течение 3-х месяцев была отмечена положительная динамика всех клинических показателей. Выраженность боли в покое и при ходьбе снизилась по сравнению с исходными значениями.

Выводы. Таким образом, длительная терапия хондроспеем, назначенная на ранних стадиях ГА, оказала положительное влияние на симптомы заболевания, эффект терапии сохранялся во все сроки наблюдения и 30 (42,8 %) больных смогли полностью отказаться от приёма НПВП. На основании данных результатов исследования хондроспеев можно рекомендовать для применения в клинической ортопедии.

Мираков Б.Т., Маджидов А.А. Гафурзода М.М.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КРУПНЫХ СЕГМЕНТОВ

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

Таджикистан.

Научный руководитель – доц. кафедры к.м.н., Каримов К.К.

Цель исследования. Изучение и анализирование результатов лечения пациентов с повреждением длинных сегментов конечностей.

Материал и методы исследования. Работа основана на анализе результатов лечения 73 пациентов с повреждением плечевой и бедренных костей, находившихся на лечении в отделении сочетанной травмы и экстренной хирургии на базе Национального медицинского центра Республики Таджикистан за период 2020-2021 гг. Основную массу пострадавших составили лица молодого и трудоспособного возраста, средний возраст составлял 43±6,7. По механизму травм преобладал дорожно-транспортный травматизм (76,7%) и кататравма. Женщин-20 (27,4%), мужчин было 53 (72,6%). Хирургическое лечение проведено 55 (75,3%) пациентам, консервативное лечение (на скелетном вытяжении, гипсовые повязки и др.) – в 18 (24,7%) случаях. Среди оперированных пациентов женщин - 19 (26,1%), мужчин было 36 (49,2%). Из общего количества оперированных пациентов был произведён остеосинтез бедра (31), плечевой кости (21). Надкостный остеосинтез пластиной LSP при переломе бедра (25 набл.), компрессионно-дистракционный – аппаратом Илизарова (5 набл.). При переломе плечевой кости остеосинтез пластиной произведён у 16 (29,1%) и аппаратом Илизарова – у 5 (9,1%) пациентов.

Результаты исследования. Статистический анализ доказывает, что оказанное хирургическое лечение пациентам имеет особую положительную перспективу для восстановления ранних функциональных особенностей. Проведённый анализ результатов лечения переломов длинных костей показал, что развитие осложнений у больных непосредственно связано с используемыми методами лечения. Из числа оперированных пациентов осложнения наблюдались в 4 (5,5%) случаях, к ним относятся нагноение послеоперационных ран (2), неврит лучевого нерва (1), металлогранулёма (1). Также дополнительная внешняя иммобилизация у оперированных больных наложена в 7 случаях, в связи с имевшими

осколочный сегментарный характер переломами. У пациентов, леченных консервативными методами, наблюдались следующие виды осложнений: стойкие контрактуры суставов (7), ложные суставы (1), неправильно сросшийся перелом (4), деформация конечностей (2).

Выводы. Стабильно- функциональный остеосинтез в настоящее время является методом выбора лечения как при моно- так и при полиоссальных повреждениях трубчатых костей, который приводит к ранней вертикализации пациента, восстановлению кинематического баланса и статико-динамических функций, а также реинтеграция пациентов в прежний социально бытовой социум.

Мираков Б.Т., Шукруллоев А.Г., Салимзода М.М.

ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ У ДЕТЕЙ

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

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

Цель исследования. Оценить эффективность диагностики и лечения повреждений опорно-двигательного аппарата у детей.

Материал и методы исследования. Нами анализированы истории болезни проходивших лечение детей с политравмой в детском травматологическом отделении НМЦ РТ «Шифобахш». За 3 года в отделение обратились 956 больных с повреждениями опорно-двигательного аппарата различных локализаций. Из них 68 (7,1%) детей имели сочетанное и множественное повреждение. Анализ материала показал, что мальчиков было 62%, девочек -38%. Основную часть пострадавших (54,3%) составили дети в возрасте от 12 до 15 лет. На долю младшего школьного возраста (7-10 лет) пришлось 9,8 % пострадавших. Дети от 2 до 6 лет составили 37,2 %. Анализ показал, что основной причиной возникновения повреждений опорно-двигательного аппарата у детей старшего возраста являлось дорожное транспортное происшествие – 32 (47%) случаев. Второй по частоте причиной являлось падение с высоты – 18 (26,4%) детей.

Результаты исследования. Анализ материала показал, что 82,6 % пострадавших поступили в клинику в состоянии травматического шока, 11,4% поступили в субкомпенсированном и 6 % в критическом состоянии. Множественные переломы костей конечностей наблюдались у 18,1 % пострадавших. При множественной и сочетанной травме переломы бедра встречались у 10,1 % , перелом голени 7,3 % больных. У детей с кататравмой перелом позвоночника в сочетании с ЧМТ наблюдалось 19,2 % случаев. Доминирующая скелетная травма выявлена у 32 (47 %) детей, черепно-мозговая травма - 26 (38,4 %), абдоминальная – 5 (8,8%), торакальная травма-(5,8%) пострадавших. Приоритетом в оказании неотложной реанимационной помощи при политравме у детей является устранение жизнеугрожающих последствий политравмой. При оказании помощи детям с политравмой совместное участие и согласованность анестезиологов-реаниматологов, травматологов, нейрохирургов и детских хирургов является эффективным и результативным.

При повреждении ОДА у детей с политравмой прооперировано всего 50,5 % пострадавших. В этих случаях применялись простые и малоинвазивные способы фиксации повреждения костной системы. У большинства пострадавших остеосинтез длинных трубчатых костей был приведён в отсроченном периоде, в сроки позднее 1-х суток. Накостный остеосинтез проведен у 9,1% детей с переломами бедра и 7,2 % голени, интрамедуллярный остеосинтез бедра выполнен у 10 больных. Остеосинтез аппаратом Илизарова выполнен у 12 детей с открытым множественным сегментарным повреждением голени. Осложнений не отмечено. Отдаленные исходы лечения показали удовлетворительный результат.

Вывод. 1. При оказании помощи детям с политравмой совместное участие анестезиологов – реаниматологов, травматологов, нейрохирургов является эффективным и позволяет получить хороший результат.

2. Ранее оперативное лечение повреждений опорно-двигательного аппарата у детей с политравмой с применением простых и малоинвазивных методов фиксации переломов является эффективным способствует получению положительного результата.

Мирзоева Н.Р.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ SARS-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”. Таджикистан

Научный руководитель - к.м.н., доцент Давлятова М.Ф.

Цель. Изучить особенность течения клинической картины у беременных со среднетяжелыми и тяжелыми формами SARS - ассоциированной пневмонии.

Материал и методы исследования. Было проанализировано обзорное исследование проведенное учеными ElshafeeyF. (2020г) данных 33 исследований (385 женщин) перенесших Covid -19 в период беременности (возраст от 21 до 42 лет, срок гестации от 6 недель до 41 недели беременности) и M. Jafari (2021), включавшее 10 000 беременных (121 исследование - средний возраст беременных 33 года, средним гестационным сроком 36 недель) и 128 176 небеременных (228 исследований).

Результаты. Инфекция протекала у 29 (7,5%) беременных бессимптомно и 356 (92,5%) с симптомами (повышение температуры-67,3%, кашель-65,7%, одышка-7,3%, диарея-7,3%,боль в горле-7,0%,усталость-7,0%,миалгия-6,2%,озноб-5,5%,менее 5%-сыпь, мокрота, головная боль, потеря аппетита).У беременных лихорадка-75,5% у небеременных -74%, кашель у беременных-48,5% у небеременных-53,5%,частый симптом при КТ у беременных-симптом матового стекла(57%) у небеременных- уплотнение (76%).

Вывод. В целом у беременных клиника схожа с общей популяцией и специфических симптомов не выявлено.

Заболеваемость значительно выше, чем в популяции. Критерии диагноза, особенности клинического течения, осложнения не отличаются от населения соответствующего возраста. В связи с физиологическими изменениями повышена вероятность тяжелого течения респираторных вирусных инфекций.

Мирзоева Ш.М., Тайфурова Ш.Н.
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ
ЭНДОМЕТРИЯ

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ТГМУ им.Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель- к.м.н. Коимдодова Б.К.

Цель исследования. Диагностики гиперпластических процессов эндометрия у женщин в различных возрастных группах на основе применения современных эндоскопических технологий для определения характера пролиферативных процессов эндометрия, для улучшения ближайших и отдаленных результатов.

Материал и методы. В отделении эндохирургии НИИ АГиП обследовано 245 пациенток с различными гиперпластическими процессами эндометрия. Всем пациенткам были проведены исследования: осмотр шейки матки в зеркалах, бимануальное исследование, проведены общеклинические и биохимические исследования анализов крови. Всем обследованным женщинам было проведено гистероскопическое исследование, с последующим подтверждением патогистологического диагноза. Гистероскопия производилась с помощью лапароскопической установки фирмы «KarlStorz»

Результаты исследования. В ходе проведенных гистероскопических исследований в полости матки отмечалось разнообразная патология эндометрия. Она зависела от характера и распространенности процесса, а также от продолжительности патологического процесса. Гистероскопически выделяли простую, кистозную и полипозную форму гиперплазии. Они отличались большим разнообразием размеров и конфигурацией, по цвету полипы отличались от слизистой оболочки бледно-розовым, желтоватым, сероватым оттенком, но значительно светлее окружающего эндометрия. Гистероскопия имеет основное преимущество, так как позволяет четко визуализировать многие виды внутриматочной патологии в 90% случаев. При сочетании гистероскопии с кюретажем матки точность диагностики повышается с 72% до 96%. По результатам многочисленных исследований, о сопоставлении диагностической значимости разных методов диагностики патологии эндометрия показали, что точность клинической диагностики ГПЭ и рака составляет 46,4%, трансвагинальный ультразвуковой-88,4%, эндоскопической -89,4%

Вывод. Таким образом, проведенное нами исследование подтверждает высокую информативность гистероскопического метода исследования при определении характера пролиферативных процессов эндометрия у женщин в различных возрастных группах, а также для определения и улучшения ближайших и отдаленных результатов.

Муродов Дж.К., Саидов И.С., Хамроев М.Ф.
ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОЖОГОВОЙ МИКРОСТОМИИ

Кафедра хирургических болезней №2 имени академика Н.У. Усманова
ГОО ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
ГУ «Республиканский научный центр сердечнососудистой хирургии»
Научный руководитель - член-корр. НАНТ, д.м.н., профессор Курбанов У.А.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с послеожоговыми микростомиями.

Материал и методы. В отделение реконструктивной и пластической микрохирургии ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» с 2001 по 2022 гг. обратились 7 пациентов с послеожоговыми микростомиями. Возраст больных варьировал от 11 до 61 года. Пациенты женского пола составили 4 (57,14%), а мужского пола 3 (42,85%). Больные в 5 (71,42%) случаев получили ожоги пламенем, в 1 случае (14,28%) кипятком, а также в 1 (14,28%) случае при контакте с раскаленным металлом. Во всех случаях, причинами возникновения микростомии были ожоги. При этом следует отметить, что давность ожога составила от 1 года до 12 лет. Жалобы больных были на дискомфорт во время разговорной речи и затруднение при приеме пищи. Всем больным для устранения рубцовой микростомии использовали местно-пластический способ операции по методике Дюфурменталл.

Результаты исследования. Послеоперационный период у 6 (85,71%) оперированных больных протекал гладко, без развития каких-либо осложнений. Кожные швы сняты на 12-14 суток после операции. Лишь в 1 (14,28%) случаев отмечены прорезывание узлового шва у края раны со стороны слизистой оболочки ротовой полости с последующим вторичным заживлением раны, который не оказывал влияния на отдаленный функциональный и эстетический результат операции. Отдаленные результаты операций были прослежены в сроках от 8 месяцев до 12 лет. Случаев рецидива контрактуры комиссур губ не было ни в одном случае. Больные во всех случаях положительно оценили отдаленные функциональные и эстетические результаты.

Выводы. Таким образом, выбранный нами способ местно-пластического оперативного вмешательства, при послеожоговой рубцовой микростомии, является оптимальным методом, при котором открывается нужный объем ротовой щели, благодаря чему устраняются функциональные нарушения, которые дают хорошие и удовлетворительные результаты.

Муродов М.Р., Раджабова Г.Т.
АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ
Кафедра акушерства-гинекологии и семейной медицины ГОУ ХГМУ. Таджикистан.
Научный руководитель - Сармисокова Х.Дж.

Цель исследования. Проанализировать акушерские перинатальные исходы у женщин с преэклампсией.

Материал и методы исследования. Для данного исследования нами проведён ретроспективный анализ историй родов за период 2019-2021 гг.

При изучении архивного материала выявлено 300 случаев преэклампсии. Распределение женщин по степеням тяжести преэклампсии были следующие: умеренная преэклампсия - 162 (54%), тяжелая преэклампсия-138 (46%). Среди анализируемой группы жительницы села составили 50,7%, а города- 43,3%. Средний возраст женщин составил 28,7±2,1 лет, среди них 6,3% были первородящими в возрасте 18-19 лет. Анализ показал, что 24,7% женщин были в активном репродуктивном возрасте - 21-24 года, от 25 до 29 лет-23%, от 30 до 34 лет - 23,7%, от 35-39-18%, старше 40 лет 4,3%.

Результаты исследования. Анализ паритета показал, что первородящие составили около половины -132 (44%) женщины, многорожавшие-118 (39,9%), а повторнородящие - 50 (16,1). Анализ исхода родов с преэклампсией показал, что у 182 (60%) женщин беременность закончилась своевременными родами. В 108 (36 %) случаях роды были преждевременными, в 5 (4%) случаях - запоздалые роды. Также было выявлено, что в 258 (86%) случаях отмечалось головное предлежание плода, в 37(12%) - тазовое предлежание, в 5 (2%) - поперечное. Детально изучены основные показания к абдоминальному родоразрешению. В структуре показаний к операции методом кесарева сечения наиболее частым показанием явилось сочетание преэклампсии и других осложнений беременности у 141 женщины (47%). Необходимость быстрого родоразрешения в связи с появлением опасных симптомов явилось показанием к операции кесарева сечение в 99 (33%) случаях. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты послужила показанием к абдоминальному родоразрешению в 54 (18%), эклампсия - в 6 (2%). Осложнениями в родах при ведении родов через естественные родовые пути были разрыв промежности у 18 (42%) женщин, разрыв слизистой оболочки влагалища - у 15 (35%), разрыв шейки матки у 3(7%). При изучении перинатальных исходов выявлено, что внутриутробная задержка развития плода встретилась в 71 случае, из них ЗВУР I степени у 44 (62,%), II степен и - 20 (28,2%) и III степени у 7 (9,8%) женщин, а также при анализе данных частоты перинатальных потерь составила 66 случаев, что привело к гибели плода у 24 (37%) рожениц, интранатальной гибели плода - у 12 (18%), ранней неонатальной гибели плода - у 30 (45%). Асфиксию различной степени тяжести имели 57,9% новорожденных: в состоянии умеренной асфиксии -36,7%, в 21,2% -тяжелой.

Выводы. Таким образом, наше исследование показало, что в большинстве случаев у женщин с преэклампсией отмечались перинатальные осложнения, как антенатальная гибель плода, интранатальная гибель плода и ранняя неонатальная гибель плода.

Муродов Ш.Д., Шоев М.Д., Турамуродова Ш.Т.
ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ОТКРЫТОЙ ТРАВМОЙ НОСА
Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Махмудназаров М.И.

Цель исследования. Разработка метода ведения послеоперационного периода у пациентов с открытой травмой скелета носа, направленного на уменьшение частоты образования рубцовых деформаций в области наружного носа и ускорение сроков восстановления функционального состояния полости носа.

Материалы и методы исследования. В основу работы положен клинический материал 57 пациентов в возрасте от 17 до 69 лет с открытой травмой скелета носа, находившихся на лечении в ЛОР отделениях Национального медицинского центра РТ с марта 2021 по февраль 2023 года. Диагноз устанавливался на основании жалоб, сбора анамнеза жизни и заболевания, оценки общего статуса пациента, ЛОР-статуса, выполнения рентгенографии и компьютерной томографии носа и околоносовых пазух, в некоторых случаях магниторезонансной томографии головного мозга. Находящиеся на лечении больные были поделены на 2 группы. Группы были равнозначны по возрасту, полу, срокам обращения за медицинской помощью, объему выполненного хирургического пособия. Первая группа (28 человек) включала пациентов, у которых ведение послеоперационного периода проводилось по стандартизированной методике без применения каких-либо физиотерапевтических воздействий. Вторая группа (29 человек) включала пациентов, которым в послеоперационном периоде в схему лечения была включена низкоинтенсивная лазерная терапия

Результаты исследования. У пациентов 2-й группы купирование отека мягких тканей области носа отмечено в более ранние сроки по сравнению с пациентами 1-й группы (1-я группа — $12,6 \pm 1,8$ дня; 2-я группа — $9,3 \pm 1,2$ дня; $P < 0,05$). При динамическом наблюдении за пациентами обеих групп в течение 1 года отмечено, что только у 1 пострадавшего 2-й группы (3,4%) сформировался патологический рубец на месте ПХО, у больных 1-й группы данное осложнение зафиксировано у 4 человек (14,2%). Проводимая в динамике оценка риноскопической картины показала, что у группы пациентов в схему ведения послеоперационного периода которых была включена низкоинтенсивная лазерная терапия, такие симптомы посттравматического воспаления, как отек слизистой оболочки и наличие патологического секрета в полости носа, купировались статистически достоверно быстрее по сравнению с группой пациентов без какого-либо дополнительного физиотерапевтического воздействия. Так, отек слизистой оболочки полости носа у пациентов 1-й группы отсутствовал к $11,3 \pm 0,4$ дню, а у пациентов 2-й группы — $9,7 \pm 0,6$ дню ($P < 0,05$). Наличие патологического секрета в полости носа не отмечалось у пациентов 1-й группы к $6,4 \pm 0,3$ дню, а у

пациентов 2-й группы — $5, 2 \pm 0,5$ дню ($P < 0,05$). Цвет слизистой оболочки также быстрее восстанавливался у пациентов 2-й группы, хотя данный показатель и не был статистически достоверным. Гиперемия слизистой оболочки у пациентов 1-й группы исчезала к $10,6 \pm 0,4$ дню, у 2-й группы — $9,8 \pm 0,3$ дню ($P > 0,05$).

Выводы Таким образом, клинически доказано, что предложенный способ позволяет сократить сроки реконвалесценции у пациентов с открытой травмой скелета носа на 3—5 дней, а также уменьшает частоту образования рубцовых деформаций в области наружного носа за счет предупреждения избыточного рубцевания, ликвидации воспаления и стимуляции регенерации.

Муродов Ш.Д., Исмоилов Ш.А., Насридинов С.А.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ФИБРОЗНОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО РИНИТА

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

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Туйдиев Ш.Ш.

Цель исследования. Усовершенствование хирургического способа лечения фиброзного гипертрофического ринита.

Материалы и методы. В период 2022-2023 годы на базы ЛОР-кафедры ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино под нашим наблюдением находилось 56 пациентов с фиброзной формой хронического гипертрофического ринита в возрасте от 16 до 50 лет. Мужчин было 38, женщин – 18. Больным до лечения и в послеоперационном наблюдении были проведены риноэндоскопия полости носа, цифровая рентгенография околоносовых пазух, а также исследовали функциональные состояния носа.

Результат исследования. Основными жалобами больных были на затрудненное носовое дыхание, выделения из носа, периодические головные боли, длительное использование сосудосуживающих препаратов (тизин, санорин, нафтизин, галазолин) в носу. Для сравнительной оценки эффективности традиционной подслизистой вазотомии носовых раковин и предлагаемого нами метода лечения пациенты были разделены на две группы по 28 человек методом случайной выборки. Пациентам основной группы мы проводили ультразвуковую дезинтеграцию нижних носовых раковин специальным электрическим насадкам, в конце которого имеется резьбы, под местной аппликационной анестезией с помощью 10% раствора лидокаина, без предварительного разреза слизистой носовой раковины. Больным контрольной группы проведена традиционная подслизистая вазотомия нижних носовых раковин. Сущность традиционной подслизистой вазотомии заключается в том, что через предварительный разрез на переднем конце нижней носовой раковины распатором разрушаются расширенные вены и артериовенозные сплетения носовой раковины. Клинические исследования показали преимущества усовершенствованной подслизистой ультразвуковой дезинтеграции перед традиционной, что выражалось в быстрое восстановление носового дыхания, уменьшение выделения из носа, отсутствие головных болей и прекращение использование вазоконстрикторов со стороны пациентов, а также отсутствием значительного кровотечения из раны и достаточно быстрым заживлением послеоперационной раны. Во-вторых, восстановление основных функций носа у пациентов основной группы происходило быстрее, чем у больных контрольной группы, которым проведена традиционная подслизистая вазотомия носовых раковин.

Выводы. Усовершенствованный метод ультразвуковой дезинтеграции носовых раковин является щадящим и эффективным методом выбора хирургического лечения фиброзной формы хронического гипертрофического ринита и может успешно применяться в клинической практике отечественной ринологии.

Муродов Ш.Д., Юсупов Б.А., Алимов Н.

КОРРЕКСИЯИ ЧАРРОҶИИ ВАРИАНТҶОИ ГУНОГУНИ ДЕФОРМАТСИЯИ МИЁНДЕВОРИ БИНИ ДАР КӮДАКОН

Кафедраи оториноларингологияи «ДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино». Тоҷикистон.

Роҳбарии илмӣ – ассистент Юсупов А.Ш.

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши самаранокии вариантҳои камосеби амалиёти чарроҳии миёндевори бинӣ дар кӯдакон зимни деформатсияи гуногуни он.

Мавод ва усулҳо. Дар шӯбаи кӯдаконаи ГГБ-и МД Маркази миллии тиббии ҚТ «Шифобахш» зери назорати мо 52 кӯдак бо шаклҳои гуногуни деформатсияи миёндевори бинӣ қарор доштанд. Синну соли беморон аз 7 то 15 соларо ташкил намуд. Аз онҳо писарон 37 ва духтарон бошад, 15 нафарро дар бар гирифт. Дар 16 бемор қашавии С-шакли миёндевори бинӣ, дар 9 бемор баромад ва бечошавии тағояки чоркунча, дар 11 бемор – қашавии S-шакл ва дар 16 кӯдаки дигар деформатсияи миёндевори бинӣ ба намуди қира ва теға тадқиқ карда шуд. Муоинаи пешазчарроҳӣ аз эндоскопияи ковокии бинӣ ва бинибальум, таҳлилҳои озмоишӣ, тадқиқи рентгенологӣ ва омӯзиши ҳолати функционалии бинӣ иборат буд.

Натиҷаҳои тадқиқот. Дар натиҷаи тадқиқотҳое, ки дар беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ гузаронида шудаанд, вайронкунии назарраси ҳолати функционалии бинӣ ошкор карда шуд, ки барои амалиёти чарроҳӣ асос гардид. Ҳамаи амалиётҳо таҳти беҳискунии умумӣ гузаронида шудаанд. Ҳангоми қашавии миёндевори бинӣ ба намуди С-шакли тағояки бинӣ росткунии тағояки қашуда бо резексияи раҳҳои фонашакл аз паҳлӯи барҷастагии тағояк гузаронида шуд. Дар ҳолатҳои баромад ва бечошавии тағояки чоркунча бо буришҳои уфуқӣ ва амудӣ тағоякро аз қисми устухонии миёндевор ҷудо намудем, ки ин ба самти дилхоҳ майл кардани тағояк имкон дод. Дар беморони гирифтори қира ва теғаи миёндевори бинӣ резексияи камосеби қисмати тағоякӣ ва ё устухонӣ танҳо дар тарафи қачии дағал гузаронида шуд. Натиҷаҳои дарозмуддат аз 6 моҳ то 1 сол дар 31 бемор мушоҳида карда шуд. Ҳамзамон, 39

(75%) беморони ҷарроҳӣ натиҷаи хуб ва 12 (23,1%) нафар натиҷаи ҷарроҳии функционалӣ муайян гардид, ки дар барқарор ё беҳтар шудани нафаскашӣ тавассути бинӣ ифода гардидааст. Дар 1 (1,9%) бемор натиҷаи ғайриҷарроҳӣ ба қайд гирифта шуд, ки аз сабаби бечошавии тағояк ба мавқеи қаблии худ, ки септопластикаи такрорӣ бо резексияи қисми тағояки ҷоркунча гузаронида шуд.

Хулоса. Варианти септопластикаи консервативиро дар кӯдакони аз синни 6-8 сола оғоз карда, бо муваффақият истифода бурдан мумкин аст. Дар ин маврид, нишондодҳои мутлақ барои гузаронидани септум-ҷарроҳии камосеб ва муносибати камосебпазир ба тамоми намуди бофтаҳои миёндевори бинӣ бояд ба таври мушаххас тадқиқ карда шаванд.

Муродова П.Ф., Муродов Ш.Д., Исупова Ш.Ф.
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ УЗЕЛКОВ ГОЛОСОВЫХ СКЛАДОВ У ДЕТЕЙ С АДЕНОИДНЫМИ ВЕГЕТАЦИЯМИ

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

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

Цель исследования. Изучение влияния нарушения носового дыхания на состояние голоса, узелков голосовых складок (узелки крикунов) у детей с аденоидами.

Материал и методы исследования. На базе кафедры оториноларингологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино под нашим наблюдением обследовалось 42 ребёнка в период 2022-2023г., из них 29 мальчиков и 13 девочек. Возраст больных составлял от 4 до 10 лет. Обследование включало в себе сбор анамнеза и осмотр ЛОР-органов, а также эндоскопическое исследование носа и гортани. Больные были разделены на две группы, основная и сравнительная группа по 21 человеку.

Результаты исследования. При поступлении, больные (со слов матери) жаловались на нарушение носового дыхания, гнусавость и охриплость голоса, раздражительность, нарушение сна, напряженность мышц гортани во время разговора. Из анамнеза выявлено, что дети болеют в течении от 1 до 3 лет. Получали консервативное лечение в амбулаторных условиях по месту жительства, который оказывал временный эффект. Всем детям провели эндоскопическое исследование ЛОР-органов, при этом у всех детей были выявлены аденоиды 2-й и 3-й степени. При фиброларингоскопии у 16 детей выявлено узелки голосовых складок мягкой формы и у 5 детей твердой (жесткой) формы. Больным основной группы провели аденотомию под общим эндотрахеальным наркозом. В последующие дни назначили соответствующую терапию узелков голосовых складок. Больным сравнительной группы назначили лечение, но без проведения аденотомии. Через 7 дней после лечения, провели повторное обследование, при этом наблюдалось полное исчезновение гнусавости у больных основной группы, у больных сравнительной группы исчезновение данного проявления не наблюдалось. Симптомы как охриплость голоса, раздражительность, нарушение сна, напряжение мышц гортани во время разговора, у больных основной группы наблюдалась выраженная тенденция к улучшению. У больных сравнительной группы улучшения не наблюдалось. Через 3 месяцев после лечения у больных основной группы, рецидивов не было, а у 8 больных сравнительной группы отмечилось обострение процесса, которым был назначен повторный курс лечения.

Выводы. Восстановление носового дыхания является одним из этапов данной патологии и ведет к улучшению основных акустических параметров голоса, сокращает время длительности лечения и пребывания больных в стационаре.

Муродова П.Ф., Джораева Ф.Х., Урунбаева М.Г.
АҲАМИЯТИ АУДИОМЕТРИЯИ ФОСИЛАИ БАСОМАДАШ ВАСЕЪ ДАР ТАШХИСИ БАРВАҚТИИ ПАСТШУНАВИИ СЕНСОНЕВРАЛӢ

кафедраи оториноларингологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Роҳбари илмӣ – д.и.т., профессор Холматов Ҷ. И.

Мақсади санчиш. Қайд намудани афзалияти аудиометрияи фосилаи зудиаши васеъ (АФБВ) дар маҷмӯи санчишҳои аудиологӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар шароити лабораторияи аудиологии шӯъбаи сурдологии ММТ «Шифобахш» давоми як моҳ (декабри 2018) АФБВ ба 10 бемори (мардҳо - 6, занҳо - 4 нафар, синнашон 25-35 сола) гирифтори пастшунавии сенсоневрали гузаронидем. Бояд қайд намуд, ки бартарии ин усули санчиш назар ба аудиометрияи одӣ дар он аст, ки ҳангоми санчиши шунавоӣ ҳадди ақали шунавоиро чи тавассути ҳаво ва чи тавассути устухон аз 100 Гтс оғоз намуда, то 18000 Гтс муайян карда, маълумоти пурраро оид ба ҳиссиёти шунавоӣ нисбати ҳамаи зудихо гирифта метавонем. Ҳол он ки дар аудиометрияи одӣ ҳиссиёти шунавоиро танҳо нисбати зудихо аз 125 Гтс то 8000 Гтс месанҷанд ва ҳамин тариқ, имконияти санчиши шунавоӣ тадриҷан маҳдуд мегардад.

Натиҷаи санчиш. Бемороне, ки ба мо муроҷиат намуда буданд, шакку шубҳа дар мавриди пастшунавии ва баъзан садоҳои ҷирросмонанд дар гӯш доштанд. Аудиометрияи одӣ аз узви шунавоӣ ягон эътилолиятро пайдо накард. Хати аудиометрияи ҳавоӣ ва устухонӣ нисбати зудихо аз 100 Гтс – 8000 Гтс дар меъёр буданд, яъне то ҳудуди 10±5 дБ. Аммо дар АФБВ мо яку ябора паст шудани хати аудиометрии тавассути устухонӣ ва ҳавоӣ мушоҳида намудем, ки ҳадди ақали сатҳи баландтарини шунавоиро дар зудии 16000-18000 Гтс пайдо кардем. Ба ин беморон маводҳои рағвасеъкунанда, хунтаъминсозии мағзи сарро беҳтарсозанда, витаминҳои гурӯҳи В, физиодармонӣ ва маҳсии сару гарданро таъйин карда шуд. Баъди як моҳи табобат дар 8 бемор санчиши такрорӣ аудиограммаи эътидолиро нишон дод, яъне хати аудиометрии ҳавоӣ ва устухонӣ дар ҳудуди 10±15 дБ нисбати ҳама зудихо чен карда, дида шуд. Аммо дар 2 бемор ҳолати шунавоӣ нисбати зудихо баланд бетағйир монд. Чунин ҳолат аз он шаҳодат медиҳад, ки на ҳама

вакт ин намуди сатҳи пасти шунавой зуд барқарор мегардад. Ва ин гуна беморон бояд дар қайду назорати мутахассис то 3-5 сол бошанд.

Хулоса. Ҳамин тарик, АФБВ дар пайдо кардани марҳилаи саршавии – токлинкии пастшунавоии сенсоневралӣ, гузоштани ташҳиси амик, дар таъйин кардани табобати мушахас ёрӣ медиҳад. Аз ҷумла, ин усул оризаҳои вазнини сатҳи пасти шунавой, дараҷаи баланди гаронгӯширо пешгирӣ менамояд.

Муродова П.Ф., Бобоев С., Абдулвоҳидзода С.

АҲАМИЯТИ ТАДҚИҚИ КАМЕРТОНАЛӢ ДАР ТАШҲИСИ ТАФРИҚАВИИ НАВЪҲОИ ГУНОГУНИ ГӢШВАЗНИНӢ

Кафедраи оториноларингологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино»

Рохбари илмӣ: д.и.т., профессор Холматов Ҷ. И.

Мақсади таҳқиқ. Арзёбии нақши таҳқиқоти камертоналӣ дар ташҳиси тафриқавии шаклҳои кондуктивӣ ва сенсоневрालии гӯшвазнӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқ. Дар шаронти шӯбаи сурдологии ММТ ҚТ «Шифобахш» аз ҷониби мо 30 нафар муоина карда шуд. Муоинашудагон аз 14 нафар донишҷӯ, кишунавоии муътадил (гурӯҳи санҷишӣ) доштанд, аз 8 маризимубтало ба отитимизминимизна- мезотимпанит (гурӯҳи 1) ва 8 бемори гирифтори гӯш вазнинии сенсоневралӣ (гурӯҳи 2) иборат буданд. Синни беморони таҳти муоина аз 20 то 30-соларо ташкил меод. Пурсиши бемор, муоинаи узвҳои гӯш гулӯю бинӣ, отоскопия, ба воситаи нуткипичирросӣ муайян кардани сатҳи шунавой, амалинамоии таҳқиқи камертоналӣ ба воситаи камертонҳои C_{128} , C_{256} , C_{512} , C_{1024} ва C_{2048} комплекси муоинаро ташкил доданд.

Натиҷаи таҳқиқ. Дар 14 донишҷӯи хирофе аз ҷониби узвҳои гӯшу гулӯю бинӣ зоҳир нагашт, ғангоми таҳқиқи сатҳи шунавой, муоинашавандагон нуткипичирросиро аз масофаи 6 м шуниданд, таҷрибаҳои камертонали ба меъёр мувофиқат доштанд. Беморон нуткипичирросиро дар фосилаи аз 1 то 2 метр қабул намуданд. Нишондиҳандаҳои таҳқиқоти камертоналӣ дар ҳар ду гурӯҳ аз ҳам фарқ мекарданд: таҷрибаи Ринне дар мавриди беморони гурӯҳи 1 манфӣ ва дар мавриди гурӯҳи 2-юм мусбат буд; мутаносибан дар таҷрибаи Вебер – латерализатсия (моилшавӣ) батарафи гӯши бемор, - батарафи гӯши солим дида мешуд; таҷрибаи Шваббах дар беморони гурӯҳи 1 – ба сурати дароз, дар гурӯҳи 2-юм бошад, ба шакли кӯтоҳ буд. Баъданмо ба воситаи маҷмӯи камертонҳои камертонограммаи гузариши устуҳонӣ ва ҳавоии қулли беморонро нишон додем, ки бо таносубифонизифода ёфт.

Хулоса. Ҳамин тарик, ба туфайли пурсиши гурӯҳи таҳти назар, муоинаи узвҳои гӯшу гулӯю бинӣ, отоскопия ва таҳқиқи маҷмӯи камертоналӣ тавонистем ташҳиси беморро бо этилоли гӯш анҷом дода, инчунин хусусияти ихтилоли шунавоиро низ муайян намоем. Хусусан ба туфайли таҷрибаҳои камертоналӣ тафриқанамудани шакли кондуктивии гӯш вазнинӣ аз навъи сенсоневрालии он душвор набуд. Баъдан хусусияти ҳалалёбии шунавоиро муайян намуда, аз ҳулосаи таҳқиқи камертоналӣ натиҷагирӣ намуда, ба тамоми беморон муолиҷаи дахлдори маҷмӯи таъйин карда шуд.

Муродова Р.Ф.

ЗНАЧЕНИЕ РЕЧЕВОЙ АУДИОМЕТРИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ТУГОУХОСТИ

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

Научный руководитель - д.м.н., профессор Холматов Д.И.

Цель исследования. Оценка значения речевой аудиометрии в дифференциальной диагностике кондуктивной и нейросенсорной форм тугоухости.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 30 человек в условиях сурдологического отделения НМЦ РТ «Шифобахш». Из них: 14 студентов с нормальным слухом (контрольная группа), 8 человек мезотимпанитом (1-я группа), остальные 8 лиц с нейросенсорной тугоухостью (2-я группа). Возраст обследованных составлял от 20 до 30 лет. В обследования входили: опрос, осмотр ЛОР-органов, отоскопия, определение остроты слуха шепотом, тональная пороговая и речевая аудиометрия.

Результаты исследования. При обследовании 14 студентов отклонений в ЛОР- органах не выявлено, при исследовании шепотной речи, испытуемые слышали его с расстояния 6 м. Аудиометрическая кривая по воздушной и костной проводимости соответствовала норме (в среднем до 15 дБ + 5 дБ), разборчивость речи по данным речевой аудиометрии соответствовала 100%.

Пациенты обеих групп воспринимали шепотную речь на расстоянии от 1 до 2 метров. В обеих группах показатели тональной аудиометрии в отдельных случаях не отличались: уровень аудиометрической кривой при воздушном звукопроведении был практически на одном уровне (в среднем до 40 дБ + 5 дБ). Минимальная воспринимаемость костной проводимости звука у больных 1-й группы была относительно ниже, чем во 2-й группе (в среднем 10 дБ + 5 дБ). Однако при проведении речевой аудиометрии в обеих группах выявлена достоверная разница. Восприятие разговорной речи интенсивностью 70 дБ равнялась 100% у всех пациентов 1-й группы, а у пациентов 2-й группы восприятие разговорной речи интенсивностью 80 дБ равнялось 80%. Следует отметить, что при повышении речи у больных 2-й группы разборчивость воспринимаемой речи менялось на 40-50%.

Заключение. Таким образом, наше исследование показало очевидное преимущество речевой аудиометрии в дифференциальной диагностике кондуктивной и нейросенсорной форм нарушений слуха.

Муротов Х.М., Олимов О.З., Гафуров М.М.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПНЕВМАТИЧЕСКОЙ КОНТАКТНОЙ
УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ

Кафедра урологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан
Научный руководитель – Сидиков А.Ш.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность пневматической контактной уретеролитотрипсии (КУЛТ) при различных локализациях камней мочеочника.

Материал и методы исследования. Ретроспективному анализу подвергнуты результаты пневматической КУЛТ у 271 больных прооперированных за 2021-2022 гг. в отделении эндоурологии ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Возраст больных колебался от 18 до 68 лет, мужчин было 132 (48,7%), женщин 139 (51,3%). Особенности заболевания: односторонний уrolитиаз имел место у 232 (85,6 %), двухсторонний – у 39 (14,4 %) больных. Камни локализовались в мочеочнике слева- у 142 и справа- у 129. В мочеочнике: в верхней трети - 63, в средней трети - 85, в нижней трети- 123 больных. У 39 больным камни были с двух сторон, у 2 отмечалось анурия. В предоперационном периоде больные обследовались по стандартной схеме: клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, методы визуализации - обзорная, экскреторная урография или компьютерная томография, УЗИ мочевогоделительной системы. Все операции выполнены один хирургами под эндотрахеальным наркозом и спинальным наркозом. Доступ к конкременту осуществляли посредством жестким уретероскоп 9 Fr. Для дефрагментации конкрементов использовался пневматический литотриптер Karl Storz Calculusplit. Показания к пневматической КУЛТ: камни мочеочника размером больше 8 мм, время нахождения камня в мочеочнике не более 2 мес. Размер камня - от 8 мм до 22 мм.

Результаты исследования. Всем 271 больным успешно выполнена пневматической КУЛТ. Предварительно для профилактики обструктивного пиелонефрита у 32 больным была установлена пункционные нефростомия, 12 больным произведено стентирование. Среднее время операции составило от 15 до 90 минут. Плотность конкремента колебалась от 350 до 1200 HU. Оперативное вмешательство завершалось установкой мочеочничкового катетера 5-6Ch у 24 больных и стентированием 4,8-7,0 Ch у 132 больных. Полное удаление камня за 1 сеанс наблюдалось у 95,6%, у 99,18% за 2 сеанса. Всем больным во время и после операционном периоде назначены антибактериальные препараты в зависимости от чувствительности к антибиотикам. У 8 (2,9%) больных наблюдалось миграции камень в почке, которые выполнено чрескожная пункционная нефролитотрипсия с нефростомии.

У 143 больных прогнозировали высокий риск образования кальций-фосфатного, а у 128 – уратных камней, и была рекомендована соответствующая диета и активное диспансерное наблюдение.

Выводы. Таким образом, пневматической КУЛТ является высокоэффективным и безопасным методом лечения камней мочеочника различных локализаций, не исключены осложнения, возникающие интраоперационно, послеоперационно, что вызывает определенные требования к хирургическим навыкам.

Муслимов К.М.
ТАШХИС ВА МУОЛИЧАИ САНҶОИ НАЙИ ПЕШОБРЕЗ ДАР КУДАКОН

Кафедраичарроҳикӯдаконаи МД ДДТТ ба номиАбӯалӣибниСино.
Роҳбари кори илмӣ: дотсент Маҳмадҷонов Д.М.

Мақсад. Омӯхтанвабаҳо додан ба усулҳои таҳқиқи сватабобати беморони гирифтори санҷоикӯфташудаи ихлил.

Мавод ва усулҳои таҳқиқи. Муоинаи 60 бемори гирифтори санҷоикӯфташудаи чунин натиҷа дод: Кӯдакони то 2 сола 29 (48%), аз 3 то 6 сола 19 (34%) ва аз 7 сола боло 12 (13%) - роташикли мекунад. Аксаран дар ихлил санҷои ягона андармон мегарданд (94,7%), ва андармон (руст) шудани ду вазиёда санҷо дар ихлил камтар ба назар мерасад. Рустшавии санҷо бештар дар қисми қафои ихлил (56,4%) ва камтар дар мавзеи пеши ихлил (32,8%) мушоҳида карда шуд. Особефтани ихлил дар беморон босанҷо иоризадори ихлил 27 (10,8%) - роташикли дод. Таҳқиқоти мавзеи бемориҳои роҳҳои пешоббарор, боёри усулҳои рентгенологӣ таҳқиқоти аниқ карда шуданд (акситапсири роҳҳои пешоб, урографияи ихроҷи, систография, уретрография). Ҳолати вазнини бемор ва дараҷаи вайроншавии ҳомеостаз бо усулҳои биохимии муайян карда шуд.

Натиҷа. Мақсади пай дар пай гузаронидани принципи муолиҷави поён фаровардан ва баровардани санҷо аз қисми ақибӣ ихлил аз инҳо иборат аст:

Давраи аввал: Мавҷудияти дардҳо ва ташаннучи ихлилро ба назар гирифта, фавран пешдармони иборат аз атропин сульфат 0,1%, димедрол ва промедоли 1% ба меъёри 0,1 мл ба яқсоли ҳаёт гузаронида мешавад. Баъди гузаронидани давраи якум дар 38 бемор санҷо то қисми пеши ихлил фароманд ва дар 13 бемор санҷо ба берун бароманд.

Давраи дуюм: Агар таъинотҳои давраи аввал самарабахш набоянд, ба мақсади бартараф намудани ташаннучи ихлил ва бедардкунӣ ба роҳҳои пешоб сараввал як микдор омехтаи гилисерин бо фурацилин (1:1) дохил карда мешавад. Агар баъди ин чорабиниҳо санг беҳаракат монад, бемор ба оби гарм муҳлати 10-20 дақиқа то миёнаш нигоҳ дошта мешавад. Давраи дуюм дар 16 бемор бомуваффақият буд.

Давраи сеюм: Агар ҳамаи чораҳои дар болономбар шудани таъидилҳо надиҳанд, пас ба воситаи беҳисгардонии умумӣ дар заминаи релаксацияи мушакҳо бо фавораи гилисерину новокаин санг ба масонаи тела дода мешавад. Давраи сеюм дар 87 бемор истифода бурда шуд.

Дар шароити тез-тез маҳкамшудани қисми ақибӣ ихлил босанҷо ихча машон 0,8-1,0 см гузаронидани чарроҳӣ эпистолитотомия ба таври нимтаъҷили дар шабонарӯзи 3-4 мувофиқи мақсад аст. Эпистолитотомия дар рӯзҳои 3-

4-уми баъдибистари дар 42 беморгузаронидашуд. Дар 86,1% бемороне, кисангҳо дар кисми пеши ихлилҷойгиршуда буданд гузаронидани пайдарпай методҳои консервативии барои берунбаромадани сангҳо аз ихлилнатиҷаи худод. Ҳангоми сангҳои кисми пеши ихлилмодар 12 бемор аз усули гирифтани сангбоёрии «экстрактори Дормиа» истифода бурдем.

Хулоса: Дар муоинаи 290 беморони гирифтори сангҳои ихлил чунин натиҷаҳо дида шуд. Марҳила ба марҳила гузаронидани усулҳои муолиҷавӣ бо мақсади берун баровардани сангҳои кафои ихлил то 48% натиҷаи хуб дод. Дар бемороне, кисангҳои пеши ихлил доштанд натиҷаи муқбис то 93,1% расид. Ҳангоми тез-тез қисқишавии сангҳои ҳаҷми 0,8-1,0 см дар қисми қаби ихлил буда, гузаронидани ҷарроҳии «эписистолитотомия» дар шабона рӯзи 3-4-ум аз рӯи нишонаҳои нимтаъҷилинатиҷаи худод рад.

Мусоев С.Ш.¹, Файзиев З.Ш.¹, Олими М.О.^{1,2}

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ С ПРОРЫВОМ В ЖЕЛЧНЫЕ ХОДЫ

ГУ «Республиканский научный центр сердечнососудистой хирургии»¹,
Кафедра хирургических болезней №2 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.² Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н. Амонов Ш.Ш.^{1,2}

Цель исследования. Оценить возможности эндоскопических методов в лечении осложнений эхинококковой кисты печени с прорывом в желчные ходы.

Материал и методы. В период 2020-2021 годы, под нашим наблюдением находились 13 больных с осложненной эхинококковой кистой печени с прорывом в билиарное дерево, где имела место классическая картина обтурационного гнойного холангита (боли и чувство тяжести в правом или левом подреберье, желтушность кожных покровов и склер, повышение температуры тела до 39 °С с ознобом (триада Шарко), снижение аппетита, потемнение цвета мочи, осветление стула).

Больные были в возрасте от 19 до 59 лет, средний возраст составил 40,2±4,0 года. Мужчин было 8 (61,53%), женщин 5 (38,47%). Длительность симптомов механической желтухи у 6 больных составила более 7 суток, у 3 больных 3-7 суток, у 4 пациентов до 3-х суток. Двое больных ранее перенесли открытые оперативные вмешательства по поводу эхинококкоза печени.

Всем больным с подозрением на прорыв эхинококковой кисты в желчные пути была произведена эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ), подтверждающая диагноз. При этом, расширение холедоха более 20 мм наблюдалось у 4 больных, 20-15 мм у 6, 9-15 мм – у 3. Установить диагноз после эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), не составлял труда.

Результаты исследования. При постановке ИФА достоверность результатов составила 96,3%, что вполне сопоставимо с данными литературы. Из 13 больных которым, выполнена ЭРПХГ, устранить механическое препятствие посредством эндоскопической папиллосфинктеротомии и восстановить нормальный отток желчи в двенадцатиперстную кишку, путем удаления хитиновой оболочки корзинкой Дормиа удалось у 11. У 2 пациентов после ЭПСТ попытки удаления хитиновых оболочек не увенчались успехом. Проведение предоперационной ЭРПХГ позволило не только снизить возможную послеоперационную летальность путем своевременного разрешения билиарной гипертензии, но и определить взаимоотношение кист с магистральными желчными протоками и сосудами, уменьшив частоту их случайных повреждений.

У больных, которым до открытой операции, проводилась ЭРПХГ, папиллосфинктеротомия с хитинэкстракцией и разрешением механической желтухи (1-я группа), отмечалось достоверное снижение печеночной недостаточности уже на 2-3 сутки после вмешательства. В тоже время у больных, оперированных на высоте механической желтухи в связи с безуспешной попыткой деблокады холедоха (2-я группа), наблюдался более длительный период восстановления уровня билирубина. Снижение уровня билирубина практически до нормальных значений наблюдался у пациентов с успешной ретроградной деблокадой уже к 6-7 суткам, в то время как у пациентов 2-й группы этот период составил 11-12 суток.

Хирургическая тактика у больных эхинококкозом печени, осложненным прорывом в желчевыводящие пути, механической желтухой и гнойным холангитом, была двухэтапной.

На первом этапе мы, путем применения малоинвазивных технологий стремились обеспечить декомпрессию билиарного тракта, снизить явления холангита и степень эндотоксикоза. Вторым этапом в зависимости от эффективности проведения ЭРПХГ и ЭПСТ с декомпрессией желчевыводящих путей, нами была произведена эхинококкэктомия с различными модификациями ликвидации остаточной полости. Послеоперационный период составил в среднем 11,2±1,2 дня у пациентов с успешной ретроградной деблокадой желчных путей и 14±1,3 дня у больных, оперированных на фоне продолжающейся обструкции холедоха. При этом период пребывания в отделении реанимации составил соответственно 1,2±0,4 и 2,7±1,3 дня.

Выводы. Таким образом, ретроградные эндобилиарные вмешательства являются не только высокоспецифичными диагностическими, но и лечебными методами, позволяющими устранять причину механической желтухи, адекватно санировать билиарное дерево. Это позволяет уменьшить риск осложнений при последующих открытых операциях.

Мухамадиев Ф. И., Алимов И.З., Бегмуродов Р.И
ВЛИЯНИЕ «ГЕПОСАФ» НА ОБМЕН БИЛИРУБИНА, БЕЛКОВООБРАЗОВАТЕЛЬНУЮ И
ФЕРМЕНТАТИВНУЮ АКТИВНОСТИ ПЕЧЕНИ В ХРОНИЧЕСКОМ ЭКСПЕРИМЕНТЕ

ГУ Республиканский научно-клинический центр урологии, ЦНИЛ, КЛД

ТГМУ им. Абуали ибн Сино.

Научный руководитель - Самандаров Н.Ю.

Целью исследования. Изучение влияния средства «Гепосаф» на белковообразовательную и ферментообразовательную функции печени в условиях хронического эксперимента.

Материал и методы. Статистическую обработку результатов проводили с использованием t-критерия Стьюдента при $P < 0,05$. О действии «Гепосаф» на белковообразовательную и ферментообразовательную функции печени в условиях хронического эксперимента судили по показателям уровня: общего белка (г/л) и обмена ферментов: АлАТ и АсАТ (Е/л), ЩФ (Е/л), ГГТП (н.моль/л), билирубина - (мкмоль/л), амилазы (мг/с.л), мочевины (мкмоль/л), остаточного азота (мг %), креатинина (мкмоль/л) в сыворотке крови интактных и опытных животных. Определение указанных ферментов проводили через 20 часов после пятимесячного внутрижелудочного введения «Гепосаф».

Результаты и их обсуждения. Содержание общего белка в составе сыворотки крови у животных, получавших в течение 5-ти месяцев ежедневно внутрижелудочно сироп «ПРЦ-Х» (в дозе 2 мл/кг массы тела) составило $84,0 \pm 0,8$ г/л против $90,0 \pm 1,2$ г/л в контрольной серии. Эта разница (7,8%) не была достоверной ($P < 0,3$). Уровень билирубина в сыворотке крови у опытных животных, получавших «Гепосаф» в дозе 2 мл/кг массы тела, составил $5,1 \pm 0,4$ мкмоль/л против $4,53 \pm 0,59$ мкмоль/л контрольной серии, что соответствовало 12,8% ($P < 0,05$).

В то же время у животных, получавших «Гепосаф» внутрижелудочно в дозе 5 мл/кг массы тела, уровень билирубина в сыворотке крови в среднем составил $4,83 \pm 0,8$ мкмоль/л против $5,1 \pm 0,4$ мкмоль/л контрольной серии.

Содержание амилазы в сыворотке крови животных под воздействием «Гепосаф» (2 и 5 мл/кг массы тела) в среднем уменьшалось от 3,5% до 1,31% по сравнению с контрольной серией. У опытных крыс, получавших в условиях хронического эксперимента внутрижелудочно «Гепосаф» в дозах 2 и 5 мл/кг массы тела, отмечается достоверное снижение уровня диастазы мочи.

Выводы. Таким образом «Гепосаф» в условиях хронического эксперимента способствовал заметному улучшению обмена ферментов, уменьшая при этом уровень билирубина в составе сыворотки крови. Полученные результаты свидетельствуют о положительном влиянии «Гепосаф» в отношении печеночной и поджелудочной ее функции.

Мухибова Ё.Ш., Каюмова Ш.Ш., Давлатов М.Х.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ШУНТИРОВАНИЯ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ ПРИ ЭКССУДАТИВНОМ
СРЕДНЕМ ОТИТЕ

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

Научный руководитель - к.м.н. Махаммадиев А.А.

Цель работы. Определить эффективность шунтирования барабанной перепонки при экссудативном среднем отите.

Материалы и методы исследования. В ходе прохождения занятий на кафедре оториноларингологии на базе детского ЛОР отделения ГУНМЦ РТ под нашим наблюдением находились 24 больных с ЭСО. Мальчики – 14, девочек – 10. Возраст колебался от 5 до 12 лет. Почти все больные по поводу своей патологии обращались повторно после безрезультатного консервативного лечения по месту жительства. Больные предъявляли жалобы на снижение слуха, шум в ухе, чувство переливания жидкости в ухе. При отомикроскопии определяли тусклый цвет барабанной перепонки, втянутость а также определялось наличие жидкости в барабанной полости. Непроходимость слуховой трубы определяли опытами Тойнби, Вальсальвы, продуванием ушей по Политцеру и катетеризацией слуховой трубы. При акуметрии (Шёпотная речь) определяли разную степень снижения слуха. При камертональном исследовании у всех больных определяли отрицательный опыт Ринне, удлинение опыта Швабаха и латерализацию звука в хуже слышащее ухо при опыте Вебера. При тональной пороговой аудиометрии у всех больных определяли снижение слуха на уровне низких и средних частот и улучшение слуха на уровне высоких частот (кондуктивная тугоухость) I-II степени.

Результаты и их обсуждение. Всем больным с экссудативным средним отитом под общей анестезией на задне-нижнем квадранте барабанной перепонки производили миринготомию с последующим введением шунта с диаметром 1.14 мм (Medtronic xomed inc USA) в перфорационное отверстие. Через данный шунт происходило дренирование барабанной полости. Восстановление проходимости слуховой трубы происходило у больных по-разному, варьируя от 3 до 5 месяцев. После полного восстановления проходимости слуховой трубы шунт удаляли, а закрытие дефекта барабанной перепонки происходило самостоятельно. Проходимость слуховой трубы определяли опытами Тойнби, Вальсальвы а также продуванием ушей по Политцеру. К концу лечебного периода восстановление проходимости слуховой трубы установили у 24 (100%) больных.

Вывод. Таким образом, шунтирование барабанной перепонки при ЭСО по сравнению с безрезультатными консервативными методами лечения, показало высокую эффективность, поэтому позволяет рекомендовать его как основной и эффективный метод лечения больных с экссудативным средним отитом.

¹Наджмуудинов С.С., ²Хофизова Г.А., ²Ашуров Д.М.

СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОБОДНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

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

2 Кафедра хирургии ГОУ «ИПО в СЗ», Таджикистан

Научный руководитель - к.м.н., доцент Сайдалиев Ш.Ш.

Цель исследования. Улучшение способов диагностики и хирургического пособия перфоративных гастродуоденальных язв.

Материал и методы. В ГУ ГЦСМП г.Душанбе являющиеся клинической базой хирургических кафедр ВУЗ-ов за последние 5 лет оперированы 116 пациентов с перфоративными ПГДЯ. Мужчин было 94 (81%), женщин — 22 (19%), средний возраст пациентов с прободной дуоденальной язвой составил 43 года, желудка — 68 лет. В сроки до 6 ч с момента перфорации поступил 61 (52,6%) пациент, 7-24 ч - 41 (35,3%) и позже 24 ч — 14 (12,1%) пациентов. Диагноз перфорации полого органа не вызывал сомнений у 96 (82,8%) пациентов и был поставлен в дооперационном периоде на основании клинических, эндоскопических и рентгенологических данных. У 13 (11,2%) имелась атипичная клиническая картина и им выполнялась повторная фиброгастродуоденоскопия и обзорная рентгенография органов брюшной полости. У 7 (6%) пациентов, несмотря на все предпринятые диагностические мероприятия, сомнения в диагнозе оставались, и в связи с этим у них предпринята диагностическая лапароскопия. Язвенный анамнез выявлен у 68 (58,6%) пациентов, из которых только 32 (27,6%) состояли на диспансерном учете. У 5 (4,3 %) пациентов в анамнезе были произведены ранее операции: ушивание прободной дуоденальной язвы у 4, резекция желудка — у 1; сопутствующие заболевания наблюдались у 61 (52,6%) пациента. Лечебный комплекс до операции включал общепринятую предоперационную подготовку в течение 1,5-2 часов. Тяжесть состояния пациентов и величина оперативно-анестезиологического риска оценивалась с использованием критериев ASA.

Результаты и их обсуждение. 103 (88,8%) пациента оперированы в первые 1,5-2 часа с момента госпитализации, от 2 до 4 ч — 13 (13,8%). У всех пациентов во время операции был установлен перитонит: распространенный у 82 (77,7%), местный неограниченный у 28 (24,1%) и у 6 (5,2%) местный ограниченный. Реактивная фаза перитонита отмечена у 75 (64,6%), токсическая — у 36 (31%) и терминальная у 5 (4,3%). У 98 (84,5%) пациентов перфоративная язва локализовалась на передней стенке двенадцатиперстной кишки, у 18 (15,5%) — в желудке, чаще по малой кривизне на передней стенке желудка и только в 1 случае она располагалась по задней стенке пилорического отдела желудка. Перфоративная язва сочеталась с декомпенсированным стенозом привратника у 2 (1,7%) пациентов, желудочно-кишечным кровотечением — у 2, и у 1 пациента было сочетание перфоративной дуоденальной язвы и перфорации опухоли слепой кишки. Основным хирургическим пособием было ушивание. Эта операция произведена у 73 (62,9%) пациентов. У 4 из них в связи с локализацией язвы желудка по малой кривизне и выраженным перифокальным инфильтратом, у 2 с декомпенсированным пилорoduоденальным стенозом и в 1 случае — сочетание перфоративной дуоденальной язвы и раковой опухоли слепой кишки. Из 50 (68,5%) пациентов, которым выполнено лапароскопическое ушивание перфоративных язв, мужчин было 41 (82%), женщин — 9 (18%), в возрасте от 17 до 73 лет. Перфоративные язвы желудка ушиты лапароскопически у 4 (8%) пациентов и у 46 (92%) — дуоденальные. Ушивание перфоративного дефекта при размерах до 1 см у 47 (94,0%) пациентов производили путем наложения 2-3 серозно-мышечных швов с интракорпоральным формированием узлов. У 3 (6,0%) пациентов с хронической язвой и выраженной инфильтрацией окружающих язву тканей использовали принцип аутопластического закрытия перфоративной язвы по Оппелю-Поликарпову. Дистальные резекции желудка, в объеме 2/3, в различных модификациях выполнены у 5 (4,3%) пациентов. Летальный исход в послеоперационном периоде не имел место после лапароскопического ушивания, умер 1 пациент, после лапаротомной операции, в связи поздней обращаемостью, запущенным процессом и с картиной абдоминального сепсиса. Послеоперационная летальность составила 1,7%. Менталитет многих наших пациентов таков, что они не настойчиво лечатся, а надеются, что язва заживет и без лечения. Резекция желудка при прободной язве должна выполняться в единичных случаях (у нас 5 пациентов из 116 операций — 4,3%) и по строгим показаниям (сочетание прободной язвы желудка с кровотечением или стенозом пилорического отдела, хроническая каллезная язва с подозрением на малигнизацию).

Заключение. Выбор метода оперативного пособия должен в каждом конкретном случае быть индивидуальным. Резекция желудка и различные виды ваготомий должны иметь место в единичных случаях и по строго определенным показаниям.

Наджмуудинов С.С., Нажмуудинов Ф.Н., Одинаев А.К.

ПЕРФОРАТИВНЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЫ: ВЫБОР СПОСОБА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

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

Научный руководитель- к.м.н., доцент Халимов Дж.С.

Цель исследования. Улучшение методов диагностики и хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв.

Материал и методы. В работе проанализированы результаты комплексного обследования и оперативного лечения 116 пациентов с прободными гастродуоденальными язвами (ПГДЯ) за период с 2014 по 2019гг. Мужчин было 94 (81%), женщин — 22 (19%), средний возраст пациентов с прободной дуоденальной язвой составил 43 года, желудка — 68 лет. Диагноз перфорации полого органа не вызывал сомнений у 96 (82,8%) пациентов и был поставлен в дооперационном периоде на основании клинко-инструментальных данных, при этом у 13 (11,2%) имелась атипичная

клиническая картина.

Результаты. Результаты исследования у 68,5% больных показали значительные преимущества при ушивании прободной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки лапароскопическим способом с последующей стационарной медикаментозной ваготомией и дальнейшим наблюдением гастроэнтеролога, хирурга поликлиники по месту жительства.

Заключение. Наилучшие результаты достигнуты при своевременном выполнении оперативного пособия с использованием видеолапароскопических методик. Выбор метода оперативного лечения должен быть в каждом конкретном случае индивидуальным.

Наджмудинова Н.Д.¹, Муродов Д.К.^{1,2}, Джононов Д.Д.².

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛОСКУТА ШИРОЧАЙШЕЙ МЫШЦЫ СПИНЫ ПРИ КОРРЕКЦИИ ДЕФЕКТОВ ЛИЦА И ШЕИ

Научный руководитель - д.м.н, доцент Маликов М.Х.

Кафедра хирургических болезней № 2 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Республиканский научный центр сердечнососудистой хирургии. Таджикистан.

Целью работы являлось устранение посттравматических дефектов нижней зоны лица и шеи с использованием лоскута на основе широчайшей мышцы спины.

Материал и методы. При последствиях травм лица и шеи 5 пациентам была выполнена несвободная пересадка сложносоставного кожно-мышечного лоскута на основе широчайшей мышцы спины. Механизм получения травмы приводится ниже последовательно. Так, у мужчины вследствие воздействия электрического тока высокого напряжения с точкой выхода в области лица, имелся сквозной дефект, сообщающийся с полостью рта. У другого пациента имело место клиническое проявление последствия травмы лицевого нерва с атрофией и рубцовым мягкотканым дефектом правой половины лица. Больной 1,5 год назад получил электрическую травму области лица. Обе пациенты были специалистами по линии электричества. У 3 пациенток имел место протяженный рубцовый дефект передней и боковых поверхностей шеи с контрактурой шеи, вследствие полученного ожога кипятком в детстве. Им были выполнены операции в условиях ожогового отделения и в последующем пациентки со стягивающими рубцами шеи и лица, ограничением функции шеи и невозможность полного раскрытия рта обратились для оказания специализированной помощи.

С целью полного обследования и выбора метода операции были использованы дополнительные методы диагностики: рентгенография шеи и лицевого черепа, УЗИ, КТ и МСКТ.

Результаты и их обсуждение. Более сложным явился первый клинический случай, где имелся протяженный сообщающийся с полостью рта мягкотканый дефект. Эстетическая и функциональная сторона вопроса потребовала адекватного подхода, выбор выпал в транспозиции расщепленного кожно-мышечного лоскута на сосудистой ножке. Разделяя лоскут на две равные части, была выполнена двухслойная пластика дефекта, как со стороны ротовой полости, так и снаружи. В другом наблюдении, где имелась гемиатрофия правой половины лица с мягкотканым дефектом, транспозиция кожно-мышечного лоскута наряду с созданием полноценного кожного покрова позволили получить удовлетворительный эстетический эффект. В трех остальных наблюдениях после иссечения стягивающего рубца шеи и нижней зоны лица образовавшийся дефект был ликвидирован транспозицией кожно-мышечного лоскута широчайшей мышцы спины.

В ближайшие дни после операции сосудистые и раневые осложнения не имели места. Отдаленные результаты были прослежены во всех клинических наблюдениях и были оценены как хорошими.

Таким образом, использование сложносоставного кожно-мышечного лоскута на основе широчайшей мышцы спины является методом выбора при хирургической коррекции посттравматических дефектов и рубцовых деформациях лица и шеи.

Нажмидинов Х.Н., Рашидов Б.Дж., Хасани А.

ОЦЕНКА ПОДВИЖНОСТИ СПЕРМАТОЗОИДОВ С УЧЕТОМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ MAR-ТЕСТА

Кафедра урологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Клиника Диамед. Таджикистан

Научный руководитель- Азизов Б.А.

Цель исследования. Оценить подсчет истинного числа прогрессивно-подвижных форм сперматозоидов с учетом показателей MAR-теста.

Материал и методы. В ретроспективный анализ включены результаты исследования спермограммы с учетом MAR-тест (mixedantiglobulinreaction) у 37 мужчины в лаборатории Диамед, г. Душанбе с бесплодиями. Сперму собирали мастурбацией у мужчин добровольцев, приходящих в клинику для обследования бесплодия. Спермограммы исследовались согласно руководству ВОЗ 2010г (нормальная числа прогрессивно-подвижных форм сперматозоидов n- 36% и более). Определение процента сперматозоидов, покрытых антиспермальными антителами, проводили с помощью MAR-теста. По данному методу мы определили показатели истинного числа прогрессивно-подвижных форм сперматозоидов. Нормальные показатели MAR-теста (от 0 до 10 %). Всем больным были распределены на две группы: группа I ,чьи сперматозоиды положительны на MAR-тест (n = 36;); группа II — мужчины, чьи сперматозоиды отрицательны на MAR-тест (n = 5). Антитела к антиспермальным антителам определялись методами иммуноглобулина с целью выявления антиспермальных антител (иммуноглобулинов изотопов G, A и / или M) в эякуляте.

Результаты и обсуждение. По данной методике мы получили значения истинного (фактического) числа

прогрессивно-подвижных форм сперматозоидов. Если число прогрессивно подвижных форм сперматозоидов 36 % и более, нормальными могут считаться показатели MAR-теста от 0 до 10 %, поскольку в данном диапазоне число истинных форм прогрессивно-подвижных сперматозоидов составляет 32 % и более, что соответствует нормативным показателям в соответствии с критериями ВОЗ (2010). По результатам исследования в группе I определялись антитела к антиспермальной антитела, в то время как в группе II антитела к антиспермальной антитела не были определены. Однако при меньших, чем 36 %, значениях числа прогрессивно-подвижных форм сперматозоидов диапазоны нормальных значений MAR-теста пошагово уменьшаются (уже не находятся в диапазоне от 0 до 10 %).

Выводы. Таким образом, диапазон нормальных показателей MAR-теста меняется в зависимости от числа прогрессивно-подвижных форм сперматозоидов. Оценку истинного числа прогрессивно-подвижных форм сперматозоидов, способных участвовать в оплодотворении, следует производить с учетом результатов MAR-теста.

**Нажмидинов Х.Н., Гафуров М.М., Насридинов Л.Э.
ОСОБЕННОСТИ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ**

Кафедра урологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

ГУ «Научно-клинический центр урологии». Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., Одинаев Х.С.

Цель исследования. Изучить эффективность малоинвазивных методов лечения при пиелонефрита беременных.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения пиелонефрита беременных и различных обструктивных поражений верхних мочевыводящих путей у 97 беременных с 2021 по 2022 г в ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Возраст больных: от 18 до 30 лет (средний возраст 22 лет), 82 (84,5%) находились во втором и третьем триместрах беременности. У 75 (78%) больных отмечались уретерогидронефроз II-III степени (у 33 пациенток - правосторонний, у 27 - левосторонний и 22 - двухсторонний). Пациенток, в основном, беспокоила ноющая боль в области поясницы, периодически с почечными коликами, повышением температуры тела с ознобом. У 22 (22%) пациенток отмечался уретерогидронефроз I степени. Всем больными для оценки состояния плода и гидронефротической трансформации выполняли ультразвуковое исследование мочевыделительной системы, дополнительное урологическое обследование и по необходимости магнитно-резонансную томографию.

Результаты исследования. Восстановление нарушенной уродинамики было выполнено 68 (70,1%) пациенткам путём стентирования и катетеризации мочеоточника. В 22 (22,6%) случаях обструкция верхних мочевыводящих путей была обусловлена конкрементами, в 13 (13,4%) случаях по данному поводу под внутривенным наркозом была выполнена контактная уретеролитотрипсия (TUL) со стентированием. Группа остальных больных получили консервативную терапию в условиях стационара. Купирование обострения пиелонефрита достигнуто у всех пациенток на фоне восстановленного пассажа мочи и проводимой консервативной терапии. Необходимость в проведении открытого хирургического вмешательства не возникла ни в одном случае. Своевременные роды были у большинства беременных 79 (81,4%). Преждевременные роды у 11 (11,3%). Материнская смертность и антенатальная гибель плода в урологическом центре не выявлено.

Выводы. По итогам проведенного анализа нам удалось определить эффективность тактики лечения при пиелонефрите беременности. Своевременная консервативная терапия с адекватно восстановленным пассажем мочи позволяет минимизировать тяжелые осложнения и избежать открытых хирургических вмешательств.

**Нажмидинов Х.Н., Махмадалиев М.А.
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ АБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ**

Кафедра урологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

ГУ «Научно-клинический центр урологии». Таджикистан.

Научный руководитель - Сидиков А.Ш.

Цель исследования. Эффективность лечения больных с абактериальным простатитом на основе современных методов диагностики.

Материал и методы. В периоды с 2021 по 2022 г в ГУ РНКЦ «Урология» МЗ СЗН РТ в амбулаторном наблюдении находились по поводу хронического неспецифического простатита 190 больных и из них абактериальных форм составили 123 (65,2%), возрастот 21 до 40 лет. Большинство из наблюдающихся - 131 (68,9%) несколько раз получали лечение, без должного эффекта. В результате первичного осмотра на основании пальпации, комплекс клинико-лабораторных исследований, включающий: микроскопия секрета предстательной железы, бактериологическое исследование, ультразвуковое исследование и биопсия простаты производилась по показаниям. Обследование больных проводилось до и после курса лечения.

Результаты исследования. Пациентов с хроническим абактериальным простатитом в основном беспокоили болевой синдром у 77,1%, локализация боли в подавляющих случаях была в пояснично-крестцовой области - 24,2%. Дизурические расстройства имели место в 35,4% случаев, среди которых чаще имело место учащенное и затрудненное мочеиспускание (12,7% и 8,7% соответственно). Копулятивные расстройства беспокоили у 48,2% и при этом эректильная дисфункция составила - 19,2%. Указанные симптомы, бесспорно, влияли на состояние нервно-психического статуса, при этом отклонения были диагностированы в 41,5% случаях. Ректальное исследование предстательной железы показало превалирование застойного процесса в железе при абактериальном простатите (82,1%). Данное обстоятельство было верифицировано с УЗИ картиной простаты, где 63,3% имело место конгестивная форма простатита, что по всей вероятности является центральным патофизиологическим звеном поражения ткани

предстательной железы при данной патологии - гемодинамические нарушения в органах малого таза. Микроскопическая оценка картины полученного секрета простаты путем пальцевого массажа исследуемой группы больных показала выраженная лейкоцитарная реакция. Тактика лечения больным с ХАБП включало использование нестероидных противовоспалительных препаратов, а - адrenoблокаторов, модификаторов гемостаза и ангиопротекторов, модифицированная ЛФК и физиотерапия, которые позволило добиться положительной динамики в клинико-лабораторных показателях.

Выводы. Таким образом, своевременная диагностика и правильная тактика лечения воспаления предстательной железы позволили значительно снизить болевой и дизурический синдром, что в свою очередь обеспечило улучшение качества жизни пациентов. При этом восстановление и улучшение нарушенной гемодинамики достигнуто - 68,2% и 31,8% соответственно, а в целом хороший результат лечения отмечен в 78,6%.

Наджмудинов С.С., Одинаев А.К., Вахобов И.А.

СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Халимов Дж.С.

Цель работы. Пути улучшения лечения пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК).

Материалы и методы. На лечении находились 162 больных с ЯГДК, а пациенты пожилого и старческого возраста составили - 7,4% (12 больных). Большинство больных были трудоспособного возраста: от 30 до 50 лет -58% (94 пациента). Обращает на себя внимание значительная доля пациентов, поступивших в стационар с тяжелой и крайне тяжелой кровопотерей - 62 (38,3%). Различные сочетания двух хронических заболеваний имели 37 (48,7%) больных, трех заболеваний у 6 (7,9%) больных, более трех - у 4 (5,3%) пациентов. У пациентов с ОДК при обследовании в 52 (32,1%) наблюдениях устанавливали еще и другие осложнения язвенной болезни, которые существенно оказали влияние на выбор методов лечения. Всем больным проводились клинико-лабораторные и инструментальные методы диагностики, включая эндоскопические.

Результаты и их обсуждение. Алгоритм лечения включало два этапа: 1.Определение степени кровопотери и госпитализация больных с тяжелым кровотечением в ОРИТ с проведением гемостатической и заместительной терапии; 2. Ургентная ФГДС при поступлении с определением угрозы рецидива кровотечения (РК) по Forrest и проведение эндоскопического гемостаза с учетом локализации язвы; 3. Эндоскопический мониторинг, выполняемый в первые сутки от времени госпитализации пациентам с FI a, b, c и FII a, b, а также пациентам с РК с попыткой повторного эндогемостаза; 4. Адекватная антисекреторная терапия -парентерально под контролем pH желудка. Активное внедрение такой схемы терапии позволило уменьшить количество РК до 6,2%. А активный эндогемостаз привел к снижению хирургической активности до 3,4%. Операции выполнялись при неэффективности эндоскопического гемостаза, носили характер ургентных и заключались в иссечении кровоточащей язвы. При невозможности иссечь язву выполнялась резекция желудка в модификации Гофмейстера-Финстерера. Считаем, что паллиативное простое прошивание кровоточащей язвы является неэффективной, поскольку она в более чем 90% случаев заканчивается РК. Общая летальность в группе больных с ЯЖКК составила 10,4%. Вторым этапом является всестороннее обследование больного после стабилизации состояния для выявления группы больных с высоким риском развития повторных грозных осложнений болезни и определение адекватной лечебной тактики.

Выводы. Госпитализация пациентов в ОРИТ и проведение своевременной адекватной терапии ИПП, антихеликобактерного лечения с суточным эндоскопическим мониторингом, а также предложенная схема двухэтапного подхода позволяет снизить количество осложнений и летальных исходов.

Назаров З.Х., Муродов Ш.Д., Умарализода С.А.

ТАБОБАТИ ЧАРРОҲИИ ЭНДОСКОПӢ ЗИМНИ РИНИТИ МУЗМИНИ ГИПЕРТРОФИКӢ ДАР КУДАКОН

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

Роҳбари илмӣ – н.и.т., дотсент Маҳмудназаров М.И.

Мақсади тадқиқот. Арзёбии самаранокии эндоскопия дар табобати ринити музмини гипертрофики (РМГ) бо истифода аз чарроҳии ултрасадоии басомадаш паст.

Мавод ва усулҳо. Давоми солҳои 2022-2023 38 бемор бо таъхиси ринити музмини гипертрофики зери назорати мо қарор доштанд. Аз онҳо 22 нафар мард ва 16 нафар зан буданд. Синни беморон аз 18 то 42 соларо ташкил намуд. Беморон ба таври тасодуфӣ (рандомизатсия) ба ду гурӯҳ тақсими карда шуданд: гурӯҳи асосӣ n = 19 ва гурӯҳи муқоисавӣ n = 19. Дар мавриди мурочиати тамоми беморон ба душвории нафаскашӣ тавассути бинӣ, бахусус ҳангоми шаб ва ғайр аз ин, ба қабули дарозмуддати қатраҳои рагтангунанда ба бинӣ шикоят карданд. Ҳангоми гузаронидани муоинаи риноскопӣ дар ҳамаи беморон калоншавии назарраси ҳаҷми садафаҳои поёнии бинӣ ба назар расид ва ҳангоми тадқиқи вазифаҳои бинӣ, вайроншавии нафаскашӣ, бӯйхискуни ва муҳофизатии бинӣ, ки нишондиҳандаҳои чарроҳӣ ба ҳисоб мерафтанд, ошкор гардид.

Натиҷаҳои тадқиқот. Ба беморони гурӯҳи муқоисавӣ, мо пас аз қарахткунӣ чузъии аппликатионӣ бо маҳлули 10% лидокаин дезинтегратсияи ултрасадоии садафаҳои поёнии бинӣ гузаронидаем. Бино бар сабаби ноаён будани қисматҳои қафои садафаҳои бинӣ амалиёти кӯр-қӯрона гузаронидан лозим омад. Ба беморони гурӯҳи асосӣ тахти назорати эндоскоп дезинтегратсияи ултрасадоии садафаҳои поёнии бинӣ анҷом дода шуд. Зикр намудан ба маврид аст, ки тахти назорати визуалии дастгоҳи эндоскоп, имконияти пайдо гардид, ки тавассути дастгоҳи ултрасадоӣ дар тамоми сатҳи садафаҳои поёнии бинӣ то ба қисматҳои қафои он амалиёти гузаронем ва ба пурра кашиш хӯрдани

ҳаҷми онҳо ноил гардем. Дар рӯзи 10-уми назорат, дар ҳамаи беморони гурӯҳи асосӣ (100%) ҳангоми муоина кашишхӯрии пурраи ҳаҷми садафаҳои поёнии бинӣ дар тамоми сатҳи он, бо барқароршавии нафаскашӣ тавассути бинӣ аз ҳарду тараф тадқиқ карда шуд. Дар беморони гурӯҳи муқоисавӣ, кашишхӯрии пурраи садафаҳои поёнии бинӣ ва барқароршавии нафаскашӣ тавассути бинӣ дар 13 (68,4%) беморон ба даст омад. Дар 7 бемори дигар кашишхӯрии нопурраи қисматҳои қафои садафаҳои поёнии бинӣ тадқиқ гардида, зери назорати дастгоҳи эндоскоп тақрибан дезинтеграцияи ултрасадоии садафаҳои поёнии бинӣ гузаронида шуд.

Хулоса. Дезинтеграцияи ултрасадоии садафаҳои поёнии бинӣ бо истифода аз дастгоҳи эндоскоп усули камосеб ва самарабахши табобати гипертрофияи садафаҳои поёнии бинӣ ба ҳисоб рафта, метавонад ба таври васеъ дар амалияи клиникӣ истифода бурда шавад.

Назаров З.Х., Шоев М.Д., Умарализода С.А.

МУОЛИЧАИ МАЧМУИИ КАЧШАВИИ МИЁНДЕВОРИ БИНИ ДАР КУДАКОН БО ДАРНАЗАРДОШТИ МУБОДИЛАИ КАЛТСИЙ ВА ФОСФОР

Кафедраи оториноларингологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» Тоҷикистон
Роҳбари илмӣ - н.и.т., дотсент Маҳмудназаров М.И.

Мақсади тадқиқот. Арзёбии самаранокии муолиҷаи маҷмӯии қачшавии миёндевори бинӣ бо дарназардошти мубодилаи калтсий ва фосфор дар кӯдакон.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар шароити шӯъбаи кӯдакон аи МД ММТ ҚТ «Шифобахш» дар давоми солҳои 2020-2022 аз ҷониби мо 86 бемор муоина ва ҷарроҳӣ карда шуд. Синну соли кӯдакон аз 6 то 16 соларо ташкил медиҳад, ки аз он ҳо 48 нафарашон писарон ва 38 нафарашон духтарон буданд. Ба ғайр аз тадқиқотҳои клиникӣ лаборатории зарурӣ ба ҳамаи беморон дар марҳилаи пеш аз ҷарроҳӣ тадқиқи микдори калтсий ва фосфор дар таркиби хун гузаронида шуд. Ба сифати гуруҳи муқоисавӣ 20 кӯдак бо дигар патологияҳои узвҳои ғушӯ гулӯ ва бинӣ, ки микдори калтсий ва фосфор дар таркиби хун дар ҳудуди меъёр буд, интихоб карда шуд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Натиҷаҳои тадқиқоти биохимиявӣ кам будани микдори калтсийро дар таркиби хуни тамоми беморон собит намуд. Ин нишондиҳанда дар гуруҳи асосӣ аз $1,4 \pm 0,01$ мол/л, то $1,32 \pm 0,03$ мол/л ва дар гуруҳи муқоисавӣ бошад дар ҳудуди меъёр – аз $2,32 \pm 0,03$ мол/л то $2,26 \pm 0,02$ мол/л-ро ташкил мекунад. Микдори фосфор дар беморони гирифтори қачшавии миёндевори бинӣ дар гуруҳи асосӣ аз $0,6 \pm 0,01$ мол/л то $0,5 \pm 0,03$ мол/л ташкил дода, дар гуруҳи назоратӣ бошад, аз $1,65 \pm 0,02$ мол/л то $1,35 \pm 0,01$ мол/л мебошад. Ба ҳамаи беморони гирифтори қачшавии миёндевори бинӣ тахти беҳискунии умумӣ-эндотрахеалӣ намудҳои гуногуни амалӣ ҷарроҳии септопластикаи камосеб бо нигоҳ доштани вазифаи таъямоҳии миёндевори бинӣ гузаронида шуд. Ғайр аз ин, ба беморон дар давраи пеш аз ҷарроҳӣ ва муддати 10 рӯз пас аз амалӣ ҷарроҳӣ маводҳои дорувории калтсий ва фосфор тибқи синну соли кӯдак дар вояи лозима таъин карда шуд. Тадқиқоти тақрибии микдори калтсий ва фосфор баъд аз 15 рӯзи муолиҷа гузаронида шуд, ки нишондиҳандаҳои он дар беморон ($2,1 \pm 0,02$ - $1,9 \pm 0,01$ мол/л, ва $1,1 \pm 0,02$ - $1,2 \pm 0,01$) ба меъёр наздик аст.

Хулоса. Ҳамин тариқ, дар бештари бемороне, ки аз қачшавии миёндевори бинӣ ранҷ мекашанд, норасоии назарраси калтсий ва фосфор дар организм ба назар мерасад, ки аз зарурияти муолиҷаи комплексии беморон барои омондагӣ ба амалӣ ҷарроҳӣ дар кӯдакон шаҳодат медиҳад.

Назаров Ш.О., Гафоров К.А., Нуридинов Й.М.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ КОЖИ ВЕК

Кафедра онкологии, лучевой терапии и лучевой диагностики ГОУ Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Сангинов Д.Р.

Цель исследования. Оценка результатов хирургического лечения базальноклеточного рака кожи век.

Материал и методы исследования. За период 2018-2020 гг. в стационаре ГУ РОНЦ МЗ СЗН РТ под нашим наблюдением находились 48 больных с диагнозом БКР кожи век, которые верифицированы морфологически. Также диагноз основывался на данных анамнеза, комплексного клинко-инструментального и лабораторного обследования.

Результаты и их обсуждение. При БКР кожи век у 37 больных опухоль была представлена узловой формой. Мужчин было – 17 (45,9%), женщин – 20 (54,1%), преобладали пациенты старше 50 лет - 29 (78,3%) больных. Преимущественно опухоль локализовалась в области нижнего века – 19 (51,3%), в верхнем веке - 10 (27%) больных, внутреннего угла глазной щели - 5 (13,5%) и латеральной угол глаз в - 3 (11,1%) случаях, у - 8 больных опухоль распространялась на две и более анатомические зоны. Преобладало число больных, обратившихся в поздних стадиях, Т3-4N0M0 – 17 (45,9%) больных против Т2 N0M0 – 20 (54,1%) больных. Выбор метода пластики определялся стадией заболевания, размерами опухоли и локализацией поражения, а также характеристикой дефекта.

Этим больным выполнены различные варианты реконструктивно- восстановительных операций с одномоментной пластикой дефекта, образовавшегося после иссечения опухоли. Оперативное вмешательство выполнялось под эндотрахеальным наркозом. В зависимости от размера образовавшегося дефекта выполнялись следующие виды реконструктивно-восстановительных операций: тарзоконъюнктивальный лоскут по Haghese – 18 (48,64%), замещение дефекта верхнего века по Catler-Beard – 10 (27,02%), латеральный кантолизис – 3 (8,10%), ротационный лоскут по Tenzel – 3 (8,10%), свободный тарзальный (хрящевой) лоскут – 2 (5,40%), ротационный щечный лоскут по Mustarde – 1 (2,70%).

Послеоперационный период протекал без осложнений. Период наблюдения составил от 12 до 42 месяцев, рецидивов опухоли не отмечено.

Выводы. При узловой форме БКР кожи век одномоментная реконструкция век после иссечения опухоли должна проводиться с учетом локализации, распространенности опухоли и должна быть направлена на восстановление каркаса век и достижение максимального функционального и косметического результата.

Намозова З.С., Абдурахманова Ф. Ф.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Научный руководитель-д.м.н., профессор Мухамадиева С.М.

Целью нашего исследования: анализ результатов комбинированного пренатального скрининга.

Объект исследования. беременные женщины (1842), прошедшие перинатальный скрининг

Предмет исследования: ретроспективный анализ годовых отчетов Государственного Учреждения «Республиканский медицинский генетический центр» за 2019-2021 гг.

Методы исследования: Ультразвуковая диагностика при сроке беременности 18-21 недели определение маркеров хромосомных aberrаций в венозной крови матери.

Результаты исследований. Из 1842 пациенток с подозрением на ВПР плода 183 (23.3%) случаях ранее выявленные патологии плода получили подтверждение и 600 (76,6%) случаях были диагностированы впервые. В среднем до 80-85% спинномозговых грыж и до 100% анэнцефалий выявлены до 20 недель беременности.

Из 783 случаев выявленной патологии путем ультразвуковой диагностики выявлено 700 ВПР. В структуре аномалии плода (700/100%) преобладали врожденные пороки центральной нервной системы (342/48,8%), такие пороки как, множественные пороки встречались в 192/27,4% случаев, пороки желудочно-кишечного тракта - 53/7,5%, мочевыводящих путей – 49/7,0%, опорно-двигательной системы – 26 /3,7%, лица и неба 27/3,8%, сердца - 11 /1,5%. При этом трисомии 13, 18, 21 хромосомы и другие аномалии обнаружены в 52/6,6 и 31/3,9% случаях соответственно.

По данным в 2019-2021 гг. средний удельный вес ДНТ в структуре прерывания беременности по медицинским показаниями и мертворождаемости составил 22,2%, в структуре неонатальной и перинатальной смертности – 0,4% соответственно.

Вывод. Проведение комплексного перинатального скрининга позволяет своевременно выявить ВПР плода и прогнозировать данную патологию.

Нарзуллоева Н.Дж., Имомов Б.Д., Курбонова И.Ш.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА СИНДРОМА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ НОВОРОЖДЕННЫХ И МЛАДЕНЦЕВ С УЧЕТОМ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Кафедра судебной медицины ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н. Шарипов Х.Ю.

Цель исследования. Выявить факторы риска синдрома внезапной смерти новорожденных и младенцев и оценить патоморфологические изменения в головном мозге.

Материал и методы. Нами был проведен ретроспективный анализ сведений случаев внезапной смерти новорожденных и младенцев на основании данных экспертного заключения. Период охватывал с 2012 по 2016 гг., а также изучали индивидуальные карты беременных и родильниц женских консультаций по месту жительства, истории родов, истории новорожденных. Были проведены и проанализированы 35 судебно-медицинских вскрытий. Основным заключительным диагнозом был синдром внезапной смерти. Вскрытия детей проводили в морге Республиканского центра судебно-медицинской экспертизы. Произведено микроскопическое изучение микропрепаратов головного мозга и внутренних органов. Препараты окрашивали гематоксилин-эозином и пикрофуксином по Ван Гизону и изучали с помощью светового микроскопа «Olympus».

Результаты исследования. Нами выяснено, что в среднем частота синдрома внезапной смерти в г. Душанбе составила 0,21 на 1000 родившихся живыми детей. Среди умерших количество мальчиков преобладало над числом умерших девочек почти в 2 раза. В основном синдром внезапной смерти отмечался среди недоношенных детей. К факторам риска при внезапной смерти детей следует отнести перинатальную энцефалопатию, гипоксию и травматическое поражение головного мозга, повреждение шейного отдела позвоночника, родовые травмы. Морфологически отмечался отек и венозное полнокровие мягких мозговых оболочек и вещества мозга, незначительное расширение латеральных желудочков мозга. При микроскопическом исследовании, отмечался деструктивно-дегенеративные изменения хроматофильной субстанции продолговатого мозга.

Выводы. Синдром внезапной детской смерти наблюдается в основном среди недоношенных детей. В развитие СВСД большую роль играют неврологические расстройства родившихся детей. Морфологические исследования показали характерные изменения в головном мозге в виде отека, венозной гиперемии, деструктивно-дегенеративные изменения в продолговатом мозге.

Наримон Зоҳир

ХУСУСИЯТҲОИ МАНЗАРАИ КОЛПОСКОПИЯ ДАР ЗАНҲОИ ГУРҶҲОИ МУХТАЛИФИ СИННУСОЛӢ

Кафедраи акушерӣ ва гинекологии рақами 1, МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Роҳбари илмӣ – н.и.т. Абдурахмонова З.Т.

Мақсади таҳқиқ. Омӯзиши манзараи колпоскопии занҳо дар гурӯҳҳои гуногуни синнусолӣ

Мавод ва усулҳои таҳқиқ. 62 зан бемор дар синни аз 18 то 49-сола муоина карда шуд. Занҳо ба се гурӯҳ ҷудо

карда шуданд: 10 зани бемори синни барвактии репродуктивӣ (аз 18 то 24-сола), 27 беморзани синни фаъоли репродуктивӣ (27-34-сола) ва 25 нафар синни таъхирафтадаи репродуктивӣ (34-49-сола).

Усули колпоскопии таҳқиқ аз рӯи техникаи стандартӣ – колпоскопияи сода ва пурра анҷом дода шуд. Маълумотҳои таҳқиқоти колпоскопӣ тибқи Таснифоти байналмилалӣ истилоҳоти колпоскопӣ (Рио-де-Женейро, 2011) шарҳ дода шуд.

Натиҷаи таҳқиқ. Дар байни шикоятҳо обият аз роҳҳои таносулӣ (аз 42% то 89%-и ҳодисаҳо) бештар ба назар мерасид. Инчунин дар байни таҳқиқшудагон аксари занҳо аз ҳисси сӯзиш ва нороҳатӣ дар мавзеи узвҳои таносулии беруний (аз 47% то 76,6%), диспаурения 27% шикоят мекарданд.

Натиҷаи таҳқиқоти колпоскопӣ нишон дод, ки дар ҳар се гурӯҳи манзараи ҳамсони колпоскопӣ ва бо сабаби амалиёти чарроҳии пештар татбиқшуда (чарроҳии қайсарӣ ва вентрофикатсияи бачадон) ҳамагӣ дар ду ҳодиса визуализатсияи гарданаи бачадон мушоҳида гардид. Хати пайваستшавии эпителияҳои бисёрқабатаи ҳамвор ва цилиндршакл, дар тамоми занҳои бемори ду гурӯҳи аввал, дар эктосервикс ҷойгир шудааст. Қитъаи трансформатсияи навъи I дар гурӯҳи аввал зимни 60%-и ҳодисаҳо, қитъаи трансформатсияи навъи II бошад, дар гурӯҳи дуюм мутаносибан 81,5% ва 18,5%-ро ташкил медиҳад. Дар мавриди занҳои синни таъхирафтадаи репродуктивӣ хати пайвастшавии эпителияҳо ба даруни канали гарданаи бечо мешавад, ки зоҳир кардани тағйиротҳои патологияи эпителияҳо душвор мегардонад. Ҳамин тавр, қитъаи трансформатсияи навъи III дар гурӯҳи аз 35 то 49-солаҳо зимни 52%-и ҳолатҳо ба мушоҳида расид. Қайд кардан лозим аст, ки хусусан дар ҳамин гурӯҳ дар 18 зани бемор дар анамнез усулҳои аблятсионии муолиҷаи гарданаи бачадон ба қайд гирифта шудааст, ки ба ташаккул додани қитъаи трансформатсияи навъи III мусоидат мекунад.

Сервитсит ҳам дар байни занҳои бемори синни фаъоли репродуктивӣ ва таъхирафтада дар басомади яхела мушоҳида мешавад. Қариб дар 93,7%-и занҳо бемориҳои илтиҳобии гардани бачадон, ки этиологияи гуногун доштан, ошкор карда шуд. Тағйиротҳои гипертрофии гарданаи бачадон, ки дар синни таъхирафтадаи репродуктивӣ қиёсан ба занҳои синни фаъоли репродуктивӣ (41,7%) 1,5 маротиба бештар (67,3%) мушоҳида мешавад, аз таъсири номусоиди равандҳои илтиҳобии гарданаи бачадон дарак медиҳад.

Полипҳо дар синни таъхирафтадаи репродуктивӣ дар муқоиса ба синни фаъоли репродуктивӣ тақрибан се баробар бештар (мутаносибан 16,6% ва 5,7%) ба қайд гирифта шуданд.

Дар 8,1% занҳо кератоз ташхис гардид, ки зимнан дар байни гурӯҳҳои аз 20 то 24-солаҳо 1,6% ва дар синни 30-34-солаҳо ва болотар аз он бошад, 6,4%-ро ташкил меод.

Хулоса. Манзараи колпоскопии гарданаи бачадон дар давраҳои гуногуни синнусолӣ бо сабабҳои зерин аз ҳам фарқ мекунад:

- хусусиятҳои анатомӣ-физиологӣ;
- бечошавии хати пайвастшавии канали гарданаӣ;
- ихтилолоти гормонӣ;
- гомеостази масунӣ;
- равандҳои илтиҳобӣ.

Насридинова Х.С.

СТРУКТУРА ПОРОКОВ СЕРДЦА У БЕРЕМЕННЫХ ЖИТЕЛЬНИЦ ТАДЖИКИСТАНА

Кафедра акушерства и гинекологии №1, Государственное образовательное учреждение последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан

Научный руководитель доктор медицинских наук, профессор Мухамадиева С.М.

Цель исследования. Установить структуру пороков сердца у беременных жительниц Таджикистана.

Материал и методы. Ретроспективный анализ 140 историй родов беременных с пороками сердца, родоразрешенных в стационаре третьего уровня в 2015-2022гг.

Результаты исследований. Средний возраст обследованных женщин составил 27,7 лет. Каждая вторая (50,7%) пациентка находилась в возрасте 25-34 года, 34,2% - 20-24 года, 12,8% - 35-44 лет и 2,1% - 18-19 лет. Диагноз порока сердца был установлен кардиологом и кардиохирургом. В структуре пороков сердца более половины (59,2%) составляли врожденные пороки сердца (ВПС), 23,6% - пролапс митрального клапана (ПМК), 12,1% - оперированное сердце и 5% - приобретенные пороки (ППС). Среди беременных с ВПС у 36% женщин диагностирован дефект межпредсердной перегородки (ДМПП), у 19,2% - дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), открытый аортальный проток (ОАП) имел место в 6% случаев, недостаточность митрального клапана - 6%, стеноз легочной артерии (СЛА) - 3,6%, комбинированные ВПС составляли 20%, тетрада Фалло - 4,8%, аномалия Эбштейна - 3,6%. Отдельно нами выделен ПМК, который может быть рассмотрен и как малая аномалия сердца врожденного генеза, так и как приобретенный порок сердца, в нашем исследовании в большинстве случаев он был выявлен уже после наступления беременности в качестве находки в 12,21% случаев. Среди обследованных беременных анемией различной степени страдали 56,1% женщин, йододефицитные состояния установлены в 20% случаев, дефицит массы тела - 4%, заболевания органов дыхания - 4%, варикозная болезнь - 2%, ревматоидный артрит - 4%, воспалительные заболевания органов малого таза имели место в 19,1% случаев. Коронавирусную инфекцию перенесли 6% беременных. Из числа женщин с пороками сердца более 1/3 (32,9%) составляли первобеременные, 16,4% - первородящие, 37,1% - повторнородящие и 3,5% - многорожавшие. Среди обследованных беременных с пороками сердца более половины (52,8%) имели отягощенный акушерский анамнез: кесарево сечение в прошлом произведено в 27,1% случаев, самопроизвольные выкидыши имели место в 22,1%, неразвивающаяся беременность - в 4,2%, медикаментозный аборт - 2,1%, интранатальная/ранняя неонатальная гибель плода - 3,5%, преждевременные роды - 3,5%, домашние роды - 5%.

В83,7% случаев роды произошли при сроке беременности 38-40 недель, в 16,3% - 34-36 недель. Кесарево сечение произведено в 83,6% случаев, при этом в 78,6% - по показаниям со стороны сердечно-сосудистой системы.

В остальных 16,4% случаев роды произошли через естественные родовые пути. Доношенными родились 85,8% младенцев, недоношенными- 14,2%; ранняя неонатальная смертность установлена в 3 случаях.

Выводы. В структуре пороков сердца первое место занимают ВПС, второе – ПМК, третье – оперированное сердце. Беременные с пороками сердца представляют собой группу высокого риска по материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Разработка рискстратифицированного алгоритма ведения данной категории женщин во время беременности позволит сократить материнские и перинатальные потери.

Негматов А.М., Саидова Ф.Г., Хайрулдинов М.Р.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СУДМЕДЭКСПЕРТА

Кафедра судебной медицины ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

ГУ «Медицинский комплекс Истиклол». Таджикистан.

Научный руководитель- к.м.н. Шарипов Х.Ю.

Цель исследования. Оценить значения морфологического строения девственной плевы при судебно-медицинской экспертизе.

Материал и методы исследования. Объектом исследования были лица женского пола, которым исследовано состояние девственной плевы, всего проведено 22 судебно-медицинские экспертизы. Возраст составил от 14 до 23 лет. Всем обратившимся заполнены «Заключение эксперта» или «Акт судебно-медицинского освидетельствования», согласно существующей форме.

Результаты и их обсуждения. В анамнезе имели место травмы, физиологические явления, т.е. нарушения гимена не насильственного характера, несчастные случаи и при совершении насильственных действий. При этом оценили анатомический вид, толщину, растяжимость, эластичность, состояние свободного края и размеры отверстия девственной плевы. Изучалось гистологическое строение гимена и выделили 3 формы: ангиоматозный, фиброзный и смешанный. При ангиоматозном типе отмечалась выраженная сосудистая архитектура, девственная плева имеет хорошую толщину, при фиброзном она тонкая, менее растяжимая, а при ангиоматозном растяжимость выраженная и она эластична, что надо учитывать при даче заключения эксперта. У молодых девочек встречается чаще всего смешанный тип (n=8). Высота гимена также варьировалась в пределах 0,4-0,7см. По форме чаще всего встречалась кольцевидная форма (n=18), редко- лепестковидная. Свободный край имел выемку (n=8), бахромки (n=4), волнистый вид (n=4), мелковолнистый -(n=3), закругленный вид- (n=2) и острый- (n=1).

Диаметр отверстия составил от 1,4 до 2,0см. При повреждении девственной плевы заживление зависит от возраста пострадавшего, степени растяжимости и эластичности. У молодых лиц заживление проходит намного быстрее, чем у старших.

Выводы. При заполнении «Заключение эксперта» или «Акт судебно-медицинского освидетельствования», судебно-медицинским экспертам необходимо учитывать морфологическое строение девственной плевы, обратить внимание на степени растяжимости и эластичности её, сроки заживления при повреждениях, возраст, гистологическое строение.

Ньматзода О., Солиев О.Ф., Калмыков Е.Л.

СКРИНИНГ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ И ФАКТОРОВ ЕЁ РИСКА

Научные руководители: д.м.н., профессор Д.Д. Султанов,

член-корр. НАНТ, д.м.н., профессор А.Д. Гаиров

Цель исследования: анализ результатов скрининга варикозной болезни (ВБ) и её факторов риска (ФР) среди населения Д. Балхи и Дусти Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Проведён скрининг ВБ и её ФР у 3084 человек из числа общего населения, постоянно живущих в районах Д. Балхи и Дусти Республики Таджикистан. Мужчин было 728 (23,6%), женщин – 2356 (76,4%). Возраст обследованной когорты, подвергшейся скринингу, варьировал от 11 до 83 лет, средний возраст составил 41,1±3,5 лет.

Исследование включало сбор жалоб и анамнеза заболевания, детальное изучение и выявление всех возможных ФР, ангиологический осмотр респондентов с целью идентификации признаков ВБ, а также проведение ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) при выявлении расширения магистральных подкожных вен.

Результаты исследования: клинические признаки ВБ были выявлены у 1469 (47,6%) человек обследованной когорты, в том числе у 280 (38,5%) мужчин и 1189 (50,5%) женщин (p<0,001). Наиболее часто имелись ретикулярный варикоз и телеангиоэктазии (59,6%) с значимым преобладанием лиц женского пола (p<0,001). На долю C2-C6 классов ВБ приходилось 40,4% наблюдений, в том числе, декомпенсированные формы заболевания с явлениями индукции, зажившей или активной язвы, встречались у 4,9% обследованных.

По гендерной принадлежности чаще всего различные варианты ВБ имелись у лиц женского пола (n=1189; 80,9%) по сравнению с мужским (n=280; 19,1%) (p<0,001). Однако среди всех мужчин с ВБ лёгкие её формы – ретикулярный варикоз и телеангиоэктазии – встречались у 48,9%, тогда как среди женщин они встречались у 62,2% (p<0,001).

Магистральная форма расширения подкожных вен и осложнённые формы ВБ (C2-C6) отмечались у 51,1% мужчин и 37,8% женщин (p<0,001). Наиболее часто ВБ встречалась в возрастной группе 31-40 и 41-50 лет – 83,2% и

69,7% соответственно.

Значимыми ФР ВБ среди обследованной когорты явились: наследственная предрасположенность (ОШ 2,322; 95% ДИ: 1,247-3,421), беременность и количество родов (ОШ 3,041; 95% ДИ: 1,033-4,051), избыточная масса тела (ОШ 1,338; 95% ДИ: 0,838-2,481), регулярные статические нагрузки (ОШ 11,262; 95% ДИ: 7,452-17,019), длительная стоячая или сидячая работа (ОШ 3,627; 95% ДИ: 1,464-4,848), возраст старше 18 лет (ОШ 1,506; 95% ДИ: 0,839-2,702) и сочетание нескольких факторов (ОШ 8,096; 95% ДИ: 6,072-12,129).

Заключение. Почти половина (47,6%) обследованного населения страдает ВБ различной степени тяжести, большинство из которого являются лицами молодого и среднего возрастов, а также женского пола. Значимыми ФР ВБ среди обследованной когорты явились наследственная предрасположенность, беременность и роды, избыточная масса тела, регулярное выполнение тяжёлой физической нагрузки, длительная сидячая или стоячая работа, возраст, а также одномоментное сочетание указанных факторов.

Никита Е.И.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ГОРТАНИ

Кафедра оториноларингологии и глазных болезней

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Научный руководитель – д.м.н., профессор О. Г. Хоров

Цель исследования. Изучение особенностей распределения полиморфизмов C677T, A1298C гена MTHFR, A66G гена MTRR и A2756G гена MTR у пациентов с патологией гортани.

Материал и методы исследования. За период наблюдения 2021-2022 гг. в гнойном оториноларингологическом отделении для взрослых учреждения здравоохранения «Гродненская университетская клиника» находилось на лечении свыше 100 пациентов с патологией гортани, из них 68 пациентов было отобрано для исследования, как первичных пациентов с основной жалобой – охриплость голоса. Сформирована печатная и электронная база данных по результатам обследования этих пациентов.

Результаты исследования. Фолатный цикл представляет собой сложный каскадный процесс, контролируемый ферментами метилентетрагидрофолатредуктазой (MTHFR), метионинсинтазой (MTR) и метионинсинтазой редуктазой (MTRR), которые в качестве коферментов имеют производные фолиевой кислоты. Анализ мутаций в генах фолатного цикла позволяет определить предрасположенность к ряду патологий.

Распределение пациентов по возрасту: 20-29 лет – 2 пациента (2,9%), 30-39 лет – 9 пациентов (13,2%), 40-49 лет – 14 пациентов (20,6%), 50-59 лет – 20 пациентов (29,4%), 60-69 лет – 18 пациентов (26,5%), 70-79 лет – 5 пациентов (7,4%). Из них мужчины составили – 80,9% (55 человек), женщины – 19,1% (13 человек) в возрасте от 26 до 75 лет.

Большая часть жалоб вызвана различными расстройствами голоса в виде дискомфорта в горле, огрубением голоса, чувством саднения, царапания в горле или ощущения кома. Основная жалоба на момент обследования – охриплость (дисфония). Нередкими были жалобы на кашель и одышку при физической нагрузке, это связано с большим размером образования, частично перекрывающим голосовую щель. Длительность заболевания от момента появления первых жалоб до обращения за медицинской помощью колебалась от 1 месяца до 20 лет. Из 68 пациентов у 47 были выявлены различные проявления доброкачественного опухолевого процесса или хронического воспаления с диспластическими изменениями, у 21 пациента выявлен рак гортани.

Частота встречаемости генотипов полиморфного варианта A1298C гена MTHFR в исследуемой группе составил AA – 32 пациента (47,0%), AG – 28 (41,2%), GG – 8 (11,8%); варианта C677T гена MTHFR составил CC – 35 пациентов (51,5%), CT – 27 (39,7%), TT – 6 (8,8%); варианта ILLE22 MET гена MTRR составил AA – 13 пациентов (19,1%), AG – 35 (51,5%), GG – 20 (29,4%); варианта A2756G ГЕНА MTR AA – 46 пациентов (67,6%), AG – 18 (26,5%), GG – 4 (5,9%). Наиболее часто среди пациентов исследуемой группы отмечалось сразу 2 или 3 полиморфизма генов фолатного цикла.

Выводы. Результаты молекулярно-генетического исследования полиморфизмов генов фолатного цикла существенно расширяют возможности прогнозирования и профилактики ассоциированных с ними заболеваний.

Людам, у которых обнаружен один или более полиморфизмов генов фолатного цикла необходимо отказаться от курения и употребления алкоголя, проводить профилактику фолиевой кислотой и витаминами группы В. Они должны находиться под строгим наблюдением ЛОР-врача в виду высокого онкологического риска, проходить плановые осмотры с выполнением видеоларингоскопии, выполнять рекомендации по смене образа жизни, отказаться от вредных привычек.

Ниязов И.К.¹

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЁННОМ РАКЕ ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Кафедра онкологии, лучевой диагностики и лучевого лечения ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Сангинов Д.Р.

Цель исследования. Сравнительная оценка результатов лечения, параметров КЖ и выживаемости пациентов с местно-распространённым раком органов головы и шеи.

Материал и методы. Данные наблюдения за 169 больными с раком органов головы и шеи в возрасте от 25 до 92 лет, пролеченные с 2008 по 2019 гг. Из общей когорты (n=169), в 89,9% опухолевый имел местно-распространённый характер. 102 больных (60,3%) пролечены проспективно, а 67 (39,6%) – ретроспективно. В основной группе - 108

больных (63,9%), после удаления опухоли и лимфодиссекции выполнялась одномоментная реконструкция послеоперационных дефектов лоскутами с осевым характером кровообращения. В контрольной группе 61 (36,1%), проведено удаление опухоли с замещением дефекта местными тканями, либо свободным кожным трансплантатом, а иногда без пластики. Оценка КЖ больных проведена по шкале Карновского, ECOG и опросников EORTC QLQ-N35.

Результаты. Наиболее часто дефекты локализовались в полости рта и носа – 61,1%, лица – 29,6%, свода черепа и шеи – 9,3% ($p = 0,096$) и преимущественно были представлены II – (68,6%) и I – (21,3%) категории сложности. В основной группе одномоментная лоскутная пластика выполнена в 95,4%, отсроченная – в 4,6% случаев, наиболее часто применялись кожно-мышечные – 65 (49,2%), кожно-жировые и кожно-фасциальные – 56 (42,4%) лоскуты. В 18,5% случаев пластика дефектов носила комбинированный характер. Наиболее часто применены кожно-мышечные лоскуты: большой грудной мышцы составили 27,8% от всего пластического материала. Вторым и третьим по частоте применения кожно-мышечными лоскутами для реконструкции дефектов были лоскут с включением грудинно-ключично-сосцевидной (9,9%) и грудинно-подъязычной мышц – (9,1%) случаях. Из кожно-фасциальных и кожно-жировых лоскутов, наиболее часто применяли носогубный лоскут (32 лоскута). Почти с одинаковой частотой пластика осуществлялась с применением шейного, лобного и субментального кожно-фасциального лоскутов (7; 5; и 4 случаев). Хорошее восприятие результатов реконструктивно-восстановительных операций в функциональном и эстетическом плане в основной группе было больше, чем в контрольной (32,4% и 18,5% против 3,3% и 3,3%; $p < 0,05$). Неудовлетворительное восприятие результатов в основной группе было меньше, чем в контрольной (3,7% 6,5% против 13,1% и 18,0%; $p < 0,05$). Реконструктивно-восстановительные операции способствовали улучшению качества жизни основной группы у 63,9% больных по статусу ECOG и индексу Карновского ($p < 0,01$). Одногодичная выживаемость в основной и контрольной группе составила 96,1% против 79,9% ($p = 0,738$), трехлетняя – 62,2% против 33,7% ($p = 0,016$), 5-летняя – 33,5% против 13,3% ($p = 0,019$). Многофакторный анализ взаимосвязи между выживаемостью, локализацией, стадией опухолевого процесса и категорией дефектов выявил, что локализация опухоли в верхней челюсти отрицательно повлияла на выживаемость пациентов ($OR = 9,143$, $CI\ 1,167-71,658$, $p = 0,035$). Опухоли других локализаций: кожные покровы, губы, альвеолярный отросток верхней и нижней челюсти, щеки, языка и дна полости рта не повлияли на выживаемость больных ($p > 0,05$). Отмечена положительная корреляция II стадии заболевания с выживаемостью ($OR = 0,354$, $CI\ 0,130-0,967$, $p = 0,043$). При III-IV стадиях отмечен высокий риск снижения выживаемости ($p = 0,637$, $p = 0,389$).

Выводы. Одномоментные реконструктивно-восстановительные операции после удаления местнораспространенного рака органов головы шеи с применением артериализированных лоскутов должны стать обязательным этапом, улучшающим качество жизни пациентов, ускоряющим их реабилитацию и время пребывания в стационаре. При наличии резектабельного рака головы и шеи рекомендуется проведение адекватного хирургического вмешательства с реконструкцией дефектов на первом этапе, что способствует не только снижению частоты послеоперационных осложнений, но улучшает качество жизни и ускорение послеоперационной реабилитации пациентов. Кожно-мышечные и кожно-фасциальные лоскуты с осевым типом кровообращения в отдельности и в комбинации зарекомендовали себя как наилучший пластический материал и могут стать альтернативой микрохирургическим лоскутам, особенно в условиях ограниченности ресурсов.

Нурулло Ш., Муродова Н., Ёдгорова Ш.

ВОЗМОЖНОСТИ СНИЖЕНИЯ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ ОТ АКУШЕРСКОГО СЕПСИСА

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино»

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

Цель исследования. Оценить факторы риска материнской смертности от сепсиса, который развился в послеродовом периоде

Материал и методы. Ретроспективный анализ 17 случаев историй родов, которые были разделены на 2 группы. Первую группу составили 10 умерших от сепсиса в первые 42 дня после родов в 2010-2018 гг.; вторую группу – 7 случаев сепсиса у родильниц, оставшихся живыми

Проведен анализ показателей, которые отражали функцию жизненно важных органов: нарушение сознания, частоту пульса, артериальное давление, темп выделения мочи в час, содержание креатинина, мочевины, общего билирубина, аминотрансфераз в крови. Кроме того, проводился анализ показателей свёртывающей системы крови

Результаты исследования. Весь обследованный контингент проживал в сельской местности, средний возраст умерших составил $36,5 \pm 4,5$ лет, оставшихся живыми – $28,1 \pm 2,3$ года. Трое из умерших были первородящими, семь – повторнородящими. Средний срок беременности в первой группе составил 35,7 недель, во второй – 36,2 недели.

В первой группе все были родоразрешены путем операции кесарева сечения. Показаниями к операции кесарева сечения явились затянувшиеся и обструктивные роды – 40%; наличие рубца на матке в сочетании с тазовым предлежанием – 10%, тяжелая преэклампсия в сочетании с рубцом на матке – 20%, дистресс плода на фоне длительного безводного периода – 10%, отягощенный невынашиванием акушерский анамнез – 10% и сочетанный митральный порок сердца с преобладанием стеноза – 10%.

Во второй группе – вагинальные роды произошли у 3-х из 7 женщин, кесарево сечение проведено в 4-х случаях. Показаниями к операции кесарева сечения явились отсутствие эффекта от родовозбуждения при длительном безводном периоде – 28,6%; сочетание тяжелой преэклампсии с крупным плодом – 14,3%; рубец на матке после 2-х перенесенных операций кесарева сечения.

Нарушение сознания было описано у трёх женщин из первой группы, которое проявилось в подавленном состоянии с постепенной утратой сознания. Во второй группе подобная симптоматика не выявлена. Показатели пульса

и артериального давления в обеих группах не отличались. Оценка состояния функции печени в обеих группах показала, что среди умерших уровень билирубина оказался выше нормативных показателей в 3 раза и составил в среднем – 61,5 ммоль/л, АЛАТ и АсАТ оказались выше нормативных показателей в 2 раза. Аналогичная картина была выявлена во второй группе.

Содержание креатинина в обеих группах оказалось выше нормативных показателей и составило в первой группе в среднем – $125,1 \pm 12,3$ ммоль/л; во второй – $118,9 \pm 11,5$; содержание мочевины крови составило $9,2 \pm 1,2$ и $10,4 \pm 1,9$ ммоль/л соответственно.

Содержание тромбоцитов в крови в обеих группах с началом развития септического процесса оказалось на нижней границе нормативных показателей.

5 из 10 умерших перевод и начало интенсивной терапии в отделение интенсивной терапии, анестезии и реанимации проведен с опозданием в среднем на $29,5 \pm 0,5$ часов. Во второй группе перевод осуществлен своевременно.

Вывод. Таким образом, в обеих группах показатели функции жизненно важных органов и оценка свёртывающей системы крови оказались одинаковыми. Своевременный перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии явился фактором повышающим шансы на выживание.

Нуруллоев С.О

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЕ В ПОЧКАХ У БЕЛЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ КРЫС ПОСЛЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОБЛУЧЕНИЯ

Кафедра Травматологии и нейрохирургии, Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан.

Научный руководитель – д.м.н., проф. Хамдамова М.Т.

Цель исследования. Определение и сравнительная оценка морфологического состояния почек экспериментальных животных при воздействии хронического облучения.

Материалы и методы исследования. Для экспериментальных исследований было отобрано 30 белых крыс-самцов массой 160-180 г. Все лабораторные животные были получены из одного вивария и были одного возраста. Все содержались в стандартных условиях вивария. Исследования выполнены с соблюдением правил гуманного обращения с животными, которые регламентированы «Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных», утверждённых этическим комитетом Бухарского государственного медицинского института им. Абу Али ибн Сино (№ 18 от 16.01.2018 г.).

В лабораторных условиях почки, выделенные от белых беспородных крыс, подвергавшихся хроническому облучению 0,2 Грей ежедневно в течение 20 дней, фиксировали в 10% растворе формалина и окрашивали гематоксилином и эозином. Фотографирование микропрепаратов проводили под микроскопом при размерах 4x10, 10x10, 20x10, 40x40, 60x10, 80x10.

Результаты исследования. При хроническом облучении органы повреждаются так же, как и при воздействии термического фактора. Установлено, что повышение проницаемости сосудов, клеточная гипоксия и нарушение метаболизма приводят к стимуляции синтеза тропоколлагена фибробластов, склеротическим изменениям органов и атрофии паренхиматозных элементов. Определяются следующие микроскопические изменения: дистрофические изменения общего фона почечной ткани и полнокровие венозных сосудов в перикортикальной области, деформация форма клубочков, в проксимальных канальцах определяются очаги гидропической дистрофии, полнокровие в околоканальцевых сосудах, развившейся в эпителии проксимальных канальцев, в клубочках деформация и компрессионная атрофия, полнокровие сосудов мозговой части параканальцевых вен, сужение межканальных пространств, в межканальцевых пространствах определяются гомогенные белковые структуры.

Вывод. При хроническом облучении органы повреждаются так же, как и при воздействии термического фактора. Установлено, что повышение проницаемости сосудов, клеточная гипоксия и нарушение метаболизма приводят к стимуляции синтеза тропоколлагена фибробластов, склеротическим изменениям органов и атрофии паренхиматозных элементов.

Одил Саидолим, Каримов Ш.З., Давлатов Б.М.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ

ГУ “Республиканский научный центр сердечнососудистой хирургии.”МЗСЗНРТ.

Научный руководитель- к.м.н. Джураев Ш.М.

Цель. Отдаленные результаты применения радиочастотной абляции (РЧА) у больных с наджелудочковой тахикардией (НЖТ) и сравнение качества жизни данных больных, которым проведена радиочастотная абляция, с больными, принимавшими консервативное лечение.

Материал и методы. Исследование основано на анализе отдаленных результатов обследования 151 пациент в с наджелудочковой тахикардией, которым проведена РЧА с 2017 по 2023гг. в республиканском научном центре сердечно-сосудистой хирургии города Душанбе, 1 пациент в республиканской клинической больнице города Дангара и 8 пациентов в областной клинической больнице сердечно-сосудистых болезней города Худжанда. Из них с атриовентрикулярной узловой реципрокной тахикардией (АВУРТ) по типу (slow-fast) было 101 (63,1%) больных, с АВУРТ по типу (slow-slow) было 2 (1,2%) больных, 31 (32,2%) больных с манифестирующей формой синдрома Wolff-Parkinson-White (WPW), со скрытой формой WPW синдрома было 19 (11,9%) больных, с правильными формами трепетания предсердий было 6 (3,8%) больных и 1 (0,6%) больной с предсердной тахикардией. Возраст

больных варьировал от 9 до 75 лет (средний возраст $37,8 \pm 9,5$ лет). Среди обследованных большинство составили женщины 99 (61,9%), мужчин было 61 (38,1%) соответственно. Внутрисердечное электрофизиологическое исследование (ЭФИ) проводилось с CardioLab BARD-USA и Multishanel-Korea и РЧА проводилась с генератором stöckert Atakr USA.

РЧА медленных путей при типичной и атипичной формах АВУРТ проводилась абляционным катетером Mariner MCXL с параметрами $P = 45,3 \pm 6,4 \text{ Вт}$; $T = 47,3 \pm 3,1^\circ\text{C}$; $I = 147,1 \pm 28,5 \text{ Ом}$ и длительностью до $76 \pm 12 \text{ сек}$. У больных с WPW синдромом, трепетаниями и тахикардией предсердий РЧА выполнялась абляционным катетером Mariner MCXL и орошаемым катетером Biosense Webster, с повышением мощности электрического тока до $P = 65 \text{ Вт}$, при повышении температуры до $T = 55^\circ\text{C}$.

Результаты. Из 103 больных перенесенных РЧА с диагнозом АВУРТ, рецидивы отметились 4 случая. Причиной рецидива была недостаточная абляция зон медленных путей, близко расположенных к атриовентрикулярному узлу, во избежание риска возникновения атриовентрикулярной блокады. При повторном ЭФИ выявлено возобновление передачи импульсов по медленным путям, которые были обработаны до коротких эпизодов атриовентрикулярного ритма. После РЧА дополнительных предсердно-желудочковых соединений (ДПЖС) при WPW синдроме у 3 больных отметилась повторная пароксизмальная тахикардия. Причинами рецидивов были широкий пучок ДПЖС, парагисальная форма ДПЖС и РЧА без использования насоса для орошаемого катетера, используемая при глубоком расположении ДПЖС. У пациента с широким пучком ДПЖС при задне-нижнем септальном расположении, повторно проводилась РЧА с орошаемым катетером Biosense Webster до прекращения проведения импульсов по ДПЖС. Повторная РЧА проводимая больным с рецидивом была эффективной. Через год после проведения РЧА у данных больных приступов тахикардии не отмечалось. Значимых периоперационных осложнений не наблюдалось. Больные были выписаны из стационара на вторые сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

Заключение. РЧА при суправентрикулярной тахикардии является радикальным методом хирургического лечения. По литературным данным частота рецидивов не превышает 5%, и избавляет больных от пожизненного приема антиаритмических препаратов, и уменьшает риск возникновения тяжелых аритмий и внезапной смерти. РЧА является безопасным методом лечения больных НЖТ и риск возникновения периоперационных осложнений составляет до 0,6%.

Одинаев Б.А., Хасанов М.А., Джононов Дж.Д.

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ЭЛЕКТРОТРАВМ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

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

Научный руководитель - д.м.н. Ходжамурадов Г.М.

Цель исследования. Улучшение результатов реконструктивного лечения пострадавших с последствиями электрической травмы верхней конечности.

Материал и методы исследования. За период с 2018 по 2022 годы оперативному вмешательству подверглись 18 пострадавших с последствиями электрической травмы верхних конечностей. Больные находились на лечении в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечнососудистой хирургии. Мужчин было 15 (83,3%), женщин - 3 (16,6%). Возраст пациентов варьировал от 8 до 52 лет, из них детей до 14 лет было 4, что составило 22,2%. По уровню расположения повреждения больные были распределены следующим образом: на уровне предплечья - 2 (11,1%), нижней трети предплечья с переходом на кисть - 8 (72,7%), кисти и пальцев - 8 (72,7%). Сроки поступления пострадавших варьировали от 6 месяцев до 12 лет. Повреждение срединного нерва имело место у 2, локтевого - у 3, оба нервных ствола - у 2 пациента.

Среди 8 пациентов с последствиями электроожога кисти сгибательная приводящая контрактура I пальца имела место у 2, сгибательная контрактура тяжелой степени II-V пальцев - у 1, II-IV пальца - у 2 пациентов. В 3 остальных наблюдениях имел место обширный дефект ладони кисти со сгибательной контрактурой I-II-III пальцев и сращение дистальных межпальцевых промежутков, по типу неполной синдактилии.

Результаты и их обсуждение. При одновременном повреждении обоих нервов предплечья двухэтапная пластика срединного нерва за счет васкуляризированного трансплантата локтевого нерва была осуществлена 1 больному. Аутонервная пластика срединного и локтевого нерва была осуществлена 2 пациентам. В 2 остальных наблюдениях из-за большого диастаза срединного (1) и локтевого нервов (1) восстановление сенсорной функции кисти достигалось невротизацией.

При сгибательной контрактуре лучезапястного сустава (2) в одном наблюдении произведено устранение контрактуры местно-пластическим способом, в 1 случае дефект был укрыт осевым паховым лоскутом. Дефект, образовавшийся после устранения приводящей контрактуры I пальца в одном наблюдении был ликвидирован перемещением лучевого лоскута предплечья и в 2 остальных - аваскулярной кожной пластикой. При устранении разгибательной контрактуры I пальца у двух пациентов дефект основной фаланги с переходом на тыльную поверхность кисти укрыт лучевым кожно-фасциальным лоскутом на ретроградной ножке.

Выводы. Последствия электрической травмы верхней конечности зачастую приводят к рубцовым деформациям, мягкотканым дефектам и протяженным повреждениям сосудисто-нервных пучков. Протяженные дефекты нервных стволов требуют выполнения аутонервной пластики, восстановление сенсорной функции кисти достигается путем невротизации.

Олими М.О.^{1,2}, Мусоев С.Ш.¹, Исоки Ф.Ю.¹
ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ
БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ НА СЕРДЦЕ И ПРИНИМАЮЩИХ
ГИПОКОАГУЛИРУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ

Кафедра хирургических болезней №2 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино¹,
ГУ «Республиканский научный центр сердечнососудистой хирургии»,² Таджикистан.
Научный руководитель- д.м.н. Амонов Ш.Ш.

Цель исследования. Улучшение результатов холецистэктомии у больных перенесших операции на сердце и принимающих гипокоагулирующие препараты, выбором адекватной антикоагулянтной терапии, предоперационной подготовки и оптимального способа хирургического вмешательства.

Материал и методы. Работа основана на результате обследования и хирургического лечения 38 больных желчнокаменной болезнью в анамнезе перенесших операции на сердце и принимающих гипокоагулирующие препараты, в период 2015-2022 годы в отделении эндоскопической хирургии ГУ «РНЦССХ». Среды оперированных больных женщин было 22 (57,9%), мужчин 16 (42,1%), где средний возраст пациентов составил $62,8 \pm 8,8$ лет.

Все больные в анамнезе перенесли операции на сердце по поводу ишемической болезни сердца - 29 (76,3%) и клапанных пороков – 19 (23,7%). Оперированные больные принимали гипокоагулирующие препараты. Из них аспирин принимали – 18 (47,4%) больных, варфарин – 9 (23,7%), клопидогрел – 5 (13,1%). Остальные 6 (15,8%) принимали комбинационную терапию варфарина с аспирином и клопидогрела с аспирином.

Для оценки состояния свертывающей системы всем больным забор крови проводился 2 раза в день до прекращения действия принимаемого антикоагулянта и/или антиагреганта, изокоагуляцией проведения операции, т.к. у большинства больных во время обращения в стационар было состояние гипокоагуляции. Анализы повторяли на следующий день и на 3 день после операции. Для периоперационного введения пациентов использовали клиническую рекомендацию МЗ РФ 2018 года. Больным, которые принимали варфарин и клопидогрел для снижения их отрицательного эффекта в интра- и послеоперационном периоде в виде кровотечения, проводилась «мост-терапия» по клиническому протоколу. После отмены этих препаратов, больные обязательно переведены на парентеральное введение низкофракционного гепарина - эноксипарин в дозе 0,3-0,6 г. 2 раза подкожно в зависимости от веса и показателей гемостаза. Больным, которые принимали аспирин, за 2-3 дня до операции временно отменяли приём препарата. Этим больным низкофракционный гепарин назначался только по показателями свертывающей системы крови. Принимаемые препараты возобновляли вечером на следующий день после операции.

С хроническим калькулезным холециститом с частыми приступами - 22 (57,9%) пациента, острым калькулезным холециститом было обследовано и оперировано 16 (42,1%) больных.

Результаты исследования. Показатели свертывающей системы больных во время обращения были в состоянии гипокоагуляции, у 7 (18,4%) больных была нормокоагуляция. Средние показатели свертывающей системы перед операцией были в состоянии гипокоагуляции, во время и в первый день после операции отмечена изокоагуляция и после приёма антикоагулянтов и/или антиагрегантов на 3 день после операции средние показатели приближались к исходным параметрам до операции.

31 больному лапароскопическая холецистэктомия выполнена из стандартных 4-х точек карбоксиперитонеумом на уровне 6-8мм.рт.ст. Продолжительность операции составила $63 \pm 3,5$ мин. Интраоперационные осложнения не отмечены. Дренажная трубка удалена на 2-3 сутки после контрольного УЗИ брюшной полости и ложа желчного пузыря. Послеоперационных осложнений не отмечено. Средняя продолжительность пребывания больного в стационаре после лапароскопической холецистэктомии составила $4,5 \pm 1$ койко-дня. 3-м больным во время лапароскопической холецистэктомии из-за выраженного спаечного процесса и инфильтрации области шейки желчного пузыря операция завершена холецистэктомией из минидоступа.

7-м больным, которым выполнение ЛХЭ было противопоказано, производилась холецистэктомия из трансректального доступа, разрезом 5-6 см с использованием набора инструмента «Мини-Ассистент» по Прудкову. Продолжительность операции составила $71 \pm 4,5$ мин. Интраоперационные осложнения не отмечены. Дренажная трубка удалена на 2-4 сутки. Послеоперационных осложнений не отмечены. Средняя продолжительность пребывания больного в стационаре после холецистэктомии из мини доступа составила $5,5 \pm 1,5$ койко-дня.

Состояние больных после проведенных нами операций было удовлетворительное, гемодинамика стабильной. Гипертонических кризов и тахикардии у наших больных не отмечено. Летальных исходов не было.

Выводы. Применение мининвазивных методов холецистэктомии при остром и хроническом холецистите с использованием клинических рекомендаций и «мост-терапии», с учетом показателей гемостаза у больных перенесших операции на сердце и получающих гипокоагулирующие препараты, не вызывает профузных кровотечений, несмотря на то что свертывающая система крови находится в состоянии гипокоагуляции. Учитывая отсутствие интра- и послеоперационных осложнений и благоприятные исходы, холецистэктомия мининвазивными способами является методом выбора для больных, перенесших операции на сердце и принимающих гипокоагулирующие препараты.

Олимов О.З., Хушвахтов У.М., Гафуров М.М.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ВИЗУАЛИЗАЦИИ КОНКРЕМЕНТОВ МОЧЕТОЧНИКА

Кафедра урологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
ГУ «Республиканский научно-клинический центр Урология». Таджикистан
Научный руководитель – Джураев Р.Ш.

Цель исследования. Оценить эффективность различных методов визуализации конкрементов мочеточника.

Материал и методы исследования. Настоящее исследование основано на ретроспективном анализе историй болезни 535 больных с диагнозом МКБ, конкремент мочеточника госпитализированных в отделении эндоурологии ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии» за период с 2020-2022гг. Основанием для установления предварительного диагноза: «Мочекаменная болезнь. Конкремент мочеточника» являлись: типичная клиническая симптоматика, расширение чашечно-лоханочной системы по данным УЗИ почек, наличие эритроцитов в осадке мочи. После купирования болевого синдрома, подготовки к рентгенологическому дообследованию и уточнения уровня азотемии выполнялась всех больных на базе ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии» УЗИ мочевыводящих путей, обзорная и экскреторная урография. У 372 больных выполнена пневматической контактная уретеролитотрипсия, у 47 больных уретеролитэкстарксия, у 106 больных уретеролитотомия, у 5 больных дистанционные литотрипсия.

Результаты исследования. Выявлено, что нет идеального метода для визуализации камней. По информативности методы распределились в порядке убывания: 1. экскреторная урография; 2. обзорная урография; 3. УЗИ. Наиболее информативной оказалась экскреторная урография, с ее помощью удалось визуализировать камни у 82,2% (n=535) больных. На обзорных урограммах камни были видны у 74,9% (n=535), при УЗИ лишь у 65,8% (n=535). Комплексное использование УЗИ, обзорной, экскреторной урографии позволили локализовать конкрементов 91,9% (n=535). У 8,1% больных указанная триада стандартных исследований оказалась неинформативной. Аллергические реакция от контрастного вещества среди больных не наблюдалось.

Выявлено, что информативность УЗИ снижается по мере удаления конкремента от почки. Выявлены статистически значимые отличия в выявляемости камней путем УЗИ в лоханочно-мочеточниковом сегменте - 98,4% случаев (n=40), верхней трети 96,7% (n=123), средней и нижней трети – 67,6% (n=372).

Выявлено, что информативность обзорной урографии зависит от локализации и размера конкрементов. Характер зависимостей, следующий: по локализации-реже выявляются камни нижней трети 29,4% (n= 535), чем в остальных отделах мочеточника 70,6% (n=535). Различий в выявляемое камней верхней, средней трети, лоханочно-мочеточникового сегмента не выявлено.

Выявлено что, информативность экскреторной урографии зависит от локализации размера конкрементов. Характер зависимостей: 1. по локализации-реже выявляются камни лоханочно-мочеточникового сегмента 58,3% (n=535), чем в остальных отделах мочеточника 80,6% (n=535). Различий в выявляемости камней верхней, средней, нижней трети не выявлено; 2. по размеру-реже выявляются камни размером 8мм и более (73,4%, n=535), чем менее 8мм (87,8%, n=535). Аллергические реакция от контрастного вещества среди больных не наблюдалось.

Выводы. Таким образом комплексное использование триады исследований: УЗИ, обзорной, экскреторной урографии позволяет визуализировать конкремент мочеточника в 95,9%. Наиболее информативная из них - экскреторная урография (82,2%). Информативность всех методов статистически значимо зависит от локализации и размеров конкремента.

Олимова Ф.З.

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ПРИ ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

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

Целью настоящего исследования явилось изучение частоты и показаний к кесареву сечению у женщин с гестационной гипертензией.

Материал и методы исследования. Для выполнения указанной цели, ретроспективному анализу были подвергнуты 342 истории родов беременных и рожениц, поступивших в городской родильный дом №1 г. Душанбе, который соответствует 3-у уровню родовспоможения. Критериями включения в исследование были: артериальная гипертензия, впервые возникшая после 20 недель беременности, отсутствие патологической протеинурии.

Результаты исследований. Средний возраст пациенток составил $26,7 \pm 0,1$ лет. Число беременных женщин, в возрасте до 24 лет было 39,2%, а женщин позднего репродуктивного возраста (35 лет и более) всего 11,7%. Анализ репродуктивной функции показал, что из 342 пациенток с паритетом 0 оказалось 40,3 %, 1 – 22,5%, 2-3 – 27,5% и 4 и более – 9,6 %. Так, наиболее часто гестационной гипертензией страдали первобеременные и первородящие. Отягощенный акушерский анамнез (ОАА) был выявлен в 54,1% случаев. Анемия сопутствовала беременности в 60% случаев, обострение хронического пиелонефрита в 33,3%. Из 342 случаев гестационной гипертензии срочные роды произошли в 93,2%, преждевременные - в 2,3% и запоздалые – в 4,4%, из них самостоятельные роды – 89,7%, кесарево сечение - 10,2%. Показаниями к абдоминальному родоразрешению были акушерские причины: рубцы на матке (31,4%), дистресс плода (20,0%), неэффективность родовозбуждения (14,2%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) (14,2%), отягощенный акушерский (28,5%) и гинекологический анамнезы (22,8%), тазовое предлежание (5,7%), дородовый разрыв плодных оболочек (22,8%) и др. Количество теряемой крови при операции кесарево сечения составило в среднем $455,9 \pm 23,5$ мл. В 0,9% случаев произошли гипотонические кровотечения интраоперационно. Ранний послеоперационный период осложнился гематометрой в 5,0% случаев.

Выводы. Таким образом, частота оперативных родов возрастает при гестационной гипертензии, несмотря на ее наиболее легкое течение по сравнению с тяжелыми формами гипертензивных нарушений. В то же время, своевременное родоразрешение преимущественно кесаревым сечением, может предотвратить усугубление гипертензивных нарушений и развитие тяжелых осложнений.

Целью настоящего исследования явилось изучение перинатальных исходов у беременных женщин с эклампсией.

Материал и методы исследования. Проанализированы данные историй родов 21 пациентки с эклампсией, поступивших в городской родильный дом №1 г. Душанбе, областные родильные дома гг. Худжанда и Бохтара. Критериями включения в исследование были: судороги во второй половине беременности, в родах и послеродовом периоде.

Результаты исследований. Возраст пациенток варьировал от 19 до 37 лет. Средний возраст составил $24,0 \pm 1,07$ лет. Число беременных женщин с эклампсией, возраст которых был до 24 лет составило 66,7%, первородящих – 66,7%. Средний вес пациенток был $63,5 \pm 2,34$ кг, рост $160 \pm 1,40$ см, ИМТ $22,8 \pm 1,51$. Среди осложнений беременности и сопутствующей патологии в первом триместре у 19,0% была рвота беременных, 14,2% женщин беременность протекала с явлениями угрозы прерывания, анемия отмечалась в 33,3% случаев, обострение хронического пиелонефрита во втором триместре – 19,0%. В целом, из 21 случаев срочные роды произошли в 66,7%, преждевременные – в 33,3%, из них самостоятельные роды – 42,8%, кесарево сечение – 57,2%. Показаниями к абдоминальному родоразрешению были акушерские причины: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) (19,4%), эклампсия – 47,6%, неподготовленные родовые пути – 9,5%. Общая продолжительность самостоятельных родов у рожениц с включением случаев родостимуляции составила $548,5 \pm 54,3$ минут, в том числе продолжительность первого периода – $510,0 \pm 43,2$, второго периода – $23,3 \pm 2,3$, третьего – $2,4 \pm 0,2$. Среди осложнений в родах частота родового разрыва плодных оболочек составила 19,0%, ПОНРП – 19,4% (4 сл.). Энцефалопатия развилась у 9,5% пациенток. Средняя масса новорожденных от матерей с эклампсией составила $2554,3 \pm 184,1$ г. Новорожденные массой тела при рождении ниже 2500 г составили 23,8%. Средний рост новорожденных в был $46,4 \pm 1,3$ см. Оценка новорожденных по шкале Апгар на первой и пятой минутах: $6,0 \pm 0,3$ и $6,7 \pm 0,4$. Общее состояние детей при рождении оценивалось как удовлетворительное в 52,4%, средней тяжести – в 14,2% и тяжелое – в 33,4% случаев.

Выводы. Таким образом, эклампсия существенно ухудшает перинатальные исходы, приводя к увеличению частоты преждевременных родов, оперативных родов, рождению недоношенных детей и детей с асфиксией. Своевременное родоразрешение является единственным эффективным методом для предупреждения развития тяжелых форм гипертензивных нарушений, отягощающих материнские исходы.

Целью настоящего исследования явилось изучение медико-социальных аспектов у женщин с гестационной гипертензией.

Материал и методы исследования. Проанализированы данные историй родов 342 пациенток с гестационной гипертензией, поступивших в городской родильный дом №1 г. Душанбе. Критериями включения в исследование были: артериальная гипертензия впервые возникшая после 20 недель беременности, отсутствие патологической протеинурии.

Результаты исследований. Средний возраст пациенток составил $26,7 \pm 0,1$ лет, возрастная структура исследуемых: до 19 лет – 6,5%, 20-24 года – 32,7%, 25-29 лет – 32,4%, 30-34 – 16,5%, 35-39 – 8,8%, 40 и более – 3,0%. Следовательно, большинство пациенток с гестационной гипертензией оказалось в молодом возрасте. Число беременных женщин, в возрасте до 24 лет было 39,2%, а женщин позднего репродуктивного возраста (35 лет и более) всего 11,7%. Анализ репродуктивной функции показал, что из 342 пациенток с паритетом 0 оказалось 40,3%, 1 – 22,5%, 2-3 – 27,5% и 4 и более – 9,6%. Так, наиболее часто гестационной гипертензией страдали первобеременные и первородящие. Отягощенный акушерский анамнез (ОАА) был выявлен в 54,1% случаев. Самопроизвольный аборт в анамнезе в различные сроки гестации составил 11,4%, неразвивающаяся беременность – 4,7%, искусственный аборт – 11,4%, вакуум-аспирация – 8,0% внематочная беременность – 1,2%, неонатальная смертность – 3,5%, мертворождение – 1,2%, кесарево сечение – 2,3%. Доля городских жительниц с гестационной гипертензией составила 95,0%, сельских – 5,0%. Домохозяйками оказались 86,8% пациенток. Из перенесенных заболеваний у 8,8% пациенток в анамнезе был зарегистрирован гепатит А, у 5,3% – брюшной тиф, у 56,1% – пиелонефрит, у 49,4% – диффузный зоб, у 6,7% – тонзиллит. Анемия сопровождала беременность в 60% случаев, обострение хронического пиелонефрита в 33,3%. Из 342 случаев гестационной гипертензии срочные роды произошли в 93,2%, преждевременные – в 2,3% и запоздалые – в 4,4%, из них самостоятельные роды – 89,7%, кесарево сечение – 10,2%. Среди акушерских осложнений частота родового разрыва плодных оболочек составила 14,0%, аномалия родовой деятельности в 3,0% случаев, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – 0,9% (3 сл.). Гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде составило 0,9% случаев, также как и в популяции. Гематометра развилась в 5,0% случаев.

Выводы. Таким образом, большинство пациенток с гестационной гипертензией были в возрасте до 24-х лет (39,2%), первородящими (40,3%), более 85% были домохозяйками и малообразованными, у половины выявлено наличие очагов хронической инфекции на фоне анемии, заболеваний почек, щитовидной железы. Приведенные факторы указывают на проведение прегравидарной подготовки, активного и качественного наблюдения в ранние сроки беременности в целевых группах для профилактики гипертензивных осложнений.

Парпиев Ф.М., Наимов А.М., Негматов С.З.
ОПТИМИЗАЦИЯ СРОКОВ И МЕТОДОВ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель - д.м.н., профессор Раззоков А.А.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения сочетанной травмы путем оптимизации сроков и методов остеосинтеза.

Материал и методы исследования. Работа основана на анализе данных 253 больных с сочетанной травмой, пролеченных на базе кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии в отделение экстренной хирургии и сочетанной травмы в 2017-2022 годы. В зависимости от тактики лечения больные распределялись на основную (пролеченные оптимизированной тактикой) и контрольную (пролеченные традиционными подходами) группы. Критериями включения больных в настоящее исследование являлись: сочетанная травма по тяжести по шкале Назаренко более 12 баллов, возраст от 18 до 59 лет и наличие показаний к остеосинтезу переломов длинных костей. Выбор вышеуказанных критериев был обусловлен стремлением проведения сравнительного анализа результатов лечения в максимально рандомизированных группах.

У 253 больных с сочетанной травмой диагностированы 532 перелома длинных костей, что в среднем составляет 2,1 перелома на одного больного. Локализация переломов: бедро - 127 (23,9%), голень - 258 (48,5%), плечо - 84 (15,8%) и предплечье - 63 - 11,8%). С помощью многомерной шкалы Назаренко травматический шок I степени установлен у 142 (56,1%) больных, II степени - у 111 (43,9%). В основной группе тяжесть повреждений составила $28,5 \pm 2,3$ балла, в контрольной $28,1 \pm 2,4$ балла ($p > 0,05$).

Тяжесть состояния больных по шкале Гуманенко в основной группе составила $34,4 \pm 2,3$ балла, в контрольной $33,9 \pm 2,5$ балла ($P > 0,05$). В целом тяжесть состояния у 86 (34,0%) пациентов оценена как средней тяжести (13-20 баллов), у 124 (49,0%) - как тяжелое (21-31 баллов), у 29 (11,5%) - как крайне тяжелое (32-45 баллов) и у 14 (5,5%) - как критическое (> 45 баллов). У 15 (5,9%) больных выявлены различные соматические заболевания, которые в 9 (3,6%) случаях имели компенсированный и в 6 (2,3%) наблюдениях носили субкомпенсированный характер. В целом сравниваемые группы по ключевым параметрам относились к сопоставимым выборкам.

Результаты и их обсуждение. В обеих группах в зависимости от характера повреждений реализовалась тактика первоочередного хирургического лечения повреждений жизненно важных органов. В контрольной группе была предпринята традиционная тактика, заключающаяся в выполнении остеосинтеза по стабилизации состояния больных и показателей гемодинамики. В основной группе реализована оптимизированная тактика лечения переломов.

В ближайшем периоде частота глубоких нагноений раны в группах сравнения статистически значимо не отличались (в основной группе - 3,2%, в контрольной - 3,9%, $p > 0,05$). Выполнение более ранних методов остеосинтеза по оптимизированным показаниям также способствовало статистически значимому уменьшению удельного веса летальных исходов по сравнению с контрольной группой (соответственно 5,6% и 11,1%, $p < 0,05$).

Отдаленные результаты лечения оценены с применением предложенной с нашим участием балльной методики у 221 (87,4%) больных, в том числе у 110 (87,3%) из основной и у 111 (87,4%) из контрольной группы.

Вывод. Достигнутые в основной группе снижение летальных исходов и улучшение отдаленных результатов объясняется применением объективизированных критериев оценки тяжести повреждений и состояния больных, адекватным анестезиологическим обеспечением, своевременным и адекватным лечением шока, профилактикой и лечением осложнений, а также синхронизацией сроков остеосинтеза с темпами регенераторных процессов в зоне перелома. Более раннее купирование болевого синдрома способствовало максимальной минимизации проявлений синдрома "взаимного отягощения", что создавало более благоприятные предпосылки для регресса проявлений других компонентов сочетанной травмы.

Паршина А.Ю., Хайдар Д.А.
ОЦЕНКА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ

Кафедра общей хирургии им. Н.И. Атысова Медицинского института МГУ им. Н.П. Огарёва, Саранск
Научный руководитель - д.м.н., доцент Захватов А.Н.

Цель исследования. Оценка морфологических изменений суставных тканей при посттравматическом артрите в эксперименте в различные сроки наблюдения.

Материалы и методы. Экспериментальное исследование проводилось на 45 белых беспородных крысах обоего пола, содержащихся в стандартных лабораторных условиях. Животные были разделены на две серии: первую серию составили интактные животные в количестве 15 особей, вторую серию - 30 особей, на которых производилось моделирование экспериментального посттравматического артрита механическим путем в модификации Г.М. Дубровина. Оценка морфофункциональных изменений проводилась с использованием гистологического метода изучения серийных срезов, окрашенных гематоксилином и эозином и предварительно фиксированных 10% раствором формалина с последующей декальцинацией Трилоном Б и заливкой в парафин. Оценка деструктивных процессов экстрацеллюлярного матрикса проводилась путем окрашивания метиленовым синим с целью визуализации очагов метахромазии. Морфологическое исследование проводилось с использованием микроскопа «HUMASCOPE ADVANCED LED», Германия. Оценка полученных результатов проводилась на 3, 15 и 28 сутки наблюдения.

Результаты исследования. При микроскопическом исследовании на 3 сутки наблюдения в области медиального мыщелка визуализировался дефект,ходящий до области субхондральной кости, просвет которого был

заполнен тканевым детритом в виде некротизированных фрагментов хрящевой ткани. В поверхностной зоне визуализировались вертикальные узур, а также дефекты бесклеточной пластинки. В промежуточной зоне определялось сохранение вертикальной столчатости лакун хондроцитов, которые имели пикнотичные ядра. В субхондральной кости визуализировалось истончение костных трабекул с увеличением промежутков. При окрашивании препаратов метиленовым синим определялись очаги метахромазии в поверхностной зоне хряща. На 15 сутки наблюдения отмечалось расширение дефекта с его заполнением клеточными элементами, созревающей грануляционной тканью, а также новообразованными капиллярами. В поверхностной зоне суставного хряща визуализировалось локальное отторжение бесклеточной пластинки. В промежуточной зоне определялось нарушение взаиморасположения клеточных структур. Так, определялось появление пустых лакун, а также дегенеративное изменение хондроцитов. В глубокой зоне отмечалось сохранение гистоархитектоники. В субхондральной кости визуализировались явления остеолита с наличием полостей остеорезорбции, заполненных детритом. При окрашивании метиленовым синим очаги метахромазии определялись в поверхностной и промежуточной зонах хряща. На 28 сутки наблюдения в области травматического дефекта при макроскопической оценке визуализировалась фиброзная ткань, распространяющаяся за его пределы. При микроскопии область дефекта была заполнена разрастающейся тканью мезенхимального происхождения, определялись узур, доходящие до глубокой зоны. В поверхностной зоне определялось разрушение бесклеточной пластинки, появление глубоких узур. В промежуточной зоне хондроциты находились в состоянии деструкции. В субхондральной кости определялся остеолит, единичные очаги остеосклероза. При окраске метиленовым синим очаги метахромазии определялись во всех слоях хрящевого матрикса.

Выводы. Таким образом, данные морфофункциональные изменения, характеризующиеся наличием деструкции клеточных структур и нарушением взаимосвязей компонентов косто-хрящевого матрикса, отражают процессы прямого повреждения в результате механической травмы и являются субстратом патологического процесса.

¹Пиров У.М., ²Парпиев Ф.М.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НЕОСЛОЖНЕННЫХ СТАБИЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА

¹Областная клиническая больница им. Кутбиддинова, г. Худжанд

²Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Научный руководитель - д.м.н., профессор Раззоков А.А.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения низкоэнергетических неосложненных переломов нижних грудных в верхних поясничных позвонков на фоне остеопороза с применением вертебропластики и кифопластики. .

Материал и методы. Анализированы данные хирургического лечения 95 больных с низкоэнергетическими неосложненными стабильными переломами нижних грудных и поясничных позвонков на фоне первичного системного остеопороза. Возраст больных – от 49 до 74 лет. Мужчин было 22 (23,2%), женщин – 75 (76,7%). Медиана возраста - 64.5±2,3 лет. Больные распределялись на три группы: I группа - 31 (32,6%) больные, пролеченные с применением методики вертебропластики; II группа – 23 больные, пролеченные с применением методик вертебропластики в сочетании с кифопластики; III группа – 41 больных, пролеченные консервативными способами в связи с отказом от операции. В ходе выполнения работы применялись клинические, рентгенологические, магнитно-резонансная томография (МРТ), компьютерная томография (КТ), рентгенометрические (определение угла кифотической деформации, величины компрессии, величины восстановления высоты позвонка), методика FRAX и статистические методы исследования.

Результаты. Среди оперированных больных интенсивность болевого синдрома статистически значимо меньше и качество жизни статистически значимо лучше по сравнению с пролеченными консервативными методами. Кроме того, эти показатели после операции значительно лучше по сравнению с дооперационными данными, в то время как до и после консервативного лечения они статистически значимо не отличаются. Достигнутый регресс болевого синдрома в сроки от одного до трех лет сохранялся у 35 (64,8%) из 54 оперированных больных. У остальных 19 (35,2%) оперированных относительное усиление интенсивности болевого синдрома и снижение показателей качества жизни были связаны с несоблюдением режима медикаментозной терапии и новыми переломами.

Вывод. Выполнение вертебропластики и кифопластики по оптимизированным показаниям в сочетании с непрерывной базисной медикаментозной терапией остеопороза относится к эффективным методам снижения интенсивности болевого синдрома и улучшения качества жизни при стабильных неосложненных низкоэнергетических переломах нижних грудных и верхних поясничных позвонках.

Пиров У.М.
ОПТИМИЗАЦИЯ ПОКАЗАНИЙ К ВЕРТЕБРОПЛАСТИКЕ И КИФОПЛАСТИКЕ ПРИ
НЕОСЛОЖНЕННЫХ СТАБИЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА
ПОЗВОНОЧНИКА НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА

Областная клиническая больница им. Кутбиддинова, г. Худжанд
Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ГОУ «Таджикский государственный
медицинский университет им. Абуали ибни Сино»
Научный руководитель - д.м.н., профессор Раззоков А.А.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения патологических неосложнённых переломом позвоночника на фоне остеопороза.

Материал и методы исследования. Работа основана на комплексном анализе данных о 95 больных с низкоэнергетическими неосложненными переломами позвоночника на почве системного менопаузального остеопороза. В структуре клинического материала в 22 (23,2%) случаях наблюдались лица мужского и в 73 (76,8%) - женского пола. Возраст больных колеблется от 49 до 78 лет. Медиана возраста – $64.5 \pm 2,3$ лет. В ходе выполнения работы применялись клинические, рентгенологические, магнитно-резонансная томография (МРТ), компьютерная томография (КТ), рентгенометрические (определение угла кифотической деформации, величины компрессии, величины восстановления высоты позвонка), методика FRAX и статистические методы исследования. При комплексной диагностике остеопороза использовали бальную шкалу Раззокова А.А., Эхсонова А.С. [4].

В зависимости от тактики лечения больные распределялись на три группы:

- I группа - 31 (32,6%) больные, пролеченные с применением методики вертебропластики;
- II группа – 23 больные, пролеченные с применением методик вертебропластики в сочетании с кифопластики;
- III группа – 41 больных, пролеченные консервативными способами в связи с отказом от операции.

При оценке результатов лечения, кроме вышеуказанных методов, применялись шкалы ВАШ и Осверсти. Статистическая обработка клинического материала проводилась с помощью пакета программ «Statistica 10.0» (Statsoft, США) с определением средних абсолютных и относительных величин. Нормальность распределения выборки оценивали по критериям Колмогорова-Смирнова и Шапиро-Уилка. Парные сравнения между независимыми группами по количественным показателям проводились по U-критерию Манна-Уитни, множественные сравнения – по H-критерию Крускала-Уоллиса. При множественных сравнениях между независимыми группами по качественным показателям использовался критерий χ^2 для произвольных таблиц. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Все пациенты обратились по поводу длительных хронических болей, которые периодически имели «острый» характер. У 35 (36,8%) На основании всестороннего анализа клинического материала нами разработана четырёхступенчатая методика отбора больных для выполнения вертебропластики и кифопластики.

На первом этапе на основании анамнестических и клинических критериев определяли основные симптомы, ассоциированные с остеопорозом. Наиболее достоверными такими признаками являлись патологические переломы или их последствия в общепринятых в литературе 5 типичных локализациях шейки бедра, дистальный метафиз лучевой кости, шейка плечевой кости, голеностопный сустав). По данным литературы переломы этих локализаций у больных после 40 лет, не связанные с адекватной травмой, относятся к низкоэнергетическим патологическим переломам [1,4].

На втором этапе проводили целенаправленный рентгенологический скрининг с целью установления причинно-следственной связи поясничных болей и выявленных клинических данных с остеопорозом и патологическими переломами. Для этого обязательно выполнялись рентгенограммы нижних грудных и поясничных позвонков, а также по показаниям – рентгенограммы других 4 локализаций.

На третьем этапе с целью окончательной диагностики остеопороза и выбора адекватного медикаментозного лечения остеопороза у 54 (56,8%) больных выполнена рентгеновская денситометрия позвоночника, шейки бедер и кисти, рассматривая в качестве «золотого стандарта» остеопороза. По ее результатам тяжелые формы остеопороза в позвоночнике (Т - менее -2,5 с низкоэнергетическими переломами) выявлены у (88,9%) больных, остеопения (Т - от -1 до -2,5) – у 6 (11,1%) пациентов. В целом по трем вышеуказанным локализациям остеопороз выявлен в 38 (70,4%) наблюдений, сочетание остеопороза с остеопенией – в 11 (20,4%) и остеопении – в 5 (9,3%) наблюдений (рис.5)..

Выводы. Таким образом, в результате комплексного анализа клинических проявлений системного остеопороза выявлены новые данные о структуре обсуждаемого заболевания, сочетающего с неосложненными низкоэнергетическими переломами позвоночника. По итогам исследования предложена многоуровневая методика оптимизации показаний к вертебропластике и кифопластике, эффективность которой доказана изучением динамики результатов интенсивности болевого синдрома и качества жизни до и после операции. Результаты лечения среди оперированных больных статистически оказались значительно лучше по сравнению с консервативным лечением. Выявление у основной части больных тяжелых форм остеопороза диктует проведение в послеоперационном периоде базисной медикаментозной терапии остеопороза бифосфонатами (ибондроновая кислота) в сочетании с препаратами кальция, содержащие максимальную дозировку витамина Д3 (кальций Д3 никомед форте).

Пиров Ш.А., Исмоилов О.К., Анваозода М.
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ОСНОВАНИЯ СРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н. доцент Хусаинов Э.С.

Цель исследования. Изучить ближайшие результаты переломов основания средней черепной ямки.

Материал и методы. За период 2020-2022гг в клинике нейрохирургии Государственного Учреждения «Национальный медицинский центра Шифобахш» Республики Таджикистан на стационарном лечении находилось 40 пострадавших с переломами основания средней черепной ямки в возрасте от 15 до 70 лет. Переломы основания средней черепной ямки были установлены на основе клинко-неврологических данных, краниографии, компьютерной томографии (КТ) головного мозга, а также отоскопии.

Результаты и их обсуждения. Характерным клиническим признаком перелома основания средней черепной ямки были кровоподтеки в области сосцевидного отростка (12), затылочно-шейной области (4). Другим важным клинко-неврологическим симптомом перелома основания средней черепной ямки была недостаточность черепно-мозговых нервов. У 23 (57,5%) выявлена недостаточность VII - нерва на стороне перелома черепа. У 31 (77,5%) больных выявлено нарушение функции VIII нерва в виде его снижения на стороне поражения - 28 (70,0%) и до полной глухоты - 3 (7,5%). У 9 (22,5%) больных отмечено нарушение функции вестибулярной порции VIII нерва в виде головокружения. У 17 (50,0%) больных на серии КТ выявлен перелом теменной и височной кости с переходом в основание средней черепной ямки. У 17 (50,0%) больных наблюдались изолированные переломы височной кости с переходом в основание средней черепной ямки. У 31 (77,5%) больного при отоскопии обнаружен разрыв барабанной перепонки и у 25 (80,6%) из них наблюдались оторрея. Воспалительные осложнения в виде менингита отмечены у 5 (12,5%) больных, и у всех них выявлено наличие среднего гнойного отита. У 22 (88%) больных длительность ликвореи была 1-2 суток, у 8 (32%) до 3-4 суток и у 3 (12%) - до 7 суток. Всем больным проведена консервативная терапия, включающая назначение не менее 2 антибиотиков, санационные люмбальные пункции.

Выводы. Оторрея при переломах основания средней черепной ямки является фактором риска возникновения посттравматических воспалительных осложнений (менингита). С целью профилактики отогенных осложнений при переломах основания средней черепной ямки необходимо назначение 2 и более антибиотиков, санационные люмбальные пункции.

Пулатова М.Т., Мустафаева К.Г.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

Профессор Карабаев Х.К. асс. Саттаров А.Х.
Самаркандский Государственный медицинский институт (ректор – проф. Ризаев Ж.А.)
Самаркандский филиал РНЦЭМП (директор – к.м.н. Янгиев Б.А.)

Цель. Улучшить и оптимизировать диагностику и лечение острого аппендицита эндохирургическим способом.

Материалы и методы. Лапароскопические вмешательства выполнены у 105 больных с подозрением на острый аппендицит. Мужчин было 61 (58,1%), женщин - 44 (41,9%). Больные были в возрасте от 17 до 80 лет. Средний возраст составил 31,4±8,1 лет. У 68 (64,76%) больных установлен деструктивный аппендицит. Из них, у 11 (16,17%) больных был гангренозный или гангренозно-перфоративный аппендицит, в 7 (10,29%) случаях осложненный местным или диффузным гнойным перитонитом, а в 4 (5,88%) рыхлым периаппендикулярным инфильтратом. В 6 (5,71%) случаях отросток располагался ретроцекально и ретроперитонеально. Всем больным острым аппендицитом выполнена лапароскопическая аппендэктомия. При наличии местного или диффузного перитонита выполнялась лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости.

Результаты. Особенностью аппендэктомии в клинике является обязательное погружение культи червеобразного отростка интракорпоральным кисетным швом. При явлениях тифлита культи погружалась узловыми швами. Подобная тактика диктуется необходимостью соблюдения канонов «открытой» хирургии при лапароскопических вмешательствах. Это позволило избежать нередких при использовании традиционной лигатурной лапароскопической аппендэктомии инфильтратов в области не погруженной культи аппендикса. Мы не используем для пересечения брыжейки и основания отростка механические сшивающие аппараты, считая это неоправданным удорожанием операции. Мы также не являемся сторонниками аппендэктомии при неизменном «катаральном» аппендиците считая, что необходима тщательная интраоперационная ревизия. При отсутствии видимой патологии проводим полное послеоперационное обследование с целью выявления истинной причины заболевания. Неизменный червеобразный отросток был обнаружен в 7 (6,6%) случаях. Из них, в 2 случаях обнаружена апоплексия правого яичника - патология корригирована лапароскопически. У 2 больных обнаружен терминальный илеит. У 1 больного обнаружен дивертикул Меккеля с выраженными явлениями дивертикулита. Выполнено отсечение дивертикула. В одном случае выявлена опухоль слепой кишки без признаков воспаления и кишечной непроходимости. Операция закончена диагностической лапароскопией, дренированием брюшной полости. У одной больной при тщательной ревизии брюшной полости патологии не выявлено. Операция закончена диагностической лапароскопией. При обследовании в послеоперационном периоде выявлена мочекаменная болезнь, коралловидный камень правой почки, пиелонефроз справа, желчнокаменная болезнь.

Заключение. Основываясь на собственном опыте, считаем, что любая операция при подозрении на острый аппендицит должна начинаться с диагностической лапароскопии, которая при подтверждении диагноза должна

перейти в лечебную. Локализация отростка, выраженность деструкции, наличие перитонита, при хорошо оснащенной и квалифицированной хирургической службе лечебного учреждения, не являются противопоказанием к лапароскопической аппендэктомии.

Пулодов С.Э., Джураев Б.Б., Шарифов С.А.
МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ПЕРИТОНИТЕ
Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан. Научный
руководитель – к.м.н. доцент Сараев А.Р.

Цель исследования. Сравнительная оценка результатов лечения больных при распространенном перитоните аппендикулярного происхождения с применением видеолапароскопии и лапаротомии.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения аппендикулярного перитонита у 92 пациентов (46 пациентов оперированных лапароскопически и 46, оперированных открытым способом) в период с 2018 г. до 2022г. Сроки от момента заболевания до операции составляли от 2-х до 7 суток. Оперативное вмешательство выполняли традиционным методом из нижнее-срединного доступа и методом видеолапароскопии.

Результаты исследования. Бактериологическое исследование гнойного выпота в брюшной полости у пациентов обеих групп выявило отсутствие различий по микробному спектру, высеванной патогенной флоры. Отмечено преобладание монофлоры *Escherichiacoli* в 43,9% случаев, либо *Pseudomonasaeruginosa* -5,7%. У 19,1% пациентов в посевах обнаружено два вида патогенных микробов. Чаще всего это было сочетание *Escherichiacoli* и *Pseudomonasaeruginosa* - 8,1%, а так же *Clebsiellapneumonia*, *Entobactercloacae*, *Staph.aureus*. Сочетание трех видов флоры отмечено в 1,4% с идентификацией *E. Coli* и β haemolytic *Streptococcus*, *Clebsiellapneumoniae* или *Pseudomonas*. Антибактериальная терапия у пациентов обеих групп не имела существенных различий до получения результатов посевов с учетом чувствительности к препаратам, и включала комбинацию цефалоспоринов (Цефтриаксон, Цефепим, Цефоксон) и макролидов (Амикацин) и метранидазола (Метрагил). В тяжелых случаях и при отсутствии эффекта, антибиотики ротировали и применяли Ванкомицин, Амоксилав, Офлоксацин. Отмечено уменьшение кратности и длительности применения обезболивающих препаратов, что составило у пациентов первой группы 1,5 дня, у второй 1,8 дня. Перистальтика кишечника восстановилась через 1,5 и 1,83 суток и энтеральная нагрузка начата на 2 и 2,4 день соответственно. Длительность пребывания пациентов сравниваемых групп в отделении реанимации имеет достоверное различие ($p=0,005$) и в среднем составило 2,85 для лапароскопической группы, и 3,25 соответственно для пациентов второй группы.

Ранний послеоперационный период у пациентов второй группы осложнился продолжающимся перитонитом, потребовавшим лапароскопической санации, у двух больных. Еще у четверых пациентов выявлен послеоперационный инфильтрат брюшной полости, что потребовало смены антибиотиков. У троих пациентов наблюдались осложнения со стороны операционной раны – инфильтрат и гематома – лечение консервативное, с выздоровлением. У пациентов группы лапароскопического лечения осложнение раннего послеоперационного периода выявлено у одного больного - продолжающийся перитонит, требующий релапароскопии, санации и дренирования брюшной полости. Все пациенты выписаны из стационара, летальности в обеих группах не наблюдалось.

Выводы. Сравнительный анализ результатов лечения распространенного перитонита аппендикулярного происхождения с применением миниинвазивных и традиционных методов выявил отсутствие достоверной разницы по срокам пребывания пациентов в ОРИТ и хирургическом стационаре. Однако, отсутствие ранних послеоперационных осложнений, меньшие потребности пациентов в обезболивающих препаратах, более быстрое восстановление перистальтики кишечника и косметический эффект делают лапароскопические операции при распространенном перитоните аппендикулярного происхождения предпочтительными.

Пулодов К.Дж.
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ КРУПНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ
НОВООБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ
ГУ Комплекс здоровья «Истиклол»
Негосударственное образовательное учреждение «Медико-социальный институт Таджикистан»

Цель исследования: оценить эффективность эндоскопической полипэктомии в диагностике и лечении крупных новообразований толстой кишки.

Материал и методы исследования. В исследование включено 128 больных с доброкачественными новообразованиями, которые находились на стационарном лечении в ГУ Комплекс здоровья «Истиклол» в период 2017-2022г.г. Мужчин было 54 (52,1%), женщин — 38 (47,9%). Возраст больных составлял от 18 до 76 лет.

Результаты исследования и их обсуждение. Из общего количество выявленных полипов 92 больным выполнена эндоскопическая полипэктомия. В зависимости от локализации в толстой кишке доброкачественные новообразования составили: в прямой кишке – 36 полипов (39,1%), в сигмовидной кишке 52 полипов (56,5%), и в поперечно-ободочной кишке - 4 полипа (4,3%). В общей сложности были выявлены и удалены 124 аденомы диаметрами от 1,5 до 3,5-4,0см. Все крупные полипы имели узловую форму роста без явных признаков малигнизации.

При полипэктомии нами использовались следующие основные методики эндоскопического удаления: одномоментная петлевая электроэксцизия в 52 случаях, петлевая фрагментация полипа по частям в 21 случаях, эндоскопическая резекция слизистой оболочки вместе с полипом - у 12 больных и комбинированная методика – у 7 больных. У 7 больных с множественными образованиями эндоскопическую полипэктомию проводили в несколько этапов. В 2-х случаях возникло кровотечение на 2-и сутки после удаления крупного доброкачественного полипа

сигмовидной кишки после методики петлевой фрагментации. Последний был остановлен методом эндоскопического гемостаза.

Гистологическая характеристика извлеченных образований представлена следующим образом: тубулярные аденомы в общей сложности — 76 (82,6%), тубулярно-ворсинчатые аденомы — 12 (13,0%), ворсинчатые аденомы — 4 (4,3%). Несмотря на значительные размеры удаленных аденом, только в 2 случаях (2,1%) морфологическое исследование установило наличие инвазивной аденокарциномы. Это свидетельствует о том, что аденомы толстой кишки могут достигать гигантских размеров, оставаясь при этом доброкачественными.

Оценка отдаленных результатов лечения больных с крупными аденомами толстой кишки в сроки от 3 месяцев до 2 лет, показала высокую эффективность используемых эндоскопических методов. По нашим наблюдениям практически отсутствуют рецидивы после удаления аденом на ножках, а также после удаления аденом на суженных и широких основаниях.

Заключение. Таким образом, наш опыт показывает, что в лечении значительной части доброкачественных крупных полипов, а также при наличии ножки у малигнизированных аденом с инвазией в пределах слизистой оболочки могут применяться эндоскопические методы их удаления. Накопленный опыт эндоскопической электроэксцизии полипов позволяет считать это вмешательство малотравматичным, сравнительно безопасным и высокоэффективным методом, что оценивается на ее отдаленных результатах.

Пулатов К.Дж.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

НОУ «Медико-социальный институт Таджикистан»

НИИ «Медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»

Цель исследования: улучшения результатов ранней диагностики и лечения химических ожогов пищевода (ХОП) у детей.

Материал и методы исследования. В работе представлен анализ наблюдения и лечения 217 детей с ХОП различной степени, лечившихся в ГУ Медицинском комплексе «Истиклол». Возраст детей было от 1 до 14 лет. Мальчиков было — 132 (60,8%), девочек — 85 (39,2%). Городские жители — 178 (82%), сельские жители — 39 (18%). Наиболее частой причиной ожога пищевода являлась: уксусная эссенция — 92 (56%) и щелочь (каустическая сода и «Казан») — 28 (17%) детей. Все диагностические и лечебные мероприятия проводили под общим обезболиванием. Для диагностики ожога и характера поражения стенки пищевода использовали ультратонкий видеофиброэзофагогастроуденоскоп «KarlStorz» наружным диаметром — 5 мм с торцевой оптикой.

Результаты исследования и их обсуждение. В зависимости от тяжести состояния больные были госпитализированы в реанимационное отделение при детском хирургическом стационаре. Степени ожога оценивали по методу С.Д. Терновского. Первая степень встречалась — у 110 (51%); вторая степень — у 65 (30%) и третья степень — у 42 (19%) пациентов. После проведения ФЭГДС в первые сутки (после 8 часов поступления) ожог выявлен у 110 детей (51%) при эндоскопических признаках дескваматного эзофагита. А в различных сроках у 65 детей (30%) был установлен химический ожог пищевода 2-ой и у 42 (19%) ожог 3-й степени. По протяженности и тяжести ожога, наблюдавшиеся больные распределялись на три группы: ожоги слизистой оболочки полости рта и 1/3 пищевода — 67 (30,8%); ожоги слизистой оболочки пищевода на всем протяжении — 132 (61%); ожоги слизистой оболочки пищевода и желудка — 18 (8,2%). Значительную часть — 61% (132) составили больные с ожогами полости рта и пищевода. С ожогом полости рта и 1/3 пищевода было 30,8% (67), с ожогами пищевода и желудка — 8,2% (16).

Пациентам с клиническими признаками ХОП выполняли эзофагогастроуденоскопию (ЭГДС) в первые 24 часов после травмы с целью оценки распространенности и глубины поражения. Ранняя эндоскопия является не только диагностическим, но и одновременно оказывает лечебный эффект. Повторную эндоскопию проводили на 12-14 день для уточнения степени ожога и прогнозирования развития стриктуры пищевода.

В комплексной терапии первой помощи входило: зондовое промывание желудка и затем промывание пищевода в течение 12-24 часа. введение спазмолитиков и анальгетиков (0,1% — 0,1 мл на год жизни), а также кортикостероидов (дексаметазон 0,5-1 мг/кг массы тела) и параллельно проводилась нейтрализация химического агента. В комплексное лечение назначено: активная антибактериальная терапия, инфузионная терапия по показаниям, кортикостероидная терапия (дексаметазон до 3 суток) гипербарическая оксигенация, эндоскопическая лазеротерапия, Н2 блокаторы, и симптоматическая терапия.

Выводы. Пациентам с клиническими признаками ХОП с целью установления факта ожога следует выполнять раннюю эзофагогастроуденоскопию в первые 24 часов после травмы. Для уточнения степени и протяженности ожога пищевода и прогнозирования развития стриктуры показано динамическая эндоскопия в сроках от 12-14 дней от момента получения ожога. На эффективность и сроки лечения влияет вид химического вещества, состава и ее концентрация, степень и распространенность поражения, а также своевременность и полнота оказания неотложной медицинской помощи, непрерывности последующего планового лечения.

Пулатов К.Дж.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

НОУ «Медико-социальный институт Таджикистан»

НИИ «Медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»

Цель исследования. Улучшения результатов лечения послеожоговых рубцовых стриктур пищевода у детей.

Материал и методы исследования. В работе представлен анализ наблюдения и лечения 38 детей с послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода различной степени, лечившихся в ГУ Медицинском комплексе «Истиклол». При поступлении всем пациентам было проведено комплексное клинично-диагностическое обследование, которое включало в себя: изучение жалоб, анамнеза заболевания, объективный осмотр, лабораторные данные, эндоскопическое исследование. Возраст пострадавших варьировал от 1 года до 14 лет. Средний возраст составил 2 года 8 месяцев. Для оценки наличия и характера поражения стенки пищевода выполняли эзофагоскопию, используя ультратонкий эзофагогастродуоденоскоп «Karl Storz» – 5,5 мм с торцевой оптикой. Для определения границы и протяженности стриктуры пищевода применялось рентгено-эндоскопическое исследование пищевода (С.Б. Давлятов и соавт. Рац. предложение №68 от 13.01. 1993г.).

Результаты исследования и их обсуждение. Наиболее частой причиной ожога и ее последствий явилась: уксусная эссенция – 22 (57,8%) и щелочь (каустическая сода и «Казан») – 16 (42,1%) детей. При этом оценивали предварительно степень сужения просвета пищевода, наличие супрастенотического расширения, состояние верхнего сегмента пищевода и протяженность стриктуры. Как известно исходом ожога II и III-IV степени являются формирование органического стеноза или полная рубцовая непроходимость, которая по нашим наблюдениям встречалась у 38 (23,1%) детей. При этом II степень выявлен у 26 (68,4%) и III степени – у 8 (21,0%) пациентов IV степень – у 4 (10,5%) пациентов. Сужение пищевода в верхней трети обнаружено у 7 (18,4%), в средней трети – у 17 (44,7%), и нижней трети – у 14 (36,8%) детей. В том числе у 4-х детей (10,7%) обнаружено многоуровневый рубцовый стеноз.

Применяли пищеводные бужы Savary-Gilliard, «Cook» (США). Следует отметить, что эффективность бужирования рубцовой стриктуры пищевода зависит от типа и диаметра стриктуры. Так, при ригидной каллезной стриктуре эффективность бужирования была равна 24,3%, воронкообразной – 76,6%, с формирующейся – 78,8%. В тоже время при наличии эзофагита II-III степени и узких (менее 3 мм) стриктурах каллезного типа бужирование пищевода мало перспективно.

Результаты и эффективность бужирования рубцовой стриктуры пищевода оценивали в группах сравнения. При этом контрольную группу составили 18, и основную – 20 пациентов. В контрольной группе в 1 случае встречалось осложнение в виде перфорации пищевода. Так как при бужировании по струне проводнику осложнение не было ни в одном случае, причем длительность бужирования составило до 6-8 месяцев. Следует отметить, что длительность бужирования зависит от степени и протяженности стриктуры. В среднем бужирование продолжается не менее 1,0-1,5 года при тяжелых степенях стриктуры пищевода. Показанием к операции является стриктура пищевода на всем протяжении и неэффективность бужирования в течение 1-1,5 года.

Выводы. Таким образом, для своевременного выявления и лечения таких осложнений, как послеожоговая стриктура пищевода, бужирование по струне-проводнику является надежным, простым, безопасным и экономически выгодным методом. Применение данной методики позволило в значительной степени улучшить отдаленные результаты лечения послеожоговой рубцовой стриктуры пищевода в 78,8% случаев по сравнению с пациентами контрольной группы.

Раджабзода Н., Вахобова З., Самадова Ф.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЕМ СВЁРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино»

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

Цель исследования. Определить значение отношения тромбоцитов к лимфоцитам у женщин с самопроизвольным выкидышем

Материал исследования. Проведен ретро- и проспективный анализ показателей свёртывающей системы у 263 женщин, перенесших потерю плода в ранние и поздние сроки беременности, госпитализированных в городской родильный дом №1 г. Душанбе за период 2016 – 2020 гг.

Обследованный контингент был разделен на 2 группы: первая или основная группа включала 218 женщин, у которых в анамнезе имели место один и более неразвивающихся беременностей (НБ), вторая или группа сравнения – 45 женщин, перенесших один и более спонтанных аборта, соответствующих сроку гестации. В зависимости от срока гестации в каждой группе выделяли подгруппу А – срок гестации 0-12 недель и подгруппу Б – 13-22 недели.

Методы исследования: определение отношения абсолютного числа тромбоцитов к лимфоцитам в венозной крови, Оценка сосудисто – тромбоцитарного звена гемостаза проведена с определением числа тромбоцитов. Когуляционный гемостаз определяли по уровню фибриногена, активированному частичному тромбопластиновому времени (АЧТВ), протромбиновому времени (ПВ), активности антитромбина III (АТ III).

Систематизация и статистическая обработка данных проведена с использованием пакета статистического анализа Statistica 10.0 (StatSoft, США). Значение $P < 0,05$ считалось статистически значимым

Результаты исследования. При сравнительном анализе возрастного аспекта статистической разницы не установлено, в обеих группах большинство пациенток относились к активному репродуктивному возрасту – от 20 до 35 лет. Среднее содержание тромбоцитов оказалось в пределах референсных значений в обеих группах, при этом их среднее содержание во всех случаях оказалось меньше $300\ 000 \times 10^9/\text{л}$. Результатами сравнительной оценки отношения тромбоцитов к лимфоцитам установлено, что при исходном физиологическом значении данных показателей, их соотношение статистически значимо отличается.

Сравнительный анализ отношения тромбоцитов к лимфоцитам показал, что данный показатель в подгруппе А основной группы оказался статистически значимо выше, чем в группе сравнения в 1,4 раза ($p < 0,001$). Так, отношение

тромбоцитов к лимфоцитам в основной группе составило $152,0 \pm 4,9$, а в группе сравнения - $112,0 \pm 7,9$ ($p < 0,001$); а при сроке гестации 13-22 недели: $170,7 \pm 8,9$ и $136,7 \pm 5,6$ ($p < 0,05$) соответственно.

При поздней потере НБ отношение тромбоцитов к лимфоцитам также оказалось выше, чем в группе сравнения, разница статистически значима отличалась в 1,3 раза ($p = 0,049$). Аналогичное повышение отношения тромбоцитов к лимфоцитам с ростом беременности было выявлено в группе сравнения ($p = 0,006$).

Установлена прямая корреляция между содержанием общего фибриногена и отношения тромбоцитов к лимфоцитам. Корреляции с АЧТВ, В и АТ III не были выявлены.

Выводы. Отношение тромбоцитов к лимфоцитам рекомендуется использовать для прогнозирования неразвивающейся беременности у женщин с нарушением свёртывающей системы крови.

Раджабзода Н., Кодирова Ф., Махмудова Ш.
ОСОБЕННОСТИ СЕДАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ ЖЕНЩИН,
ПЕРЕНЕСШИХ НЕРАЗВИВАЮЩУЮСЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Научный руководитель – к.м.н., доцент Узакова У.Д.

Цель исследования. Оценить эффективность седативной терапии при прегравидарной подготовке у женщин, перенесших неразвивающуюся беременность

Материал и методы. Проспективное клинико-лабораторное исследование 120 беременных, разделенных на 2 группы. Первую или основную составили 92 женщины, перенесших неразвивающуюся беременность, обусловленную нарушением свёртывающей системы крови, группу сравнения – 28 женщин, перенесших спонтанный аборт без нарушений свертывающей системы крови.

Методы исследования. Статистические, бактериологические, бактериоскопические, иммуноферментный анализ определения иммуноглобулинов М и G в венозной крови

Результаты исследования. Профилактика воспалительных заболеваний гениталий проводилась рутинно всем беременным после опорожнения матки. У женщин с выявленной инфекцией, выбор и очередность антибактериальных средств был основан на результатах бактериоскопического и бактериологического обследования, проведенных во время беременности. Обязательным условием было лечение полового партнёра.

При диагностированном бактериальном вагинозе, подтвержденном наличием «ключевых» клеток и аминном тесте, проводился один курс антианаэробной терапии, которая включала в/в инфузию или оральный приём 500 мг метронидазола с интервалом 8 часов в течение 5-7 дней. Данный вид лечения проведен 15 пациенткам из основной и 5 – из группы сравнения. После окончания лечения через месяц после опорожнения матки проведено повторное обследование на данный вид инфекции. Отрицательная аминная реакция оказалась во всех случаях.

С первого дня менструации с использованием антибиотиков широкого спектра действия, затем - доксициклина по 100 мг x 2 раза в день в течение 14 дней, метронидазола по 0,25 мг x 2 раза в сутки в течение 7-10 дней.

Противогрибковую терапию проводили с использованием флуконазола 15 беременным из первой и 11 – из второй группы. Эффективность терапии в обеих группах оказалась низкой и составила 45,5% и 51,2% ввиду чего накануне планируемой беременности проводилась местное лечение с использованием противогрибковых свечей.

Седативная терапия была основана на расчете САН (с – самочувствие, а -активность, н – настроение). У женщин, перенесших НБ, оценка женщиной САН оказалась ниже, чем в группе сравнения и составила $3,5 \pm 0,2$ против $3,8 \pm 0,4$ балла. Медикаментозную терапию при компенсированном типе не проводили, ограничиваясь рекомендациями соблюдения правильного режима сна и питания. При субкомпенсированном типе реагирования использовали повторное консультирование, лекарственные травы в течение 2-3-х недель. Были использованы отечественные компоненты: чай с перечной мятой, а также семена проросшей пшеницы, которые предварительно очищали от оболочки.

При декомпенсированном типе реагирования седативная терапия была усилена седативными медикаментозными средствами: глицин. В результате дифференцированного приема фитопрепаратов и глицина, а также проводимой беседы, состояние пациенток улучшалось. В основной группе через 6 месяцев оценка САН составила $5,5 \pm 0,5$ балла, а в группе сравнения – $6,1 \pm 0,6$ балла.

Вывод. Использование оценочного опросника САН женщинам, перенесшим неразвивающуюся беременность, является эффективной шкалой для дифференцированной седативной терапии.

Раджабов Д.Р., Салимов Ф.М., Чумаев М.Н.
ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФАНГИОДИСПЛАЗИЙ
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, кафедра хирургических болезней № 2, РНЦССХ
Научный руководитель д.м.н. профессор Султанов Д.Д.

Целью данной работы являются оценка эффективности современных методов хирургического лечения лимфангиодисплазий.

Материал и методы исследования. В отделении хирургии сосудов Республиканского научного центра сердечнососудистой и грудной хирургии за 2005-2019г. было оперировано 45 больных с врожденными формами лимфангиоангиодисплазий. Среди обследуемых было 26 женщин и 19 мужчин, возраст пациентов колебался от 13 до 48 лет. Согласно клинико-анатомической классификации лимфангиодисплазий в наших наблюдениях чаще встречались: врожденная лимфедема – в 15 и диффузная лимфангиома – в 23 случаях, смешанная лимфатическая и венозно-кавернозная формы - 7 пациентов. Патология наиболее часто локализовалась на нижних конечностях, реже в

области шеи и лица. Клиническая картина зависела от формы патологии, тяжести и локализации патологического процесса. Пациенты предъявляли жалобы на наличие опухолевидного образования и увеличение объёма конечности. Для диагностики лимфангиодисплазий применялось УЗ дуплексное сканирование, в редких случаях ультразвуковая доплерография применялась для оценки наличия кровотока в лимфангиомах, а также ангиография.

Результаты и их обсуждение. Все больные были успешно оперированы в плановом порядке. Хирургическая тактика при локализованных периферических формах в основном заключалась в одномоментном их удалении путём широкого иссечения. В 11 случаях больным с обширными микрокистозными лимфангиомами произвели поэтапное иссечение лимфангиоматозных тканей. При наличии лимфедемы с массивным поражением мягких тканей была произведена поэтапная дермолипофасциэктомия с пластикой местными тканями—22, а в 12 случаях при образовании значительного дефекта производили аутодермопластику. В двух случаях гигантская лимфангиома была представлена на бедре и ягодичной области. Размеры опухолей составляли 60 х 40 см, вес достигал 13 кг. Учитывая большие размеры образования, с целью уменьшения объёма операционной кровопотери первым этапом им производили рентгеноэндоваскулярную эмболизацию ствола глубокой артерии бедра и её ветвей. Спустя 4-6 суток удалили опухоль и заместили дефект мягкими тканями. У 5 больных со смешанными лимфовенозными формами лицевой локализации предварительно производили склеротерапию 3% этоксисклеролом. В ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде рецидивов не отмечалось.

Заключение: Лимфангиодисплазия — медленно прогрессирующее заболевание лимфатической системы, локализующееся чаще всего в пояснично-ягодичной области и нижних конечностях. Ввиду отсутствия болевых ощущений больные обращаются к врачам в значительно поздние сроки, что обуславливает сложности хирургического лечения. Предварительная склеротерапия и эндоваскулярная эмболизация артериальных источников кровоснабжения позволяют добиться значительного уменьшения размеров опухоли и кровопотери во время операции.

Расулов Н.И., Каримов И.М., Бахромов М.Б..

ТОПОГРАФО - АНАТОМИЧЕСКИЙ ОСОБЕННОСТИ ЗОНА ТРЕУГОЛЬНИКА КАЛО ПРИ ОБЗОРНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ

¹Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

²Лечебно – диагностический центр ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Научный руководитель – к.м.н., доцент Расулов Н.И.

Цель. Изучить анатомические варианты отхождения пузырной артерии и протока, в области треугольника Кало.

Материал и методы. В период с 2021 по 2023 год по поводу хронического калькулёзного холецистита в ЛДЦ ТГМУ им. Абуали ибни Сино произведены ЛХЭ 78 больным. Возраст больных варьировался от 28 до 65 лет, средний возраст составил 56,5год. Мужчин было 7 (8,9%), женщин 71 (91,1%) больных. В предоперационном периоде проведены клинические и биохимические анализы крови и мочи, маркеры гепатита, ЭКГ,УЗИ органов брюшной полости. Операция традиционная лапароскопическая холецистэктомия проведена под эндотрахеальным наркозом с применением миорелаксантов.

Результаты и их обсуждение. Вовремя обзорной лапароскопии, перед ЛХЭ, все варианты систематизированы и проанализированы с точки зрения опасности интраоперационных осложнений. Нами выделены следующие анатомические варианты отхождения пузырной артерии и протока. Расположения желчных протоков формирующие треугольник Кало. В 38 (47,8%) случаях, пузырная артерия располагалась в треугольнике Кало, вне треугольника Кало 12 (15,3%), переднее расположение пузырной артерии 6 (7,6%), отхождение пузырной артерии от гастродуоденальной 1 (1%)случае. В 97% случаев правая печеночная артерия расположена слева от общего желчного протока, а в остальных располагается сзади или спереди протока. От 1- 6% случаев правая печеночная артерия визуализируется спереди и латерально от общего желчного протока. В условиях лапароскопического доступа при выполнении холецистэктомии хирург в большинстве случаев не видит правой печеночной артерии и не манипулирует в проекции ее нахождения.

Вывод. Таким образом, интраоперационное изучение вариантов отхождения пузырной артерии и протока во время диагностического этапа ЛХЭ позволяет своевременно избежать серьёзных осложнений оперативного вмешательства. При выявлении анатомических отклонений в зависимости от операционной находки применять оптимальные технические приемы и успешно завершить оперативное вмешательство.

Расулов Н.И., Бахромов М.Б., Солехов Р.К.

ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

¹Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

²Лечебно – диагностический центр ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
Научный руководитель- к.м.н., доцент Расулов Н.И.

Цель исследования. Снижение частоты интраоперационных осложнений при выполнении лапароскопической холецистэктомии.

Материал и методы исследования. Нами проанализированы результаты хирургического лечения 40 больных с хроническим калькулёзным холециститом, подвергавшихся лапароскопической холецистэктомии. Мужчин было 12 (27,2%), женщин -32 (72,3%). Возраст больных колебался от 17 до 76 лет, индекс массы тела – от 18 до 45 кг/м².

Методика операции. Под интубационным наркозом накладывают пневмоперитонеум. В традиционные точки вводят троакары. Через троакар, установленный в эпигастральной точке, вводят инъектор для введения физиологического раствора и амюксиклава 1200 мг. Выделяют, раздельно клипшируют и пересекают пузырный проток

и артерию. Далее инъектором порционно субсерозно вводится подогретый до 95⁰С физиологический раствор с добавлением антибиотика гентамицина. Количество введенного раствора рассчитывается индивидуально по пропитыванию желчного пузыря до состояния выраженного отёка. При этом стенка пузыря отслаивается от поверхности печени, затем без технических затруднений выполняется холецистэктомия. После отсечения желчного пузыря излившаяся жидкость эвакуируется отсосом. Устанавливается под печёночный дренаж, удаляются манипуляторы и троакары, раны ушиваются.

Результаты исследования. В послеоперационном периоде больные в назначении наркотических анальгетиков не нуждались, активизировались на первые сутки после операции. Нагноение послеоперационной раны отмечено у 1 (2,5%) пациента. Средний койко-день пребывания больных в стационаре составил 5,4 дня.

Вывод. Таким образом, необходимо отметить, что способ профилактики интраоперационных осложнений при выполнении лапароскопической холецистэктомии у больных с острым калькулёзным холециститом сопровождается минимальной частотой осложнений.

Расулов Н.И., Бахромов М.Б., Хамрокулов Ф.Х.
ВЫБОР БОЛЬНЫХ ДЛЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В УСЛОВИЯХ
СТАЦИОНАРА ОДНОГО ДНЯ

¹Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

²Лечебно – диагностический центр ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель- к.м.н., доцент Расулов Н.И.

Цель исследования. Оценить возможности лапароскопической холецистэктомии в условиях стационара одного дня в лечение хронического калькулёзного холецистита.

Материал и методы исследования. Нами анализированы результаты хирургического лечения 44 больных с хроническим калькулёзным холециститом, подвергшиеся лапароскопической холецистэктомии в условиях стационара одного дня. Мужчин было 12 (27,2%), женщин -32 (72,3%). Возраст больных колебался от 17 до 76 лет, индекс массы тела – от 18 до 45 кг/м².

Оперативное вмешательство проводили под внутривенным комбинированным наркозом в условиях искусственной вентиляции лёгких с использованием видеолапароскопической стойки производства НПО «Азимут» (Санкт-Петербург, Россия) и «Карл Шторц» (Германия).

Результаты исследования. При определении показаний к ЛХЭ в условиях стационара одного дня в основном акцент делали на данные УЗ исследования и диагностической видеолапароскопии. Нами успешно выполнено ЛХЭ, случаев конверсии не наблюдалось. Продолжительность операции колебалась от 17 до 43 минут. Все операции прошли без осложнений. Послеоперационный период у всех больных протекал гладко, активизировались два часа после операции, больные в назначении наркотических анальгетиков не нуждались. Все больные были выписаны на первые сутки после операции. Ранних послеоперационных осложнений у данной категории пациентов не наблюдалось, что подтверждает правильность отбора пациентов и выбора метода операции.

Вывод. Таким образом, необходимо отметить, что для лапароскопической холецистэктомии в условиях стационара одного дня является методика выбора пациентов молодого и пожилого возраста, без сопутствующих заболеваний жизненно важных органов.

Расулова М.
ПОВРЕЖДЕНИЯ СТРУКТУРЫ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ПРИ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЯХ

Самаркандский Государственный Медицинский Университет. Узбекистан.

Научный руководитель: PhD А.Э. Давранова, кафедры судебной медицины

Цель исследования. Изучить характер, обстоятельства причинения и последствия проникающих ранений глазного яблока.

Материал и методы исследования. Проанализированы медицинские карты и результаты клинических, дополнительных обследований и анамнез больных с проникающими повреждениями глазного яблока, в отношении 54 пациентов находившихся на стационарном лечении.

Результаты исследования. Отмечено, что проникающих ранениях глаз являются одним из наиболее частых тяжелых травм, которое наиболее часто встречается у детей в возрасте 4-7 лет и у людей в возрасте 18- 44 лет. У всех больных наблюдались покраснение конъюнктивы, мутное наполнение жидкости, блефароспазм век, отек, рваные раны роговицы, прилипание роговицы к зрачку, сужение сетчатки, сужение передней камеры, а в некоторых случаях отмечался и разрыв капсулы. Впоследствии травм у больных наблюдались наиболее серьезные осложнения, такие как разрыв роговицы, выпадение стекловидного тела, гемофтальм, иридоциклит, травматическая катаракта, кератоувеит, увеит и выпадение содержимого глаза. Даже при оказании своевременной квалифицированной медицинской помощи тяжелые повреждения структур глазного яблока в большинстве случаев привели к потере органа, к потере зрения или к резкому понижению остроты зрения. В связи с этим в исходе подобных повреждений у пострадавших отмечены утраты стойкой общей трудоспособности обстоятельствами получения травмы у детей были несчастные случаи, т.е. неосторожность в отношении различными плотными, заостренными предметами, а у взрослых причиной проникающих травм были воздействия в область глаз тупых – твердых предметов в быту или же на производстве.

Выводы. Проникающие ранения глазного яблока является одним из тяжелых травм этих структур, которые часто сопровождаются выпадением элементов глаз, поэтому в исходе травм чаще всего наблюдается потеря зрения.

Расулова М.
ПОВРЕЖДЕНИЯ СТРУКТУРЫ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ПРИ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЯХ
Самаркандский Государственный Медицинский Университет. Узбекистан.
Научный руководитель: PhD А.Э. Давранова, кафедры судебной медицины

Цель исследования. Изучить характер, обстоятельства причинения и последствия проникающих ранений глазного яблока.

Материал и методы исследования. Проанализированы медицинские карты и результаты клинических, дополнительных обследований и анамнез больных с проникающими повреждениями глазного яблока, в отношении 54 пациентов находившихся на стационарном лечении.

Результаты исследования. Отмечено, что проникающих ранениях глаз являются одним из наиболее частых тяжелых травм, которое наиболее часто встречается у детей в возрасте 4-7 лет и у людей в возрасте 18- 44 лет. У всех больных наблюдались покраснение конъюнктивы, мутное наполнение жидкости, блефароспазм век, отек, рваные раны роговицы, прилипание роговицы к зрачку, сужение сетчатки, сужение передней камеры, а в некоторых случаях отмечался и разрыв капсулы. Впоследствии травм у больных наблюдались наиболее серьезные осложнения, такие как разрыв роговицы, выпадение стекловидного тела, гемофтальм, иридоциклит, травматическая катаракта, кератоувеит, увеит и выпадение содержимого глаза. Даже при оказании своевременной квалифицированной медицинской помощи тяжелые повреждения структур глазного яблока в большинстве случаев привели к потере органа, к потере зрения или к резкому понижению остроты зрения. В связи с этим в исходе подобных повреждений у пострадавших отмечены утраты стойкой общей трудоспособности обстоятельствами получения травмы у детей были несчастные случаи, т.е. неосторожность в отношении различными плотными, заостренными предметами, а у взрослых причиной проникающих травм были связаны воздействия в область глаз тупых – твердых предметов в быту или же на производстве.

Выводы. Проникающие ранения глазного яблока является одним из тяжелых травм этих структур, которые часто сопровождаются выпадением элементов глаз, поэтому в исходе травм чаще всего наблюдается потеря зрения.

Рахими Ш.Д., Джураев Х.И., Турдалиева Н.С.
РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОПЛЕРОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ВАРИКОЦЕЛЕ.

1. ГУ «Республиканский научно-клинический центр Урологии» МЗ и СЗН Республики Таджикистан.
 2. Урологическое отделение ЦРБ Бабаджан Гафурова. Таджикистан.
- Научный руководитель – заведующий отделением к.м.н. Рахимов Д.А.

Цель исследования. Оценить необходимость проведения ультразвуковой доплерографии (УЗД) в диагностике варикозного расширения вен семенного канатика. Изложить некоторые особенности данной методики по литературным данным.

Материал и методы. Ежегодно в урологическом отделении ЦРБ Бабаджан Гафурова оперируются более 100 молодых пациентов (мужчин). Возраст больных составляет от 1 до 35 лет, $M=24,1\pm 4,5$. Комплекс обследования по утвержденному протоколу. Основой диагностики данного заболевания является ультразвуковая диагностика с применением доплерографии.

Результаты исследования. Интерес к проблеме варикоцеле объясняется распространенностью и неблагоприятным влиянием этого заболевания на сперматогенез и мужскую репродуктивную функцию, а так же отсутствием четких представлений определяющих лечебную тактику при данном состоянии. Наименее инвазивным методом диагностики, являются УЗД. Данное исследование позволяет судить об изменении кровотока в почке, скорости и продолжительности тестикулярного рефлюкса, сосудистой ангиоархитектоники яичка, объеме кровотока через сосуды при пробе Вальсальвы и при переводе пациента в ортостаз.

При обычном серошкальном УЗИ или В-режиме венозные сосуды при варикоцеле представляют собой конгломерат извитых переплетенных трубчатых структур разного диаметра, при этом направление кровотока может быть различным. Цветокодированные методики позволяют оценить направление кровотока. Для получения этой информации приоритетным является использование цветового доплеровского картирования (ЦДК). Степень васкуляризации органов и тканей при этом предпочтение отдается энергетическому исследованию из-за возможности детектировать сосуды с минимальными скоростями кровотока. С помощью импульсно-волновой доплерографии легко дифференцировать сосуды с артериальными и венозными спектрами, проводить качественную и количественную оценку их кровотока. Применяя дуплексное и триплексное сканирование в масштабе реального времени возможно рассчитать пиковую систолическую, конечную диастолическую и среднюю скорости кровотока, а так же индекс резистентности и пульсационный индекс, которые позволяют оценивать такой важный параметр как-общее периферическое сопротивление сосудистого русла. Таким путем легче избежать ложноположительных и ложноотрицательных результатов диагностики. Учитывая влияние гемодинамических факторов на выбор метода последующего лечения варикоцеле, были предложены методики позволяющие дифференцировать различные типы рефлюксов B.L. Coolsaet: 1) реносперматический, 2) илеосперматический, 3) смешанный. Оценка гемодинамического типа рефлюкса необходима для выбора методики операции. Его правильная оценка позволяет избежать послеоперационного рецидивирования заболевания.

Комплексное ультразвуковое исследование позволяет не только диагностировать варикоцеле и оценивать гемодинамические особенности венозного сброса в гроздевидное сплетение, но и определять причинные факторы, приведшие к заболеванию.

Выводы. Таким образом, использование ультразвукового метода при варикоцеле имеет значительную

ценность. Внедрение доплерографии значительно сокращает время необходимое для исследования морфологии яичка, его объема и гемодинамики. Определение типа рефлюксов даёт возможность правильно выбрать тот или иной метод оперативного вмешательства.

Рахимов А.А., Курбонмамадова Р.М., Бобизода Ш.Б.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО МАСТОИДИТА У ДЕТЕЙ
Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель- ассистент кафедры, к.м.н. Махаммадиев А.А.

Цель работы. Изучить эффективность хирургического лечения острого мастоидита у детей.

Материал и методы. В детское ЛОР отделение ГУ НМЦ РТ за период 2019-2022гг по экстренным показаниям были госпитализированы 57 больных с диагнозом острый средний отит осложнений мастоидитом. Возраст больных составлял 4 до 14 лет (мальчиков- 27, девочек -30). Из них больные из сельской местности составили 38 человека, городские -19). Всем больным были проведены отомикроскопия и необходимые клинические лабораторные исследования. Некоторым больным была выполнена компьютерная томография височных костей.

Результаты исследования и их обсуждения. У 46 госпитализированных детей диагностирован субпериостальный абсцесс, у 9 субпериостальный абсцесс и флегмона шеи (мастоидит Бецолда), у 1-го ребёнка (2года 8 месяцев) субпериостальный абсцесс с флегмоной мягких тканей височной области и у 1-госубпериостальный абсцесс осложненный парезом лицевого нерва. Все дети поступили от 3 до 7- го дня заболевания. До поступления в стационар некоторым детям была начата антибактериальная терапия в амбулаторных условиях по поводу острого среднего отита, однако на 5-7 сутки появилась припухлость в заушной области с признаками флюктуации, в связи с чем, по экстренным показаниям были направлены в стационар для госпитализации.

В зависимости от выраженности воспалительных изменений в ячейках сосцевидного отростка были выполнены следующие виды операции: антротомия-16, антромастоидотомия-28, радикальная операция-13.

У всех оперированных детей, обнаружены сходные патологические изменения в сосцевидном отростке: обширные деструктивные изменения, распространения патологического процесса в скуловые, угловые, верхушечные, пороховые, перисинуозные перифациальные, перилабиринтные ячейки, блок адитуса дантрум отечной слизистой оболочки и/или грануляционной тканью, наличие деструкции кортикального слоя сосцевидного отростка.

Выводы. Основным патогенетическим механизмом развития осложнений острого мастоидита является гиперплазия слизистой оболочки полостей среднего уха, блок адитуса дантрум и выход гнойного содержимого из пещеры сосцевидного отростка под надкостницу с развитием субпериостального абсцесса.

Рахимов М. А.
ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА
Кафедра хирургических болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – асс.каф. Абдувохидов Б. У.

Цель. Оценить результаты тромболитической терапии при остром инфаркте миокарда.

Материалы и методы. В республиканском научном центре сердечнососудистой хирургии 64 (100%) больным с диагнозом ОИМ проведена тромболитическая терапия (ТЛТ). Средний возраст пациентов составил $68 \pm 5,6$ лет, мужчин было 53 (82,8%) и женщин 11 (17,2%), которым в течение первых 24 часов от развития болевого синдрома проведена ТЛТ (Стрептокиназа 1,500000 ед в/в согласно утвержденному протоколу). Всем больным, подвергшимся ТЛТ, при поступлении перорально давали аспирин в нагрузочной дозе 250-500 мг и клопидогрел перорально в нагрузочной дозе 300–600 мг. Время поступления в реанимацию от начала болевого синдрома составило 127 ± 89 минут. Время ТЛТ после регистрации элевации сегмента ST на ЭКГ составило 34 ± 12 минуты. Из анамнеза: 9 больных ранее перенесли инфаркт миокарда, а 3 - ишемический инсульт.

Результаты исследования. Лабораторные и инструментальные показатели: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) перед ТЛТ в среднем составило $26 \pm 4,5$ сек, после ТЛТ $64 \pm 8,4$ сек. По данным эхокардиографии (ЭхоКГ) исходная фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) у больных подвергшихся ТЛТ в среднем составила $44 \pm 2,9\%$, перед выпиской из стационара $46 \pm 3,4\%$. Нарушение ритма после ТЛТ в виде фибрилляции желудочков и желудочковой тахикардии наблюдалось у 4 больных, которым после электрической кардиоверсии успешно восстановлен синусовый ритм.

Выводы. Раннее проведение ТЛТ при инфаркте миокарда является эффективным в плане спасения миокарда, профилактики осложнений и неблагоприятного исхода.

Рахимов М.Н., Сайдахмадов Ш.Б., Абдусаматов Х.Е.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЕ НОМА ИЛИ ВОДЯНОГО РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ
Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель – ассистент кафедры Рахимов Н.М.

Цель исследования. Изучение методов диагностики нумы слизистой оболочки полости рта у детей для повышения эффективности лечения и снижения осложнения.

Материал и методы. В связи с редкостью наблюдения больных с воспалением нумы, она трудно диагностируется и сложно выявить патофизиологические и микробиологические механизмы развития, трудности в

диагностике, лечении и профилактике у данной категории больных.

С конца 2016 года по настоящее время в отделении детской челюстно-лицевой хирургии и отделении детской соматологии ГУ НМЦРТ «Шифобахш» поступают дети с данной патологией. Объектом исследования являлись 11 детей с воспалением нома в возрасте от 3 месяцев до 12 лет, находившиеся на стационарном лечении в отделении. Среди всех обследованных больных 4 (36,4%) детей были направлены из городских и районных медицинских центров здоровья, 7(63,6%) больных обратились за медицинской помощью по собственной инициативе. В ходе исследования у детей, кроме основной патологии, выявлены и сопутствующие заболевания, такие как анемия, энтероколит, пневмония, сепсис, у 7(63,6%) больных с воспалением нома социально-бытовые условия были неудовлетворительными.

Результаты исследования. Во время исследования – 6(54,5%) детей с данной патологией, после появления нервных симптомов поступили в отделение детской челюстно-лицевой хирургии и соматическое отделение в течение 2-3 суток. Всем больным были проведены клинико-лабораторные методы исследования и после проведения комплексного лечения, включающего физиотерапию, противовоспалительную и антигистаминную терапию. У 5(45,4%) больных с данной патологией эффективность лечения была высокой, так как они получали лечение в инфекционном, соматическом отделении в связи с сопутствующими патологиями, как энтероколит, сепсис, пневмония, анемия.

Выводы. Были случаи воспаления нома, водяной рак у детей, которые протекали остро и заканчивались образованием дефекта в области слизистой оболочки полости рта и лица. Ранняя диагностика позволяет предупредить распространение дефекта мягких тканей путем целенаправленного комплексного лечения.

Рахимов Н.О., Салимзода А.Х., Исмоилов О.К.
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ
Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Оценить результаты диагностики и открытого микрохирургического лечения артериальных аневризм.

Материал и методы. Были проанализированы данные диагностики и лечения 20 пациентов с артериальными аневризмами, находившиеся на лечении в нейрохирургическом отделении ГУ НМЦ - «Шифобахш» в период с 2021 по 2023 года. Возраст больных колебался от 20 до 70 лет. Пациентов женского пола было 12 (60%) человек, мужского пола – 8 (40%) человек. Среди наблюдаемых пациентов отмечалось преобладание лиц трудоспособного возраста – 65% человек. Во всех случаях больным выполнялись клинические и лабораторно-инструментальные исследования с использованием компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ- 1,5 Тл), включая 3D и 4D реконструкцию мозговых сосудов. Также больным выполнялась дигитальная субтракционная церебральная ангиография сосудов головного мозга с помощью аппарата «INOVO 2000 и INOVO 3100». Для оценки степени тяжести больных использовалась шкала комы Глазго и Hunt – Hess. Шкала Fisher использована во всех случаях с наличием САК, по данным нейровизуализационных методов исследования. Также было уделено внимание сопутствующей соматической патологии. При МРТ и КТ – исследованиях определяли расположение и размер аневризма, локализация внутричерепной гематомы и её размеры, наличие перифокального отека, внутрижелудочкового кровоизлияния (ВЖК) и уровень смещения структур головного мозга. Критерии включения: перенесших субарахноидальное кровоизлияние в анамнезе; в холодном и остром периоде кровоизлияния степень тяжести которого оценивали по шкале Hunt – Hess I-IV.

Среди 20 наблюдаемых больных операции были произведены у 9 из них, остальные 11 больных, либо их родственники отказались от проведения хирургического вмешательства, в последующем проводилось лишь консервативное лечение. На момент госпитализации во всех случаях больным выполнялось КТ - исследование головного мозга, а в случае сомнения в отношении наличия разрыва аневризмы либо АВМ проводилась КТ - ангиография. Консервативное лечение проводилось по стандартной методике с коррекцией функций жизненно важных органов и стабилизации уровня артериального давления, профилактика вазоспазма, ишемия и отек мозга.

Результаты исследования. Микрохирургические вмешательства открытого типа проведены 8 (40%) пациентам, при этом произведено клипирование передней соединительной артерии (ПСА) и в 2 случае средней мозговой артерии (СМА) по поводу АА. У 1(12,5%)пациента с гигантской аневризмой супраклиноидного отдела внутренней сонной артерии на фоне разрыва аневризмы, сопровождающегося массивным субарахноидальным кровоизлиянием с прорывом в желудочковую систему, оперативное вмешательство проведено на 45 сутки после стабилизации состояния. Среди оперированных больных летальность не наблюдалась. Среди оперированных больных во всех случаях отмечались удовлетворительные результаты. В 11 наблюдениях больные после верификации диагноза аневризма не дали согласия на проведение хирургического вмешательства, в связи с чем им было назначено консервативное лечение.

Выводы. При своевременной диагностике и правильном выборе методов лечения открытой хирургии достигаются хорошие функциональные исходы при минимальной летальности.

Рахимов Ф.Р., Гиёсиев И.К.
СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО СПАЗМА МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ЕЁ ЭМБОЛИЗАЦИИ

Кафедра хирургических болезней №2 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино¹,
ГУ «Республиканский научный центр сердечнососудистой хирургии».² Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Баратов А.К.

Цель исследования. Изучение причин и способ профилактики спазма маточных артерий при её эмболизации.

Материал и методы исследования. Изучены причины возникновения спазма маточных артерий при её эмболизации у 8 пациенток, перенесших процедуру эмболизации маточных артерий (ЭМА) при миоме матки, в отделении рентгеноэндоваскулярной хирургии ГУ РНЦССХ г. Душанбе, в период с 2021 по 2023 гг. Медиана возраста пациенток составила 31,5 лет. У 8 пациенток было найдено 13 миоматозных узлов по данным УЗИ и МРТ, в среднем 1,65 МУ на одну пациентку. У 4 пациенток было 2 узла, у 2 по 1 узлу, а в одном случае 3 узла. Средний объем МУ составила 127 мл³.

Результаты исследования. Во всех случаях процедура ЭМА проведена успешно и без осложнений, и все пациентки в удовлетворительном состоянии были выписаны домой на 2 и 3 сутки после манипуляции. В 7 случаях была проведена двухсторонняя ЭМА, а в одном случае односторонняя (в связи с выявлением анастомоза между левой маточной и яичниковой артериями).

По нашим наблюдениям причины возникновения спазма маточных артерий вовремя манипуляции, является неадекватная седация и обезболивание перед и вовремя процедуры, психоэмоциональное перенапряжение пациентки, неинформированность пациенток о процедуре ЭМА, анатомические особенности маточных артерий, в частности относительно маленький диаметр и её извитость, а также отхождение маточной артерии под острым углом. Надо отметить, что по нашим наблюдениям спазм часто возникает у не рожавших пациенток особенно у девственниц.

Выводы. Специфической профилактики возникновения спазма маточных артерий при проведении их эмболизации не существует. Применение некоторых медикаментов, в частности транквилизаторов, наркотических анальгетиков, блокаторов кальциевых каналов, спазмолитиков, периферических вазодилататоров, а также психоэмоциональная поддержка во время процедуры, беседа с пациентами до манипуляции, снижает частоту спазма маточных артерий во время процедуры.

Рахимова М. К., Иброгимова Ш. И., Сайфуллоев А. Б.
ПЛАСТИКА ПЕРФОРАЦИИ ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ ЩЕЧНО- ДЕСНЕВЫМ ЛОСКУТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕМБРАНЫ «ОСТЕОПЛАСТ»

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Джонибекова Р.Н

Цель исследования. Изучить хирургические методы лечения перфораций гайморовой пазухи с применением мембраны остеопласт.

Материалы и методы. В отделении взрослой челюстно- лицевой хирургии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», за период с 2022 по 2023 годы проходило лечение и диспансерное наблюдение 13 больных с одонтогенной перфорацией верхнечелюстной пазухи от 18 до 60 лет. Из них 65% женщин и 35% мужчин. Все больные были традиционно обследованы клинико-лабораторными методами, так же дополнительными методами как ОПГ и КТ. Применение резорбируемой мембраны остеопласт.

Результаты исследования. Пациентам при первичном приеме проводилось промывание гайморовой пазухи антисептическим раствором Хлоргексидина Биглюконат 0.05% и Декосан. Произведено пластическое закрытие перфорационного отверстия щечно- десневым лоскутом (по Вассмонду). Производилось выкраивание слизисто-надкостничного лоскута, наложение мембраны остеопласт и ушивание. Одновременно назначался курс профилактических мероприятий, направленных на предупреждение развития воспалительных осложнений. Он включал прием антибиотиков, противовоспалительных препаратов, капель с сосудосуживающим эффектом. При обобщении результатов оперативного лечения оказалось, что у 89% больных операционная рана зажила первичным натяжением. Швы были сняты на 10-е сутки.

Выводы. Доказана высокая эффективность применения небного лоскута с васкуляризованным небным трансплантатом для закрытия перфораций различного размера за счет надежного разобщения полости рта и верхнечелюстной пазухи, быстрое купирование воспалительного процесса за счет хорошей васкуляризации мягких тканей в зоне оперативного вмешательства и хорошая регенерация.

Мембрана остеопласт обладает выраженным свойством механического барьера, который направлен на развитие новой костной ткани, без фиброобразования.

Рахимова Н.Т., Рахимова З.И., Таджиева З.Г.
ЗНАЧИМОСТЬ КЕРАТОМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАСХОДЯЩЕГОСЯ АЛЬТЕРНИРУЮЩЕГО КОСОГЛАЗИЯ.

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
НМЦ РТ «Шифобахш»
Научный руководитель – старший преподаватель Халимова З.С.

Цель исследования. Изучить значимость кератометрии в диагностике расходящегося альтернирующего

косоглазия при нормальных данных визометрии и рефрактометрии (соответствующих возрастной норме) у детей дошкольного и младшего школьного возраста.

Материал и методы. Объектом исследования стали 17 детей в возрасте от 5 до 8 лет с расходящимся альтернирующим косоглазием. Средний возраст составил $6,5 \pm 1$ мес. Всем детям проведено стандартное офтальмологическое обследование, включающее в себя: визометрию (определение остроты зрения по оптотипам, соответствующим возрастной группе), определение подвижности глазного яблока, рефрактометрию (определение манифестной и циклоплегической рефракции) на узкий и широкий зрачок, определение угла косоглазия по Гиршбергу, кератометрию, офтальмоскопию (осмотр глазного дна).

Результаты исследования. Острота зрения у всех обследуемых соответствовала возрастной норме (снижения зрения не наблюдалось). Подвижность глазного яблока в полном объеме, слабость конвергенции отсутствовала. Угол косоглазия составил от 7 до 12 градусов по Гиршбергу, в среднем $9 \pm 1^\circ$. Данные рефрактометрии, проведенной на фоне полной циклоплегии (раствор атропина сульфата в разведении по возрастной дозировке), соответствовали возрасту. Астигматический компонент составил в среднем $\pm 0,25$ диоптрий. На глазном дне отсутствовали признаки внутричерепной гипертензии, врожденной патологии органа зрения, новообразований и отслойки сетчатки. По полученным данным кератометрии, у всех детей, отмечен роговичный астигматизм от $-0,75$ до $-1,25$ диоптрий.

Выводы. Часто кератометрия не проводится детскими офтальмологами, из-за недостаточного оснащения офтальмологических кабинетов. В данном случае можно связать развитие расходящегося альтернирующего косоглазия с присутствием роговичного миопического астигматизма, что возможно приводит к ослаблению аккомодационной функции органа зрения. При этом, невысокие цифры роговичного астигматизма могут не снижать остроту зрения у детей. Учитывая отсутствие грубой патологии со стороны органа зрения, таких пациентов детские офтальмологи, в основном, отправляют на лечение к невропатологу, что приводит к долгосрочному лечению, без стабильного эффекта.

Учитывая вышеуказанные данные, необходимо ввести в стандарт исследования детского офтальмолога при расходящемся альтернирующем косоглазии, проведение кератометрии, для исключения роговичного астигматизма.

Рахимова Ф.С., Самаганова С.Н.

ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ КАК ОПЕРАЦИЯ ВЫБОРА У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПЕРИАМПУЛЯРНОЙ ЗОНЫ

Кафедра госпитальной хирургии Кыргызско-Российский Славянский университет им. Первого президента Российской Федерации Б.Н.Ельцина. Кыргызстан.

Научный руководитель- д.м.н., профессор Бебезов Б.Х.

Цель исследования. Оценить результаты хирургического лечения больных со злокачественными опухолями периампуплярной зоны.

Материалы и методы. В клинике им. И.К. Ахунбаева при НГ МЗ КР за период с 2009 по 2023 гг. выполнена 81 гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР) по поводу злокачественных новообразований периампуплярной зоны. Среди больных было 69 мужчин и 12 женщин. Средний возраст пациентов составил $57,5 \pm 1,7$ года. Операции по поводу опухоли головки поджелудочной железы были проведены 57 больным (70,4%), по поводу опухоли большого дуоденального сосочка – 11 (13,6%), по поводу опухоли дистального отдела холедоха – 7 (8,6%), по поводу опухоли двенадцатиперстной кишки – 5 (6,2%), по поводу лимфосаркомы забрюшинного пространства с прорастанием в двенадцатиперстную кишку – 1 (1,2%). Аденокарцинома диагностирована в 92,5% наблюдений, нейроэндокринная опухоль – 3,6%, солидная псевдо-папиллярная опухоль (опухоль Франца) – 2,5%, лимфосаркома забрюшинного пространства – 1,3%. I и II стадии опухоли выявлены у 29 пациентов (35,8%), III стадия у 52 (64,2%). В 74 наблюдениях был сформирован панкреатикогастроанастомоз и в 3 – панкреатикоюноанастомоз.

Результаты. Из 81 больного послеоперационные осложнения отмечены у 28 (34,6%) больных. Основными и наиболее тяжелыми из них были несостоятельность панкреатикогастроанастомоза с формированием панкреатического свища – 8 больных (9,9%), гастростаз – 19 больных (24,5%), несостоятельность билиодигестивного анастомоза – 2 больных (2,5%), несостоятельность гастроэнтероанастомоза – 2 больной (2,5%) и тромбоэмболия легочной артерии – 1 больной (1,2%). Повторное оперативное вмешательство потребовалось в 3 случаях. Характер операции: в первом случае – реконструкция панкреатикогастроанастомоза в инвагинационный панкреатикоюноанастомоз конец в конец, во втором – наложение гепатикоюноанастомоза, в третьем – ушивание несостоятельности гастроэнтероанастомоза. Остальным проводилось консервативное лечение с положительными результатами. Летальный исход в раннем послеоперационном периоде наблюдался у 3 пациентов, послеоперационная летальность составила – 3,7%. В одном случае наблюдения летальный исход наступил в следствии ТЭЛА, в двух других – наблюдалась полиорганная недостаточность вследствие несостоятельности гастроэнтероанастомоза с развитием перитонита.

Заключение. В настоящее время единственным радикальным лечением по поводу опухолей периампуплярной зоны является гастропанкреатодуоденальная резекция. По данным патогистологического исследования аденокарцинома поджелудочной железы встречается в подавляющем количестве пациентов, произведенным ГПДР, а именно в 92,5% наблюдений. Послеоперационные осложнения отмечаются у 34,6% больных. Послеоперационная летальность составляет 3,7% случаев.

Рахматова Ф. У., Рахматова С.У., Маматкулова Р.И.
УДАЛЕНИЕ КАМНЕЙ С ПОМОЩЬЮ ГОЛЬМИЕВОГО ЛАЗЕРА (HOLMIUM)
Кафедра Информационных технологий в медицине, Самаркандский Государственный Медицинский
Университет Самарканд, Узбекистан
Научный руководитель: асс. Джалилов А. Ш.

Цель работы: Рассмотреть преимущества метода удаления камней при помощи гольмиевого лазера в урологии

Материал и методы исследования: Актуальность данной темы заключается в том, что урологические заболевания, среди которых каменная болезнь, являются одним из самых распространенных заболеваний в нашем регионе. Это обусловлено рядом экологических и географических особенностей региона. Методы удаления камней в органах разнообразны:

1. Консервативный метод заключается в виде соблюдения особых диет, употребления лекарственных средств и подключения народной медицины в процесс лечения. Такой способ можно применять в тех случаях, когда размер камней не превышает 5 мм, а также отсутствуют осложнения. При особых случаях, в том числе и при размерах камней более 5 мм, используется хирургический метод.

2. Открытое оперативное вмешательство

3. Литотрипсия, которую также можно разделить на несколько видов:

Дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ); (Extracorporeal Shockwave Lithotripsy - ESWL)

Является одним из самых популярных видов литотрипсии в данный момент, но имеет ряд минусов:

- средняя эффективность, за счёт обструкции мочеточника фрагментом камня во время фрагментации (так называемая «каменная дорожка»)

- осколки камня могут повредить мягкие ткани органов

- наблюдается повреждение здоровых тканей вокруг камня (паренхимы почки, стенки мочеточника) ударной волной, которая вызывает гематурию

Трансуретральная контактная литотрипсия

Лазерная трансуретральная контактная литотрипсия считается одним из наиболее эффективных видов литотрипсии на данный момент. В современной урологической практике широко используется гольмиевый лазер. Гольмиевый лазер - это твердотельный импульсный лазер, излучающий свет с длиной волны 2100 нм. Он сочетает в себе свойства лазеров углекислого газа (CO₂) и неодима, обеспечивая резку и коагуляцию тканей в одном устройстве, что является его огромным плюсом. Эффективность использования гольмиевого лазера на практике привела к усовершенствованию технологий, которые упрощают и ускоряют процесс литотрипсии. С помощью Гольмиевого лазера можно дробить камень: дробление (fragmentation) на мелкие части или распыление (stonedusting). Одним из таких технологий считается впервые представленная в 2017 году технология MOSES (MOSES technology) при 80 Гц и 120 Вт, которая была разработана с целью значительного повышения эффективности процедур лечения мочекаменной болезни за счет оптимизации передачи энергии лазерного излучения при 80 Гц, 120 Вт. Эта технология показала превосходные клинические результаты: в том числе ускорение процедур на 20% и процесса дробления камней на 33%, а также сведение к минимуму случаев миграции камней позволяет полностью удалить камень за одну процедуру без вышеуказанных побочных эффектов. Так же стоит отметить, что длительность госпитализации пациентов минимальна и почти все пациенты могут быть выписаны с малой продолжительностью катетеризации или без катетера.

Выводы: Гольмиевый лазер - это многоцелевой и многопрофильный хирургический лазер. Было доказано его безопасность и эффективность при многократном воздействии на мягкие ткани и при дроблении камней. В результате этих факторов использование лазера в урологии ожидается будет увеличиваться со временем.

Рахматуллаев А.Ш.
ПРЕПАРАТЫ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО
ЦИСТИТА

Кафедра урологии Самаркандского государственного медицинского университета, Узбекистан
Научный руководитель: PhD, асс. Гафаров Р.Р.

Цель. Оценка эффективности внутрипузырных инстилляций стерильного раствора на основе гиалуроновой кислоты 0,16% - 50 мл (препарат «Инстиллан») в комплексном лечении хронического рецидивирующего цистита у женщин

Материал и методы. В исследование были включены 54 женщины с диагнозом «хронический неспецифический бактериальный цистит» (n=54). Пациентки были распределены на две группы: в первой группе (n=25) женщины получали комбинированную терапию (семидневный курс антибактериальных препаратов с инстилляциями препарата гиалуроновой кислоты («Инстиллан»)), а во второй группе - только курс антибактериальных препаратов (n=29). Контрольное обследование пациенток проводили через 2 недели и через 3 месяца после окончания инстилляций мочевого пузыря. Эффективность проведенной терапии оценивали по снижению частоты рецидивов хронического цистита, а также по результатам общего анализа мочи.

Результаты. В группе пациенток, которым проводили курс внутрипузырных инстилляций, частота жалоб на учащенное мочеиспускание уменьшилась в пять раз в первой группе, во второй группе - в два раза. Частота жалоб на urgentные позывы к мочеиспусканию сократилась до 0 в первой группе. Во всех группах достигнута высокая эффективность терапии со снижением уровня лейкоцитов в моче менее 6 ед. в поле зрения, а также бактериурии в 10 и более раз.

Выводы. Применение внутрипузырных инстилляций стерильного раствора на основе гиалуроновой кислоты 0,

16%-50 мл (препарат «Инстиллан») в комплексной терапии хронического рецидивирующего цистита приводит к значительному снижению дизурических симптомов, улучшению лабораторных показателей, а также снижает количество рецидивов хронического цистита.

Рахмонов Б.А., Сафаров Б.С., Рахматуллоев Ф.Н.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

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

ГУ Национальный медицинский центр Республика Таджикистан «Шифобахш»

Научный руководитель: асс. кафедры, к.м.н. Давлатов М.В.

Цель исследования: Улучшить качества хирургического лечения больных с геморрагическим инсультом.

Материал и методы исследования: Проведен анализ эффективности нейрохирургического лечения 27 больных с ГИ, находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении ГУ Национальный медицинский центр - «Шифобахш» за 2019-2020гг. Средний возраст больных составил 30-60 лет, среди них 9 (33,3%) женщин и 18 (66,7%) мужчин. Лица трудоспособного возраста – женщины (до 45 лет) и мужчины (до 60 лет) – составили 75,2%. Всем больным проводилось клинико-неврологическое, инструментальное, лабораторное обследование, КТ и МРТ головного мозга. При осмотре больного оценивалась тяжесть состояния по шкале кома Глазго, методы нейровизуализации оценивались по Fisher и сопутствующая соматическая патология. На КТ-граммах определялась локализация и объем ВМГ, наличие перифокального отека, ВЖК, степень выраженности дислокации мозговых структур.

Результаты исследования и их обсуждение. Ведущими этиопатогенетическими факторами ГИ были гипертоническая болезнь у 21 (78,8%) больных и аневризматическая болезнь головного мозга у 6 (22,2%) больных. Таким образом, ГИ с формированием ВМГ был у 27 больных, локализованных в полушарии головного мозга. Среди гематом полушарной локализации путаменальные гематомы составили 18 (66,7%) случаев, медианные (таламические) – 2 (7,4%) случаев, субкортикальные – 4 (14,8%). Разрыв аневризмы был причиной САК у 3 (11,1%) случаев. Оперативное вмешательство проведено 27 пациентам. В зависимости от задач и целей нейрохирургического лечения применялись различные виды хирургических вмешательств. В остром периоде (первые 48 час) оперировано 20 (74,1%) пациентов с объемом полушарных гематом 80–100 см³. Нейрохирургическое вмешательство у этих больных предпринималось в связи с нарастанием неврологического дефицита и углублением расстройств сознания, угрожающей компрессии структур ствола головного мозга. При стабильном неврологическом статусе без нарушения витальных функций приоритет отдавался отсроченным вмешательствам. Операции (7–14 сут) выполнены 2 (7,4%) больным с объемом полушарных гематом 50–80 см³ проводились методом эндоскопическое удаление гематомы. Всем остальным проводились открытые методы при помощи декомпрессивной трепанации черепа (ДТЧ). Клинически все больные находились в тяжелом состоянии с общемозговой и очаговой симптоматикой разной степени выраженности на фоне имеющейся соматической патологии и как правило, выраженной артериальной гипертензии. По шкале кома Глазго тяжесть состояния оценена 4 больных 7 баллов, у 8 больных 9 баллов, у 9 больных 11 баллов, у 6 больных 13 баллов. Из оперированных больных летальность наблюдалось в 2 (7,4%) случаев. Уровень сознания которых оценивалось 7 баллов и ниже. Во все остальных случаях отмечались удовлетворительные результаты.

Выводы: При ВМГ в остром периоде отсутствие угрозы дислокации и стабильное состояние пациента позволяет отложить оперативное лечение на более поздние сроки. Отсроченные операции проводили на 7–14 сут. Успех нейрохирургических методов лечения ГИ зависит от уровня сознания, правильного отбора больных с осложнениями ГИ, сопутствующей соматической патологии, методов и сроков оперативного вмешательства.

Рахмонов Б.А., Сафаров Б.С., Рахматуллоев Ф.Н.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

ГУ Национальный медицинский центр Республики Таджикистан «Шифобахш»

Научный руководитель - асс. кафедры, к.м.н. Давлатов М.В.

Цель исследования. Улучшить качества хирургического лечения больных с геморрагическим инсультом.

Материал и методы исследования. Проведен анализ эффективности нейрохирургического лечения 27 больных с ГИ, находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении ГУ Национальный медицинский центр - «Шифобахш» за 2019-2020гг. Средний возраст больных составил 30-60 лет, среди них 9 (33,3%) женщин и 18 (66,7%) мужчин. Лица трудоспособного возраста – женщины (до 45 лет) и мужчины (до 60 лет) – составили 75,2%. Всем больным проводилось клинико-неврологическое, инструментальное, лабораторное обследование, КТ и МРТ головного мозга. При осмотре больного оценивалась тяжесть состояния по шкале кома Глазго, методы нейровизуализации оценивались по Fisher и сопутствующая соматическая патология. На КТ-граммах определялась локализация и объем ВМГ, наличие перифокального отека, ВЖК, степень выраженности дислокации мозговых структур.

Результаты исследования и их обсуждение. Ведущими этиопатогенетическими факторами ГИ были гипертоническая болезнь у 21 (78,8%) больных и аневризматическая болезнь головного мозга у 6 (22,2%) больных. Таким образом, ГИ с формированием ВМГ был у 27 больных, локализованных в полушарии головного мозга. Среди гематом полушарной локализации путаменальные гематомы составили 18 (66,7%) случаев, медианные (таламические) – 2 (7,4%) случаев, субкортикальные – 4 (14,8%). Разрыв аневризмы был причиной САК у 3 (11,1%) случаев. Оперативное вмешательство проведено 27 пациентам. В зависимости от задач и целей нейрохирургического лечения

применялись различные виды хирургических вмешательств. В острейшем периоде (первые 48 час) оперировано 20 (74,1%) пациентов с объемом полушарных гематом 80–100 см³. Нейрохирургическое вмешательство у этих больных предпринималось в связи с нарастанием неврологического дефицита и углублением расстройств сознания, угрожающей компрессии структур ствола головного мозга. При стабильном неврологическом статусе без нарушения витальных функций приоритет отдавался отсроченным вмешательствам. Операции (7–14 сут) выполнены 2 (7,4%) больным с объемом полушарных гематом 50–80 см³ проводились методами эндоскопического удаления гематомы. Всем остальным проводились открытые методы при помощи декомпрессивной трепанации черепа (ДТЧ). Клинически все больные находились в тяжелом состоянии с общемозговой и очаговой симптоматикой разной степени выраженности на фоне имеющейся соматической патологии и как правило, выраженной артериальной гипертензии. По шкале кома Глазго тяжесть состояния оценена 4 больных 7 баллов, у 8 больных 9 баллов, у 9 больных 11 баллов, у 6 больных 13 баллов. Из оперированных больных летальность наблюдалась в 2 (7,4%) случаях. Уровень сознания которых оценивалось 7 баллов и ниже. Во всех остальных случаях отмечались удовлетворительные результаты.

Выводы. При ВМГ в острейшем периоде отсутствие угрозы дислокации и стабильное состояние пациента позволяет отложить оперативное лечение на более поздние сроки. Отсроченные операции проводили на 7–14 сут. Успех нейрохирургических методов лечения ГИ зависит от уровня сознания, правильного отбора больных с осложнениями ГИ, сопутствующей соматической патологии, методов и сроков оперативного вмешательства.

Рахронов Т.Б., Чопанов С.А.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЬЯ

Кафедра госпитальной хирургии ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» Россия.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Шкодкин С.В.

Цель исследования: является количественное обобщение обзор литературы для сравнительной оценки эффективности и безопасности приема антимускариновыми препаратами и агонисты β3-адренорецепторов при лечении ГАМП.

Материалы и методы исследования:

Работа основывалась на поиске научной литературе ведущих мировых урологических сообществ, таких как Medline, PubMed, Embase (Ovid), Elibrary, Scholar.google, а также провели поиск Кокрановский центральный регистр контролируемых исследований для выявления рандомизированных контролируемые испытания (РКИ), анализирующие эффективность и безопасность антимускариновыми препаратами и агонисты β3-адренорецепторов при лечении ГАМП.

Результаты и их обсуждение: Для ГАМП доступно несколько вариантов лечения, поведенческое обучение, фармакологические и хирургические методы лечения. Пероральные антимускариновые препараты представляют собой основу фармакологического лечения, они признаны эффективными в улучшение симптомов ГАМП и хорошая безопасность переносимость. Однако по данным различных РКИ антимускариновыми препаратами количество нежелательных явлений относительно велико. Сухость во рту и запоры - наиболее частые нежелательные эффекты. Связи с низким эффективностью и высоким побочными действиям является наиболее частыми причины прекращения приема препаратов. На основе данных по изучении из Соединенного Королевства по оценкам рецептурным, процент прекращения приема антимускариновых препаратов пациентами через 12 месяцев составляет от 65% до 86%. На сегодняшний день последний обзор, сделанный Buseret., включая РКИ различных составов и высокие дозы антимускариновых препаратов, пришел к выводу, что не было клинически значимой разницы в эффективности между терапии, а наоборот высокий дозировки повышали риски нежелательных эффектов. Недавно появился новый класс пероральных препаратов, который вызывает прямое расслабление гладких мышц детрузора через стимуляция β3 - адренорецепторов мочевого пузыря. По данным ряд исследователей прием препарата из группы агонист β3 - адренорецепторов у пациентов с симптомами ГАМП по сравнению с плацебо, что доказало эффективностью, безопасностью и хорошую переносимость. Одобрено Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) и Европейское агентство по лекарственным средствам (EMA) для лечения ГАМП.

Выводы: Таким образом, мы можем сделать выводы, что вероятности нежелательных эффектов, таких как сухости во рту, запоры и когнитивные нарушения значительно ниже у агонистов β3-адренорецепторов, чем у антимускариновых препаратов, несмотря на наличие неоднородности между исследованиями. Агонист β3 - адренорецепторов более эффективен, безопасен, чем плацебо и переносится лучше, чем холинолитики. Однако доступность этого нового класса препарата создает новые вопросы, которые нуждаются в уточнении, чтобы лучше стандартизировать варианты лечения пациентов с симптомами ГАМП.

Рахронов У.Х., Салимзода А., Баротов С.У.

СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ

Кафедра нейрохирургии и сочетанных травм

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - асс. кафедры, к.м.н. Давлатов М.В.

Цель исследования. Улучшение диагностики и результатов хирургического лечения пострадавших с сочетанными травмами.

Материал и методы. Настоящее исследование выполнялось среди 75 больных с сочетанными КАТ, на базе

кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, за период 2012 по 2022 годы. Среди пострадавших мужчин было 51 (68,0%), женщин – 24 (32,0%). Все пациенты с сочетанными КАТ в зависимости от применяемой тактики хирургического лечения были разделены на две группы. В первую группу вошли 35 (46,7%) больных, у которых применялись современные способы диагностики и лечения. Во 2-ю группу были включены 40 (53,7%) пострадавших, при диагностике и лечении которых использовались традиционные способы.

Результаты и их обсуждение. Анализ нашего материала показал, что по причинам возникновения сочетанных КАТ, самыми частыми оказались дорожно-транспортные происшествия (ДТП), что составило 82,7% (n=62) пострадавших. Во время ДТП в 14,7% (n=11) наблюдениях страдали водители, а в 22,7% (n=17) – пассажиры. Среди пострадавших изменения сознания были отмечены в 58 (77,3%) случаях, что значительно осложняло диагностирование повреждений иных органов и систем. Доминирующее повреждение головного мозга наблюдалось у 39 (52,0%) пострадавших. Среди общего числа пострадавших с ЧМТ отмечалось преобладание пострадавших (n=38) с ЧМТ средней степени тяжести. Особую сложность представляли 6 (8,0%) пациентов с компрессией ГМ.

По результатам клинического исследования, данным КТ и МРТ головного мозга наличие дислокации ГМ было установлено у 23 (30,7%) пациентов. Среди других органов при сочетанных КАТ наиболее часто встречались разрывы печени - у 17 (22,7%) пострадавших, и разрывы селезенки – у 9 (12,0%) пострадавших. Также часто наблюдались повреждения тонко- и толстокишечной брыжейки – в 47 (62,7%) случаях. Наиболее важным фактором, непосредственно влияющим на исход травмы, считается промежуток времени от момента получения сочетанной травмы до оперативного вмешательства. В сравниваемых группах, оперативное вмешательство в течение первых «золотых часов» было начато соответственно у 30 (85,7%) и 35 (87,5%) пациентов, в течение шести часов от момента травмы были оперированы 3 (8,6%) больных из основной и 4 (10,0%) – из контрольной группы, а позднее 6 часов операция в основной группе больных начиналась у 2 (5,7%), напротив одного больного (2,5%) контрольной группы. Первичная догоспитальная помощь и способ транспортировки пострадавших с сочетанной КАТ считается принципиальным, что непосредственно влияет на профилактику осложнений, дальнейшую тактику лечения и прогноз заболевания. В 73,7% случаев пострадавшие были доставлены машинами СМП, при этом 70,7% (n=53) - до 3 часов от момента получения травмы. Попутным транспортом 20,0% (в 16,0% (12 пострадавших) до 3-х часов, 1,3% (1 пострадавших) - до 6-х часов и 2,7% (2 пострадавших) в сроки более 6 часов), лишь 6,7% (n=5) пациентов были переведены из ЛПУ города Душанбе и районов республиканского подчинения.

Осложнения в послеоперационном периоде у пострадавших группы сравнения достигала 30,0% (n=12), когда этот показатель у пациентов основной группы составил всего 14,3% (n=5), что меньше на 15,7% случаев. При этом также отмечено снижение показателей послеоперационной летальности, что составило 5,7%, против 10,0%, соответственно.

Выводы. Промежуток времени от момента получения травмы до операции, продолжительность операции позволяет снизить количество послеоперационных осложнений у пострадавших с сочетанными травмами.

Рашидов Б.Дж., Муротов Х.М, Олимов О.З.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ЧРЕСКОЖНОЙ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ (ЧПНЛ) В ЛЕЧЕНИИ КАМНЕЙ ПОЧЕК

Кафедра урологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н., доцент Саъдуллоев Ф.С.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность ЧПНЛ при различных формах нефролитиаза.

Материал и методы исследования. Проведен анализ 98 ЧПНЛ, выполненных в отделении эндоурологии ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии» за период с 2019 по настоящее время. В предоперационном периоде больные обследовались по стандартной схеме: клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, методы визуализации - обзорная, экскреторная урография или компьютерная томография, УЗИ мочевого пузыря и мочевыводящих путей. Все процедуры ЧПНЛ выполнены двумя хирургами под эндотрахеальным наркозом (76 больных) и спинальной анестезией (22 больных) в положении больного на животе после предварительной катетеризации мочевого пузыря на стороне операции. Доступ к полостной системе почки осуществлялся после изучения локализации и размеров камня, анатомии чашечно-лоханочной системы, иглой Chiba 18G под рентгеноскопическим контролем. Дилатация пункционного хода осуществлялась при помощи дилаторов Amplatz с последующей установкой коужа Amplatz 24-26Ch. Для дефрагментации конкрементов использовался пневматический литотриптер Karl Storz Calculusplit. Оперативное вмешательство завершалось установкой нефростомического дренажа 18-20 Ch и без установки нефростомической трубки. Уретральный катетер 16-20 Ch и мочевого пузыря катетер 4-6 Ch удалялись минимум через 1-2 суток после операции.

Результаты исследования. Всем 98 больным успешно выполнена ЧПНЛ. Из 98 больных: мужчин было 52 (53,1%) и женщин - 46 (46,9%). Возраст больных колебался от 18 до 52, в среднем составил 42 года. По стороне поражения преобладают больные с левосторонним нефролитиазом – 54 (55,1%) больным, а с правосторонним нефролитиазом – 44 (44,9%), двухсторонними поражениями почек было 8 (8,1%) больных. В основной массе у больных встречались одиночные камни лоханки и нижней группы чашечек. Средний размер камня составил от 2,5 до 4,0 см. Среднее время операции составило 90 минут с постепенным снижением до 40 минут в 2023 году. Всем больным, перенесшим ЧПНЛ, на 1-2-сутки после проведенного вмешательства проводились повторные УЗИ мочевого пузыря и мочевыводящих путей с целью выявления резидуальных конкрементов и оценки проходимости верхних мочевых путей, после чего удалялся нефростомический дренаж. У 92 (93,8%) больных удалось достичь состояния «stone free». Среди интраоперационных осложнений у 6 (6,1%) пациентов были отмечены кровотечения во время бужирования, которые удалось остановить

установкой нефростомической трубки катетером Фоле с нажатием в области почки. Классификация Clavien–Dindo служила шкалой оценки послеоперационных осложнений: осложнения 1 степени наблюдались у 12 (12,4%) больных, 2 степени у 14 (14,2%), 3а степени – у 2 (3,06%), 4 и 5 степеней осложнений не было.

Выводы. Таким образом, ЧПНЛ показала себя, как один из высокоэффективных и безопасных методов лечения нефролитиаза, хотя и не лишен осложнений и определенных требований к хирургическим навыкам. К преимуществам данной методики можно отнести минимальную частоту осложнений, легко переносится больными и не приводит к длительной потере трудоспособности.

Розиков М.С., Достиев У.А., Зокиров Р.А.¹

ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ВЛИЯЮЩИХ НА РАННЮЮ ДИСФУНКЦИЮ ПЕЧЕНОЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА И ВЫЖИВАЕМОСТЬ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., Гулшанова С.Ф.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных после родственной трансплантации печени путем оптимизации диагностики и лечения ранней дисфункции печеночного трансплантата.

Материал и методы. Нами, изучена частота встречаемости ранней дисфункции печеночного трансплантата и факторы, способствующие его появлению у 75 трансплантированных пациентов после родственной трансплантации печени в период с 2012 по 2017 год в отделение трансплантации печени ННЦТО и ТЧ МЗ и СЗН. Для выявления факторов риска дисфункции печеночного трансплантата у больных с родственной трансплантацией печени, мы разделили больных на 2 группы. 1-ая группа (n = 43) 48,31% с ранней дисфункцией печеночного трансплантата и 2 группа (n = 46) 51,69% без ранней дисфункции печеночного трансплантата

Результаты. Анализ с помощью пошаговой модели пропорционального риска Кокса, которая продемонстрировал значительную связь развития ранней дисфункцией с состоянием реципиента до проведения ИВЛ (ОШ: 3,43; 95% ДИ: 1,86-6,34; p < 0,01). Что касается других переменных, была статистически значимая связь с развитием ранней дисфункцией и возрастом донора (ОШ: 1,02; 95% ДИ: 1,01-1,02; p < 0,01), статусом донора (ОШ: 2,28; 95% ДИ: 1,62-3,20; p < 0,001), массой донорской печени (ОШ: 3,81; 95% ДИ: 2,79-5,20; p < 0,01) и стеатозом печеночного аллотрансплантата (ОШ: 2,94; 95% ДИ: 2,05-4,24; p < 0,01), СГТ (ОШ: 1,10; 95% ДИ: 1,03-1,18, p = 0,01), объемом перелитых эритроцитов (ОШ: 1,02; 95% ДИ: 1,01-1,03; p = 0,01) и времени операции (ОШ: 1,13; 95% ДИ: 1,04-1,22; p < 0,01)

Выводы. Таким образом, ранняя дисфункция печеночного трансплантата определяет алгоритм лечебных мероприятий и тактику ведения пациента в раннем послеоперационном периоде направленных на стабилизацию клинического состояния больного и профилактику осложнений.

Рузибоев С.А., Мардонов В.Н.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫМИ СПОСОБАМИ

Самаркандский государственный медицинский университет,

Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. г.Самарканд, Узбекистан

Цель. Улучшение результатов лечения больных со спаечной болезнью органов брюшной полости, снижение частоты рецидивов спаечной кишечной непроходимости и изучить возможности лапароскопического адгезиолизиса в хирургическом лечении острой спаечной кишечной непроходимости.

Материалы и методы. Для сравнения эффективности лапароскопического адгезиолизиса нами проанализированы результаты лечения 1988 больных с острой кишечной непроходимостью, в Самаркандском филиале РНЦЭМП в период с 2010 по 2022 гг. Пациенты были в возрасте от 18 до 75 лет (в среднем 56,6±3,7). Среди больных мужчин было 1342 (67,5 %), а женщин – 646 (32,5 %). Из общего числа больных у 1286 (64,7%) диагностирована тонкокишечная, у 702 (35,3%) больных определена толстокишечная непроходимость. Оперативное лечение было применено у 987 больных (49,6%), из них у 706 (71,5%) больных выявлено тонкокишечная и у 281 больных толстокишечная непроходимость.

Результаты и обсуждение. Проводился анализ клинических наблюдений больных с ОКН на основании изучения анамнеза, жалоб больного, данных объективного и инструментального обследования. При поступлении в стационар всем больным выполняли клинический и биохимический анализы крови, рентгенологическое исследование, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости и диагностическую лапароскопию, а при необходимости мультиспиральную компьютерную томографию. Характер оперативных вмешательств: лапаротомия адгезиолизис- 539, лапаротомия резекция кишечника с наложением межкишечного анастомоза- 246, лапаротомия резекция кишечника с выведением кишечного свища-88, лапароскопия адгезиолизис-114, что составило 11,5% из (987) операций по поводу острой спаечной кишечной непроходимости за 2010-2022гг. Больным при необходимости устанавливали перидуральный блок, что позволяло добиться восстановления моторики кишечного тракта в течении ближайших 2 суток.

Почти все больные активизировались на 1-2 сутки. Частота рецидивов после лапаротомии с адгезиолизисом наблюдалось у 129 (23,9%) больных, после лапароскопии с адгезиолизисом у 3 (2,6%) пациентов. Летальных исходов после лапароскопического адгезиолизиса не было. У 1 больного имело место кровотечение из пересеченной спайки, остановленное при повторной лапароскопии. Послеоперационный период составил от 3 до 12 суток (в среднем 6,8

дня).

Выводы: 1. Преимуществами этого вида вмешательства являются малая травматичность, раннее восстановление перистальтики кишечника, ранняя активация больных с уменьшением риска развития спаечной болезни брюшной полости, сокращаются сроки госпитализации. 2. Для лапароскопического адгезиолизиса следует отбирать больных с картиной механической кишечной непроходимости без признаков перитонита, выраженного метеоризма и тяжелого эндотоксикоза, без повторных абдоминальных операций.

Рустамова Д.С., Расулова М.Р.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ

Научный руководитель PhD, доцент Расулова М.Р.

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан.

Цель исследования. Изучение особенностей поражений головного мозга у пострадавших с ожогами различного генеза.

Материалы и методы. Проведено морфологическое исследование коры головного мозга 30 потерпевших с ожогами поверхности тела II-III степени различного генеза. Изучены количество капилляров в поле зрения, количество эритроцитов, длина капиллярного русла, число открытых и спавшихся капилляров, число эритроцитов, приходящихся на единицу длины капилляра.

Результаты. При микроскопическом исследовании коры больших полушарий головного мозга в 20 случаях с неглубоким ожогом (Iст) наблюдалось расширение периваскулярных пространств, набухание эндотелия стенок сосудов, очаговое расширение нейропилия. Ядра нейронов выглядели незначительно набухшими, цитоплазма нормохромная. В 10 случаях исследований с глубоким ожогом (IIIст) просвет мелких артерий выглядел незначительно расширенным с очагами спазма. Мелкие артериолы в большинстве полей зрения были со спавшимися стенками. Отмечено неравномерное расширение их периваскулярных пространств. В капиллярах во всех случаях выявлялось неравномерное кровенаполнение с участками малокровия, определялись участки стаза и сладжирования эритроцитов. Имелись зоны со щелевидным увеличением перикапиллярных пространств на значительных промежутках. Вены на всем протяжении имели участки расширения и сужения просвета, в ряде полей зрения отмечено сладжирование эритроцитов в просветах сосудов. Определено неравномерное набухание стенки и расширение периваскулярных пространств. Белое вещество выглядело незначительно набухшим за счёт проводящих волокон, в целом глиальные клетки однородно располагались по срезу; Только лишь единичные глиальные клетки имели незначительное перичеселлярное расширение пространств.

Выводы. Степень тяжести церебральных расстройств зависит от глубины и площади ожогов, тяжелые морфологические изменения коррелирует с ростом площади ожоговой поверхности и глубины ожоговой раны.

Садиров В.З., Мираков Б.Т., Рахмонов М.Б.

КОРРЕКЦИЯ НЕПРАВИЛЬНО СРАСТАЮЩИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ МЕТОДОМ ОСТЕОКЛАЗИИ

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

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

Цель исследования. Изучить результаты лечения неправильно срастающихся переломов конечностей у детей методом остеоклазии.

Материал и методы исследования. Нами анализированы истории болезни и амбулаторные карты 215 детей с неправильно срастающимися переломами конечностей в возрасте от 3 до 14 лет, которые находились в детском травматологическом отделении НМЦ «Шифобахш». Мальчиков было 120, девочек - 95. Анализ материала показал, что недостаточная иммобилизация и недостаточный контроль часто являлись причиной возникновения угловых смещений при повреждениях конечности, которое нельзя считать допустимым. Лечение детей методом остеоклазии при неправильно срастающихся переломах конечностей, по данным литературы, является эффективным и способствует снижению показаний к оперативным вмешательствам. Коррекция деформаций конечностей (остеоклазия) произведена у 24 детей в возрасте до 3 лет, у 47- от 4 до 6 лет, у 58 от 7 до 10 лет и у 81 ребенка от 10 до 14 лет. Остеоклазия, как метод коррекции, производилась под общим обезболиванием пострадавшим детям с переломами различной локализации: плечевой кости в 17 (7,8%) случаях, костей предплечья - 136 (63,2%), бедренной кости - 24 (11,5%) и костей голени - 38 (17,5%) детей. Первое место по частоте вмешательств занимал дистальный конец предплечья - 38% случаев. В ранние сроки даже небольшое искривление локтевой кости, голени стремились устранить методом остеоклазии. В большинстве случаев решающее значение при определении возможности вмешательства принадлежит рентгенологическому исследованию. Между отломками на рентгенограммах определенное время прослеживается щель, что указывает на еще имеющуюся возможность закрытого вправления деформации.

Результаты исследования. Остеоклазию производили обычно в стационаре. Общее обезболивание было методом выбора. При переломах бедра (24) и плеча (7) производили клиновидную гипсотомию в области углового смещения и остеоклазию неправильно срастающегося перелома. При неправильно срастающихся переломах обеих костей предплечья чаще возникали показания для коррекции только лучевой кости, так как смещение локтевой кости отсутствовало, или было незначительным и обычно наступало полное сращение отломков ее. Показания для исправления деформаций плечевой кости возникали при метафизарных переломах (10). Сроки вмешательства

колебались в значительных пределах и зависели от локализации и характера перелома, величины смещения, возраста ребенка.

Отдаленные результаты показали, что в 97,6% случаев лечения неправильно срастающегося перелома конечностей методом остеоклазии получен хороший результат. Клинических деформаций конечностей не выявлено, движение в суставах было в полном объеме. Осложнений в результате не наблюдали. Только у 5 детей снова наступило смещение фрагментов, отломки возвратились в прежнее положение, что потребовало повторного вмешательства. Причиной смещения была рано снятая гипсовая повязка. У 3 больных сохранилась незначительная деформация предплечья. Следует особо подчеркнуть, что к остеоклазии надо подходить, как ответственному мероприятию. Показания к ней должны быть обоснованы клиническим и рентгенологическим изучением больного

Выводы. 1. Остеоклазия является технически простым и вместе с тем достаточно эффективным, малотравматичным методом устранения неправильно срастающихся переломов конечностей у детей.

2. Своевременная остеоклазия позволяет уменьшать в определенной степени показания для оперативного лечения неправильно срастающегося перелома конечности у детей.

Саидов И.С., Муродов Дж.К., Хамроев М.Ф.

ОДНОМОМЕНТНОЕ УСТРАНЕНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ХОДЕ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЛЕ ПО СПОСОБУ МАРМАРА- ГОЛЬДШТЕЙНА

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

ГУ «Республиканский научный центр сердечнососудистой хирургии»

Научный руководитель - член-корр. НАНТ, д.м.н., профессор Курбанов У.А.

Цель работы. Изучить эффективность перевязки глубокой тыльной вены полового члена при эректильной дисфункции.

Материал и методы. В отделение реконструктивной и пластической микрохирургии ГУ «РНЦССХ» с 2015 года до настоящего времени поступило 43 пациента по поводу варикоцеле, которым было выполнена микрохирургическая операция способом Мармара-Гольдштейна. Среди них у 12 (27,9%) больных одновременно имела место эректильная дисфункция. Возраст больных варьировал от 22 до 32 лет, со средним возрастом 24 года. Эректильная дисфункция – это неспособность мужчины поддерживать достаточный уровень эрекции для осуществления полноценного полового акта. Диагноз подтвердился на основании жалоб больных связанных на вялость, слабость и недостаточная твердость полового члена во время полового акта. Всем больным под общим эндотрахеальным наркозом, под оптическим увеличением (2,5 раза) и с применением прецизионной техники субингуинальным доступом (2,0-2,5см разреза) проводили перевязку глубокой тыльной вены полового члена и одновременно устранили варикоцеле способом Мармара-Гольдштейна. Кроме этого во время операции у 5 (41,7%) пациентов встречались патологические венозные шунты вне системы вены семенного канатика, которые были в последующем перевязаны.

Результаты исследования. Ближайший послеоперационный период у всех 12 пациентов протекал гладко, раны зажили первичным натяжением. Швы были сняты на 10-12 сутки после операции. У всех наблюдавшихся больных в отдаленном периоде в сроки от 6 месяцев до 5 лет при опросе выяснилось удлинение продолжительности полового акта, увеличение количество оргазмов и улучшение психоэмоционального состояния пациентов.

Выводы. Таким образом, перевязка глубокой тыльной вены полового члена для устранения эректильной дисфункции ликвидирует венозную недостаточность и создаёт ограничения патологического сброса крови из кавернозных тел во время эрекции, который продлевает продолжительность и полноценность эрекции.

Саидова Ф.Ф., Муродов Ш.Д., Шоев М.Д.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАСЛА ЧЕРНОГО ТМИНА У БОЛЬНЫХ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ахорова З.А.

Цель исследования. Оценка эффективности «Масло черного тмина» у больных с аллергическим ринитом.

Материал и методы. В период с 2022 по 2023 годы в исследование были включены 48 больных в возрасте от 15 до 58 года. У 32 пациентов был диагностирован сезонный аллергический ринит (САР), у 16 – круглогодичный (КАР). Больные с САР жаловались на чихание, зуд в носу, обильные выделения из носа и заложенность носа. При КАР больные предъявляли жалобы на постоянную заложенность носа и ринорею. Противоаллергическая терапия Маслом черным тмином в виде капсулы назначалась внутрь в период обострения аллергического ринита по 3 капсулы 2 раза в сутки во время еды с 50мл воды в течение 10 дней (основная группа). В качестве сравнения взяли контрольную группу, что составили 25 пациентов, которым проводили традиционные методы лечения с применением антигистаминного препарата диазолин по 1 таблетке 1 раза в день в течение 10 дней ночью перед сном. С целью выяснения влияние проводимой терапии на функциональное состояние слизистой полости носа в динамике изучали дыхательную, обонятельную и транспортную функцию мерцательного эпителия носа.

Результаты исследования. При поступлении пациенты жаловались на заложенность носа одностороннего или двустороннего характера, обильное выделение (ринорея) из носа от слизистого до серозного или серозно-гнояного, зуд в носу, пароксизмальные чихания, нарушение сна и головные боли. А также, больные предъявляли жалобы на потерю аппетита, раздражительность и длительное использование сосудосуживающих препаратов. При

риноскопическом осмотре отмечались бледноватая, синюшная, бледно-синюшная или мраморная окраска слизистая оболочка полости носа, набухлость нижних носовых раковин, слизисто-водянистые выделения в носовых ходах. Нарушение обоняния в виде гипосмии выявлены почти у всех обследованных больных. В качестве основного препарата для терапии аллергического ринита использовали средства растительного происхождения «Масло черного тмина» для приема внутрь. Каждый обследованный пациент применял данный препарат по 3 капсулы 2 раза в сутки во время еды с 50 мл воды с продолжительностью курса 10 дней. Оценку эффективности препарата дали после 3-ой сутки лечения. Отек слизистой носа и набухлость носовых раковин уменьшались на 5 – 7 сутки наблюдения с постепенным и значительным восстановлением дыхания. По мере этого постепенно восстановились обонятельная и транспортная функции мерцательного эпителия носа у всех больных.

Выводы. Исследование показало, что применение препарата «Масло черного тмина» из группы растительного происхождения, по сравнению с традиционным методом терапии, позволяет более эффективно и безопасно за максимально короткие сроки лечения достичь полной ремиссии аллергического процесса в слизистой полости носа у пациентов с аллергическим ринитом.

Саидхонов Э.М., Ахророва М.С.

ИЗМЕНЕНИЕ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ЮНОШЕСКОЙ ГЛАУКОМЕ ПОД ВЛИЯНИЕМ ЛАТАНОПРОСТА

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

НМЦ РТ «Шифобахш»

Научный руководитель – старший преподаватель Халимова З.С.

Цель исследования. Исследовать влияние латанопроста на зрительные функции и рефракцию при начальных стадиях юношеской открытоугольной глаукомы.

Материал и методы. Нами было исследовано 3 пациента (6 глаз) в возрасте от 18 до 21 года с двусторонней юношеской глаукомой. Пациенты обратились к офтальмологу с жалобами на снижение остроты зрения. При обследовании, острота зрения в среднем составила $0,3 \pm 0,1$, рефрактометрия на пике циклоплегии, показала наличие миопической рефракции (в среднем $-1,5 \pm 0,25$ диоптрий). Внутриглазное давление составило в среднем 27 ± 1 мм рт.ст. (по Маклакову), на глазном дне отмечено расширение физиологической экскавации. Поле зрения (проведено при помощи компьютерной периметрии) сужено по всем меридианам от 10 до 20 градусов. При гониоскопии, угол передней камеры открыт, у всех исследуемых. На оптической когерентной томографии зрительного нерва отмечалось истончение нервных волокон характерное для глаукоматозного процесса. Всем пациентам было рекомендовано применение глазных капель латанопроста 0,005% по 1 капле перед ночным сном в течение 3 месяцев.

Результаты исследования. По итогу трехмесячного непрерывного гипотензивного режима, у всех трех пациентов была отмечена положительная динамика зрительных функций. Острота зрения в среднем составила $0,85 \pm 0,1$. Манифестная рефракция (без циклоплегии) в среднем $-0,5 \pm 0,25$ диоптрий. Внутриглазное давление снизилось до толерантных величин и составило в среднем 18 ± 1 мм рт. ст. (по Маклакову). Поле зрения (проведено при помощи компьютерной периметрии) увеличилось от 5 до 8 градусов по всем меридианам. По итогам анализа повторной оптической когерентной томографии отмечена стабилизация истончения нервных волокон, за 3 месяца прогрессирования атрофического процесса нет. Осложнений и побочных эффектов от применения латанопроста у пациентов отмечено не было.

Выводы. Следует учесть, что юношеская открытоугольная глаукома достаточно редкая патология и внезапная миопизация может быть одним из признаков данного процесса. Это можно связать с оводнением оптических сред глаза (в частности хрусталика), увеличением их преломляющей способности при высоком внутриглазном давлении.

Результаты проведенного исследования показали, что применение латанопроста позволяет стабилизировать глаукоматозный процесс у обследованных пациентов и приводит к улучшению зрительных функций. Латанопрост обладает пролонгированным эффектом, не дает выраженных побочных эффектов и осложнений при длительном применении, что позволяет рекомендовать данный препарат к применению в практике офтальмолога.

Сайдалиева Д.А.

ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПОТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

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

Научный руководитель – академик НАНТ, д.м.н., проф. Додхоева М.Ф.

Цель исследования. Изучить частоту и структуру гнойно-воспалительных заболеваний после консервативного и хирургического лечения послеродовых кровотечений.

Материал и методы исследования. Был произведен анализ 16 случаев послеродового кровотечения у рожениц, ранний послеродовый период которых осложнился гипотонией матки. Роды у всех происходили естественным путём. Для анализа использованы истории родов, карты наблюдения, партограмма и наркозная карта. Исследования проведены в городском родильном доме №1, который является клинической базой кафедры акушерства и гинекологии №1, в период 2021-2022 гг. Исследуемые женщины были распределены на следующие группы: I – роженицы с кровотечением после самостоятельных родов, с целью остановки кровотечения которых использованы консервативные методы гемостаза и II – роженицы с кровотечением после самостоятельных родов, для окончательной остановки которых были наложены гемостатические швы по Б-Линчу, т.е. хирургический метод гемостаза.

Результаты исследования. Из 16 наблюдаемых женщин в возрасте до 20 лет, т.е. юного репродуктивного

возраста было 12,5% (2 сл.), в активном репродуктивном возрасте-81,2% (13 сл.) и позднем - 6,2% (1 сл.). Первородящих и повторнородящих было в одинаковом количестве - 37,5% (6 сл.) соответственно и многорожавших- 25,0% (4 сл.). Течению настоящей беременности сопутствовали в 50,0% (8 сл.) анемия, в 93,7% (15 сл.)- хронический пиелонефрит, в 56,2% которых было обострение к концу беременности, в 37,5% (6 сл.) - хронический бронхит и у всех женщин при беременности наблюдался ОРВИ в различные сроки беременности, в 56,2% (9 сл.) - диффузное увеличение щитовидной железы, кольпит - 18,7% (3 сл.) и др.

Данная беременность закончилась срочными родами в 62,5% (10 сл.), преждевременными - в 31,2% (5 сл.) и в 6,25% (1 сл.) запоздалыми родами. В 12,5% (2 сл.) беременность и роды осложнились дородовым разрывом плодных оболочек, безводный период колебался от 31 ч. до 35 ч. Осложнения во время беременности и родов, которые послужили как факторы риска развития гипотонических кровотечений, были следующие: гипертензивные нарушения в 56,2% (9 сл.), многоплодная беременность - 33,3% (5 сл.), многоводие - 18,7% (3 сл.) и хориоамнионит - 13,3% (2 сл.) и крупный плод - 6,7% (1 сл.).

Гипотоническое кровотечение после самостоятельных родов, отмечалось во всех 16 (100%) случаях, всем проведено консервативное лечение согласно Национальным стандартам. В 62,5% (10-х сл.) консервативные методы гемостаза оказались эффективными (I группа), в 37,5% (6 сл.) - без эффекта (II группа). Последним с целью гемостаза были наложены гемостатические швы по Б-Линчу, которые оказались эффективными. Общая кровопотеря составила от 500,0 мл до 1800,0 мл. ДВС у рожениц с гипотоническим кровотечением был диагностирован у половины - 50,0%. Использованные инвазивные вмешательства во время родов были амниотомия в 50,0% (8 сл.) ввиду тяжелой преэклампсии в 18,7% (3 сл.) - двойня, эпидуральное обезболивание в 25,0% (4 сл.). В 37,5% (6 сл.) были обнаружены травмы родовых путей. Гнойно-воспалительные осложнения развились у 31,2% (5 сл.) рожениц, в том числе в 40,0% в I-й группе и в 60,0% во II-й группе. Это был метроэндометрит, который развился на 3-6-е сутки после родов, в сочетании с гематометрой в 12,5% (2 сл.), инфильтрация швов над апоневрозом в 1-м случае, хориоамнионит в родах в 2-х случаях, обострение хронического пиелонефрита был установлен в 2 сл. и пневмония в 3 сл.

Выводы. Таким образом, результаты исследований 16 рожениц, ранний послеродовой период которых осложнился гипотоническим кровотечением, и с целью остановки кровотечения, которым были использованы как консервативные, так и хирургические методы гемостаза, показали достаточно высокую частоту развития гнойно-воспалительных заболеваний и их факторов риска в обеих группах с преобладанием развития инфекции в группе с хирургическим гемостазом.

Сайдалиева Д.А., Салимова З.Дж.

ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОСЛЕ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ШВА НА МАТКЕ

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

Научный руководитель - академик НАНТ, д.м.н. профессор Додхоева М.Ф.

Цель исследования. Изучить частоту и структуру гнойно-воспалительных заболеваний после гемостатического шва на матке при осложненных кровотечениях родах и кесаревом сечении.

Материал и методы исследования. Ретроспективный и проспективный анализ 42-х историй родов женщин, родоразрешенных через естественные родовые пути и абдоминальным путём, роды которых осложнились кровотечением по различным причинам, и которым с целью окончательного гемостаза и сохранения матки, были наложены гемостатические швы по Б-Линчу. Исследования проведены в родильном доме №1, который является клинической базой кафедры акушерства и гинекологии №1, в период 2020-2022 гг. Анализ проведен по специально составленной анкете, где учитывались медико-социальные и другие факторы случая. Исследуемые были распределены на следующие группы: I - родильницы с кровотечением после самостоятельных родов, II - родильницы с кровотечением во время кесарева сечения и III - родильницы с кровопотерей 500,0 мл и более до 1000,0 мл во время операции кесарева сечения.

Результаты исследования. Из 42-х исследованных женщин, в возрасте до 20 лет, т.е. юного репродуктивного возраста было 3 сл. (7,1%), в активном репродуктивном возрасте 34 сл. (80,9%) и позднем - 5 сл. (11,9%). Первородящих было 19 сл. (45,2%), повторнородящих 16 сл. (38,1%) и многорожавших было 7 сл. (16,7%). Отягощенный акушерский анамнез был установлен у преимущественно женщин, в том числе не развивающаяся беременность у 5 сл. (11,9%), кесарево сечение по поводу обструктивных родов, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты и других осложнений было у 10 пациенток, т.е. у каждой 4-й. На самопроизвольные выкидыши в анамнезе указали 7 (16,7%) женщин. У 4-х (9,5%) была установлена аномалия развития матки. Это седловидная матка и двурогая матка. Срочные роды произошли у 34-х (80,9%) пациенток, преждевременные - 8 (19,1%). Осложнения в родах, которые послужили как факторы риска, были следующие: обструктивные роды - 9 сл. (21,4%), затянувшие роды - 5 сл. (11,9%), дородовый разрыв плодных оболочек - 7 сл. (16,7%), при этом длительный безводный период более 12 часов было установлено у 4-х (9,5%), травма родовых путей - у 4-х (9,5%). В одном случае была установлена антенатальная смертность плода и в одно - интранатальная смертность. Следовательно, у 31-й родильницы имели место факторы риска развития гнойно-воспалительных заболеваний. Структуру кровотечения составляли в 8 сл. (19,1%) гипотоническое кровотечение после самостоятельных родов, 34 (80,9%) во время кесарева сечения, в том числе 10 (23,8%) - гипотоническое кровотечение во время операции кесарева сечения и кровопотеря более 500,0 мл и до 1000,0 мл - 24 сл. (57,1%). Общая кровопотеря составила от 500,0 мл. до 2500,0 мл. С целью гемостаза, сохранения матки и репродуктивной функции всем 42-м родильницам были наложены гемостатические швы по Б-Линчу. Гнойно-септические осложнения развились всего у 8 (19,1%) родильниц, в том числе в I-й группе - у 4-х, во II - й группе - у 3-х и в III - й группе - у 1-х родильниц. Структуру гнойно-септических осложнений составили метроэндометрит в 4-х случаях (9,5%), инфильтрация швов на матке - в 4-х сл. (9,5%), надпуповничная нагноившая гематома - в 2-х сл. (4,8%) и в одном случае был

диагностировано обострение хронического пиелонефрита.

Выводы. Таким образом, результаты исследований 42-х родильниц, роды которых осложнились кровотечением и которым с целью гемостаза, сохранения матки и репродуктивной функции были наложены гемостатические швы по Б-Линчу, показали достаточно высокую частоту развития гнойно-воспалительных заболеваний и их факторов риска у исследуемого контингента.

Сайдалиева Д.А.

ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ МАТКИ ВСЛЕДСТВИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ В РОДАХ

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

Научный руководитель – академик НАНТ, д.м.н., профессор Додхоева М.Ф.

Цель исследования. Изучить частоту и структуру гнойно-воспалительных заболеваний после ампутации матки при осложненных кровотечениями родах.

Материал и методы исследования. Проведен проспективный анализ 15 историй родов женщин, родоразрешенных через естественные родовые пути и абдоминальным путём, роды которых осложнились кровотечением по различным причинам, и которым с целью окончательного гемостаза, были проведены ампутации матки. Исследования проведены в родильном доме №1 и на кафедре акушерства и гинекологии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино в течение 2022 года. Исследуемые были распределены на следующие группы: I – родильницы с кровотечением после самостоятельных родов – 2 сл., II – родильницы с кровотечением во время кесарева сечения – 13 сл.

Результаты исследования. Из 15 исследованных женщин, в возрасте до 20 лет, т.е. юного репродуктивного возраста было 13,3% (2 сл.), в активном репродуктивном возрасте – 33,3% (5 сл.) и позднем – 53,3% (8 сл.). Первородящих было 13,3% (2 сл.), повторнородящих – 33,3% (5 сл.), многорожавших – 53,3% (8 сл.). Отягощенный акушерский анамнез был установлен у преимущественно женщин, в том числе неразвивающаяся беременность в 20% (3 сл.), кесарево сечение по поводу обструктивных родов, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты и других осложнений было в 53,3% (8 сл.), т.е. у каждой 2-й пациентки. На выскабливание полости матки по различным причинам в анамнезе указали 33,3% (5 сл.) женщин. Настоящая беременность закончилась срочными родами в 53,3% случаев, преждевременными – в 46,7% сл. Осложнения во время беременности и родов, которые послужили как причина кровотечения, были следующие: предлежание плаценты – 33,3% (5 сл.), ПОНРП – 20% (3 сл.), многоплодная беременность – 13,3% (2 сл.), обструктивные роды – 6,7% (1 сл.). Структуру патологического кровотечения составили в 13,3% (2-х сл.) гипотоническое кровотечение после самостоятельных родов, в 20% (3-х сл.) – во время операции кесарева сечения, частичное интимное прикрепление плаценты у 33,3% (5 сл.), полное интимное прикрепление у 6,7% (1 сл.). Антенатальная смертность плода была установлена у 13,3% (2-х сл.) пациенток. Общая кровопотеря составила от 500,0 мл. до 4000,0 мл. ДВС встречался в 60% (9 сл.) и матка Кувелера в 13,3% (2 сл.). У 2-х пациенток (13,3%) отмечался геморрагический шок. С целью гемостаза и сохранения жизни матери 15 родильницам были проведены органосохраняющие операции, как ампутация матки – в 73,3% (11 сл.), надвлагалищная ампутация матки без придатков и в 26,7% (4 сл.) – надвлагалищная ампутация матки с придатками с одной стороны. Релаксация произведена в 13,3% (2-х сл.), показаниями к которому явились ДВС в сочетании с подпеченочной гематомой и HELLP-синдром. Гнойно-воспалительные осложнения развились у 33,3% (5 сл.) родильниц, в том числе в I-й группе – у 2-х, во II-й группе – у 3-х. Причинами этих осложнений были перикюпитит на 6-е сутки после родов, инфильтрация швов на культе в 13,3% (2-х сл.), инфильтрация швов над апоневрозом в 1-м случае, хориоамнионит в родах в 1 случае, и перитонит в 1-х сл.

Выводы. Таким образом, результаты исследований 15 родильниц и анализ их историй родов, которые осложнились кровотечением, и которым с целью гемостаза и сохранения жизни матери была проведена ампутация матки, показали достаточно высокую частоту развития гнойно-воспалительных заболеваний. По всей вероятности, это связано с множеством факторов риска у исследуемого контингента, тяжестью течения осложнений и экстренностью проводимых оперативных вмешательств.

Сайдахмадов Ш.Б., Саидова Ф.А., Саидов М.А.

ТРОМБОЦИТАРНАЯ МАССА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Джонибекова Р.Н

Цель. Хирургические методы лечения одонтогенных кист челюстно-лицевой области с применением тромбоцитарной массы.

Материал и методы. В ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в отделении детской ЧЛХ г. Душанбе за период с 2018 по 2022 г. под наблюдением находилось 60 больных с кистозными образованиями челюстных костей. В возрасте от 5 до 17 лет, мальчиков – 35, девочек – 25.

По результатам обследования больных диагноз радикулярная киста был установлен 45 (75%) больных, и у 15 (25%) больных обнаружена фолликулярная киста. При лечении больных с кистозными образованиями челюстных костей нами использована тромбоцитарная масса для запечатывания костных полостей из собственной крови больного для регенерации после цистэктомии и цистотомии.

Результаты исследования. Наше наблюдение оперированных больных по предложенной нами методике с

применением тромбоцитарной массы из собственной крови больного показывает о преимуществах такой тактики, позволяющей получить селективный остеогенез в оперируемой зоне с формированием собственного костного регенерата в течение 6-8 месяцев.

Выводы. На основании проведенных нами клинических исследований приходим к выводу, что тромбоцитарная масса ускоряет заживление раны, образует быструю минерализацию костной ткани и применение факторов роста непосредственно в области раны позволяет ускорить созревание кости за счет стимулирования костеобразующих тканей.

Сайдахмадова О.З., Муртазоева Я.Г., Назарзода Н.Х.
БОЛЕЗНЬ ШТАРГАРДТА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра офтальмологии ТГМУ имени Абуалиибни Сино
Республиканский центр патологии сетчатки НМЦ РТ «Шифобахш»
Научный руководитель- ассистент кафедры, к.м.н. Юнусова З.И.

Цель исследования. Определить пол и регион с наиболее высокой частотой распространенности синдрома Штаргардта в Республике Таджикистан.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили амбулаторные карты больных, находящихся на учете в Республиканском центре патологии сетчатки Государственного учреждения Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш». Были проанализированы карты 26 (52 глаза) пациентов с болезнью Штаргардта за период 2019-2023 годы.

Всем больным были проведены следующие офтальмологические обследования: визометрия, периметрия, офтальмоскопия, тонометрия, ОКТ макулы и СНВС диска зрительного нерва.

Результаты исследования. Из 26 проанализированных карт - 15 женщин (30 глаз) - 57,7% и 11 мужчин (22 глаза) - 42,3%. Возраст больных составил от 1 до 40 лет. Все больные находятся на диспансерном учете в условиях Республиканского центра патологии сетчатки ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». По регионам проживания они были разделены на следующие группы: 1. г. Душанбе - 2 человека (4 глаза) - 7,7%, 2. Районы республиканского подчинения - 21 человек (42 глаза) - 80,8%, 3. Хатлонская область - 3 человека (6 глаз) - 11,5%. Больные от 1 до 20 лет составили 14 человек (28 глаз) - 53,8%, от 21 до 30 лет - 7 человек (14 глаз) - 27% и от 31 до 40 лет - 5 человек (10 глаз) - 19,2%.

Выводы. Болезнь Штаргардта чаще встречается у женщин (57,7%), по регионам наибольший процент (80,8%) составил в РРП, что требует дальнейшего исследования в этом направлении.

Саймуддинов А.С., Бурихони Н., Мираков Б.Т.
ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ КОКЦИГОДЕНИИ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – асс.каф. Мухамедова И.Г.

Цель работы. Изучить эффективность комплексной консервативной терапии и оперативного лечения больных с анокопчиковой болью.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 53 больных с приступообразными или постоянными болевыми ощущениями различной степени интенсивности в зоне копчика - 49 (94,4%) женщин и 4 (5,6%) мужчин, в возрасте 16-58 лет. При этом усиление болевого синдрома отмечалось при сидении, в положении стоя или при ходьбе – то есть, при изменении положения тела и акте дефекации. Длительность болевого синдрома варьировала от 3 дней до нескольких лет. Травма в результате падения отмечена в 40 (75,5%) случаях, у 4 (7,5%) женщин во время родов. В 9 (17%) случаях кокцигодения была нейродистрофического и идиопатического характера. При пальпации определялась подвижность или неподвижность копчика и наличие болевого синдрома. В течение 8-10 недель в 46 (86,8%) случаях получали комплексную консервативную терапию, включающую - нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), трофостимулирующие, центральные миорелаксанты, препараты улучшающие кровообращение и регенерацию хрящевой ткани, микроклизмы с настоем ромашки, физиопроцедуры на болевые точки. С целью снятия болевого синдрома проводили околокопчиковую новокаиновую блокаду по А.М.Аминеву.

Результаты исследования. Полное купирование болевого синдрома в результате консервативного лечения отметили у 30 (93,7%) больных. Уменьшение интенсивности боли наблюдалось в 2 (6,3%) случаях. Оперативное лечение проведено 9 (17%) больным с угловой деформацией копчика, 5 (9,4%) с неправильно сросшимся переломом после безуспешного консервативного лечения и 7 (13,2%) - с вывихом копчиковых позвонков. Произведена кокцигэктомия 17 (81%) больным на уровне вывиха или сегментарной деформации, которая способствовала полному устранению болевого синдрома. В 3 (14,3%) случаях в послеоперационном периоде возникло осложнение, в виде нагноения послеоперационной раны. Купирование гнойно-воспалительного процесса способствовало заживлению раны вторичным натяжением. У 1 (4,7%) больной развился рецидив заболевания, в результате было проведено повторное вмешательство – тотальное удаление оставшейся части копчика. У другой больной через 1,5 месяца открылся свищ с отделяемым сукровичного характера, который по ходу перевязок закрылся. В отдаленные сроки (от 1 года до 3 лет) у всех больных признаки болезни отсутствовали.

Выводы. Таким образом, своевременное комплексное консервативное лечение кокцигодении обеспечивает положительные результаты в 60,4%. Оперативное лечение способствовало устранению боли и улучшению качества жизни больных в 80,9%.

Сак Н.В., Сак В.Н.

ИЗУЧЕНИЕ БИОСОВМЕСТИМОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ТАМПОНАДЫ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА У ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ

Кафедра оториноларингологии и глазных болезней учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет». Беларусь.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Хоров О. Г.

Цель исследования. Усовершенствование методики ведения пациентов в раннем послеоперационном периоде, путем применения тампона из целлюлозы для тампонады уха.

Материал и методы. Выполнено цитологическое исследование мазков отпечатков наружного слухового прохода лабораторных животных.

После выполнения миринготомии, в слуховой проход кроликам породы Шиншилла, помещались различные виды тампонов - тампон из целлюлозы, тампон Merocel, тампон из марли. На 7-е, 14-е и 21-е сутки после операции исследовались раневые отпечатки наружного слухового прохода лабораторных животных. Оценивали в динамике изменения клеточных элементов в очаге воспаления в каждой группе.

Основные компоненты цитогрaмм, которые исследовались, это – флора, кератинизированные эпителиоциты, нейтрофильные лейкоциты, эритроциты, фибрин, пролиферирующий эпителий. Цитогрaммы разделили по степени выраженности воспаления на три уровня: малое (+), умеренное (++) и выраженное (+++). Всего было изготовлено и проанализировано 42 препарата.

Результаты исследования. Цитогрaммы, полученные на 7-е сутки проведения эксперимента, характеризовались наличием умеренного количества полиморфной флоры (++) в препаратах с использованием тампонов из целлюлозы и марли, и умеренным количеством кератинизированных эпителиоцитов (++) во всех группах. В цитогрaммах, с использованием тампонов Merocel, флора отсутствовала.

Существенных различий между цитогрaммами на 14-е сутки отмечено не было, во всех группах наблюдалась обильная полиморфная флора (+++), умеренное число кератинизированных эпителиоцитов (++) , появление нейтрофильных лейкоцитов до 5 в поле зрения (++) и появление эритроцитов (++) в препаратах с применением тампонов из целлюлозы и марли, единичные эритроциты (+) в препаратах с применением тампона - Merocel.

На 21-е отмечается значительное снижение количества флоры и нейтрофильных лейкоцитов в цитогрaммах с использованием тампонов из целлюлозы, вплоть до их отсутствия. В цитогрaммах с использованием марли, степень выраженности флоры уменьшилась с (+++) до (++) , лейкоциты отсутствовали. Однако в препаратах, с использованием тампонов Merocel, отмечен рост полиморфной флоры до выраженной степени (+++). Умеренное количество кератинизированных эпителиоцитов (++) в трех группах сохранилось.

В контрольной группе цитогрaммы были представлены кератинизированными эпителиоцитами в слабой (+) и умеренной (++) степени выраженности.

Выводы. Целлюлоза является биоинертным материалом, а тампон из целлюлозы - безопасным, не вызывающим нарушений гомеостаза и выраженной местной реакции в слуховом проходе кролика.

С учётом полученных экспериментальных данных и успешного опыта применения в других областях хирургии, целлюлоза может рассматриваться в качестве материала для изготовления тампона для тампонады наружного слухового прохода.

Салимов Ф.М., Шарипов Ф.А.

ЛЕЧЕНИЕ ВЕНОЗНО-КАВЕРНОЗНЫХ ГЕМАНГИОМ СЛОЖНОЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

¹Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

²ГУ Республиканский научный центр сердечнососудистой хирургии.Таджикистан

Научный руководитель - д.м.н.профессор Султонов Дж.Д.

Цель. Выработка оптимальной тактики хирургического лечения венозно-кавернозных гемангиом (ККГ) критической анатомической локализации (КАЛ) у детей раннего возраста.

Материал и методы. За период с 2016 по апрель 2022 гг. было обследовано 23 ребенка в возрасте от 6 месяцев до 7 лет. Мальчиков было 12 (52,1%), девочек - 11 (47,8%). В 3-х случаях (23%) гемангиома была диагностирована с момента рождения ребенка. В остальных случаях (76,9%) заболевание развилось в сроках от 1,5 месяца до 1 года после рождения.

Основным методом обследования явились клиничко-анамнестические данные и результаты дополнительных методов исследования (дуплексное ангиосканирование в доплеровском режиме).

Результаты. Анализ результатов исследования установил, что преимущественно гемангиомы располагались в области щёк - у 14 больных (60,8%), носа - у 7 больных (30,6%) и на подбородке – у 2 больных (8,6%). Такое преимущество, на наш взгляд, объяснимо особенностями ангиоархитектоники данной анатомической локализации. Во всех случаях первым этапом выполнялась флeбoсклерoоблитерация гемангиом. Первичное проведение склерозирующей терапии позволяло в значительной степени уменьшить размеры гемангиом и сократить зону сосудистого поражения. Вторым этапом, спустя 2-3 недели после склерозирующего лечения, было произведено иссечение гемангиом с соблюдением принципов косметической хирургии. Ни в одном случае осложнений не отмечено.

Следует отметить, что данная лечебная тактика оправдана лишь в случаях, когда имеет место верифицированная венозно-кавернозная гемангиома. Во всех других случаях выполнение предварительного

склерозирования чревато развитием тромбозомболических или некробиотических осложнений. Период диспансеризации составил от 1,5 до 3-х лет.

Заключение. Таким образом, отказ от традиционного хирургического лечения ККГ КАЛ у детей раннего возраста в пользу поэтапной склеротерапии, с последующей хирургической ликвидацией дефектов, с соблюдением принципов эстетической хирургии является высокоэффективным альтернативным методом лечения в связи с отсутствием при этом рубцовых деформаций, не вызывают трудностей социальной адаптации в отдалённых сроках после операции.

Салимова З. Дж.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуалииби Сино, Таджикистан.

Научный руководитель – академик НАНТ, д.м.н. профессор Додхоева М.Ф.

Цель. Изучить факторы риска развития преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

Материалы и методы. Проанализированы 95 истории родов беременных и рожениц, поступивших в городскую родильный дом №1 г. Душанбе по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты в период 2020-2022 гг.

Результаты исследований. Анализ показал, что из 95 случаев преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (ПОНРП) 12 беременных и рожениц поступили с полной ПОНРП и 83 – с частичной. 24,2% случаев отслойки плаценты была зарегистрирована зимой, 25,3% - весной, 28,4% - летом и 22,1% - осенью. Возраст поступивших беременных и рожениц колебался в диапазоне 18 – 41 год, средний возраст составил $29,8 \pm 4,7$ лет. Возраст 3-х пациенток соответствовал юному репродуктивному периоду, в 70,5% (67) случаев женщины были в активном и в 26,3% (25) – в позднем репродуктивном периодах. Причём, удельный вес пациенток в возрасте 25-29 лет был наиболее высоким, составляя 28,4%. Срок беременности при поступлении в стационар соответствовал 22 до 41 неделям. Из них недоношенный срок был диагностирован в 34,7% (33) сл. Средний срок беременности составил $35,8 \pm 3,1$ недели. Из общего числа беременных и рожениц 73,6% (70) оказались домохозяйками, 18,9% (18) сл. – работницы. Масса тела пациенток колебалась в пределах 41-107 кг, в среднем $61,1 \pm 13,8$, индекс массы тела 55,5% соответствовал более 26,1, т.е. избыточной или ожирение. Первородящих было 15сл. (15,8%), повторнородящих (2-3 роды) – 34сл. (35,8%) и многорожавших (4 и более) 46сл. (48,4%). Среди сопутствующих и экстрагенитальных заболеваний, наиболее часто был установлен хронический пиелонефрит - 42сл. (44,2%), диффузное увеличение щитовидной железы - 38сл. (40%), анемия - 15сл. (15,8%), варикозная болезнь - 12сл. (12,6%) и гломерулонефрит бсл. (6,3%). Из репродуктивного анамнеза выяснилось, что 41,0% женщин в прошлом имели от 1 до 4-х самопроизвольных выкидышей. При настоящей беременности у 12,6% беременность протекала на фоне угрозы прерывания. Многоводие было диагностировано у 8,4%, ранний токсикоз 47,4% и дородовый разрыв плодной оболочки 14,7%. Из 95 сл. у 41 пациентки (43,2%) ПОНРП произошла на фоне гипертензивных нарушений, в том числе тяжелой преэклампсии 21сл. (22,8%), умеренной преэклампсии - бсл. (6,3%) и гестационной гипертензии – 14сл. (14,7%).

Выводы. Таким образом, результаты исследований показали высокую частоту экстрагенитальной патологии, как заболевания почек, диффузное увеличение щитовидной железы и анемии, многоводие, частые беременности и роды, невынашивания в анамнезе и гипертензивные нарушения при беременности, которые наблюдались отдельно и в сочетании. Кроме того, удалось установить сезонный характер осложнения, которое наиболее часто наблюдалось в зимне-весенний и летний периоды, а тяжёлая форма – в зимний. Следовательно, вышеперечисленные параметры можно считать факторами риска развития ПОНРП, что подтверждается данными литературы.

Салимова З. Дж., Сайдалиева Д.А.

АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКОЙ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

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

Научный руководитель – академик НАНТ, д.м.н., профессор Додхоева М.Ф.

Цель. Изучить акушерские и перинатальные исходы у женщин с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты.

Материалы и методы. Ретро- и проспективному анализу были подвергнуты 95 историй родов беременных и рожениц, поступивших в городскую родильный дом №1 г. Душанбе по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты в период 2020-2022 гг.

Результаты исследований. С целью изучения акушерских и перинатальных исходов, все женщины были разделены на 2 группы: 12 случаев (12,6%) с полной ПОНРП, 83 случая (87,4%) - с частичной ПОНРП. Срок беременности, при котором были госпитализированы женщины соответствовали в 6,3% случаев 24-28 неделям, в 12,6% - 29-32 нед., в 26,3% - 33-36 нед., 51,6% - 37-40 нед. и в 3,1% - 41 нед. и более. Установлено, что в 65,3% (62) случаев беременность завершилась своевременными родами, а в 34,7% (33) - преждевременными. При этом, самопроизвольные роды составили 14,7%, 85,3% беременных и рожениц были родоразрешены операцией кесарева сечения в экстренном порядке. Во время операции кесарева сечение у 50 (52,6%) было диагностировано гипотоническое кровотечение. В 10 сл. (10,5%) наложены швы по Б-Линчу, в 4-х случаях из-за сочетания

гипотонического кровотечения с коагулопатическим, была произведена надвлагалищная ампутация матки. Остальные случаи острого ДВС, а их было 21 (22,1%) сл., удалось корригировать консервативно. Объем кровопотери до 500,0 мл у 13,7% (13 сл.), 501,0 – 1000,0 мл 68,4% (65 случаев), 1001,0 -1500,0 мл 10,5% (10 случаев), 1501,0 – 2000,0 мл - 5,3% (5 случаев) и более 2000,0 мл- 2,1% (2 случая). Перинатальные исходы были неудовлетворительны. Масса плодов с 500,0 г до 2600,0 были зарегистрированы в 42 случаях, более 2600,0 - 40 случаях. Внутриутробная задержка развития плода после родов была диагностирована у 44,2% новорожденных. В асфиксии различной степени родились 83,1% новорожденных. Антенатальная гибель была установлена в 10,5% случаях, интранатальная – в 3,1% случаев. Из перинатальных патологий внутриутробная инфекция была установлена в 9,5% (9 случаев), энцефалопатии - в 27,4% (26 случаев), эмбриофетопатии - в 2,1% (2 случая) и дыхательная недостаточность – в 11,6% (11 случаев).

Выводы. Таким образом, полученные результаты исследований ещё раз подтвердили, что и на современном этапе преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты всё ещё остаётся самым грозным осложнением беременности и родов, способствующим массивному кровотечению, зачастую коагулопатического характера, требующего радикального вмешательства, неотложную помощь как матери, так и новорожденному. Высока при этом осложнении перинатальная патология, ante- и интранатальная смертность. Следовательно, разработка мероприятий по профилактике и ведению беременных и рожениц с ПОНРП на современном этапе является первоочередной проблемой и актуальной, чтобы предотвратить материнскую и перинатальную заболеваемость и смертности.

Салимова З.Н., Мирзоева Ш.М.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРЕНАТАЛЬНОМ РАЗВИТИИ ПЛОДОВ У ЖЕНЩИН С АНЕМИЕЙ И МНОГОРОЖДЕНИЕМ В АНАМНЕЗЕ

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ТГМУ им.Абуали ибни Сино.

Научный руководитель - к.м.н. Коимдодова Б.К.

Цель исследования. Оптимизировать алгоритмы прогнозирования и профилактики плацентарной недостаточности у беременных с анемией и многорождением в анамнезе.

Методы исследования. Для выполнения поставленной цели проведен ретроспективный анализ. Ретроспективно изученные случаи включали истории родов женщин с многорождением в анамнезе (211 случаев) и истории родов женщин с нормальным паритетом (626 случаев). Среди них анемия легкой степени диагностирована у 371 женщин с нормальным паритетом и у 144 многорожавших женщин, анемия средней степени тяжести. Всем женщинам были проведены: акушерское исследование, общеклинические, лабораторные, биохимический анализ крови, ультразвуковое исследование, гистологический метод исследования.

Результаты. Все обследованные женщины группы сравнения имели в анамнезе 1-3-е родов, основной группы имели в анамнезе 4 и более родов: 4 родов -(52,9%), 5 родов -(39,7%), 6 родов - (7,4%) женщин. Анемия легкой степени диагностирована у 371 женщин. Женщин с анемией и многорождением в анамнезе отмечалось достоверное повышение частоты таких осложнений беременности, как преэклампсия и дородовый разрыв плодных оболочек. Частота нарушений кровотока в системе мать- плацента- плод и СЗРП в обеих группах была примерно одинаковой. Частота абдоминального родоразрешения у женщин с анемией и многорождением была достоверно выше соответствующего показателя в группе женщин с нормальным паритетом. Сравнение показателей проводили в подгруппах женщин с тяжелой анемией и средней степени тяжести, так как в некоторых случаях анемия легкой степени тяжести может быть расценена как физиологические изменения во время беременности. Как видно из приведенных данных, частота таких осложнений беременности как маловодие, ДРПО, преэклампсии, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты статистически значимо увеличивалась у женщин с анемией тяжелой степени по сравнению с соответствующими показателями у женщин с анемией средней степени тяжести.

Выводы. Полученные данные подтверждают наличие кумулятивного эффекта негативного воздействия на течение беременности, родов и послеродового периода двух неблагоприятных факторов – многорождения и анемии. При этом ведущее значение имеет степень тяжести анемии. У многорожавших женщин снижение гемоглобина ниже 70г/л вызывает развитие хронической плацентарной недостаточности, чаще гипопластический вариант с выраженными циркуляторными нарушениями и слабо выраженными компенсаторно-приспособительными изменениями, что является причиной развития СЗРП и рождения детей в асфиксии анемии.

Салимова З.Н., Мирзоева Ш.М.

ПЛАЦЕНТАНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БЕРЕМЕННЫХ С АНЕМИЕЙ В УСЛОВИЯХ ТАДЖИКИСТАНА

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ТГМУ им.Абуали ибни Сино.

Научный руководитель - к.м.н. Коимдодова Б.К.

Цель настоящего исследования. Профилактика плацентарной недостаточности у беременных с анемией в условиях Таджикистана.

Методы исследования. Нами были обследованы 90 женщин с анемией. Всем обследованным женщинам определяли концентрацию гемоглобина, гематокрит, количество эритроцитов. Гемоглобин определяли гемоглобинцианидным методом с применением аппарата «Мини Гем». В настоящем исследовании применялась классификация анемии по степени тяжести (ВОЗ): лёгкая – при уровне гемоглобина от 90 до 109 г/л; средняя – при уровне гемоглобина от 70 до 89 г/л; тяжелая – при уровне гемоглобина менее 70 г/л. Степень гипотрофии новорожденных определялась по массово-ростовому коэффициенту, который в норме равен для доношенных детей 60-80, при гипотрофии 1-й степени – 59-55, 2-й степени – 54-50, при 3-й и менее – 50. Допплерометрия: Для оценки

состояния маточно-плодово-плацентарного кровотока проводили доплерометрическое исследование. Использовали классификацию степени тяжести нарушений маточно-плацентарно-плодового кровотока Демидова, согласно которой выделяли 3 степени тяжести гемодинамических нарушений:

1-я степень (А и Б) – нарушение маточно-плацентарного при сохраненном плодово-плацентарном кровотоке и нарушение плодово-плацентарного кровотока при сохраненном маточно-плацентарном кровотоке

2-я степень – одновременное нарушение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока, не достигающее критических нарушений

3-я степень – критические нарушения плодово-плацентарного кровотока при неизменном или измененном маточно-плацентарном кровотоке.

Результаты. У женщин с многорождением в анамнезе и анемией тяжелой степени чаще происходили преждевременные роды, послеродовый период чаще осложнялся гипотоническими кровотечениями. Относительный риск развития плацентарной недостаточности у женщин с анемией легкой степени составил 3,3 (Д.И. от 2,0 до 9,4), с анемией средней степени – 3,6 (Д.И. от 1,7 до 7,4), с анемией тяжелой степени – 4,4 (Д.И. от 2,0 до 9,4). При сравнении частоты осложнений у женщин с гемоглобином ниже 90 г/л в зависимости от паритета установлены статистически значимые различия частоты ДРПО и СЗРП. Несмотря на отсутствие статистически значимых отличий частоты нарушений кровотока в системе «мать-плацента-плод» в группах женщин с анемией (гемоглобин меньше 90г/л) с нормальным паритетом частота СЗРП была выше у женщин с высоким паритетом.

Выводы. Относительный риск развития плацентарной недостаточности у женщин с анемией составляет 3,3 при анемии легкой степени, 3,6 – при анемии средней степени тяжести, 4,4 – при тяжелой анемии.

Салимова З.Н.

ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ У ПЛОДА

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Руководитель: к.м.н. Шарипова М.Б.

Целью нашего исследования организация и обеспечения высокотехнологичных медицинских услуг в области пренатальной диагностики, профилактики и лечения врожденных пороков развития (ВПР) и заболеваний плода.

Материалы и методы исследования. В ГУ «РМГЦ» за 2019-2021гг. были обследованы и консультированы 6540 беременных женщин, из них 1842 беременных женщин прошли диагностику с подозрением на различные аномалии развития плода и беременности.

Результаты и их обсуждение. В структуре аномалии плода (783-100%) преобладали врожденные пороки центральной нервной системы (342-44%), такие пороки как, множественные пороки встречались в 192 (24.5%), пороки желудочно-кишечного тракта 53 (6.7.%), мочевыводящих путей 49 (6.2%), опорно-двигательной системы (3.3%), лица и неба 27 (3.4%) сердца 11 (1.4%), так же обнаружены трисомии 13, 18, 21 хромосомы 52 (6.6%) и другие аномалии 31(3.9%). Исследование функционального состояния плода по данным доплерографического исследований были установлены у 407 (6.2%) пациенток нарушение фетоплацентарного кровотока.

Наибольший вклад в показатель мертворождаемости вносят анэнцефалии и спинномозговые грыжи. Так, более 92% новорожденных с анэнцефалией рождаются мертвыми, оставшиеся 8% – умирают в течение первых часов жизни. Что касается спинномозговых и черепномозговых грыж, то 26%, то есть почти треть случаев – мертворожденные, 15,5% новорожденных – умирают в течение первого месяца. Очевидно, что весомая часть детей, оставшихся в живых, вносят большой вклад в показатели детской заболеваемости и инвалидизации, а также ранней детской смертности от сопутствующих заболеваний или послеоперационных осложнений.

Вывод. Функционирование «Республиканского медико-генетического центра» РТ дало возможность проанализировать частоту ВПР, их структуру, вклад в показатели перинатальной смертности, сформировать современную структурированную систему по решению исследуемых проблем.

Салихова Ш. Д., Давлятова М.Ф., Холзода Д.А.

ЛЕТАЛЬНЫЕ SARS-CoV-2-АССОЦИИРОВАННЫЕ ПНЕВМОНИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Кафедра акушерства и гинекологии №2, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Цель исследования. Изучение причин материнской смертности при летальных SARS-COV-2-ассоциированных пневмониях во время гестации с целью оптимизации оказания медицинской помощи данной категории беременных.

Материал и методы исследования. Было обследовано 70 беременных женщин с среднетяжелым, тяжелым и критическим течением SARS-CoV-2-ассоциированных пневмоний. Объем исследования соответствовал стандарту обследования беременных при коронавирусной инфекции SARS-CoV-2. От общего числа обследованных 7 случаев (1%) закончились летально.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ организационных аспектов ведения выявил дефекты организации оказания медицинской помощи беременным при коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 на амбулаторном и стационарном уровне. Причинами поздней госпитализации стали: самолечение беременных в домашних условиях в течение 3-х суток - 3 (42,9%), лечение амбулаторным звеном в течение 7-10 суток 2 (28,6%), в 2 (28,6%) случаях первичная госпитализация была осуществлена в не профильные стационары. Нарушение маршрутизации беременных возникло в 2 (28,6%) случаях. В стационаре недооценка состояния способствовала затягиванию времени родоразрешения в 5 (71,4%) случаях.

Вывод. Организационными дефектами оказания медицинской помощи данному контингенту явились поздняя госпитализация в профильный стационар, поздняя диагностика тяжелых и осложненных форм, позднее

родоразрешение, как единственный метод способный изменить смертельный исход осложнений при летальных SARS-CoV-2-ассоциированных пневмониях.

Салихова Ш.Д., Давлятова М.Ф., Холзода Д.А.
НЕКОТОРЫЕ ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭВОЛЮЦИИ КОРОНАВИРУСОВ
Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”

Цель. Оценить историческую эволюцию семейства коронавирусов: от статуса зооноза к статусу антропоноза.

Материал и методы исследования. Нами был проведен анализ мировой литературы, посвященный вопросам возникновения семейства коронавирусов, распространения в дикой природе, изменения ареала существования и причинам перехода от поражения животных к инфицированию человека.

Результаты. Анализ современной мировой литературы показал, что впервые коронавирус из подгруппы гамма - вирус инфекционного бронхита (IBV), выявленный в США в 1930 году вызывает инфекционный бронхит у домашних птиц. И до сих пор является одной из основных причин экономических потерь в птицеводстве. Вторая вспышка коронавирусов - вирус инфекционного гастроэнтерита свиней (TGE), была зафиксирована в 1946 г. Вирус эпидемической диареи свиней (ЭДС) в 1971 г. стал причиной третьей пандемии болезни свиней, вызвавшей глобальную пандемию, потребовавшую огромных расходов, и до сих пор является серьезной проблемой для поросят. Эти вспышки были зоонозными и случаев инфицирования у людей не наблюдалось.

Четвертая вспышка SARS-COV Тяжелый Острый Респираторный Синдром (ТОРС) - вспышка атипичной пневмонии определялась в 2002-2003 г (источником инфицирования оказались летучие мыши, выверры). За время этой эпидемии во всем мире заразилось 8098 человек, 774 из которых погибли. Коэффициент смертности составил 9,6%. Согласно данным научных публикаций, до 20% заболевших требовалась интенсивная терапия: коэффициент смертности приблизился к 50% для пожилых людей и людей, страдающих сопутствующими заболеваниями. MERS-близневоосточный респираторный синдром. Эта вспышка возникла в 2012 году в Саудовской Аравии. Источником явились летучие мыши, верблюды. По состоянию на январь до 2019 года болезнь была выявлена у 2298 пациентов по всему миру. Коэффициент смертности составил 35,2%.

Вывод. Невозможно предсказать время и место возникновения следующей вспышки. Все больше данных свидетельствуют о том, что вспышки могут стать более частыми, поскольку вирусы постоянно эволюционируют. Возможно, в будущем вспышки постоянно мутировавшего вируса будут продолжаться.

Саттаркулова М.Ш., Эгамкулова З.Б.
ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ОБОЖЖЕННЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА
Руководитель: т.ф.н. Мустафакулов И.Б., т.ф.н. Элмурадов А.
Самаркандский Государственный медицинский институт (ректор – проф. Ризаев Ж.А.)
Самаркандский филиал РНЦЭМП (директор – к.м.н. Янгиев Б.А.)

Цель. Ожоговая болезнь у пожилых развивается даже при ограниченных (3-5% поверхности тела) по площади поражениях, ее течение часто усугубляется сопутствующей патологией (у 98%). Все это представляет большие трудности при оказании первой врачебной помощи, оказание противошоковой терапии, оперативного лечения и выбора анестезиологического пособия.

Материалы и методы. Анализ характера оказания первой помощи у 110 больных старше 60 лет показал, что для уменьшения чувства боли наиболее часто осуществляются следующие мероприятия: охлаждение обожженных участков тела водой, снегом, льдом (у 17 больных); употребление алкоголя внутрь (у 21); прием обезболивающих таблеток (у 30); аппликация на раны растворов анальгетиков (у 11); внутримышечное и внутривенное введение наркотических и ненаркотических анальгетиков (у 97 больных).

Результаты. Для оказания помощи у пожилых морфин применяют относительно редко. Его введение может привести к угнетению моторики желудочно-кишечного тракта. Чаще всего врачи "скорой помощи" для обезболивания часто (до 95%) применяют промедол, значительно уступающий по своей анальгетической активности морфину, фентанилу и морадолу.

Анестезиологические пособия проводились в условиях ожогового шока (различной степени тяжести), выраженного болевого синдрома, гиповолемии, гипопротейнемии, нарушения гомеостаза и т.д., на фоне противошоковой терапии; обострения сопутствующих хронических заболеваний: язва 12-ти перстной кишки и желудка, сахарный диабет, ИБС, перенесенные инфаркты миокарда, перенесенные острые нарушения мозгового кровообращения, бронхиальная астма и др. Большая часть (85%) анестезиологических пособий оказывались в условиях минимального наличия следящей и контролирующей аппаратуры (кардиомониторы и др).

Нами проанализирован опыт оперативного лечения и вид анестезии у пострадавших старше 60-ти лет. Средний возраст пациентов составил $75 \pm 2,5$ лет (от 60 до 87 лет). Ранние некрэктомии с последующей аутодермопластикой, экзартикуляции и ампутации (у 12) были выполнены у 167 пострадавших. Показанием для подобных вмешательств были глубокие (IIIБ - IV степени), ограниченные по площади ожоги (от 2 до 10%), которые локализовались на туловище, верхних и нижних конечностях.

При оперативном лечении обожженных старше 60-ти лет риск анестезии нередко повышает риск хирургического вмешательства. Сопутствующая соматическая патология, реальная угроза декомпенсации состояния в ходе оперативного лечения требует соблюдения основных принципов проведения анестезии: достаточность аналгезии, адекватность вентиляции (искусственной либо спонтанной).

Наиболее распространенной методикой анестезии при аутодермотрансплантации является внутривенный

наркоз с использованием кетамина, атарактиков, барбитуратов.

Многокомпонентные внутривенные анестезиологические пособия: кетамин+ реланиум+ дроперидол+ баралгин+ трамал составили 95% всех наркозов, при любых локализациях, площади и глубины термического поражения. Катетеризация центральных вен выполнялась 100% случаях ожогового шока.

Выводы. Все виды анестезиологического пособия проводятся строго индивидуально, в тесном взаимодействии комбустиолога и анестезиолога.

Сафарзода Ф.М.

ЗНАЧЕНИЕ КАМЕРТОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ТУГОУХОСТИ

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

Научный руководитель- д.м.н., профессор Холматов Д.И.

Цель исследования. Оценка роли камертонного исследования в дифференциальной диагностике кондуктивной и нейросенсорной форм нарушений слуха.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 30 человек в условиях сурдологического отделения Национального медицинского центра «Шифобахш». Обследовано 12 студентов с нормальным слухом (контрольная группа), 10 больных хроническим средним отитом (1-я группа) и 8 больных с нейросенсорной тугоухостью (2-я группа). Возраст обследованных больных колебался от 20 до 25 лет. Опрос больного, осмотр органов уха, горла и носа, отоскопия, определение уровня слуха шепотом, камертональное исследование с использованием камертонов C128, C256, C512, C1024 и C2048; составили комплекс обследования.

Результат расследования. У 12 студентов отклонений со стороны органов уха, горла и носа не было, при исследовании уровня слуха испытуемые слышали шепот с расстояния 6 м, камертонные опыты соответствовали норме. Больные воспринимали шепотную речь на расстоянии от 1 до 2 метров. Показатели камеральных исследований в обеих группах различались: опыт Ринне был отрицательным у больных 1-й группы и положительным у больных 2-й группы; соответственно в опыте Вебера - наблюдалась латерализация звука в сторону больного уха; Опыт Шваббаха у больных 1-й группы –был удлинён, а во 2-й группе - укорочен. Затем показатели костной и воздушной проводимости всех больных выражали в процентном соотношении.

Заключение. Таким образом, благодаря анкетированию исследуемой группы, осмотру уха, горла и носа, отоскопии, комплексному камертональному обследованию удалось диагностировать у больных заболевание среднего уха, а также определить характер слуховых расстройств. Благодаря разработанному алгоритму было нетрудно отличить кондуктивный тип тугоухости от нейросенсорного типа, особенно благодаря использованию набора камертонов. После этого всем больным назначалось соответствующее лечение.

Сафаров А.Р., Хусанов Т.Б., Муминов Ш.А.

НЕКОТОРЫЕ ДАННЫЕ О МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОМ СТРОЕНИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ КРЫС.

Кафедра топографической анатомии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., доцент, Курбонов. Дж. М.

Цель исследования. Дать характеристику о некоторых морфофункциональных особенностях строения внепеченочных желчных протоков у крыс.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось 22 крысах (14 самцов, 8 самок) весом от 150 до 300 грамм, под бинокулярным микроскопом МБС-2 (ок.8, об.2) при искусственном освещении, с применением микрохирургических инструментов.

Результаты исследования. У крыс имеется следующие варианты топографии общего печечного протока. 1) Левая и правая печечные протоки располагаются между указанными сосудами. При этом воротная вена проходит справа, несколько левее и спереди проходит печечная артерия (60% случаев). 2) Воротная вена располагается позади левого, правого и общего печечного протоков. Спереди и левее расположена печечная артерия (40% случаев). Крыса относится к млекопитающим животным и не имеет желчный пузырь Печень их имеет дольчатое строение (5 долек) и желчные протоки, выходящие из каждой доли анастомозируясь между собой, формируют правый и левый печечный протоки, которые соединяясь между собой формируют общий печечный проток. Этот проток у крыс является и общим желчным протоком, который выпадает в двенадцатиперстную кишку. Обнаружено несколько вариантов. Общего желчного протока крыс. В зависимости от того, каким углом они соединяются и как они расположены в отношении правый и левой доли печени. Отмечается у крыс половой диморфизм. Имеются следующие варианты формирования общего печечного протока у крыс: 1) Общий печечный проток образуется по середине между правой и левой долями печени. При этом угол их слияние является острым; 2) Общий печечный проток образуется у края правой доли печени. Угол их слияние является прямой; 3) Общий печечный проток образуется у края левой доли печени.

Выводы. Описание таких вариантов топографии желчных протоков и сосудов имеет значение при оперативных вмешательствах на элементах печечно-двенадцатиперстной кишки.

Семак Т.В., Давыденко Е.А.
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ РИНИТ

Кафедра оториноларингологии и глазных болезней ГрГМУ, Беларусь
Научный руководитель Рыженкова Т.И.

Цель исследования. Оценить распространенность аллергического ринита среди работников салонов красоты города Гродно.

Материал и методы исследования. Статистическая обработка данных, полученных путём анкетирования

Результаты и их обсуждение. В опросе приняло участие 59 человек в возрасте от 18 до 50 лет, из которых 53 человека-женщины и 6 -мужчины (89.8% и 10.2% соответственно).

Среди опрошенных парикмахерские услуги (ботокс волос, окрашивание/стрижка волос, укладка, бровисты) оказывают 26 человек (44%), маникюр/педикюр - 24 человека (40,7%), косметологические услуги 5 человек (8,5 %), наращивание/ламинирование ресниц 3 человека (5,1 %), массаж 1 человек (1,7 %).

Среднее количество рабочих дней специалистов составило - 4 дня, средний стаж работы составляет 11 лет, продолжительность рабочего дня от 6 до 12 часов.

Из опрошенных мастеров у 56 (94,9%) отмечается ухудшение самочувствия в конце рабочего дня, которое проявляется сухостью в полости носа, головной болью, чувством образования корок в носу, общей слабостью, чувством заложенности носа. Среди них у 42 человек наблюдается изменения со стороны верхних дыхательных путей на протяжении длительного времени: выделения гнойного/зеленого/желтого/прозрачного/слизистого характера. Только 3 (5,1 %) мастера на момент проведения анкетирования не предъявляли никаких жалоб.

При этом, аллергией страдает 10 человек из опрошенных. Наиболее часто встречаемые симптомы аллергии представлены слезотечением, чиханием, сыпью, насморком.

Хронические заболевания носа, среди которых выявлены: искривления носовой перегородки, вазомоторный, аллергический и атрофический риниты, отмечены у 15 опрошенных.

В повседневной работе средства индивидуальной защиты (далее СИЗ) (маски, очки и т.д.) использовало только 35 человек (59,3 %), 24 человека (40,7 %) не использовало.

В большинстве случаев 52 (88,1%) рабочее место оборудовано системой вентиляции, но в 7 (11,9%) - нет.

Стоит отметить, что среди опрошенных специалистов только 29 обращались за консультацией к оториноларингологу.

Вывод:

1. Полученные результаты анкетирования подтверждают негативное влияние косметических средств, используемых для работы, на здоровье сотрудников салонов красоты.

2. Длительность рабочего дня и стаж работы повышают риск развития аллергического ринита.

3. Использование СИЗ позволяет снизить риск развития аллергического ринита, но полностью не защищает.

4. Следует повысить осведомлённость среди сотрудников салонов красоты о необходимости обращения к специалистам, в частности, к оториноларингологу, для предотвращения прогрессирования аллергического ринита и назначения своевременного лечения.

Собиров С.С. ²Камолов А.Н. ^{1,2} ,Рафиев Ф.Р. ^{1,2}

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кафедра хирургической болезни №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино² Таджикистан.

ГУ Республиканский научный центр сердечнососудистой хирургии ¹

Научный руководитель - д.м.н., профессор Гоибзода А.Дж.

Цель исследования. Улучшение результатов комплексного консервативного лечения больных с критической ишемией нижних конечностей.

Методы исследования. В основе настоящей работы представлены результаты обследования и комплексного консервативного лечения 150 нереконструктабельных больных с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей, осложненных критической ишемией. Больные находились в отделении сосудистой хирургии Республиканского научного центра сердечнососудистой хирургии Республики Таджикистан в период с 2011 по 2022 г.г. Средний возраст больных составил 61,3±2,7 года. Среди исследуемых больных большая часть составили мужчины — 109 человек (73,6%), женщин - 41(26,4%). В зависимости от характера и объема использованного консервативного метода лечения, больные были разделены на три клинические группы:

I группу — составляли пациенты, которым проведено стандартное консервативное лечение только пентаксифилином (трентал) — (50 больных). Эта группа больных принимала стандартное консервативное лечение в начальном периоде нашего исследования (ретроперспективная группа).

II группа пациентов (50 больных) — кроме стандартного консервативного лечения, получали ангиопротекторы нового поколения - ПГЕ1 (вазопростан 20мкг), внутриартериальной, ежедневно путём пункции бедренной артерии № 6-7 и внутривенную инфузию 40мкг на 200 мл физ. раствора. Часть больных этой группы также принимали внутривенное лазерное облучение (ВЛОК).

III-ю группу составили 50 пациентов, относительно молодого возраста (18-45лет), у которых этиологией критической ишемии явился облитерирующий эндартериит (12 больных); облитерирующий тромбангиит (болезнь Бюргера) (10 больных); посттравматическая и постэмболическая окклюзии периферической артерии (16 больных), то же облитерирующее заболевание в сочетании с сахарным диабетом (12 больных). У всех больных этой группы после

проведения нитроглицериновой пробы с целью повышения эффективности консервативного лечения была выполнена паллиативные операция - поясничная симпатэктомия.

Результаты исследования и их обсуждение. Непосредственные результаты в течение шести месяцев и отдалённые результаты 130 (87%) больных изучали в период от года до двух лет. Первым этапом была произведена оценка и структуризация жалоб больных при физикальном осмотре. Все осмотры и опросы пациентов для объективизации данных проводились одним и тем же сосудистым хирургом.

Аналогичная картина отмечается и при оценке показателей максимальной проходимой дистанции у пациентов с II и III групп. Однако статистическая разница и соответственно статистическая достоверность между основной (второй и третьей) и контрольной (первой) группами в данном случае более выражена, что говорит об эффективности лечения и улучшении функционального резерва кровообращения.

Заключение. Таким образом, современное комплексное консервативное лечение неоперабельных больных с КИНК путем применения ангиопротекторов нового поколения в сочетании с ПСЭ, ЭБ и ВЛОК оказалось более эффективным, чем традиционная терапия. Так, если у пациентов I группы после традиционного лечения критической ишемии ампутации в разные периоды выполнялись у 22% больных, то во II и III группе больным ампутации произведены у 11,8% больных, экономная ампутация у 12% больных, а летальных исходов не было.

Солехов А.С., Хучамкулов Ф.Н., Махмадкулова Н.А.

МЕТОДИКА РАЗОБЩЕНИЯ ПАЛЬЦЕВ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ СРАЩЕНИЯХ

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии им. проф.Каримова М.К.

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н, Махмадкулова Н.А.

Целью работы является улучшение результатов хирургической коррекции врожденной синдактилии пальцев кисти.

Материал и методы. За период с 2015 по 2023 гг. в отделении лечебно-диагностического центра ТГМУ находились на лечение 23 детей в возрасте от 2 до 18 лет с врожденной синдактилией пальцев кисти, которым было осуществлено разобщение сращенных пальцев. Девочек было 17, мальчиков - 6.

Полная форма синдактилии имела место у 20, неполное сращение - у 3 детей. Костное сращение ногтевых фаланг пальцев имело место у 11 пациентов. Часто отмечалось сращение III-IV пальцев (19). У 4 пациентов отмечалось сращение II-III-IV пальцев.

Из дополнительных методов диагностики были использованы рентгенография, реовазография и УЗДГ. При сложных формах патологии в двух наблюдениях была выполнена ангиография верхней конечности. УЗДГ и ангиография были выполнены в условиях лечебно-диагностического отделения РНЦССХ.

Результаты и их обсуждения. Дети старше 14 лет были оперированы под проводниковой анестезией плечевого сплетения. Пациентам старше этого возраста было использовано общее обезболивание.

Во всех 23 наблюдениях операции были проведены под оптическим увеличением с применением прецизионной техники.

При хирургической коррекции наиболее часто применяли разобщение пальцев после выкраивания треугольных лоскутов (18), П-образных лоскутов (2) и методики Hirshowitz (3). Выкраиванием треугольных лоскутов по ладони, либо тыльной поверхности кисти формировали межпальцевые промежутки. Методика является важным в плане профилактики повторного сращения дистальных частей разобщенных пальцев.

В ближайшие дни после операции гнойно-септические осложнения не имели место. Частичный краевой некроз выкраенных лоскутов в 2 наблюдениях не повлиял на исход операции.

В отдаленные сроки результаты были изучены во всех наблюдениях. Объем движений во всех пальцах был полный, приведение и отведение пальцев вполне удовлетворял пациентов. Кроме того эстетические результаты также считались хорошими. Рецидив патологии в виде сращения дистальной части разобщенных II-III пальцев имел место в одном наблюдении. Повторная коррекция привела к успеху.

Вывод. Таким образом, правильно выбранная тактика при лечении сращении пальцев, применение оптического увеличения в абсолютное большинство случаев дают хорошие функциональные и эстетические результаты. Формирование межпальцевого промежутка считается одним из основных критерием предупреждения рецидива патологии.

Солехов А.С., Каландарзода Д.Ф., Юлдошева С.З.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии имени Каримова М.К.

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ибрагимов Э.К.

Цель настоящей работы является улучшение результатов хирургического лечения больных с варикоцеле с использованием оптического увеличения и прецизионной техники.

Материал и методы. В клинко-диагностическом центре ТГМУ имени Абуали ибни Сино были обследованы и оперированы 77 больных с различной степенью варикоцеле. Возраст пациентов варьировал от 16 до 34 лет, сроки обращения пациентов колебались от 6 месяцев до 3 лет от момента выявления патологии. Вторичное бесплодие имел место у 6 пациентов. В большинстве (42) случаев патология была выявлена при прохождении медицинского обследования в условиях военных комиссариатов города и районов республики.

Всем больным была выполнена УЗДГ сосудов яичка, фертильность определялась выполнением спермограммы. Размеры яичек симметрично были определены использованием УЗИ.

При исследовании расширенных вен гроздевидного сплетения с учетом полученного типа рефлюкса при УЗДГ I степени патологии имела место у 2, II - у 31 и III - у 44 пациентов. Локализация патологии с двух сторон отмечалась у 3 пациентов, рецидив патологии после традиционных способов операции был отмечен у 5 обследованных.

Все пациенты были оперированы под оптическим увеличением (Луца 2), были выполнены две разновидности микрохирургических способов операции: формирование тестикуло-или акальных венозных анастомозов (35) и операция Мармар-Гольштейна (42). Тип анастомоза зависел от вида рефлюкса. Так, при рефлюксе из почечной вены (12) был сформирован проксимальный, при тестикулярном (13) – дистальный анастомоз, а при смешанном типе рефлюкса (10) одновременно были сформированы проксимальный и дистальный анастомозы.

Результаты и их обсуждение. В ближайший послеоперационный период дни после операции раневые гнойно-воспалительные осложнения имели место у двух пациентов после формирования анастомозов. Своевременная санация привела к очищению ран, осложнения не повлияли на исходы операции. В отдаленные сроки гидроцеле имело место у одного, рецидив патологии также у одного пациента, которые требовали повторную операцию.

В сроки от 3 до 6 месяцев после операции формирования анастомозов УЗДГ была выполнена 21 пациенту, проходимость анастомозов была удовлетворительная. Повторное исследование спермограммы показало улучшение всех параметров у 53 пациентов.

Таким образом, использование оптического увеличения с прецизионной техникой позволяют выполнить более щадящие операции для устранения типа рефлюкса и тем самым, наряду с улучшением параметров фертильности, снижают частоту послеоперационных осложнений.

Солехов А.С., Курбанов Дж.Дж.

СПОСОБ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПИЛОНИДАЛЬНЫХ КИСТ В СТАДИИ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии им.профессора Каримова М.К. ГОУ ТГМУ им.Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н. Курбанов Дж.М.

Цель исследования. Внедрение новой хирургической тактики. Улучшение результатов лечения, проведение ретроспективного анализа клинических случаев.

Материалы и методы. Данная хирургическая тактика лечения ПК применялась на базе хирургического отделения ЛДЦ ТГМУ им.Абуали ибни Сино с 2015 по 2021 г. За весь период исследования было прооперировано 85 пациентов, из них 7 прооперированы данной хирургической тактики.

Результаты. На первом этапе производилось вскрытие абсцесса и лечение, противовоспалительная терапия. Спустя 7-10 дней, иссечение в пределах здоровых тканей до крестцовой фасции (КФ), после прокрашивания ходов красителем. При закрытии раны использовали 2-этажный многостежковый вертикальный «возвратный» П-образный шов без захвата КФ. Вкол иглы осуществляется на расстоянии 1,5-2,0 см от одного из краев раны, затем следует выход иглы на середине глубины раны; далее отступая около 1/3 от глубины раны очередной вкол на противоположной стороне раны и проведение иглы на глубину до дна раны, но не вовлекая КФ в шов, следующий шаг это переход на противоположную сторону раны и выполнение аналогичных действий в обратном порядке, не выкалывая иглу на коже противоположной стороны, проводим иглу на исходную сторону на расстоянии 0,5-0,7 см от края раны. Целесообразно наложение швов в «шахматном порядке» по отношению к длине раны, данный прием обеспечивает оптимальные условия трофики раны и гарантирует наилучшее заживление раны. Средняя длительность госпитализации составляла 10-12 суток. Регистрировались следующие осложнения: 1 – краевой некроз, 1 – серома, 2 – нагноение раны.

Выводы. Данная методика изменила концепцию оперативного лечения ввиду своей эффективности и технической простоты исполнения. Способ закрытия раны с помощью вертикального двухэтажного П-образного «возвратного» шва максимальным образом адаптирует края раны, что предотвращает образование полостей и скопления в них экссудата, также техника предложенного нами шва позволяет не оставлять в рубце лигатуры, тем самым это гарантирует отсутствие лигатурных свищей, а закрытие раны без вовлечения КФ – это профилактика хронических послеоперационных болей в области рубца, которая во многом улучшает качество жизни пациентов. Наложение швов в «шахматном» порядке позволяет создать оптимальные условия для трофики раны, тем самым обеспечивая адекватное заживление.

Солехов А.С., Курбанов Дж.Дж., Хакимов Ш.Дж.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии им.проф. Каримова М.К. ГОУ ТГМУ им.Абуали ибни Сино

Научный руководитель - д.м.н. Курбанов Дж.М.

Цель исследования. Оценка причин осложнений ЛХЭ, а также мероприятий по их устранению и предупреждению.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 15 случаев осложнений ЛХЭ в ЛДЦ ГОУ ТГМУ им.Абуали ибни Сино. В период 2017- 2021 гг. была выполнена 380 ЛХЭ.

Результаты. Послеоперационные осложнения выявлены у 6 пациентов (40%), интраоперационные кровотечения – у 4 (26,67%). Средний возраст данных пациентов – 48 лет. Из них доля женщин составила 88,89%, мужчин – 11,11%. Показанием к первичной операции у 15 пациентов являлся острый холецистит- у 3(20%),

хронический холецистит 9 (60%) у 3(20%) - полипы желчного пузыря (ЖП). Медиана сроков, прошедших до повторного вмешательства составила 24 часа. Внутривнутрибрюшное кровотечение после ЛХЭ отмечалось у 1 пациентов, билома - у 2. Кровотечение было вызвано техническими сложностями во время первой операции на фоне инфильтрата печеночно-двенадцатиперстной связки и подпеченочного пространства, наличия спаечного процесса или сопутствующей патологии. Также в 1- случаях наблюдалось кровотечение из передней брюшной стенки в области её прокола троакарном. Всем пациентам проведена лапаротомия коагуляции ложа ЖП, лигирование или прошивание кровоточащих сосудов. Желчеистечение отмечалось у 2 пациентов. Их причинами были транслокация дренажа пузырного протока (ПП), нарушение его функции или подтекание желчи мимо дренажа. В зависимости от причины, вызвавшей осложнение, была выполнена повторная установка дренажа или дополнительное клипирование ПП.

Выводы 1. Доля послеоперационных осложнений составила 1,57%, интраоперационных – 1,05%. 2. Причиной осложнений во всех случаях были технические трудности во время основного вмешательства. 3. Важное значение имеет постоянное наблюдение за пациентом в послеоперационном периоде для сокращения сроков диагностики осложнений.

Солнев О.Ф.

СОЧЕТАННАЯ ПЕННАЯ СКЛЕРОТЕРАПИЯ С МИНИФЛЕБЭКТОМИЕЙ КАК ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ПРИТОКОВ ПОСЛЕ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ

Кафедра хирургических болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. РНЦССХ.

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

Цель. Оценить преимущества комбинации микропенной склеротерапии с минифлебэктомией варикозно расширенных притоков после эндовенозной лазерной коагуляции магистральных вен при лечении пациентов с варикозной болезнью вен нижних конечностей.

Материалы и методы. За период 2020 по 2022г. в отделении хирургии сосудов Республиканского научного центра сердечнососудистой хирургии проведено одноцентровое, простое, нерандомизированное исследование. В него вошло 52 пациента (77 нижних конечностей; двустороннее поражение выявлено у 22 пациентов) с диагнозом варикозное расширение вен нижних конечностей, которые не проходили хирургическое лечение по данному заболеванию в прошлом и которым была выполнена эндовенозная лазерная коагуляция в сочетании с пенной склеротерапией и минифлебэктомией. Пенную склеротерапию выполняли пенной формой 0,5-2% раствора Полидоканола (этоксисклерол), а минифлебэктомию по методу Варади. В послеоперационном периоде пациентов наблюдали клинически и с помощью дуплексного сканирования на следующий день после вмешательства, далее через 1, 6 и 12 месяцев.

Результаты исследования. Облитерация магистральных вен была успешна во всех случаях. Реканализация больших подкожных вен за период наблюдения не зарегистрирована. В ближайшем послеоперационном периоде комбинация пенной склеротерапии и минифлебэктомии продемонстрировала 100% успех, однако в отсроченном периоде в 4 (5,2%) случаях были выявлены рецидивные варикозно расширенные притоки, которые потребовали повторной микропенной склеротерапии.

Выводы. Пенная склеротерапия в сочетании с последующей минифлебэктомией, как метод устранения варикозного синдрома при лечении пациентов с варикозной болезнью вен нижних конечностей может обеспечить дополнительные преимущества в виде уменьшения бьема и травматичности нифлебэктомии, частоты рецидива варикозного синдрома, количества подкожных гематом и экхимозов, дискомфорта при выполнении большого количества тумесцентной анестезии, риска развития послеоперационного тромбоза притоков и частоты возникновения пигментации.

Сукманюк Е.О.

АНАЛИЗ ГЛАУКОМНОЙ ПАТОЛОГИИ ПО ДАННЫМ ОРЕНБУРГСКОГО ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОМС ЗА 2020 ГОД

Кафедра офтальмологии ФГБОУ ВО ОрГМУ

Научный руководитель – д.м.н., Апрелев А.Е.

Цель исследования: изучить распространенность и структуру хирургической активности глаукомной патологии в Оренбургской области за 2021 год и оценить экономические затраты государства на лечение пациентов с данной патологией.

Материал и методы: оценка статистических данных проведена на основании ТФ ОМС по Оренбургской области за 2021г. Данные представлены в виде абсолютных и относительных величин.

Результаты: по данным ТФ ОМС по Оренбургской области на 2021г. 497 человек получили хирургическую помощь по поводу глаукомы. Среди них 4% (18 человек) лечились в условиях дневного стационара. Структура по гендерному признаку равнозначна: 54 % - пациенты женского пола и 46% - пациенты мужского пола ($p \leq 0,05$). Однако среди пациентов с ПЗУГ значительно преобладают женщины (94%). По типу глаукомы наблюдалась явная неравномерность показателей с преобладанием ПОУГ – 66,4 %. На долю ПЗУГ пришлось 3,62 % пациентов, с подозрением на глаукому – 13,2 %, вторичной глаукомы – 15,9 %. При распределении пациентов по возрастным категориям, согласно классификации ВОЗ, пациенты 0-17 лет составили 0%; 18-44 лет – 2,8 %; 45-59 лет – 9,63%; 60-90 лет – 86,3%; старше 90 лет – 1,2%.

Среди всех пациентов с глаукомой 32,6% получили высокотехнологичную медицинскую помощь (162

человека). За 2021г. общая стоимость затрат здравоохранения на пациентов с глаукомой составила 18 665 396 рублей. Самый дорогой случай оказания медицинской помощи составил году 66 096,97 рублей и выполнен по поводу неуточненной формы глаукомы. Самый дешевый случай оказан пациентам с ПОУГ на сумму - 2 152,67 рублей.

Выводы:

Таким образом, глаукома является масштабной проблемой офтальмологии. *В структуре хирургии глаукомы преобладает ПОУГ*, что соответствует общероссийский и общемировым данным. Чаще всего глаукома встречается среди пациентов старше 60 лет (86,3%). В связи с ростом глаукомной патологии следует ожидать увеличение финансовых затрат в последующие годы, а при дополнительном учете иных краткосрочных и долговременных затрат показатель окажется в разы выше.

Сулаймонова Г.Т., Шадыева Н.Ш.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Научный руководитель — д.м.н., доцент Ахмедова Н.Ш.

Цель: Целью исследования явилось определение частоты и структуры ХБП у амбулаторных больных с АГ, а также факторов риска почечного поражения.

Материалы и методы. Обследованию подвергнута группа из 73 больных с эссенциальной АГ, наблюдающихся в поликлинике Бухарского областного многопрофильного медицинского центра. Выборка носила случайный характер. Мужчин - 35(47,9%), Женщины - 38(52,1%). Средний возраст больных — 68,3±8,2 лет.

Все больные распределены на 2 группы: 1 группа — 45 больных с ХБП, в т.ч. 27 больных, имеющих СКФ ниже 60 мл/мин, 8 — с МАУ и 10 — с ПУ; 2 группа — 28 больных с СКФ выше 60 мл/мин и без мочевого синдрома.

Результаты. Больные с ХБП (1 группа) составляли 63,2% всех обследованных больных с АГ. Большинство больных этой группы — это больные с СКФ ниже 60 мл/мин — 27 из 45 (60 %). У 14 больных обнаружилось сочетание двух признаков ХБП: СКФ ниже 60 мл/мин + ПУ (10) или МАУ (4), а у 32 больных диагноз ХБП был установлен только на основании обнаружения СКФ ниже 60 мл/мин.

У 8 больных выявлялась МАУ у всех этих больных СКФ была выше 60 мл/мин. Почечное поражение в ранней стадии — стадии МАУ — обнаружено у 8,8% обследованных больных с АГ, а в структуре ХБП на стадию МАУ приходилось лишь 13,9% всех случаев почечной патологии.

Более поздняя стадия почечного поражения — стадия явной ПУ выявлена у 10 больных. При этом, показатель СКФ, как у больных с изолированной МАУ, пре-вышал 60 мл/мин. В группе больных с ХБП, имеющих СКФ ниже 60 мл/мин (ХБП 3 стадии), только у 15 (57,7%) регистрируется гиперазотемия, максимальный показатель креатинина крови — 0,22 ммоль/л., что подтверждает то, что использование уровня креатинина крови, для оценки функции почек у больных с АГ менее информативно, чем определение СКФ.

Для выявления факторов риска развития ХБП у больных с АГ проведен сравнительный анализ двух групп больных: с ХБП (1 группа) и без ХБП (2 группа). Применение метода «случай (ХБП) — контроль (без ХБП)» позволило вычислить относительный риск развития ХБП у больных с АГ.

Сравниваемые группы не имеют существенных различий по следующим характеристикам: количество мужчин (27,9% в 1 группе, 44% — во 2); доле больных с АГ 2 степени (55,8% и 64% соответственно) и 3 степени (44,2% и 36% соответственно); доле больных, регулярно принимавших в течение последнего года в качестве антигипертензивной терапии: ингибиторы АПФ и/или блокаторы рецепторов ангиотензина - 2 (53,5% и 52%), диуретики (79,1% и 64%), бета-блокаторы (60,4% и 60%), антагонисты кальция (39,5% и 36%), а также комбинированное лечение двумя и более препаратами (90,7% и 76%), $p > 0,05$.

Средний ИМТ у больных обеих групп был приблизительно одинаков: 30,1±5,0 кг/м² (больные с ХБП) и 29,7±4,8 кг/м² (больные без ХБП).

Существенные различия между группами выявлены при анализе среднего возраста больных, продолжительности АГ, наличии сопутствующей патологии.

Больные без ХБП были достоверно моложе больных с ХБП, обращает на себя внимание явное преобладание в этой группе больных старше 60 лет. Вероятно, снижение СКФ у больных 1 группы связано с сочетанным влиянием на процессы нефросклероза АГ и возрастных изменений почечной гемодинамики. Можно предположить, что обнаружение низкой СКФ у больных без мо- с почечным поражением. Средний возраст больных с ХБП — 70,6±10,6 лет, а больных без ХБП — 57,2±11,1 лет, $p = 0,000$.

Средняя продолжительность АГ у больных с ХБП составляла 22,8±4,7 лет, а у больных без почечного поражения 12,7±3,5 лет, $p = 0,003$.

Вывод. Таким образом, учет факторов риска почечного поражения у больных с АГ позволит врачу своевременно назначить адекватную нефропротективную терапию, тем самым затормозить прогрессирование болезни почек, развитие терминальной стадии.

Сулейманова Ф.А., Бабаева Т.С., Алиева Н.А.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ И ДИСТРОФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРЕДНЕГО ОТРЕЗКА ОРГАНА ЗРЕНИЯ У РАБОТНИКОВ ОСНОВНЫХ ЦЕХОВ АЛЮМИНИЕВОГО ПРОИЗВОДСТВА

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

Научный руководитель – зав. кафедрой, к.м.н., доцент Махмадзода Ш.К.

Цель исследования. Проведение исследования концентраций химических соединений в основных цехах алюминиевого производства и их влияние на орган зрения работников.

Материал исследования. Условия труда работников оценивались путём определения наличия химических соединений в воздухе рабочих зон. В ходе исследования было проведено около 250 проб и оценивалось согласно ГН 2.2.5.1313-03 «Предельно-допустимые концентрации вредных веществ в воздухе рабочих зон».

При помощи фильтра АФА методом просасывания воздуха рабочих мест была определена концентрация пыли.

Были определены концентрации фтористого водорода и солей фтористоводородной кислоты методом ионометрического измерения.

Исследования состояния органа зрения включали: визометрию (аппарат РОТА и набор очковых стёкол), биомикроскопию (щелевая лампа ЦЛ-2Б), пробу Ширмера и Норна.

Результаты исследования. Исследование рабочих зон показало, что при работе в основных цехах алюминиевого производства работники в процессе своей трудовой деятельности подвергаются влиянию различных химических соединений производственных факторов, концентрация которых значительно превышает ПДК и в некоторых случаях превышения доходят до 100%, действие которых может привести к различным изменениям, а также и заболеваниям органа зрения.

В результате проведенного исследования были выявлены следующие воспалительные заболевания органа зрения: хронические блефариты – 42,5%, хронические мейбомиты – 4,3%, хронические конъюнктивиты – 97,6%, кератиты – 40,0%, иридоциклиты – 38,8%. Также были выявлены, и группы дистрофических заболеваний органа зрения, таких как: птеригиум – 29,5%, пингвекула – 9,3%, синдром сухого глаза – 13,0%, помутнение хрусталика – 23,2%.

Выводы. Работники основных цехов алюминиевого производства, в процессе рабочих операций подвергаются влиянию значительной концентрации различных химических соединений, которые превышают ПДК, что является причиной различной офтальмопатологии. Высокая концентрация пыли в свою очередь, может стать причиной заболеваний дистрофического характера органа зрения и явиться фактором, обостряющим хронический процесс воспалительных офтальмопатологий.

Султанбаев Ш.А., Ачилов Ё.С., Норматов Х.Ш.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра хирургических болезней Педиатрического факультета, Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан

Научный руководитель – PhD.А.И.Ахмедов

Эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют о неуклонном росте частоты заболеваний щитовидной железы. Установлено, что при массовых обследованиях узловые образования щитовидной железы выявляются у 15-22% населения. Отмечен существенный повсеместный рост неопластических поражений, что связано как с расширением диагностических возможностей в тиреоидологии, так и с ухудшением экологической ситуации в последние годы. По данным ВОЗ, заболеваемость щитовидной железы за последние 10 лет увеличилась в 2 раза. Неуклонный рост узлообразования щитовидной железы заставляет совершенствовать тактику обследования и лечения узловых образований щитовидной железы. Цитологическая диагностика узловых образований щитовидной железы стала золотым стандартом в их диагностике.

Цель исследования: Оценка цитологического и срочного гистологического исследования, при патологии щитовидной железы.

Материалы и методы: Проведен анализ результатов обследования и хирургического лечения 216 пациентов по поводу узлового нетоксического зоба в хирургическом отделении Самаркандского ГМО с 2014 по 2017 г. Среди пациентов было 169 (78,2%) женщин и 47 (21,8%) мужчин в возрасте от 19 до 71 года. Загрудинное расположение щитовидной железы выявлено у 26 пациентов. По поводу рецидива заболевания оперировано 11 пациентов. При обследовании больных дополнительно использовали ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы, сцинтиграфию, магнитно-резонансную томографию (МРТ), исследование уровней некоторых гормонов (ТЗ, Т4, ТТГ), Тонкоигольной аспирационной биопсии под контролем УЗИ, интраоперационное цитологическое исследование мазков-отпечатков, интраоперационное экспресс-гистологическое исследование, послеоперационное плановое гистологическое исследование многосерийных срезов.

Результаты: В структуре оперированных больных преобладали опухолевые заболевания – 14,5%. Доброкачественные неопухолевые узловые образования были у 85,5% пациентов. Это явилось следствием внедрения дооперационной цитологической диагностики, позволяющей объективизировать показания к оперативному лечению. Анализ результатов планового гистологического исследования незлокачественных узловых образований щитовидной железы показал, наименьшей агрессивностью течения. Высокая частота в структуре моноузловых образований щитовидной железы связана с совершенствованием лечебной тактики и более строгим определением показаний к операции. Внедрение в клиническую практику тонкоигольной аспирационной биопсии значительно повысило качество диагностики и позволило более дифференцированно подходить к узловым образованиям щитовидной

железы. При ретроспективном анализе 216 данных цитологического исследования чувствительность составила 75%, специфичность - 95%, диагностическая ценность - 88%. Ложноотрицательный результат выявлен у 14(6,5%) пациентов. При анализе 59 данных срочного гистологического исследования правильные результаты выявлены у 43 (73%) пациентов. Ложноотрицательный результат был у 11 (18,6%). Чувствительность данного метода исследования составила 42%, специфичность - 100%, диагностическая ценность - 81%.

Таким образом, цитологическое и срочное гистологическое исследование при заболевании щитовидной железы являются надежными и взаимодополняющими методами, позволяющими повысить эффективность дифференциальной диагностики и выбрать верную лечебную тактику, обосновать показания к операции и определить ее объем и характер.

Султанбаев Ш.А., Юлдашев У.Ш., Худайназаров У.Р.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кафедра хирургических болезней Педиатрического факультета, Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан
Научный руководитель – к.м.н. доц. А.С.Бабажанов

Цель исследования. Оптимизировать результатов лечения синдрома диабетической стопы.

Материалы и методы. Проанализированы Материалами нашего исследования явилось хирургическое лечение 83 пациентов с СДС лечившихся в отделении гнойной хирургии Самаркандского Городского мед.объединения в период 2021-2022 г.г. В основном пациенты были мужского пола (n=51). Возраст больных колебался от 33 до 78 лет. Сахарный диабет встречался в основном в форме II типа. У 14 пациентов в легкой форме, у 29 пациентов в среднетяжелой форме и у остальных в тяжелой форме сахарного диабета. Сопутствующие патологии встречались у 56 (67,5%) пациентов. Из них в основном встречались патологии сердечно-сосудистой и легочной системы, ожирение и патологии других органов.

Всем больным проводилось общие и биохимические лабораторные исследования крови (в том числе, серологические исследования крови, исследование крови на стерильность и др.) и разные инструментальные методы диагностики (ЭКГ, УЗИ, ЭхоКГ, Рентгенологические исследования и др.), а также обязательно УЗ-доплерография и по показаниям МСКТ-ангиография артерий: состояние, диаметр, инстенсивность кровотока в магистральных артериях с обеих сторон (a. iliaca interne et externa, a. femoralis, a. poplitea, a. tibialis posterior, a. plantaris dorsalis).

Результаты. Все пациенты оперированы. Анестезия было в основном спинальная или общая интубационная. При этапных малых операциях и при противопоказании к анестезии операции проведена под местной анестезией. Всем 83 пациентам проведено 128 операций. Из них 75 раз (39 болным) этапная некрэктомия, 16 раз – ампутация по Шарпу, 9 пациентам – ампутация нижней трети голени, ампутация в области бедра проведено 4 пациентам. 13 пациентам осложненным с некротизирующим фасцитом несколько раз расширили разрезы и дренировали.

Из-за тяжелого и нестандартного течения гнойных заболеваний, повышением резистентности микроорганизмов антибиотикотерапию провели индивидуально по показаниям с несколькими группами антибиотиков. Особую внимание дали на коррекцию сопутствующих патологий, энтеральное и парентеральное (нутритсионное) питание.

По результатам лечения у 16 пациентов достигли улучшить состояния от тяжелого на легкие и среднетяжелые состояния. 25 больные выздоровились и выписаны на амбулаторное лечение. У 2 пациентов с сахарным диабетом тяжелой степени, осложненным сепсисом и септическим шоком, несмотря на выполненного комплексного лечения в результате полиорганной недостаточности наблюдалось летальный исход

Выводы. Своевременная диагностика (особенно УЗ-доплерография и МСКТ-ангиография) играет важную роль в лечении больных с СДС и разными осложнениями сахарного диабета. Этапная некрэктомия, индивидуальная антибиотикотерапия и коррекция сопутствующих патологий повышает эффективность комплексного лечения гнойных осложнений сахарного диабета.

Султанбаев Ш.А., Ачилов Ё.С., Норматов Х.Ш.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра хирургических болезней, Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан
Научный руководитель – Ph.D. А.И.Ахмедов

Эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют о неуклонном росте частоты заболеваний щитовидной железы. Установлено, что при массовых обследованиях узловые образования щитовидной железы выявляются у 15-22% населения. Отмечен существенный повсеместный рост неопластических поражений, что связано как с расширением диагностических возможностей в тиреологии, так и с ухудшением экологической ситуации в последние годы. По данным ВОЗ, заболеваемость щитовидной железы за последние 10 лет увеличилась в 2 раза. Неуклонный рост узлообразования щитовидной железы заставляет совершенствовать тактику обследования и лечения узловых образований щитовидной железы. Цитологическая диагностика узловых образований щитовидной железы стала золотым стандартом в их диагностике.

Цель исследования: Оценка цитологического и срочного гистологического исследования, при патологии щитовидной железы.

Материалы и методы: Проведен анализ результатов обследования и хирургического лечения 216 пациентов по поводу узлового нетоксического зоба в хирургическом отделении Самаркандского ГМО с 2014 по 2017 г. Среди пациентов было 169 (78,2%) женщин и 47 (21,8%) мужчин в возрасте от 19 до 71 года. Загрудинное расположение

щитовидной железы выявлено у 26 пациентов. По поводу рецидива заболевания оперировано 11 пациентов. При обследовании больных дополнительно использовали ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы, сцинтиграфию, магнитно-резонансную томографию (МРТ), исследование уровней некоторых гормонов (ТЗ, Т4, ТТГ), Тонкоигольной аспирационной биопсии под контролем УЗИ, интраоперационное цитологическое исследование мазков-отпечатков, интраоперационное экспресс-гистологическое исследование, послеоперационное плановое гистологическое исследование многосерийных срезов.

Результаты: В структуре оперированных больных преобладали опухолевые заболевания – 14,5%. Доброкачественные неопухолевые узловые образования были у 85,5% пациентов. Это явилось следствием внедрения дооперационной цитологической диагностики, позволяющей объективизировать показания к оперативному лечению. Анализ результатов планового гистологического исследования незлокачественных узловых образований щитовидной железы показал, наименьшей агрессивностью течения. Высокая частота структуре моноузловых образований щитовидной железы связана с совершенствованием лечебной тактики и более строгим определением показаний к операции. Внедрение в клиническую практику тонкоигольной аспирационной биопсии значительно повысило качество диагностики и позволило более дифференцированно подходить к узловым образованиям щитовидной железы. При ретроспективном анализе 216 данных цитологического исследования чувствительность составила 75%, специфичность - 95%, диагностическая ценность - 88%. Ложноотрицательный результат выявлен у 14(6,5%) пациентов. При анализе 59 данных срочного гистологического исследования правильные результаты выявлены у 43 (73%) пациентов. Ложноотрицательный результат был у 11 (18,6%). Чувствительность данного метода исследования составила 42%, специфичность - 100%, диагностическая ценность - 81%.

Таким образом, цитологическое и срочное гистологическое исследования при заболевании щитовидной железы являются надежными и взаимодополняющими методами, позволяющими повысить эффективность дифференциальной диагностики и выбрать верную лечебную тактику, обосновать показания к операции и определить ее объем и характер.

Султонов Х.

СИНДРОМ ВЗАИМНОГО ОТЯГОЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО – НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

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

Научный руководитель - зав. каф., к.м.н. М.Х. Набиев.

Целью работы явилось улучшение диагностики и лечения синдрома взаимного отягощения у больных гнойно-септическими осложнениями сахарного диабета в условиях высокогорья.

Материалы и методы исследования. В основу данного исследования положены результаты лечения 110 больных с ГСО СД, - из них 50 больных(основная группа), поступивших на лечение в областную больницу г. Хорога, ГБАО (2200 м над ур. моря) муж.- 24(48%), жен. - 26. (52%). Контрольную группу составили 60 больных, госпитализированных в отделение гнойно-септической хирургии ГКБ №3г. Душанбе (высота 810 м над ур. м.), муж.- 28 (46,6%), жен. – 32(53,3%). Возрастной спектр больных колебался от 30 до 74 лет. Длительность заболевания сахарным диабетом в обеих группах составила от 2 до 25 лет. У большинства больных - 98 чел. (89%) отмечен сахарный диабет II типа, I тип выявлен у 12 (10%) больных. У 3 больных (3,2%) СД выявлен впервые. В анамнезе у 58 (52,7%) больных отмечалось лабильное течение СД. Уровень гипергликемии при поступлении в среднем составлял 14,6 ммоль/л с глюкозурией до 4%. При поступлении и по ходу лечения интенсивность перекисного окисления липидов (ПОЛ) оценивали в плазме крови по продуктам пилопериоксидации малонового диальдегида(МДА) и диенового конюгат (ДК) по методике С.Г. Конюковой. Оценка коагулологических свойств крови основывалась на исследовании уровня фибрина и фибриногена, фибриногена В. тромботеста, толерантности плазмы к гепарину, протромбинового индекса и времени.

Результаты и их обсуждение. Исследования показали, что в условиях высокогорья наблюдается повышенное содержание продуктов ПОЛ в плазме крови у больных с ГСО СД, при этом МДА повышается до $6,3 \pm 1,25$, ДК – $0,92 \pm 0,14$, а при распространенных гнойно-септических процессах у этих больных МДА достигает критического уровня $7,82 \pm 0,92$, ДК – $1,24 \pm 0,05$. В условиях долины содержание МДА в плазме крови составило $5,9 \pm 1,23$ мкм/мл, ДК – $0,90 \pm 0,32$ мкм/мл. Таким образом, показатели содержания продуктов ПОЛ были значительно выше у больных с гнойно-септическими осложнениями сахарного диабета в условиях высокогорья, что свидетельствует о неблагоприятном влиянии экстремальных факторов высокогорья, служащих одной из причин бурного развития и распространения гнойно-септического процесса под воздействием продуктов ПОЛ. Причиной распространения гнойно-септических осложнений сахарного диабета во всех наблюдениях явилась гиперкоагуляция, вызванная перенасыщением крови больных продуктами ПОЛ и повреждением эндотелия.

Таким образом, у больных, страдающих ГСО СД, купирование инфекционного процесса необходимо сочетать с коррекцией углеводного обмена критической ишемии антиоксидантного и антикоагулянтного лечения. Только в совокупности применения этих лечебных мероприятий возможно обеспечение нормализации гемокоагуляционных показателей и снижение риска сосудистых и тромботических осложнений.

Тагоев С.Х., Достиев У.А., Зокиров Р.А.
РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ И ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 В
НАЦИОНАЛЬНОМ НАУЧНОМ ЦЕНТРЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., Гулшанова С.Ф.

Цель исследования. Анализ результатов трансплантации почки и печени после пандемии COVID-19, с оценкой факторов риска, влияющих на выживаемость и потерю трансплантата.

Материал и методы исследования. За период с 2020 по конец 2021 в ГУ “ННЦТиТЧ” МЗиСЗН РТ находились на стационарном лечении 178 реципиентов почек и 60 реципиентов печени. Средний возраст больных составлял $39,7 \pm 9,2$ года (от 20 до 73 лет). Диагноз COVID-19 был верифицирован методом ПЦР. По данным МСКТ во всех случаях выявлялось характерное поражение легких различной степени тяжести. Наблюдение после родственной трансплантации почки варьировал от 6 месяцев до 6 лет и составлял в среднем $48,5 \pm 12,5$ мес.

Результаты. Из группы реципиентов почек 178 человек, 102 (57,3%) реципиента были выписаны с выздоровлением, 23 (12,9%) реципиента умерли, у 20 (11,24%) отмечалась дисфункция трансплантата разной степени выраженности, и 33 (18,54%) реципиентов отмечалась потеря трансплантата с возвратом на гемодиализ. В группе реципиентов печени 60 человек, 39 (65,0%) реципиентов были выписаны с выздоровлением, 13 (21,67%) реципиентов умерли, у 8 (13,33%) отмечалась дисфункция трансплантата разной степени выраженности. Таким образом, летальность в группе реципиентов почек составила 12,9% и 13,33% в группе реципиентов печени. Этот показатель не зависел от возраста и пола. В первую очередь летальность зависела от тяжести легочного поражения: при КТ4 составила 43%, при КТ3 – 36,59%, у пациентов с КТ2 летальных исходов не было. Среди пациентов, получавших ИВЛ, летальность составила 100%.

Важным прогностическим фактором является также выраженность дисфункции трансплантата: при умеренной дисфункции этот показатель составил 12,82%, тогда как при выраженной дисфункции он был равен 53,33%. За время госпитализации у 59 пациентов обеих групп с умеренной дисфункцией развилось острое почечное и печеночное повреждение с последующим восстановлением функции трансплантата до исходного уровня, в группе реципиентов почки в 23 (12,9%) случаев, реципиенты умерли от прогрессирующей дисфункции в рамках полиорганной недостаточности. В среднем уровень креатинина на момент госпитализации у умерших составил $222,3 \pm 118,4$ мкмоль/л (медиана – 185 мкмоль/л), что оказалось значимо выше, чем у выздоровевших – $401,3 \pm 291,8$ мкмоль/л (медиана – 322 мкмоль/л). В группе реципиентов печени в 13 (21,67%) случаев, реципиенты также умерли прогрессирующей дисфункции в рамках полиорганной недостаточности. Помимо этого, более тяжелый прогноз отмечался у пациентов в ранние сроки после трансплантации органов: у 15 пациентов из 36 (15,13%) умерших в обеих группах от COVID-19 срок после трансплантации составлял менее года. Таким образом, летальность у пациентов в ранние сроки после трансплантации (менее 12 мес.) составила 41,67%, тогда как в сроки от 1 до 5 лет этот показатель был равен 13,6%, а среди пациентов со сроком после трансплантации более 5 лет летальных исходов не отмечалось, однако при сроке более 10 лет чаще отмечались тяжелые бактериальные осложнения после перенесенного COVID-19, что, вероятно, обусловлено длительной иммуносупрессией.

Выводы. Пневмония, индуцированная COVID-19, у пациентов после трансплантации почки и печени характеризуется высоким риском прогрессирования дыхательной недостаточности, дисфункцией трансплантата и потерей почечного трансплантата. Летальность при COVID-19 не зависит от пола и возраста, однако коррелирует со сроком после трансплантации, тяжестью пневмонии и выраженностью дисфункцией пересаженных органов. Перевод на ИВЛ сопряжен с крайне неблагоприятным прогнозом заболевания.

Талипова Г.И., Хабибулина Г.Р., Куклин Д.Н.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ОРМОНДА

Кафедра факультетской хирургии ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ижевск.
Научный руководитель: д.м.н., профессор Стяжкина С.Н.

Цель исследования. Анализ клинического случая – болезнь Ормонда.

Материал и методы. Анализ клинического случая болезни Ормонда на базе урологического отделения БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР».

Результаты исследования. 6 августа 2022 года в урологическое отделение был госпитализирован пациент с жалобами на боли в правой поясничной области, отек правой нижней конечности. Болен около 3 месяцев, в апреле 2022 года обследован по поводу гидронефроза правой почки, микролит правого мочеточника. С июня вновь боли в правой поясничной области, лечился в урологическом отделении 1 РКБ, поставлен диагноз болезнь Ормонда, установлен мочеточниковый стент справа, отправлен на консервативный этап лечения. 3.07.2022 убрали мочеточниковый стент. С 5.08.2022 вновь боли в поясничной области, направлен из поликлиники в урологическое отделение 1 РКБ. Госпитализирован экстренно 6.08.2022. В анамнезе ОРВИ, пиелонефрит, АГ, СД 2 типа. ВИЧ, гепатит, туберкулез, венерические заболевания - отрицает. Аллергологический анамнез - не отягощен. Операции: стентирование правого мочеточника (апрель 2022 года). Гемотрансфузий в анамнезе не было. Наследственность не отягощена. *Объективно:* симптом сотрясения положительный (+) справа, слева (-). Незначительный отек правой нижней конечности. *На лабораторных исследованиях:* лейкоцитоз ($15,5 \cdot 10^9/\text{л}$), тромбоцитоз ($549 \cdot 10^9/\text{л}$), увеличение уровня глюкозы (10,16 ммоль/л), креатинина (222,4 мкмоль/л), мочевины (15,52 ммоль/л) от 08.08.2022.

Незначительное снижение гемоглобина (112 г/л), тромбоцитоз ($429 \cdot 10^9/10^9/л$) от 15.08.2022. На УЗИ почек и надпочечников: уретеропиелокаликозэктазии, диффузные изменения паренхимы с незначительным увеличением размеров правой почки. Кисты правой почки. Каликопиелозэктазии слева от 07.06.2022. На КТ почек и ВМП с внутривенным болюсным контрастированием: Ретроперитонеальный фиброз (болезнь Ормонда), распространенная форма, с вовлечением в процесс в том числе устьев почечных артерий, средней трети правого мочеточника с его компрессией, средней трети левого мочеточника без признаков компрессии. Каликопиелоуретерозэктазия справа. Нарушение выделительной функции правой почки. Кисты правой почки (Bosniak 1). Добавочная верхнеполярная почечная артерия слева. Забрюшинная и подвздошная ЛАП. *Диагноз:* Основной: К 66.0 Болезнь Ормонда. Осложнение: Гидронефроз справа II ст. Стент правого мочеточника. Хронический пиелонефрит. *За время нахождения в стационаре было проведено следующее лечение:* консервативное – инфузионная терапия, НПВС, дексаметазон, антибактериальная терапия; хирургическое – лапаротомия, уретеролиз, перитонеальная транспозиция правого мочеточника, рестентирование 11.08.2022. Применение глюкокортикостероидов не оказалось эффективным, поэтому было произведено хирургическое вмешательство. *Заключение:* 16.08.2022 г. пациент был выписан с улучшением состояния.

Выводы: Прогноз зависит от стадии заболевания. Основная причина смерти - почечная недостаточность. Возможны рецидивы болезни через несколько месяцев или лет после операции. Иммуносупрессивная терапия должна быть назначена в максимально ранние сроки, что позволит предотвратить развитие необратимого фиброза; при далеко зашедших стадиях болезни лечение должно быть комплексным, включать в себя как медикаментозное вмешательство, так и хирургическое воздействие.

Тимофеева Н.Ю.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ КАРТИНА НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ ПРИЕМЕ СЕЛЕНА

Кафедра нормальной и топографической анатомии с оперативной хирургией

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия

Научный руководитель – д.м.н., профессор Стручко Г.Ю.

Цель исследования. Оценить влияние питьевого приема селена на иммуногистохимическую картину надпочечников.

Материал и методы. Работа выполнена на 45 крысах-самцах линии Wistar в возрасте 2 месяцев к началу эксперимента, с исходной массой 150–250 г. К завершению опыта возраст крыс составил 5 месяцев. Крысы были разделены на 2 группы. Первая ($n=15$) – интактная. Вторая ($n=30$) – животные после приема селена с питьевой водой в дозе 20 мкг/кг массы тела крысы в сутки в течение 1 месяца. Выведение животных из эксперимента проводилось через 1, 2 и 3 месяца после окончания приема селена путем цервикальной дислокации. Объектом данного эксперимента служили надпочечники. Иммуногистохимическое исследование органов проводили с использованием моноклональных и поликлональных антител: к кластеру дифференцировки естественных NK-киллеров – CD2 (Leika, Великобритания, 2021 г.); к белку p53 для идентификации апоптотически измененных клеток (Leika, Великобритания, 2021 г.); к маркеру клеточной пролиферации Ki-67 для идентификации клеток, находящихся в митотической, G1-, S- и G2-фазах клеточного цикла (Dako, Дания, 2021 г.); к виментину – белку мезенхимального происхождения (Leika, Великобритания, 2021 г.).

Результаты исследования. Проведение иммуногистохимических реакций позволило определить клеточный состав ткани надпочечников и показало, что клетки паренхимы органа дают положительную реакцию на белок мезенхимального происхождения – виментин, маркер пролиферативной активности – Ki67, белок активности апоптоза – p53, и выявляются естественные NK-киллеры CD2.

В результате эксперимента выявлено, что количество p53 позитивных клеток достоверно не изменялось через 1, 2 и 3 месяца после окончания приема селена. При исследовании Ki67-позитивных клеток определялось повышение их числа в 1,51 раза ($p < 0,001$) через 1 месяц, через 2 и 3 месяца их количество не отличалось от показателя интактных. При изучении экспрессии виментин содержащих структур выявлено, что через 1 месяц после окончания приема селена число виментин-экспрессируемых структур снижается в 1,23 раза ($p < 0,001$), через 2 месяца не отличается от интактных, через 3 месяца – превышает их уровень в 5,82 раза ($p < 0,001$). Число CD2-клеток через 1 и 2 месяца не отличается от нормы, через 3 месяца наблюдается увеличение CD2 положительных клеток в 3,46 раза ($p < 0,001$). Выявленные изменения, по нашему мнению, связаны с влиянием селена: положительным на пролиферативные процессы, функциональную активность и продолжительность жизни NK-клеток, отрицательным воздействием на развитие соединительнотканых элементов и отсутствием влияния селена на апоптоз клеток надпочечников. Вероятно, это связано с увеличением адаптивно-приспособительных реакций организма на фоне приема селена.

Выводы. Таким образом, в результате эксперимента нами выявлено положительное действие селена на иммуногистохимическую структуру надпочечников, что, вероятно, связано с увеличением адаптивно-приспособительных реакций на фоне приема селена.

Тиркина А.Г.

МИКСОМА СЕРДЦА

Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва»

Научный руководитель – к.м.н., доцент Альмяшев А.З.

Цель исследования. На основании проведенного ретроспективного исследования определить частоту встречаемости миксомы сердца, клинические проявления, диагностики опухоли и тактику лечения.

Материал и методы. На момент исследования в период с 2010 года по 2022 год в МРЦКБ было выявлено 18 случаев миксомы сердца. Прооперированы были 16 пациентов.

Результаты. Миксома встречается чаще у лиц женского пола, 67% составляют женщины, 33% мужчины, соотношение женщин к мужчинам 2:1, диапазон возраста от 33 до 69 лет, средний возраст 55 лет. В большинстве случаев (80%) миксома образуется в левом предсердии, реже – в другой камере сердца (13% – правое предсердие, 7% – правый желудочек).

При миксомах сердца у части больных отсутствует клиническая симптоматика (22%), а у другой части клиника складывалась из симптомов со стороны сердечно-сосудистой системы (95%), общей симптоматики (54%) и тромбоэмболических осложнений (11%). Общие симптомы: выраженная слабость, тошнота, сухость во рту, повышение температуры до 38 градусов, головная боль, плохой аппетит, головокружение.

Симптомы со стороны сердечно-сосудистой системы: нетипичные боли за грудиной с иррадиацией в шею, усиливающиеся при эмоциональном напряжении или после физической нагрузки, нарушения ритма (тахикардия, экстрасистолии, мерцательная аритмия), повышение давления, застойная сердечная недостаточность (отеки лица, конечностей, одышка при незначительной нагрузке).

Симптомы эмболии — ишемический инсульт, тромбоэмболия ветвей легочной артерии, Ожлозия центральной артерии сетчатки, острые нарушения мозгового кровообращения.

При объективном обследовании выявляются: увеличение границ относительной сердечной тупости (56%), неправильный ритм (11%), шум в проекции клапанов (11%), приглушение тонов сердца (16%), в легких жесткое дыхание, могут прослушиваться единичные влажные или сухие хрипы (22%). По данным ЭКГ при поступлении синусовый ритм отмечался у 10 пациентов (58%), мерцательная аритмия у 4 пациентов (26%). Средний показатель ЧСС 86 ударов в минуту и колебался от 56 до 125 ударов в минут. На ЭКГ у больных регистрируются нарушения ритма – экстрасистолия (11%), блокады ножек пучка Гисса (7%) тахикардия (21%), а так же присутствуют признаки гипертрофии левого желудочка (53%). На ЭХОКГ в камерах сердца визуализируется объемное флотирующее образование, размеры его достигали от 24x15 мм до 96x55 мм.

Лечение миксом исключительно хирургическое. Объем операции заключается в удалении миксомы в условиях экстракорпорального кровообращения и пластике межпредсердной перегородки заплатой из ксеноперикарда. Доступ к опухоли осуществлялся через левое предсердие у 12 пациента (80%), через правое предсердие у 3 пациентов (20%). Среднее значение времени операции составило 182,0 мин и колебалось от 145 мин до 257 мин. У одного пациента из 15 (что составило 7%) послеоперационная двусторонняя полисегментарная пневмония привела к острой дыхательной недостаточности. Смерть наступила на девятые сутки после операции.

Выводы. Таким образом, сложность постановки диагноза у больных с миксомой обусловлена, в первую очередь, редкой встречаемостью и отсутствием специфической клинической картины. С появлением эхокардиографии существенно увеличилась частота прижизненной диагностики опухолей сердца, в том числе миксом. Только должная осведомленность терапевтов и других специалистов касательно данного заболевания позволит своевременно диагностировать и проводить радикальное лечение. При этом оперативное лечение миксом в большинстве случаев успешное при своевременном обращении.

Тоштемурова З.

СИСТЕМАТИЗАЦИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ СТРУКТУР ГЛАЗ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ

Самаркандский Государственный Медицинский Университет. Узбекистан.

Научный руководитель: А.Э. Давранова PhD, кафедры судебной медицины

Цель исследования - систематизация механических травм структуры глазного яблока и его придатков при повреждениях тупыми предметами.

Материал и методы. Изучена и проанализирована основная мировая научно-учебная литература последних лет по проблеме травм органа зрения. Проанализированы данные медицинских карт стационарного больного в отношении 150 лиц, в возрасте от 1 года до 74 лет, с травмой глазного яблока и его придатков. Изучения и анализ повреждений структуры глазного яблока у лиц, пострадавших проведены в соответствии и сравнения с анатомическими строениями и физиологической функцией структуры этого органа.

Результаты исследования. В процессе анализа и систематизации тупых повреждений структуры глазного яблока и его придатков, а также при распределении материалов исследований на группы и подгруппы опирались на классификации, разработанные Гундоровой Р.А., Кашниковым В.В. (2002) и Волковым В.В. с соавт. (2005). Выявлено, что исходя из характера, осложнений травм органов зрения критериями установления степени тяжести причиненного вреда здоровью при повреждениях этих структур могут быть: опасность для жизни – при поражениях костей смежных анатомических структур; объем стойкой утраты общей трудоспособности – при потерях зрения или же снижения его; потеря органа – при слепоте обоих глаз или же их удалении следствия травмы; длительность расстройства здоровья - при восстановлении анатомической целостности пораженных структур и их функций.

Выводы. Для систематизации повреждений органа зрения при тупой травме более применимым является классификация травм органа зрения, разработанной Гундоровой Р.А. и Кашниковым В.В. (2002). При этом, помимо данных этой классификации, должны быть учтены характер, локализация повреждений наружных и внутренних структур глаз, а также присутствия сочетанных повреждений смежных анатомических структур – головы, скуловой и орбитальной зоны и отдаленных исходов травмы.

Маликов Дж. И., Тоштемирова З. М., Юсупов Б. А.
АРГЛАБИН В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЁННОГО РАКА ШЕЙКИ
МАТКИ

Самаркандский Государственный Медицинский Университет
Кафедра онкологии

Научный руководитель – Заведующий кафедрой онкологии, доктор медицинских наук, Доцент Рахимов Н. М.

Цель исследования. Изучить эффективность нового противоопухолевого препарата арглабин в сочетании с другими цитостатиками при местнораспространённом РШМ.

Материал и методы. В исследование были включены 28 больных РШМ IIb-IIIb стадии, получавших лечение в отделении химиотерапии Самаркандского филиала Республиканского научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии с август 2022 по декабрь 2022 г. Ранее больным не проводилось предшествующего лечения (ХТ, ЛТ). Арглабин применяли в оптимальной дозе 5 мг/кг перед введением ХТ. Последняя проводилась в режиме 5-фторурацил 500 мг/м² в/в с 1 по 4 день; цисплатин в дозе 75мг/м² в/в капельно на 5 день с гидратацией. Проведено 2–3 курса ПХТ. 10 пациенток получили 1 курс химиотерапии с арглабином, 10 больных – 2 курса, 8 больных – 3 курса с арглабином. Эффективность лечения оценивалась по стандартным критериям ВОЗ.

Результаты исследования. Изучение непосредственных результатов клинического эффекта в исследуемой группе показало: полная регрессия опухоли у 1 из 28 больных (2,8%), частичная регрессия опухоли достигнута у 14 (50%) больных, у 13 (46,8%) – отмечена стабилизация процесса. Общая эффективность (полная, частичная регрессия) составила 53,2%. Токсичность проведенного режима химиотерапии с арглабином была умеренной. Ни у одной больной не отмечено ФН. Гематологическая токсичность I–II степени наблюдалась у 6 женщин (21,4%).

Выводы. Изученный режим химиотерапии с включением арглабина оказался эффективным, частота общего эффекта составила 53,2%.

Тургунов А.Ш., Хакназаров Х.Ш
УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ
РАН

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Научный руководитель - к.м.н., доцент Карим-задеБ.Д

Цель исследования. Улучшение результатов лечения длительно незаживающих ран при различных хирургических вмешательствах с использованием современных комбинированных антисептических средств.

Материалы и методы. На базе кафедры общей хирургии №1 при ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино были прооперированы 7 больных в 2022 году, у которых отмечалось увеличение длительности заживления ран. Структура нозологических форм оперированных больных: троим больным выполнена комбинированная абдоминопластика с грыжесечением, троим больным иссечены рубцы, площадью от 5х5 до 20х8 см. и у одного больного иссечена атерома размером 22х6 см. с разрезом кожи 5 см. Мужчина был 1 (7%), женщин - 6 (93%). Средний возраст больных 36 лет. Сопутствующие заболевания выявлены у 2 (29%) больных. Структура сопутствующей патологии: анемия (гемоглобин 105 г/л) в одном случае (14,5%) и хронический пиелонефрит в одном случае (14,5%). Троим больным выполнена абдоминопластика с грыжесечением. В послеоперационном периоде в данной группе больных у всех отмечалась лимфорей из дренажной трубки в течение 10 суток и в одном случае некроз на уровне шва размерами 2,3х4,5 см ниже проекции пупка в связи с недостаточностью микроциркуляции лоскута. Троим больным иссечены рубцы, площадью от 5х5 до 20х8 см. в одном случае (20х8 см) отмечалось заживление раны вторичным натяжением на 24 сутки, в двух случаях отмечалась лимфорей на протяжении 10-12 суток. При атероэктомии в связи с большой полостью отмечалась лимфорей на протяжении 23 дней. Комплексное лечение включало: промывание раневой полости растворами 3% перекиси водорода для предупреждения анаэробной инфекции и для предупреждения кровотечения промывание раствором повидонайодина. С адекватным дренированием, в среднем в течении 10-17 суток. Дренажные трубки и перчаточная резинка удалялись в зависимости от объема выделения из раневой полости. Парентеральное введение в течении 10 дней пентоксифиллина (трентал) по 500 мг в сутки в растворе Рингера по 200 мл 2 раза в сутки, мельдоний (милдронат) внутривенно 14 дней по 500 мг 1 раз в сутки, также рего-препараты ацетилсалициловой кислоты в дозировке от 50 до 100 мг (тромбоасс) в сутки.

Результаты исследования. Средний период заживления ран после комплексного лечения составлял от 9 до 28 суток после операции. После комплексного лечения, которое включало промывание раневой полости мощными растворами антисептиков, введением препаратов, улучшающих региональную гемодинамику и тканевую микроциркуляцию путем парентерального и алиментарного введения препаратов, антиоксидантов и физиотерапевтических процедур. Больные были выписаны в периоде от 15 до 24 суток. Отмечалось полное заживление ран в 6 случаях первичным натяжением, а в 1 случае вторичным натяжением.

Выводы. Комплексный подход, который использовался нами, показал свою эффективность и безопасность у больных с длительно незаживающими послеоперационными ранами.

Турназаров Б.А., Набиев Б.И., Бобоева С.Ю.
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
КОНТАКТНОЙ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ

Кафедра урологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – ассистент Усмонов Б.Н.

Цель исследования. Уменьшить частоту различных осложнений при уретеролитиазе.

Материал и методы исследования. Для более глубокого изучения причин осложнений и их профилактики, с учетом раннее проведенных такого рода исследований, считали своевременным в целом разделить осложнения контактной уретеролитотрипсии на интраоперационные, ранние послеоперационные и отдаленные послеоперационные.

Необходимость усовершенствования классификации осложнений КУЛТ, заключалась в улучшении ранней диагностики, и тем самым своевременной ликвидации различных по характеру и времени осложнений, что в основном базировалась на общеизвестные градации осложнений указанного вмешательства. При этом, осложнения, возникшие во время проведения манипуляции по механизму, были разделены на две большие группы: травматического и не травматического характера. Относительно градации полного и неполного отрыва мочеточника во время вмешательства, мы солидарны с мнениями большинства исследователей, что полный отрыв нужно расценивать как ампутацию мочеточника, а неполный отрыв как отрыв мочеточника, что может дифференцировать степень тяжести этого осложнения. То есть бесспорно, что по степени тяжести ампутация мочеточника намного тяжелее чем ее отрыв.

Мы солидарны с мнениями большинства исследователей, как ближнего, так и дальнего зарубежья, что применяемые термины, относительно перфорации мочеточника, неполноценны. К примеру, экставазация контрастного вещества, за пределы мочеточника расценивается как осложнение КУЛТ, что по сути является лишь констатацией рентгенологического проявления перфорации, т.е. считается ее последствием. При этом, разумеется, миграцию конкремента в парауретеральное пространство, нецелесообразно ввести в группу осложнений миниинвазивных вмешательств. Более точным ориентиром при классификации перфорации мочеточника, является, эндоскопическая картина (макро- и микроперфорация) и характер затека контрастного вещества за пределы мочеточника, которые весьма значимы для выбора лечебной тактики пациентов с уретеролитиазом.

Результаты исследования. С накоплением определенного опыта и оснащенности стационара, в последние годы, травма слизистого и подслизистого слоев мочеточника во время КУЛТ, как правило, протекает благоприятно и не требует какой-либо коррекции.

А тяжесть подобных травм в литературе классифицируются такими терминами, как «подслизистый туннель», «ложный ход», «скальпирование», «линейный надрыв и разрыв» слизистой мочеточника.

На основании разработанной классификации осложнений КУЛТ сотрудниками Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф. Владимирского», В.В. Дутова и соавт. (2017), разработана усовершенствованная классификация осложнений КУЛТ. На наш взгляд, к категории осложнений не травматического характера, следует также добавить квалификацию и опыт эндоскописта, что является немаловажным при проведении данного сложного вмешательства. А так называемые «трудные» камни также можно отнести к осложнениям не травматического характера, что нередко встречается, и действительно является одним из причин осложнений КУЛТ.

Выводы. Преимущества последних заключается в минимизации травматичности, снижении количество послеоперационных осложнений, уменьшении срока госпитализации и реабилитации пациентов с уретеролитиазом.

Турсунов О. О., Адылова Ф.Х., Муродов Ш.Д.
ДИАГНОСТИКА СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ
Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н. Махамадиев А.А.

Цель работы. Комплексное исследование слуха у детей с врожденной и приобретенной сенсоневральной тугоухостью (СНТ) и методы их реабилитации.

Материал и методы исследования. В условиях ЛОР клиники и отделения реабилитации патологии слуха, голоса и речи НМИЦТ нами обследовано 72 ребёнка с СНТ различной степени в возрасте от 1-го до 6 лет. Среди них 39 мальчиков и 33 - девочек. Дети с кондуктивным или смешанным типом тугоухости в группу исследования не включались. Исследование включало: сбор жалоб и анамнеза, клинический осмотр ЛОР – органов, тональную пороговую аудиометрию, а также игровая аудиометрия, при необходимости регистрация отоакустической эмиссии (ОАЭ), и коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП) мозга. Детям в условиях физиологического либо медикаментозного (у больных с психическими расстройствами) сна проводили регистрацию КСВП. Обследованные больные в начале были консультированы сурдопедагогом, неврологом, психологом.

Результаты исследования. В результате исследования у 49 (68%) из 72 детей была двусторонняя врожденная тугоухость, у 23 (32%) — двусторонняя приобретённая тугоухость. В группе исследования (всего 72 ребенка, 144 ушей) были дети с различной степенью тугоухости, а именно: II степень — 46 (32%) ушей, III степень — 62 (43%) уха, IV степень и глухота — 36 (25%) ушей. У всех детей выявлено отставание в речевом развитии. Эффективность электроакустической коррекции слуха оценивалось на основании слухового и речевого развития ребенка благодаря дополнительной помощи сурдопедагога. Всем детям со снижением слуха (48 детей) проведена электроакустическая коррекция слуха с современными цифровыми слуховыми аппаратами (СА) фирмы Oticon (Дания). Подбор слухового аппарата и оценку результатов электроакустической коррекции слуха проводили с участием сурдопедагога. У 18 детей

произведено бинауральное (двухстороннее), а у 54 детей моноуральное (одностороннее) слухопротезирование. Детям с двухсторонней абсолютной глухотой и вторичной недоразвитием речи (24 детей) рекомендовано провести кохлеарную имплантацию.

Выводы. Эффективность своевременного комплексного аудиологического исследования пациентов с СНТ позволяет раннее выявление нарушений слуха и своевременную коррекцию нарушений слуха (слухопротезирование, кохлеарная имплантация).

Раннее выявление и своевременная коррекция нарушения слуха (слухопротезирование, кохлеарная имплантация) предотвращает задержку речевого и психического развития ребенка. У детей с ассиметричными нарушениями слуха эффективно проводит бинауральное слухопротезирование.

Умаркулова У.И.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ВЫБОРЕ УРОВНЯ АМПУТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

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

Научный руководитель - зав. каф., к.м.н. М.Х. Набиев.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения при осложненных формах синдрома диабетической стопы.

Материал и методы исследования. В основу данного исследования положены результаты клинического наблюдения и лечения 79 больных с осложненными формами СДС (диабетическая стопа IV-V ст. по Вагнеру), госпитализированных в Центр эндокринной и гнойно-септической хирургии, развернутого на базе хирургического отделения ГУ ГМЦ №3. Среди них мужчин было 51 (64,5%), женщин – 28 (35,5%). Возраст больных колебался от 30 до 70 лет. Тип, тяжесть течения и стадия СД были определены согласно классификации ВОЗ (1985). СД 1-типа выявлен у 2 (2,5%), СД 2-го типа у 77 (97,5%).

Результаты исследования и их обсуждение. На фоне комплексного лечения с целью дистализации уровня ампутации и сохранения опорной функции стопы при сохраненном магистральном кровотоке, у 42 больных применяли двухэтапную оперативную тактику, на первом этапе была произведена трансметатарзальная ампутация, в последующем осложнившаяся некрозом оставленных кожно-фасциальных лоскутов, по мере очищения ран от некротических масс и появления здоровых грануляций произведено пластическое замещение дефектов свободным, перфорированным, полнослойным кожным лоскутом. У 12 больных с распространенным и прогрессирующим гнойно-некротическим поражением стопы с переходом на голень, произведена ампутация на уровне верхней трети голени с рассечением культи и иссечением всех сухожилий. При этом одновременно произведена некрэктомия и внутрикожно вдоль краев раны, отступая на 1,5-2 см проксимальнее, проведены две спицы Киршнера. Свободные концы обеих спиц сближали и фиксировали лигатурой так, чтобы не было натяжения краев рассеченной культи голени. После очищения раны культи от некроза, ликвидации признаков воспаления и появления грануляции производили формирование культи с активно-проточным дренированием и орошением раствором декасан.

Вывод. Таким образом, применение ангиографии, определяя проходимость сосудов на нижних конечностях, как высокоинформативного и метода исследования позволяет оценить характер, уровень и протяженность поражения магистральных артерий нижних конечностей. Это в свою очередь, помогает определить оптимальный уровень ампутации и снизить частоту реампутаций. Основным моментом в лечении больных с ОФ СДС является правильный выбор уровня ампутации, при котором необходимо придерживаться функционально-щадящей тактики с сохранением коленного сустава с перспективой последующего протезирования, что способствует предотвращению развития рецидивов СДС и улучшению качества жизни больных.

Урунбаева М.Г. Абдулвохидзода С., Бобоев С.

АҲАММИЯТИ АУДИОМЕТРИЯИ НУТҚИ ДАР ТАШХИСИ ТАФРИҚАВИИ НАВЪҲОИ ҒУНОҒУНИ ҒУШВАЗНИИ

Кафедра оториноларингологии и МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тоҷикистон

Рохбарии Ҳ.И.Т., профессор Холматов Ҷ. И.

Мақсади таҳқиқ. Арзёбии муҳиммияти аудометрияи нутқи дар ташхиси тафриқавии шаклҳои кондуктивӣ ва сенсоневралӣ ғушвазинӣ.

Маводваусулҳои таҳқиқ. Аз ҷониби мо дар шароити шуъбаи сурдологии ММТ ҶТ «Шифобахш» 30 нафар муоина карда шуд. Аз он ҷумла: 14 нафарро донишҷӯён бо шунавоии муътадил (гурӯҳи санҷишӣ), 8 бемор гирифтори отити музминии миёна – мезотимпанит (гурӯҳи 1) ва 8 нафари боқимондари беморони гирифтори ғушвазинии сенсоневралӣ (гурӯҳи 2) ташкил намуданд. Синни муоинашудагон дар ҳудуди аз 20 то 30-соларо ташкил дод. Маҷмӯи муоина иборат буд аз: пурсиши бемор, муоинаи узвҳои ғушу гулӯю бинӣ, отоскопия, ба воситаи нутқи пичирроси муайян кардани сатҳи шунавоӣ, аудиометрияи лаҳнии ҳаддӣ ва нутқи ба воситаи аудиометри МА-31.

Натиҷаи таҳқиқот. Дар мавриди муоинаи 14 донишҷӯёгон эътилол аз ҷониби узвҳои ғушу гулӯю бинӣ ошкор нагардид, ҳангоми таҳқиқи ҳиссиёти шунавоӣ дар мавриди нутқи пичирроси таҳқиқ шавандагонро аз масофаи 6 м шуниданд. Сатҳи хати аудиометри тавассути гузариши ҳавой ва устухонӣ ба меъёр (ба ҳисоби миёна то 15 дБ ± 5 дБ) мувофиқат менамуд, фаҳмиши нутқ мувофиқи маълумотҳои аудиометрияи нутқӣ, ба 100 % баробар буд. Беморони ҳар ду гурӯҳ нутқи пичирросиро дар фосилаи аз 1 то 2 метр қабул намуданд. Дар ҳар ду гурӯҳ нишондиҳандаҳои аудиометрияи лаҳнии ҳаддӣ дар ҳолатҳои алоҳида қариб фарқ намекарданд: сатҳи хати аудиометри дар гузариши ҳавой амалан дар як сатҳ (ба ҳисоби миёна то 40 дБ ± 5 дБ) буд. Ҳадди ақали даркнамони гузариши устухонии садо дар

беморони гурӯҳи 1 аз чунин нишондиҳандаи гурӯҳи 2-юм (ба ҳисобимиёна $10 \text{ дБ} \pm 5 \text{ дБ}$) нисбатан камтар буд. Аммо ҳангоми татбиқи аудиометрияи нутқӣ дар ҳар ду гурӯҳ фарқи зиёде ошкор шуд. Фаҳмиши нутқи гуфтугӯӣ бошиддатнокии 70 дБ дар кулли беморони гурӯҳи 1 ба 100% ва дар беморони гурӯҳи 2 фаҳмиши нутқи гуфтугӯӣ бошиддатнокии 80 дБ ба 80% баробар буд. Қайд кардан лозим аст, ки ҳангоми баъдан баланд шудани нутқ дар беморони гурӯҳи 2 фаҳмиши нутқ то ба 40-50% тағйир ёфт.

Хулоса. Ҳамин тариқ, таҳқиқоти мо афзалияти ошкорои аудиометрияи нутқиро дар таъхиси тафриқавии шаклҳои кондуктивӣ ва сенсонавралӣ ихтилолоти шунавоӣ нишон дод.

¹Усмонов Б.Н., Турназаров Б.А., ²Гафуров М.М.

ОПЫТ ПРЕМИНЕНИЯ НИЛИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

¹Кафедра урологии ГОУ «ТГМУ им. Абуалиибни Сино». Таджикистан

²ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии»

Научный руководитель – врач уролог РЦЗ р. Деваштич Шарипов Д.Х.

Цель исследования. Повысить эффективность лечения больных хроническим простатитом.

Материалы и методы исследования. Мы провели оценку эффективности применения НИЛИ аппарата лазерной терапии «Матрикс-ВЛОК», в комплексном лечении больных ХП. За период с сентября 2022 г. по март 2023 г. в условиях РЦЗ Деваштич было проведено обследование и лечение 49 мужчин, страдающих ХП. Больные были разделены на II группы, сопоставимые по возрасту, длительности заболевания и выраженности клинических проявлений. Всем больным проводили физикальное обследование, пальцевое ректальное исследование, лабораторные тесты (клинические анализы крови и мочи, микроскопию секрета простаты). В группе исследования проводили как медикаментозное, так и воздействие НИЛИ аппарата лазерной терапии «Матрикс-ВЛОК», по 15 минутной внутривенной инфракрасном облучении. Положение пациента — лежа на спине, игла с лазерным облучателем вводится в локтевую вену. Первые 5 сеансов проводили ежедневно, последующие — через день, в сумме 10 сеансов.

Результаты исследования. При контрольном обследовании мы получили следующие результаты: значительное уменьшение симптомов, нормализовалось количество лейкоцитов в секрете простаты и уменьшение объема железы у 25 больных (92%) основной группы и у 19 (86,4%) больных, входивших в контрольную группу. Отмечены более высокие показатели качества жизни после проведенного лечения в основной группе, по сравнению с данными у больных контрольной группы. Так средний балл качества жизни QoL уменьшился в 1,5 раза, индекс симптомов ХП (NIH-CPSI) снизился в среднем на 5 баллов, по шкале IPSS на 2 балла. По данным урофлоуметрии максимальная скорость мочеиспускания возросла на 15%, средняя скорость на 8%. По данным УЗИ размеры предстательной железы (ПЖ) изменились в среднем на 10% (уменьшение объем ПЖ). купирование болевого синдрома у 77,7% (21 больной) основной группы наблюдали уже к 9-му дню проводимого лечения, в то время как у 68% (15 больных) контрольной группы — только к 14-му дню курсового лечения.

Выводы. Таким образом, применение НИЛИ аппарата лазерной терапии «Матрикс-ВЛОК», в комплексном лечении больных ХП позволяет повысить эффективность лечения больных хроническим простатитом за счет сочетанного воздействия антибактериальных препаратов и бактериостатического и иммуномодулирующего действия применяемых физических факторов, восстановления и нормализации микроциркуляции в зоне предстательной железы, улучшения дренирующей функции протоков предстательной железы.

Фарзонаи Иброхим, Додихудоев Р.А., Шамсуллозода Ш.Н.

ЯТРОГЕНИЯ ЖЕЛЧОВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Холматов П.К.,

Цель исследования. Анализ результатов лечения больных с повреждениями внепеченочными желчными протоками.

Материал и методы. В настоящей работе анализируются результаты лечения 14 больных с комбинированными повреждениями желчных протоков и ветвей общей печеночной артерии при выполнении холецистэктомии. Среди наблюдавшихся женщин было 12 (86%), мужчин – 2 (14%). Возраст пациентов составило от 37 до 69 лет. В 8 (57%) наблюдениях повреждения отмечены при открытых традиционных холецистэктомиях, а в 6 (43%) при лапароскопических холецистэктомиях, выполненных в лечебных учреждениях Республики Таджикистан. Предоперационное обследование, кроме общепринятых клинических и лабораторных методов, включало: УЗИ органов брюшной полости, методы прямого контрастирования желчевыводящих путей (эндоскопическая ретроградная, чрескожная, чреспеченочная или фистулохолангиография), доплеровскую ультрасонографию или компьютерную томографию (КТ), а также магнитно-резонансную панкреатохолангиографию (МРПХГ). Тип повреждения определяли согласно классификации Н. Bismuth.

Результаты. Субоперационное повреждение желчных протоков было обнаружено у 4 больных, при этом лишь в одном случае было заподозрено повреждение общей печеночной артерии, однако её ревизия не производилась. В раннем послеоперационном периоде (до 7 суток) наличие окклюзии ветвей печеночной артерии диагностировано у 3 (21%) больных, в поздние сроки от 8 до 518 суток – у 7 (50%) больных. Высокие повреждения – III – IV типов отмечено у 9 (64%) больных. Повреждение сосудов установлено при выполнении динамического УЗИ с доплерографией сосудов печени (n=3), ангиографии (n=2) и КТ (n=5). В 4 наблюдениях при доплерографии обнаружено отсутствие кровотока по собственной печеночной артерии обусловленной её окклюзией, в 4 (28,5%) – правой и в 1 (7%) – левой печеночной артерии. До поступления в клинику пациенты перенесли от 1 до 4 оперативных вмешательств (кроме

холецистэктомии) по поводу ликвидации возникших в связи с повреждением протоков осложнений – обтурационная желтуха, жёлчного перитонита, внутрибрюшных абсцессов. Детальное изучение клинического течения показало, что наряду с типичными для повреждения протоков синдромами (обтурационная желтуха, перитонит, наружный жёлчный свищ), высокий удельный вес имели осложнения, связанные с ишемией печени некроз и абсцессы печени (n=14) и билиарный сепсис (n=6). Интраоперационное повреждение жёлчного протока было обнаружено у 4 больных, у остальных 10 в сроки от 3 суток до 4 месяцев. Повреждение скорректировано формированием анастомоза между пересеченными концами протока по типу конец в конец на Т – образном дренаже (n=2) и гепатикоюноанастомоза (n=1) и у 1 операции была завершено наружным дренированием желчных протоков. После восстановительных операций (n=2) наблюдались несостоятельность швов билиобилиарных анастомозов. В 2 наблюдениях через 3 недели после операции в связи с развитием множественных инфарктов и абсцессов печени, выполнена некрэктомия левой доли печени при её некрозе, дренирование абсцессов печени и наружное дренирование общего печеночного протока (больная умерла).

Выводы. Для диагностики комбинированных повреждений жёлчных протоков и сосудов целесообразно проведение интра- и послеоперационной динамической УЗИ с доплерографией сосудов печени. Индивидуально – активная хирургическая тактика с учётом функционального состояния печени и жёлчных протоков позволяют в каждом конкретном случае выбрать патогенетически обоснованный метод лечения.

Фарзонаи Иброхим, Додихудоев Р.А., Шамсуллозода Ш.Н.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Холматов П.К.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения механических желтух доброкачественного генеза (МЖДГ).

Материал и методы. Располагаем опытом комплексного лечения 130 больных с МЖДГ. Женщин было 93 (72%), мужчин 37 (28%). Возраст пациентов составил от 24 до 83 лет. Причиной МЖДГ в 80 (62%) наблюдениях являлся холедохолитиаз, в 22 (17%) - стеноз большого дуоденального сосочка, в 14 (11%) - острый панкреатит, в 8 (6%) - синдром Мирризи III-IV форма, в 4 (3%) - перихоледохеальный лимфаденит и в 2 (1,5%) - парафатеральный дивертикул двенадцатиперстной кишки. Для диагностики МЖДГ проводили клинко-лабораторные и инструментальные методы исследования, включая УЗИ, МРТ, ЭРХПГ, ЧЧХ.

Результаты и исследования. Ведущим методом диагностики МЖДГ были прямые методы контрастирования желчных путей - ЭРХПГ и ЧЧХ позволяющий в 96% наблюдениях установить причину МЖДГ. Для выбора сроков и объема оперативного вмешательства ориентировались разработанной в клинике критериями тяжести МЖДГ. Так при уровне билирубина не выше 100 мкмоль/л, общего белка $69,2 \pm 3,2$ мкмоль/л и отсутствием холангита в 72 наблюдениях (55%) выполняли одноэтапные традиционные (n=40) и сочетанные эндоскопические вмешательства (n=32) для коррекции холестаза. В 38 (29%) наблюдениях при уровне билирубина от 100 до 200 мкмоль/л, общего белка $57,2 \pm 2,8$ мкмоль/л и наличии холангита на первом этапе выполняли ЭПСТ с литэкстракцией и назобилиарное дренирование (n=29), а также ЧЧХ (n=9). После разрешения желтухи в 24 наблюдениях ограничивались видеолaparоскопической холецистэктомией, а в 44 традиционной холецистэктомией с формированием билиодигестивных анастомозов.

В 20 наблюдениях (15%) при тяжелой МЖДГ и уровне общего билирубина выше 200 мкмоль/л, общего белка $49,6 - 4,3$ мкмоль/л и выраженного холангита выполняли эндоскопическую декомпрессию желчных протоков (n=8) и традиционные оперативные вмешательства с формированием наружного дренажа в желчных протоках. В послеоперационном периоде в 17 (13%) наблюдениях отмечены осложнения у 2 (1,5%) летальными исходами.

Выводы. Хирургическая тактика при МЖДГ должна быть строго дифференцированной и основывается на разработанных критериях тяжести механической желтухи.

Фарзонаи Иброхим, Додихудоев Р.А., Шамсуллозода Ш.Н.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Холматов П.К.

Цель исследования. Возможности применения современных методов исследования в диагностике хирургических больных, перенесших COVID-19.

Материалы и методы. В период пандемии, под нашим наблюдением находились 25 больных, госпитализированных с хирургической патологией, перенесших COVID-19 в ГУ ГБСМП г. Душанбе с июня по декабрь 2020 года. Из них 8 больных были с острым аппендицитом, 6 - с острым холециститом, 5 - с перфорацией желудка, 3 - с кишечной непроходимостью, 1 - с рецидивной грыжей и 2 - с панкреонекрозом.

Женщин было 10, мужчин - 15. Возраст пациентов варьировал от 25 до 75 лет. У 15 больных наблюдались сопутствующие патологии, такие как ИБС, артериальная гипертензия, сахарный диабет, панкреатит, холецистит, язва желудка и луковицы 12-перстной кишки, мочекаменная болезнь.

Исходя из анамнеза, нами были использованы следующие методы исследования: клинко-лабораторные, ультразвуковое исследование, цифровой рентген легкого, КТ легкого, лапароскопия, цитология, бактериология, тесты

на COVID -19 и тест определения антител, Д-димер, С-реактивный белок.

Результаты и исследования. У больных при обследовании были выявлено: снижение уровня гемоглобина, общего белка, повышение СОЭ, повышение уровня сахара в крови, у некоторых повышение АЛТ, АСТ, повышение С-реактивного белка, Д-димера, значительные изменения в коагулограмме, тест положительный на наличие антител к COVID -19. С помощью УЗИ мы в основном диагностировали хирургические патологии.

У 11 (44%) больных на рентгенографии грудной клетки выявлен хронический бронхит, у 7 (28 %), -прикорневая пневмония в стадии ремиссии, у 6 (24%)-фиброзное изменение легких и у 1 (4%)-возрастные изменения.

КТ проводили 13 больным, у 7 больных было выявлено прикорневое поражение обеих легких. А у 6 больных на КТ было выявлено четкое процентное поражение легких, наличие матового стекла в легких, явное фиброзное разрастание ткани легкого, также у некоторых больных наблюдалось незначительное скопление жидкости в плевральной полости.

Всем больным был проведен тест на определение и наличие антител на COVID -19. У 14 больных было выявлено наличие антител к COVID -19 .

Всем больным было проведено оперативное лечение с учетом сопутствующей патологии. В послеоперационном периоде было проведено симптоматическое комплексное лечение, такие как антикоагулянтная, противовирусная, дезинтоксикационная терапии, а также оксигенотерапия и лазеротерапия, в зависимости от сопутствующей патологии и симптомов остаточного явления перенесенного COVID-19. Все больные в удовлетворительном состоянии были выписаны на амбулаторное наблюдение. Летальных исходов не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, у хирургических больных, перенёсших COVID -19 в до или послеоперационном периоде необходимо проводить тщательный сбор анамнеза, а также все клинико-лабораторные методы исследования, рентгенографию грудной клетки. При выявлении незначительной патологии дыхательной системы, обязательно проводить КТ-грудной клетки. КТ является высокоинформативным методом исследования для выявления острого поражения и остаточных явлений COVID-19. Своевременная и достоверная диагностика способствует правильному и эффективному лечению хирургических больных, перенесших COVID -19.

Федулова Т.В.

ИЗМЕНЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ.

Кафедра общей хирургии ФГБОУ ВО ИГМА. Удмуртия.

Научный руководитель – д.м.н., доцент Тихомирова Г.И.

Цель: изучить влияние оперативного вмешательства по поводу узлового зоба на качество жизни пациентов старшей возрастной группы с коморбидной патологией.

Материалы и методы. Работа выполнена по материалам 1 РКБ МЗ УР. Проведён ретроспективный анализ историй болезни пациентов, прооперированных в данном многопрофильном лечебном учреждении с 2018 по 2022 гг.

Полученные результаты. За указанный период с узловыми образованиями было прооперировано 39 пациентов в возрасте старше 60 лет, из них 33 женщины и 6 мужчин.

При поступлении 51,1% пациентов предъявляли жалобы на наличие видимого образования в области шеи, 40% - на затруднения при глотании, 22,2% - на затруднение дыхания в положении лежа на спине, 20% на общую слабость, по 8,9% - на чувство комка в горле, сердцебиение, чувство дрожи в грудной клетке и боль в костях, 6,7% ощущали тремор в руках.

Коморбидная патология у пациентов распределялась следующим образом: гипертоническая болезнь I-III ст. – в 61,5%; ишемическая болезнь сердца – в 15,4%; сахарный диабет 2 типа – в 12,8%; ожирение I-III ст. – в 10,3%; по 2,6% - атеросклероз аорты, хронический бронхит и хронический гастродуоденит. В 13-ти случаях (33,3%) у пациентов было выявлено по 2-3 заболевания.

Перед операцией всем пациентам было проведено комплексное обследование, которое включало лабораторные методы определения функции щитовидной железы по уровню тиреоидных гормонов, УЗИ и тонкоигольную аспирационную биопсию, эластографию.

По объёму оперативные вмешательства распределились следующим образом: гемитиреоидэктомия была произведена 19-ти пациентам, тиреоидэктомия – 20-ти.

Почти в 79% случаев удаленный узел по гистологическому строению представлял собой коллоидный зоб, что предполагает минимальный онкологический риск и подлечит регулярному наблюдению и консервативному лечению.

У всех пациентов после перенесенной операции наблюдаются явления гипотиреоза, которые ведут к ухудшению здоровья и значительно снижают качество жизни. После тиреоидэктомии клиническая картина гипотиреоза развивается в течение 3–6 недель. Нарастают слабость, апатия, сонливость, снижение интеллекта и памяти, нарастание веса в результате нарушения жирового обмена, депрессивные состояния. Отмечаются брадикардия, слабый пульс, низкое АД. Редкое дыхание приводит к гипоксии и гиперкапнии. У пожилых пациентов нередко возникают изменения, свойственные атеросклерозу. Подобные состояния требуют пожизненной заместительной гормональной терапии.

Выводы. Вероятность развития послеоперационного гипотиреоза, значительно ухудшающего качество жизни пациентов старшей возрастной группы с коморбидной патологией необходим дифференцированный подход к диагностике и лечению узловых форм заболеваний щитовидной железы.

Фурохов И.Ё., Маджидзода М., Шарипова Д.Б.
ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Кафедра хирургических дисциплин №2 ГОУ ХГМУ. Таджикистан.
Научный руководитель – PhD Норматова М.А.

Цель исследования. Изучить роль ожирения в инициации канцерогенеза в тканях молочной железы у женщин в постменопаузальном периоде.

Материал и методы исследования. Для изучения патогенеза рака молочной железы (РМЖ), ассоциированного с ожирением у женщин в постменопаузе, были использованы и анализированы 4 научные обзорные статьи и несколько материалов международных конгрессов и конференций.

Результаты исследования. В настоящее время выделяют несколько механизмов развития рака молочной железы у женщин с избыточным весом и ожирением при угасшей функции яичников. С наступлением менопаузы жировая ткань представляет собой депо эстрогенов, образующиеся в результате конверсии андрогенов под действием фермента ароматазы. Результаты исследований показали, что с увеличением количества жировой ткани концентрация циркулирующих эстрогенов закономерно возрастает. Увеличение ИМТ у женщин в постменопаузе ассоциировано не только с гиперэстрогемией, но и с инсулинорезистентностью. Гиперинсулинемия приводит к активации инсулиноподобного ростового фактора I (ИРФ-I), который сопряжен с повышенной пролиферацией железистого эпителия молочной железы и неопластической трансформацией клеток. Продемонстрирована непосредственная роль адипоцитов в развитии злокачественного процесса в молочной железе. Более того, повышение экспрессии при ожирении таких адипокинов, как лептин, фактор некроза опухолей-α (ФНО-α), интерлейкин-6 (ИЛ-6) и фактор роста гепатоцитов (ФРГ) могут служить пусковым механизмом опухолевого перерождения клеток молочной железы.

Выводы. Высокие показатели ИМТ ассоциированы с бластогенным эффектом у женщин в постменопаузе, определяя риск развития РМЖ. Кроме того, клиническое течение заболевания у женщин с избыточным весом и ожирением в постменопаузальном периоде протекает более агрессивно и характеризуется высокой частотой лимфогенного и гематогенного метастазирования.

Фурохов И.Ё., Курбонова И.М., Самадов А.Х.
ВСТРЕЧАЕМОСТЬ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДАНГАРИНСКОМ РАЙОНЕ

Кафедра хирургических дисциплин №1 ГОУ ХГМУ. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Пиров Б.С.

Цель исследования. Определить частоту случаев урологических заболеваний среди жителей населения Дангаринского района.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на кафедре хирургических дисциплин №1 ХГМУ и на базе Республиканской клинической больницы Дангаринского района за период 2019-2022 годов. Объектом исследования явились 121 история пациентов, находившихся на лечении с разными урологическими заболеваниями. Женщин было 84 (64,42%), мужчин - 37 (35,58%). Жители сельской местности составили 86 (71,01%) человек, из района было 35 (28,99%) пациентов.

Результаты исследования. В ходе исследования выявили следующие заболевания: МКБ у 43 (35,53%) пациентов, нефроптоз у 36 (29,85) пациентов, поликистоз у 10 (8,26%) пациентов, нефункционирующие почки наблюдали у 17 (14,04%) пациентов и стриктура уретры диагностирована у 15 (12,32%) пациентов.

Пациенты в возрасте от 20 до 30 лет составили 20 (16,32%) человек, от 31 до 40 лет - 30 (24,59%), от 41 до 50 лет - 25 (20,46%), от 50 до 60 лет - 28 (23,14%) и в возрасте от 60 до 70 лет - 19 (15,49%) человек.

С камнями почек было 35 (28,92%) пациентов и 8 (6,61%) больных с камнями в мочеточнике. Нефроптоз правосторонний наблюдался у 29 (23,96%) пациентов и левосторонний у 7 (5,78%) пациентов, при этом нефроптоз II степени наблюдался у 12 (9,91%), III степени - у 9 (7,43%) и IV степени - у 15 (12,39%) пациентов. Левосторонний поликистоз наблюдался у 7 (5,78%), а правосторонний - у 3 (2,47%) пациентов. Правосторонняя нефункционирующая почка определена у 10 (8,26%), левосторонняя - у 7 (5,78%) пациентов. Стриктура уретры в 12 (9,91%) случаях наблюдалась слева, а в 3 (2,47%) случаях справа.

Выводы. Таким образом, правильный выбор показаний и противопоказаний в период предоперационной подготовки к различным методам лечения МКБ является определяющим в получении хороших результатов лечения. Выделяя проблему нефроптоза, можно отметить, что показаниями к оперативной коррекции при нефроптозе является II, III и IV степени болезни, которые сопровождаются повторяющимися атаками пиелонефрита, вазоренальной артериальной гипертензией, периодическими появлениями примеси крови в моче. Поликистоз почек, нефункционирующие почки и стриктура уретры при несвоевременном оказании помощи приводит к различным осложнениям, определяющим развитие хронической болезни почек IV и V степени. Такое положение требует пересадки почек.

Хаудойдодов О.М., Хомидов И.Т., Бокиев Ф.Б.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ГИГАНТСКИХ РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖАХ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Кафедра хирургических болезней № 2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Республиканский научный центр сердечнососудистой хирургии. Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., доцент Маликов М.Х.

Цель исследования. Изучить результаты хирургического лечения рецидивных грыж передней брюшной стенки.

Материал и методы. Нами было изучено состояние 37 пациентов с рецидивной грыжей передней брюшной стенки до и после герниопластики, госпитализированных в Республиканский научный центр сердечнососудистой хирургии в отделение реконструктивно-пластической и эстетической микрохирургии с 2000-2020 гг. Было установлено, что лица трудоспособного возраста от 18-55 лет, составили 64,4%. Анализ анамнеза жизни пациентов выявил, что рецидив патологии имел место после выполнения традиционных методов пластики в 28 (75,7%) случаях, в 6 (16,2%) случаях – ненатяжные способы и в 3 (8,1%) – комбинированных способов герниопластики.

После проведения лабораторно-инструментальных методов исследования и проведения подготовительных мероприятий для оперативного вмешательства всем пациентам определяли функцию внешнего дыхания с и без бандажа. Также метод ультразвукового исследования, который давал нам размеры грыжевых ворот, состояние мышечно-апоневротического слоя, однако в ряде случаев в связи с гигантскими размерами грыжевых ворот и последствий перенесенного перитонита приведший к мягкотканому дефекту для получения более существенной информации нами проведена КТ.

Результаты исследования. В связи с имеющимися сопутствующими патологиями (ИБС, сахарный диабет, метаболический синдром и пр.) у пациентов предоперационная подготовка была пролонгирована (от 3 – 6 мес.) и показания к оперативному вмешательству были выставлены после стабилизации всех параметров.

При выборе оперативных вмешательств в учет брали данные инструментальных методов исследования (размер грыжевых ворот, состояние мышечно-апоневротического слоя), возраст и результаты патогистологического исследования.

С учётом возраста больного, размеров грыжевого дефекта и частоты рецидива нами были следующие виды коррекций: в 9 (24,4%) случаях традиционные, в 13 (35,1%) – ненатяжные (35,1%) и комбинированных 15 (40,5%) способы пластик.

Полипропиленовые сетки были использованы в 28 (75,6%) наблюдениях, при которых выполнены ненатяжные и комбинированные способы операции. Размещение трансплантата по способу onlay осуществили 16, sublay – 8 и inlay – 4 пациентам. В 4 наблюдениях, где средний размер дефекта грыжевых ворот составил $19 \pm 7,4 \times 12,8 \pm 4,9$ см², оптимальным решением укрытия обнажённых петель кишечника мы считали размещение сетки по способу inlay. С этой целью была использована синтетическая полипропиленовая сетка с гелиевым покрытием Parietex™ Optimized Composite Mesh (Medtronic, USA).

Нами была изучена частота рецидива патологии в разные сроки после операции. Из общего числа оперированных пациентов рецидив отмечался в 2 (5,4%) случаях после традиционных (1) и ненатяжных (1) способов герниопластики.

Выводы. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что традиционные способы операции при гигантских грыжах с небольшим дефектом грыжевых ворот и сохранности местно-пластического материала способствуют хорошим функциональным результатам. Частые рецидивы патологии, грыжи больших размеров требуют применения ненатяжных способов пластики. При наличии риска рецидива патологии более эффективным способом считается комбинированная пластика грыжевого дефекта с использованием местно-пластического ресурса и полипропиленовых сеток.

Хабибов С.С., Нозиров Э.Ч., Фатхудинов С.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ, ТВЁРДОЕ И МЯГКОЕ НЁБО И АЛВЕОЛЯРНЫЙ ОТРОСТОК ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Абдурахимов А.Х.

Цель исследования. Выявление и изучение неврологических болезней больных с врожденными расщелинами верхней губы, алвеолярный отросток верхней челюсти, мягкое и твёрдое нёбо.

Материал и методы исследования. В работе обобщаются результаты наблюдений 75 больных с врожденными расщелинами верхней губы, алвеолярный отросток верхней челюсти, мягкое и твёрдое нёбо. Из общего количества наблюдаемых больных, у 13 (17,3%) – внутричерепное давление, у 29 (38,6%) послеоперационные невроты, а у остальных не наблюдаются неврологические отклонения. Для предотвращения осложнений неврологических отклонений и появления новых неврологических симптомов у больных с врожденными расщелинами верхней губы, алвеолярный отросток верхней челюсти, мягкая и твёрдая нёба проведены совместные работы челюстно-лицевых хирургов и невропатологов и были назначены лекарственные препараты.

Результаты исследования. Результаты наблюдения больных врожденными расщелинами верхней губы, алвеолярный отросток верхней челюсти, мягкое и твёрдое нёбо показали, что среди больных наблюдаются неврологические отклонения различного характера. Общее наблюдение больных со стороны челюстно-лицевых хирургов и невропатологов показали лучший результат при совместном лечении расщелин и неврологических

заболеваний.

В связи с этим все поступившие больные с врожденными расщелинами губы и нёба в отделении челюстно-лицевой хирургии для детей и подростков НМЦ «Шифобахш» в обязательном порядке проходят консультации невропатолога и, при необходимости, проводится УЗИ головного мозга. После приема лекарственных препаратов наблюдались улучшения результатов у больных.

Вывод. При совместном ведении с другими специалистами и раннем выявлении сопутствующих патологий (внутричерепное давление, неврологические патологии) у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба позволяет нам добиться хорошего послеоперационного результата и одномоментного лечения неврологического статуса у этих больных. При несвоевременном выявлении и лечении неврологического статуса у данных больных возникает риск развития таких неврологических осложнений как судорожный синдром, отставание в психико-физическом развитии, что влияет в дальнейшем на развитие больного. Для этой цели лечение и реабилитацию таких больных необходимо провести в многопрофильном лечебном учреждении.

Хазратова А., Марасулов Ж.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Ассистент Авазов А.А., т.ф.н Элмуродов А.Н.

Самаркандский Государственный медицинский институт (ректор – проф. Ризаев Ж.А.)

Самаркандский филиал РНЦЭМП (директор – к.м.н. Янгиев Б.А.)

Цель. Оптимизировать тактику оперативного лечения деструктивного панкреатита.

Материалы и методы Нами проведен анализ результатов клинического обследования и лечения 102 больных, находившихся в СФРНЦЭМП за период с 2012 по 2022 гг. Соотношение мужчин и женщин составляло 53,8% и 46,2%. Количество больных старше 60 лет было 53,8%. Более половины больных поступило в поздние сроки заболевания. У 55% больных при направлении в стационар был выставлен неправильный диагноз. Среди больных с панкреонекрозом у 7,7% был инфицированный панкреонекроз, у 48% жировой панкреонекроз, у 40,4% геморрагический, у 3,8% выявлена смешанная форма панкреонекроза. Предложенная классификация В.С. Савельевым (2001) на наш взгляд соответствует современному уровню комплексной клинической, лабораторной и топической инструментальной диагностики острого панкреатита и его разнообразных осложнений. При поступлении выполнялась ФГДС, УЗИ, общеклинические методы исследования.

Результаты Главными целями консервативной терапии острого панкреатита по нашим данным являются:

- голод (3-7 суток)
- инфузионная терапия
- подавление секреции поджелудочной железы (в/в контрлол, H₂ блокаторы, препараты соматостатина, октреотида и цитостатики)
- назогастральный зонд при рвоте и/или парезе кишечника
- адекватное обезболивание
- антибактериальная профилактика и терапия (меропенем, цефепим + метронидазол и др.)

Операция начинается с диагностической лапароскопии, определяется вид панкреонекроза уточненной оментобурсоскопией. Во всех случаях панкреонекроза за исключением некротического инфицированного операция заключалась в лапароскопической оментобурсоскопии, санации брюшной полости, раздельном дренировании сальниковой сумки и брюшной полости. При необходимости проведения марсупиализации поджелудочной железы проводилась коррекция из минидоступа после лапароскопической санации. В случаях некротического панкреонекроза проводилась лапароскопическая санация брюшной полости и лапаротомия. Наложение холецистостомы проводилось пациентам с напряженным желчным пузырем и с явлениями механической желтухи. Лапароскопическая чрезкожная транспеченочная холецистостомия выполнена у 12% пациентов.

Заключение разработанный алгоритм лечения позволил оптимизировать тактику консервативного и оперативного лечения деструктивного панкреатита.

Хайдаров З.Б., Зиёзода М., Сулейманова Ф.А.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЗРИТЕЛЬНЫЕ ИСХОДЫ СКЛЕРАЛЬНЫХ ОТКРЫТЫХ ТРАВМ ГЛАЗА

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Научный руководитель – к.м.н., доцент Махмадзода Ш.К.

Цель исследования. Определить клинические особенности склеральных проникающих травм глаза у детей.

Материал исследования. Были проанализированы данные клинической картины, зрительных исходов открытой травмы глаза 429 детей, находившихся на стационарном лечении в детском глазном отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в период с января 2017 по декабрь 2022 года, в их числе мальчиков - 39 (70,9%), девочек - 16 (29,1%). Средний возраст детей составил 5,25±1,33 лет, медиана 6 лет. У пострадавшего ребенка (или родителей) проведен сбор анамнеза, при каких обстоятельствах была получена травма органа зрения. Клинические методы исследования включали стандартные офтальмологические обследования: визометрию, биомикроскопию, диафаноскопию, офтальмоскопию, рентгенографию орбиты.

Результаты исследования. Из госпитализированных с открытой травмой глаз, рана имела локализацию в зоне III (склера) у 55 (12,8%) детей, в их числе мальчиков 39 (70,9%), девочек - 16 (29,1%).

Величина раны в зоне склеры была до 3 мм – у 32 (58,2%), от 3-5 мм – у 6 (10,9%) и более 5 мм – у 17 (30,9%).

Следовательно, превалировали раны маленьких размеров и выпадение оболочек в рану (стекловидного тела, хориоидеи) отмечали только у 22 детей (40%). Ранения хрусталика наблюдали у 5 (9,1%) детей. Ранние осложнения открытой травмы глаза геморрагического характера отмечали гифему у 1 (1,8%), гемофтальм у 5 (9,1%), воспалительного характера – иридоциклит у 30 (54,5%), эндофтальмит у 19 (34,5%) детей.

При выписке из стационара острота зрения оценена у 44 детей старше 4-х лет. В том числе острота зрения 0-светощущение у 21 (47,79%), 0,01-0,1 у 11 (25,0%), 0,2-0,3 у 2 (4,4%), 0,4 и выше у 8 (18,8%), не выяснена у 2 (4,4%). Осложнения более глубокой локализации в полости глаза (гемофтальм, эндофтальмит) сопровождалась более низкой остротой зрения.

Вывод. Таким образом, открытая травма глаза с локализацией в зоне III характеризовалась преимущественно (58,2%) малыми размерами раны, нанесенные инъекционной иглой (56,4%) и высокой частотой эндофтальмита (34,5%) при поступлении в стационар. Зрительные исходы имели выраженную корреляцию с характером ранних осложнений и с возрастом.

Хайдаров З.Б., Зиёзода М., Абдиев П.Х.

БИОПОКРЫТИЕ РОГОВИЦЫ ПЕРИКАРДОМ ПРИ КЕРАТОМИКОЗАХ

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Научный руководитель – старший преподаватель кафедры Каримов М.Б.

Цель исследования. Изучение эффективности биопокрытия ксенотрансплантатом у больных с грибковой язвой роговой оболочки.

Материал и методы исследования. В данное исследование были включены 14 больных (14 глаз), находившихся на стационарном лечении в 1-ом глазном отделении Государственного учреждения Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш» в период с января 2017 по декабрь 2021 года с перфорацией роговицы после грибковых язв. Из них 12 (85,7%) мужчин и 2 (14,3%) - женщины, возрастной диапазон составил от 24 до 61 года, средний возраст составил $38 \pm 2,5$ лет.

Наблюдение проводилось в сроки от 1 до 12 месяцев. По данным анамнеза и комплексного клинико-лабораторного исследования выявлено, что у всех пациентов имело место грибковая язва роговицы, осложнившаяся перфорацией. При посеве отделяемого из конъюнктивальной полости в 11 (78,5%) случаях была выявлена бактериально-грибковая инфекция. У остальных 3 глаз (21,5%) посев роста не дал.

Клиническое обследование пациентов до и после лечения включало: визометрию, биомикроскопию с фоторегистрацией в динамике, определение критической частоты слияний мельканий (КЧСМ), В-сканирование, посев с конъюнктивальной полости на флору и чувствительность к антибиотикам. Всем больным проведена лечебная кератопластика с использованием ксенопланта, изготовленного из перикарда овец. Больные получали местную и общую противогрибковую и антисептическую терапию (натамицин 5% в каплях, окомистин в каплях, моксифлоксацин 0,5% в каплях, флюконазол в таблетках).

Результаты исследования и их обсуждение. Острота зрения до операции составила 0,006-0,02. Во всех случаях до операции наряду со снижением зрения отмечались гипопион, гипотония, десцеметоцеле и/или перфорация язвы. При посеве отделяемого из конъюнктивальной полости в 11 (78,5%) случаях была выявлена бактериально-грибковая инфекция. У остальных 3 глаз (21,5%) посев роста не дал.

Техника проведения операции: под местным обезболиванием раствором пропакаина 1% и ретробульбарной инъекции лидокаина 2%, на пораженную роговицу узловыми швами 10,00 фиксировался дисковидный ксеноплант диаметром 7-10 мм. По окончании процедуры были закапаны антисептические капли.

Биопокрытие на роговице оставалось от 15 до 30 дней. За этот период стихали воспалительный и гнойный процессы. У всех больных слезотечение, блефароспазм и боль в глазу уменьшились в течение первой недели после операции. По данным ежедневного наблюдения, было установлено, что на 2 (14,3%) глазах ксеноплант частично дислоцировался книзу спустя 1 неделю, в связи с чем была выполнена рекератопластика. В остальных случаях была отмечена положительная динамика. Полная эпителизация роговицы была отмечена у 10 (71,4%) больных после снятия биопокрытия. В 4 (28,6%) случаях после удаления ксенопланта оставался небольшой дефект роговицы, который через 7-10 дней эпителизовался в амбулаторных условиях в ходе консервативного лечения. У 9 (64,3%) больных острота зрения составила 0,05-0,2. В 5 (35,7%) глазах острота зрения варьировала в пределах светощущения - 0,01.

Выводы. Таким образом, ксенопокрытие язв роговицы с использованием биоматериала из перикарда овец, обеспечивая длительный контакт с роговицей и усиливая регенерацию её тканей, приводит к быстрому заживлению язв роговицы, что способствует сохранению глазного яблока и зрительных функций.

Хайдаров З.Б., Зиёзода М., Косимов А.Х.

ЛЕЧЕНИЕ ЭНДОФТАЛЬМИТА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОТКРЫТЫХ ТРАВМ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА

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

Научный руководитель – старший преподаватель кафедры Каримов М.Б.

Цель исследования. Оценить эффективность интравитреального введения антибиотиков при остром эндофтальмите, развившемся после открытых травм глаза.

Материал исследования. Были проанализированы истории болезней 22 пациентов (22 глаза), госпитализированных с диагнозом посттравматического эндофтальмита в 1 глазном отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в период с января 2017 по декабрь 2022 года. Все больные были мужского пола в возрасте от 28 до 52 лет, в среднем $32 \pm 3,1$ года. Исследование включало пациентов, прооперированных в отделении по поводу

проникающего ранения глаза с возникновением эндофтальмита на 2-7 сутки после травмы (22 пациента – 22 глаза). Все пациенты прошли полное офтальмологическое обследование, включающее определение остроты зрения, биомикроскопию, тонометрию (по показаниям), офтальмоскопию, ультразвуковое исследование, рентгенографию орбиты с рентген локализацией инородного тела по методу Комберга-Балтина.

При установлении диагноза эндофтальмит по показаниям интравитреально вводились антибиотики Ванкомицин 1 мг/мл и Цефтазидим 2,25 мг согласно стандартной методике: после обезболивания в виде инстилляций Пропаракаина конъюнктивальная полость санировалась промыванием раствором бетадина 1%. Затем в 3,0-3,5 мм от лимба в области плоской части (pars plana) трансконъюнктивально вводился антибиотик инсулиновым шприцом в стекловидное тело. Каждый антибиотик вводился индивидуальной иглой.

Результат оценивался по развитию клинической картины, и при наличии отрицательной динамики через 12-24 часов после первой инъекции интравитреально вводился повторно антибиотик по вышеописанной методике.

Пациенты также получали внутривенно антибиотики Ванкомицин и Цефтазидим, местную антибактериальную терапию, мидриатики, преднизолон (мг/кг веса), по схеме per os.

Результаты исследования. У всех больных имело место развитие эндофтальмита как осложнение проникающих ранений глазного яблока. У 18 (81,8%) из них причиной развития эндофтальмита стали проникающие ранения с наличием инородного тела в глазу, у 4-х (18,2%) вследствие проникающего ранения без инородного тела.

6 (27,3%) больным антибиотики были введены однократно, у 14 (63,6%) больных процедура проводилась двукратно, у 2-х (9,1%) 3 раза. У всех больных была отмечена положительная динамика в клиническом течении процесса. Всем больным удалось сохранить глазное яблоко и возможность реабилитировать зрительные функции.

Средняя острота зрения до лечения составила: правильная проекция света - у 14 (63,6%) пациентов, от 0,005 до 0,01 у 6 (27,3%), неправильная проекция света у 2 (9%) больных.

Острота зрения после лечения составила: у 9 (40,9%) больных - 0,01- 0,06; у 11 (50%) - правильная проекция света; у 2-х (9,1%) - неправильная проекция света. Низкие цифры остроты зрения связаны с посттравматическими изменениями роговицы, стекловидного тела и хрусталика.

Выводы. Таким образом, интравитреальное введение антибиотиков цефтазидима и ванкомицина в сочетании с преднизолоном per os при посттравматических эндофтальмитах является достаточно эффективным методом, который позволяет сохранить глазное яблоко и даёт возможность в последующем реабилитировать зрительные функции.

Хайдарова С., Алиева Н.А., Халимова З.С.
ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПОСЛЕ COVID -19

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

Научный руководитель – старший преподаватель кафедры Каримов М.Б.

Цель исследования. Провести анализ осложнений со стороны органа зрения после перенесенной коронавирусной инфекции COVID -19

Материал и методы. Были проанализированы 54 амбулаторные и стационарные карты пациентов разной возрастной категории, обратившихся к сотрудникам кафедры офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, с сентября 2020 по декабрь 2021 года. Все больные были жителями города, из них 25 (46,3%) мужчин и 29 (53,7%) женщин (14 (25,9%) из них составляли дети). Всем пациентам было проведено стандартное офтальмологическое обследование, включающее в себя офтальмоскопию, визометрию, биомикроскопию переднего отрезка глазного яблока, экзофтальмометрию и исследование внутриглазного давления. Необходимо учесть, что 17 (31,5%) человек были консультированы онлайн, вследствие чего инструментальные методы исследования были исключены.

Результаты исследования. У 27 (50%) пациентов был диагностирован коронавирусный конъюнктивит, а 13 (24%) пациентов были с рино-орбитальным ковид-ассоциированным мукормикозом. А также у всех 14 (25,9%) детей отмечено явление ангиоспазма. Пациенты с конъюнктивитом жаловались на зуд и ощущение песка в глазу, конъюнктивальная инъекция была выражена и имела склонность к прогрессированию. При биомикроскопии отмечалось разрастание фолликулов конъюнктивы и обильное слизистое отделяемое.

У больных мукормикозом отмечался выраженный воспалительный инфильтрат в орбите, хемоз, мидриаз. На глазном дне ишемический отек зрительного нерва и сетчатки. У 4 пациентов с мукормикозом были язвенные поражения роговицы, увеиты и осложненная катаракта. У данных пациентов острота зрения снизилось до светоощущения.

У детей с ангиоспазмом на глазном дне отмечалась деколорация диска зрительного нерва, резкое сужение артерий.

Выводы. Пандемия коронавирусной инфекции привела к появлению новых, сложных и неизученных вариантов патологии органа зрения. Из проведенного нами сравнительного исследования, можно сделать вывод, что после перенесенной коронавирусной инфекции COVID -19 чаще встречаются такие патологии органа зрения со стороны конъюнктивы (50%) и орбиты (27%). Некоторые из этих осложнений могут привести к серьезному последствию вплоть до безвозвратной потери зрения.

Хайрова Г. Х., Нозимов Ф. Х.
**МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ОКСИДНОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВНЫМИ
ФОРМАМИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА**

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан
Научный руководитель - д.м.н., профессор Н. М. Даминова

Цель исследования. Снизить частоту рецидивов эпителиального копчикового хода.

Материал и методы исследования. В отделение колопроктологии ГУ ГМЗ №2 были госпитализированы 38 больных с рецидивными формами эпителиального копчикового хода и разработан новый способ лечения (Рац. удост. № 3456/R844). Наряду с общеклиническими методами исследования, у пациентов были проанализированы показатели эндотоксемии, как: МДА, СРБ, молочная кислота, пировиноградная кислота, оксид азота.

Результаты исследования. Суть разработанной методики заключается в том, что на первом этапе выполняется хирургическое пособие, направленное на полное и рациональное удаление морфологически неполноценных тканей с обязательным проведением интраоперационного УЗИ. В послеоперационном периоде сразу же начинают инфузионно-трансфузионную терапию, направленную на коррекцию оксидного стресса, гипоксии и эндотелиальной дисфункции. Инфузионная терапия включает в себя внутривенное введение 400,0 мл Ремаксолола и донатора азота – Тивортин 100,0 мл. Комплексную инфузионную терапию проводили в течении 4-5 суток до нормализации показателей эндотоксемии и дисфункции эндотелия. Использование комбинации Ремаксолола и Тивортина позволило уже в первые сутки послеоперационного периода значительно снизить явления гипоксии и эндотоксемии больных с рецидивными формами ЭКХ. В динамике клинического исследования также выявлено снижение воспалительных процессов в крестцово-копчиковой области и инфильтрированных участков, о чём свидетельствовало снижение уровня СРБ – с $128,7 \pm 8,6$ мг/мл до $48,47 \pm 7,2$ мг/мл и МДА с $2,8 \pm 0,01$ нмоль/мг до $2,3 \pm 0,06$ нмоль/мг. Значительно улучшилась мощность энергообразования и утилизации тканей кислородом и восстановилась функция эндотелия. Так, уровень оксида азота увеличился с $19,7 \pm 6,2$ кмоль/л до $26,3 \pm 3,1$ кмоль/л.

Заключение. Таким образом, включение в комплексное лечение больных с рецидивными формами ЭКХ внутривенное введение Ремаксолола и донатора оксида азота Тивортина способствует улучшению течения процесса заживления раны, за счёт коррекции гипоксии и оксидантного стресса, тем самым снижая частоту рецидивов эпителиального копчикового хода.

Хайрова Г. Х., Нозимов Ф. Х.
**ПРИМЕНЕНИЕ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ «АКВАСЕЛЬ AG⁺» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН
КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ**

Кафедра общей хирургии № 1 им. проф. А.Н. Каххарова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан
Научный руководитель - д.м.н., профессор Н. М. Даминова

Цель исследования. Оценить эффективность раневых покрытий «Аквасель Ag⁺» при лечении гнойных ран крестцово-копчиковой области.

Материал и методы. Для лечения больных с нагноившимся ЭКХ (n=15), наличием пилонидального абсцесса (n=10), а также ЭКХ с гнойными свищами (n=10) в 35 случаев после хирургического лечения, санации и дренирования, с целью местного лечения гнойной раны крестцово-копчиковой области проводили комбинации «Аквасель Ag» + повязки Гидрофайбер» (Рац. удост. № 3458/R846). По данным исследования стало известно, что подавляющее большинство пациентов составили лица мужского пола 25 (71,4%) в соотношении 3:1, т.е. лица женского пола составили 10 (28,6%), возраст которых варьировал от 16 до 34 лет. Больные были госпитализированы в плановом порядке. Исследуемым были проведены общеклинические и инструментальные методы исследования.

Результаты исследования. Сразу после хирургической обработки на гнойную рану крестцово-копчиковой области накладывалась абсорбирующая, антибактериальная повязка «Аквасель Ag» + повязки Гидрофайбер в виде ленты шириной 2,0 см импрегнированной ионам серебра, поверх неё. Данные виды покрытий обладают антимикробным и выраженным абсорбирующим свойством, поддерживают внутреннюю среду в ране, не вызывают травматизацию подлежащих тканей. Для стимулирования процессов неоваскуляризации и регенерации на гранулирующую поверхность раны накладывалась стерильная гидроколлоидная повязка «Грануфлекс». Повязки проводились в фазу экссудации (раз в сутки, в фазу регенерации один раз в 2-3 дня). Использование предложенных комбинаций раневых покрытий сокращали сроки полного заживления раны крестцово-копчиковой области $20,0 \pm 3,1$ день против $78 \pm 6,4$ дней.

Выводы. Таким образом, применение вышеуказанных комбинаций раневых покрытий при лечении гнойных ран крестцово-копчиковой области являются эффективными, за счёт сокращения длительности воспалительной реакции тканей, сокращения сроков созревания грануляционной ткани и более ранние сроки эпителизации ран.

Хакимова М.М., Солиева С.Ф., Ошурбекова Ф.К.
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН

Кафедра акушерства- гинекологии и семейной медицины, ГОУ Хатлонский государственный медицинский университет. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., Шокирова У.Г.

Цель исследования. Провести анализ анамнестических данных и выявить факторы, влияющие на развитие пролапса тазовых органов у женщин.

Материал и методы исследования. Данная работа выполнялась на базе гинекологического отделения Республиканской клинической больницы Дангаринского района. В 2022 г. нами обследовано 45 женщин, среди которых было выделено 2 группы. Первая группа (N = 30) включала женщин с признаками пролапса тазовых органов. Вторая группа (N = 15) состояла из женщин с объективно доказанным отсутствием пролапса. Обработку базы данных и многомерный статистический анализ проводили в стандартных прикладных программных пакетах: Excel-2010 и Statistica 5.5.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования нами выявлены различия в паритете у женщин разных групп: количество беременностей у женщин с признаками пролапса тазовых органов в анамнезе было больше, чем в контрольной группе ($5,08 \pm 2,65$ соответственно $3,31 \pm 1,70$, $p < 0,05$). Среднее количество родов у женщин с пролапсом тазовых органов было больше, чем в контрольной группе ($3,06 \pm 0,98$, соответственно $1,54 \pm 0,76$, $p < 0,05$). Двое родов среди пациенток с опущением стенок влагалища встречалось у $40,24 \pm 3,17\%$ женщин, а трое и более родов у $29,78 \pm 4,18\%$ исследуемых, у здоровых женщин эти показатели составили $35,73 \pm 5,53\%$ и $2,20 \pm 2,25\%$ ($p < 0,05$) соответственно. В развитии пролапса гениталий важную роль играет травматизация родовых путей. У пациенток с пролапсом гениталий в $20,99 \pm 3,28\%$ ($p < 0,05$) случаев проводилась эпизиотомия, у здоровых женщин эпизиотомия не выполнялась. Разрывы промежности и сочетанные разрывы родовых путей были обнаружены у $60,08 \pm 4,42\%$ и $23,08 \pm 4,42\%$ основной группы. В контрольной группе разрывы промежности были отмечены у $4,55 \pm 3,14\%$ ($p < 0,05$), сочетанных разрывов установлено не было. Женщины, у которых развился пролапс, в $75,82 \pm 4,49\%$ выполняли тяжелые физические нагрузки (тяжелый домашний труд), а $69,23 \pm 4,84\%$ - работу, связанную с подъемом тяжестей. У женщин контрольной группы выраженные физические нагрузки в течение жизни встречались в $20,45 \pm 6,08\%$, подъем тяжестей в $38,64 \pm 7,34\%$ ($p < 0,05$). $17,58 \pm 3,99\%$ женщин основной группы отмечали постоянные запоры, соответственно $2,27 \pm 2,25\%$ ($p < 0,05$) контрольной группы.

Выводы. У женщин, страдающих пролапсом гениталий, в анамнезе было отмечено большее количество беременностей, родов, аборт. Отмечена большая частота выраженных физических нагрузок, подъема тяжестей, наличия запоров у женщин с доказанным развитием пролапса тазовых органов.

Халифаева М.И., Муродов М.Р., Абдурахимов Б.Х.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТОКОЛИЗА НИФЕДИПИНОМ И ИНДОМЕТАЦИНОМ ПРИ УГРОЗЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Кафедра акушерства-гинекологии и семейной медицины, ГОУ ХГМУ. Таджикистан.

Научный руководитель - Сармисокова Х.Дж.

Цель исследования. Оценить эффективность лечения угрожающих преждевременных родов пероральным приёмом препарата нифедипин (блокатор кальциевых каналов) и сравнить его эффективность с токолизом индометацином (в виде свечей).

Материал и методы исследования. Нами проведён ретроспективный анализ историй болезни 73 пациенток с угрожающими преждевременными родами при сроке гестации от 22 до 34 недель, которые находились на лечении в отделении патологии беременных (ОПБ). Возраст пациенток составил от 20 до 34 лет. Все пациентки были разделены на 2 группы: основная - 35 (47,95%) беременных, которые принимали в комплексной терапии угрожающих преждевременных родов препарат нифедипин; контрольная - 38 (52,05%) беременных, получивших токолиз с индометацином.

Результаты исследования. Ретроспективное исследование основных причин угрозы преждевременных родов показал, что в сроках 22 – 28 недель – раннее созревание шейки матки до 44 (60%), истмико - цервикальная недостаточность (ИЦН) - 11 (15%), многоплодные беременности – 15 (20%), предлежание плаценты – 3 (5,0 %). В сроках 29 - 34 недель встречался преждевременный разрыв плодных оболочек - 45%, ИЦН – 24%, инфекции, передающиеся половым путем 19%, гестозы – 12%. 14 (19 %) пациенток в анамнезе имели угрозы, выкидыша относительно возможности преждевременных родов, 6 (8,2%) - преждевременные роды, у 7 (9,6%) – беременность наступила после удаления внутриматочной контрацепции (ВМК). При цервиктограмме признаки ИЦН выявлены у 8 (20%) в 1 группе, и у 9 (24%) женщин во 2 группе. Гормональную поддержку угрожающим интравагинально получали 7 (20%) пациенток из 1 группы и 10 (26%) из 2 группы. После проведенного токолиза нифедипином, индометацином у всех беременных признаки угрозы преждевременных родов были купированы: отсутствовали жалобы на боли внизу живота и пояснице ноющего характера, общее самочувствие было удовлетворительное. Повторную госпитализацию в стационар имели 3 пациентки основной группы (8,6%) и 5 (13,2%) контрольной. У 5 (13,2%) беременных 2-ой группы наблюдались побочные эффекты от приёма препарата индометацина (тахикардия, головная боль, тошнота), после чего пациентки были переведены на токолиз нифедипином или препарат был отменен. Беременность завершилась родами в срок у 32 (91%) пациенток основной группы, преждевременными родами в сроке гестации 35–36 недель у 3 (8,6%). Во 2-й группе 33 (87%) пациентки родили в срок, 5 (13,2%) родили преждевременно, из них одна - в 32 недели, остальные 4 - в сроке гестации 35-36 недель.

Выводы. Таким образом, токолиз препаратом нифедипин и индометацин в комплексной терапии угрожающих преждевременных родов в сроках гестации 22 – 34 недель является эффективным методом лечения угрожающих преждевременных родов.

проводится с помощью микромоторной системы (1500-2500об/мин) с наконечниками диаметром от 0,6-1,2 мм и глубиной 3-4мм с дальнейшим высвобождением с помощью микропинцетов. Метод FUE, в отличие от других методов, в донорской зоне оставляет рубцы диаметром 0,1-0,2 мм, что невозможно выявить невооруженным глазом. Для снижения губительного воздействия ишемии и реперфузионного повреждения, аутоотрансплантаты хранили в контейнерах с физиологическим раствором 4-5⁰С. Затем в реципиентской зоне формировались микроотверстия, с определенным направлением и углом наклона, с последующей имплантацией волосяных фолликулов. На завершающем этапе реципиентскую зону омывали с помощью физиологического раствора, а на донорскую зону вновь накладывали увлажненную антибактериальную повязку. Средняя длительность проведенной аутоотрансплантации был равен 330 мин.

Эффективность проведенной аутоотрансплантации андрогенной алопеции оценивали на основании изучения непосредственных и отдаленных результатов. Нами было выявлено 2 случая фолликулита в донорской зоне, которая после лечения местными антибактериальными с гипертоническим раствором не повлиял на успешный результат. Процент приживление пересаженных графтов был равен 92%. После 12 месяцев пациентами вновь предлагалось заполнить анкеты, что выявило снижение средних показателей доэмоционального состояния на $7,8 \pm 0,9$ баллов.

Выводы. Таким образом, полученные данные говорят о несомненности отрицательного влияния андрогенной алопеции на качество жизни пациентов. В свою очередь аутоотрансплантация методом экстракции фолликулярных объединений (FUE) улучшает их эмоционально-физическое состояние.

Хамидов Ф.М., Хомидов И.Т., Бокиев Ф.Б.
ВЛИЯНИЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

¹Кафедра хирургических болезней № 2 им. академика Усманова Н.У. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
Таджикистан.

²Республиканский научный центр сердечнососудистой хирургии
Научный руководитель – д.м.н., доцент Маликов М.Х.

Цель исследования. Изучить влияние герниопластики прецизионной техникой и оптическим увеличением на качество жизни пациентов с рецидивной паховой грыжей.

Материал и методы. Нами было изучено изменение качества жизни 48 пациентов- мужчин с рецидивной паховой грыжей до и после герниопластики, госпитализированных в Республиканский научный центр сердечнососудистой хирургии в отделение реконструктивно пластической и эстетической микрохирургии с 2000-2022гг. Возраст пациентов варьировал от 6-84 лет, средний возраст составил 35,5л. В возрасте до 18 лет рецидив был выявлен в 6 (12,5%) случаях. При большинстве случаев патология локализовалось справа 29 (60,4%), слева у 3 (13,6%) и двухстороння 2 (9,1%) пациентов. Из анамнеза заболеваний выяснилось, что в 34(70,8%) случаях при первичной герниопластике предпринимались традиционные методики, а именно у 20 (58,8%) по Мартынова, у 7 (20,6%) по Бассини, у 4 (11,8%) по Кукуджонову и у 3(8,8%) по способу Постемпского. У остальных 14(29,2%) пациентов - ненатяжные способы герниопластики. После проведения лабораторно-инструментальных методов исследования, пациенты выше 16 лет заполняли анкету с европейским опросником MOSSF-36, в основе которого лежит анализ и изменение качества жизни до и после оперативного вмешательства. Опросник просчитывали по – 5 бальной шкале, в которой имелось 8 групп показателей (физическое, ролевое, социальное, психологическое функционирование и т.п.). В шкале опроснике 2 показателя, как основные показатели обобщают эти данные это общее физическое и душевное благополучие (ОФБ; ОДБ).

Результаты исследования. При анализе анкет до оперативного лечения средний уровень общего физического благополучия был равен $41,3 \pm 3,7$, а уровень общего душевного благополучия $49,6 \pm 6,7$. Показатели физического функционирования до оперативного вмешательства были снижены за счет снижения жизненной активности, энергии и дискомфорта. Средний показатель душевного благополучия был выше.

Всем пациентам с рецидивной паховой грыжей оперативное вмешательство было выполнено под общим сбалансированным эндотрахеальным наркозом. Рецидив патологии способствует развитию спаечного процесса тканей паховой области, а ранее использованные сетчатые имплантысражаясь с окружающими тканями осложняют идентификацию немаловажных структур. Выбранная нами техника с помощью оптического увеличения и прецизионной техники существенно облегчило процесс мобилизации нервных пучков и элементов семенного канатика. Для ликвидации грыж нами были выбраны следующие методики: в 23 (48%) случаях при минимальных размерах грыжевых ворот традиционные способ. В 10 (20,8%) случаях при средних размерах грыжевых ворот ненатяжной способ герниопластики и у 15 (31,2%) пациентов с большими размерами грыжевых ворот был предпринят комбинированный способ герниопластики.

В ближайшем послеоперационном периоде серома имела место в 5, нагноение в 4 и отек в 3 случаях. Однако своевременное адекватное и консервативное лечение был эффективно.

При изучении опросников после 12 месяцев оперативного вмешательства средний уровень общего физического благополучия повысился на $46,2 \pm 2,7$, а уровень общего душевного благополучия $52,2 \pm 5,3$. Показатели физического функционирования после вмешательства были повышены на $4,9 \pm 1,7$, а душевного благополучия на $3,5 \pm 1,7$.

Выводы. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о несомненно негативном влиянии рецидивной грыжи на физическое и душевное благополучие. Паховое грыжесечение с использованием оптического увеличения и прецизионной техники положительно влияет на качество жизни этих пациентов.

Цель исследования: разработать комплекс диагностических, тактических и лечебных мероприятий, направленных на улучшение результатов лечения острого и хронического парапроктита.

Материалы и методы исследования: В проктологическом отделении многопрофильной клиники СамГМУ за 2020- 2023 гг. проходили лечение 866 пациентов с острым и хроническим парапроктитами. Нами проведен ретроспективный анализ лечения 866 пациентов (мужчин 601 человек (69,3%); женщин – 265 (30,7%)). По возрасту: 20-40 лет – 314 (36,2%), 40-60 лет – 301 (34,7%), 60 и более – 35 (4,0%). Выполнено операций по поводу острого парапроктита 650 больным. Локализация гноя в параректальной клетчатке: острый подкожный парапроктит – 327 (50,3%); острый подслизистый парапроктит – 76 (11,6%); острый ишиоректальный парапроктит – 204 (31,3%); острый пельвиоректальный парапроктит – 29 (4,6%); острый ретроректальный парапроктит – 3 (0,4%); анаэробный парапроктит – 11 (1,8%). Сахарный диабет наблюдали у 21 (3,2%) пациента. Свищ прямой кишки – воспалительный процесс в анальной крипте, межсфинктерном пространстве и параректальной клетчатке с формированием свищевого хода. Пациенты с этой патологией составляют около 216 (25%) всех проктологических больных.

Обсуждение результатов исследования: Оперативные вмешательства проводились под перидуральной или спинальной анестезией. При подкожных и подслизистых формах парапроктитов выполнялось вскрытие абсцесса в просвет прямой кишки по Габриэлю – 285 пациентов (43,8%). При ишиоректальных и пельвиоректальных формах парапроктитов применялась двухэтапная хирургическая тактика. В острой стадии заболевания выполнялось вскрытие, санация и дренирование гноя. Выполнено операций по поводу свищей прямой кишки – 216, интрасфинктерных свищей – 64 (30,5%), трансфинктерных – 96 (44,5%), экстрасфинктерных – 56 (25,0%). При интрасфинктерных свищах выполнялись операции: иссечение свища в просвет кишки с ушиванием дна раны. Нагноения ран, рецидивов, недостаточности анального жома не было. При трансфинктерных свищах применялось иссечение свища с ушиванием части наружного сфинктера и лигатурный метод. Нагноение раны отмечено у 3 пациентов (3,1%), рецидивы – у 8 (8,3%), недостаточность анального жома – у 2 (2,0%).

Выводы: таким образом, дифференцированный подход к выбору метода оперативного вмешательства, оптимизация предоперационной подготовки и послеоперационного лечения пациентов с острым парапроктитом позволяет улучшить как ближайшие, так и отдаленные результаты лечения пациентов данной категории, сократить сроки лечения и временной нетрудоспособности, количество осложнений и рецидивов.

Хамроев Б.М., Гафуров А.У., Кобилов Х.И.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Кафедра общей хирургии №1 им. профессора А.Н. Каххорова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н. Кобилов И.И.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости и структуры рефлюкс-эзофагита у больных с калькулёзным холециститом.

Материалы и методы. В отделении общей хирургии ГУ ГМЦ им. академика К. Тоджиев с 2022 по настоящему времени под нашим наблюдением находились 214 пациентов с острым калькулёзным холециститом (ОКХ). Из них мужчин было 38 (17,8%), женщин 176 (82,2%) в возрасте от 27 до 77 лет. При этом, средний возраст пациентов составил 47,2 года. Для оценки функции кардии желудка и выявления наличия случаев рефлюкс-эзофагита, всем вышеуказанным пациентам наряду с общеклиническими, лабораторно-инструментальными методами исследования проводились фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФГДС) и рН-метрия.

Результаты исследования. С помощью проведённого нами клинико-лабораторного и инструментального обследования больных с ОКХ выявлено наличие рефлюкс-эзофагита у 87 пациентов, которые составили 40,6% случаев. Среди этих больных катаральная форма рефлюкс-эзофагита наблюдалась у 39 (44,8%) пациентов, эрозивная форма – 41 (47,1%) и язвенная форма – 7 (8,0%). При проведении ФГДС, пептическое поражение брюшной части пищевода обнаружено нами в 63 (72,4%) случаев, нижней трети пищевода – в 19 (27,6%) случаев, до уровня средней трети пищевода – в 5 (5,7%) случаев. Среди обследованных пациентов, имеющих рефлюкс-эзофагит на фоне ОКХ стенозирующие формы рефлюкс-эзофагита не выявлены.

рН-метрия пищевода у больных с ОКХ показала сдвиг среды от нейтрального к кислому наблюдался у 68 (78,2%) пациентов. рН-метрия желудка выявила гиперацидоз в 48 (55,2%) случаях нормацидоз – в 28 (32,2%) и гипоацидоз – в 11 (12,6%). Необходимо отметить, что у больных с рефлюкс-эзофагитом на фоне ОКХ доминирование гиперацидоза желудка, которое составляют более половины случаев надо учитывать в комплексном лечении этих больных.

Вывод. Рефлюкс-эзофагит среди больных с острым калькулёзным холециститом встречается в 40,6% случаев. Из них частота эрозивного рефлюкс-эзофагита доминирует и составляет 47,1% наблюдений, что делает необходимым проведение пред- и послеоперационной коррекции последнего у больных с острым калькулёзным холециститом, что может способствовать улучшению результатов хирургического лечения этой категории пациентов.

Хамроев Б.М., Обиджони К., Курбонов И.К.
СПОСОБ УШИВАНИЯ ТРОАКАРНЫХ РАН ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ С
ВИДЕОАССИСТЕНЦИЕЙ

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель – к.м.н., доцент Боймуродов О.С.

Цель исследования. Профилактика троакарных грыж путем усовершенствованного способа ушивания троакарных ран брюшной стенки с видеоассистенцией с помощью недорогого и доступного устройства.

Материалы и методы. В отделении общей хирургии ГУ ГМЦ им. академика К. Тоджиев с 2022 по настоящее время 24 пациентам с ЖКБ, 2 больным с острым аппендицитом и 7 пациенткам с кистой яичника нами проводился усовершенствованный способ ушивания троакарных ран брюшной стенки с видеоассистенцией после лапароскопических операций на органах брюшной полости. Средний возраст больных составил 43,2 года. Среди больных преобладали лица женского пола и составили 27 (81,8%), а мужчины – 6 (18,2%) случаев.

Результаты исследования. Способ усовершенствованного нами способа заключается в том, что берётся металлический зонд длиной от 20 до 30 см, толщиной примерно 3 мм, в конце которого делают две вырезки с расстоянием между ними 1,5 см. Нижняя вырезка делается под углом 45° с обращением открытой части вверх, а верхняя с обращением вниз. С помощью верхней вырезки нитка (капрон №4) вводится в брюшную полость через мышечно-апоневротический слой брюшной стенки в области раны. Затем с видеоассистенцией нитку держат с помощью диссектора и эту нитку обратно вытаскивают из брюшной полости с помощью нижней вырезки на зонде, после чего завязывают концы нитки. Время наложения швов на троакарные раны от 3-х до 5 минут и в среднем составило $4,0 \pm 1,0$. Образование серомы в подкожной клетчатке в области троакарных ран в раннем послеоперационном периоде наблюдалось только в одном случае (3,03%). В отдалённом послеоперационном периоде у пациентов не отмечалось наличие троакарных грыж и подкожных эвентраций (от 0,5 до 6,3% случаев, Lambert A., Bock B. 2017).

Таким образом, усовершенствованный нами более простой способ ушивания троакарных ран после лапароскопических манипуляций на органах брюшной полости является недорогим, доступным и не травматичным. Как нам известно, в настоящее время, для разработанных различных способов ушивания троакарных ран передней брюшной стенки требуются специальные относительно дорогие и хрупкие устройства.

Вывод. Усовершенствованный нами способ ушивания троакарных ран передней брюшной стенки с видеоассистенцией снижает длительность операции за счёт быстрого и легкого способа наложения швов на раны, а также снижает частоту послеоперационного осложнения раны в раннем послеоперационном периоде и предупреждает образование троакарных грыж в отдалённом послеоперационном периоде, что позволяет рекомендовать его для широкого медицинского применения.

Хамроев Б.М., Аннаев М.Б., Мухаббатов А.Дж.
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОСТОПЕРАЦИОННОГО СТЕНОЗА АНУСА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ
ХИРУРГИЧЕСКИМИ ПАТОЛОГИЯМИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Мухаббатзода Дж.К.

Цель исследования. Прогнозирование в субклинической стадии формирования постоперационного стеноза анального канала у больных в сочетании с сахарным диабетом.

Материалы и методы. В отделении колопроктологии ГУ ГМЦ №2 им. академика Таджиева К.Т. г. Душанбе с 2020 по 2022 годы нами проведена ретроспективная сравнительная клиническая оценка раннего и отдаленного послеоперационного периода 18 больных с послеоперационным стенозом анального канала (ПСАК) у пациентов с хронической хирургической патологией анального канала (ХХПАК - свищи прямой кишки, хроническая анальная трещина и хронический геморрой) на фоне СД, которые составили основную группу (ОГ). Для сравнения показателей ЛДФ и рН среды слизистой анального канала (АК) была сформирована контрольная группа (КГ), в которую вошли 18 пациентов с ХХПАК на фоне СД, но без ПСАК.

Результаты исследования. Способ прогнозирования формирования постоперационного стеноза анального канала в субклинической стадии у больных с ХХПАК на фоне СД заключается в том, что на 30 день послеоперационного периода изучается состояние микроциркуляции стенки АК у больных с ХХПАК с СД (лазерная доплеровская флоуметрия - ЛДФ аппаратом ЛАКК-01). А также изучалось рН слизистой АК, для чего использовали портативный контактный рН – метр Hi 99181, произведённый в Германии (Центральная научно-исследовательская лаборатория ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино).

При изучении состояния микроциркуляции стенки анального канала ПМ (показатель микроциркуляции) в среднем составил $9,2 \pm 1,5$ у больных КГ и $7,5 \pm 1,8$ у больных ОГ. Снижение ПМ установлено у 14 пациентов ОГ, которое составило 77,7% случаев, а среднее значение ИЭМ (индекс эффективности микроциркуляции) составило $1,22 \pm 0,15$ на фоне СД у пациентов ОГ и $1,37 \pm 0,15$ у больных КГ. А также, рН слизистой АК больных ОГ, в отличие от контрольной группы, у которой рН был $6,0 \pm 0,3$, имел слабощелочную среду и составил $6,5 \pm 0,2$. Таким образом, ниже приведённые изменения ПМ и рН слизистой у больных с ХХПАК на фоне СД, то есть, снижение ПМ стенки АК доминировало в субклинической стадии ПСАК (77,7% против 11,1%) у пациентов ОГ, что можно считать с одним из предикторов ПСАК. Также у этих больных ОГ рН слизистой оболочки АК в субклинической стадии формирования ПСАК показал слабощелочную среду в отличие от пациентов КГ, у которых среда была слабокислой, что явилось другим предиктором в доклинической стадии формирования ПСАК у больных с ХХПАК на фоне СД. Таким образом,

вышеуказанные критерии– предикторы– можно будет использовать для предупреждения постоперационного сужения анального канала после хирургических вмешательств по поводу различных хронических хирургических патологий анального канала у больных на фоне СД.

Вывод. Снижение показателя микроциркуляции стенки ануса и изменение pH слизистой оболочки анального канала в сторону слабощелочной среды у больных на фоне СД являются предикторами прогнозирования в субклинической стадии формирования постоперационного стеноза анального канала в раннем постоперационном периоде.

Хамроев М.Ф., Холов А.И., Абдурахимзода Ш.

ИЗМЕНЕНИЕ НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН ПРИ ИСКРИВЛЕНИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА III ТИПА (ПО МЛАДИНА)

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

ГУ «Республиканский научный центр сердечнососудистой хирургии»

Научный руководитель – член-корр. НАНТ, д.м.н., профессор Курбон У.А.

Цель исследования. Изучение КТ-картины нижних носовых раковин при искривлении перегородки носа (ИПН) III – типа согласно классификации Младина.

Материал и методы. Для изучения состояния нижних носовых раковин при ИПН III – типа были детально изучены 100 исследования компьютерной томографии (КТ) пациентов с ИПН III – типа по Младина. За период с 2021 по 2022 гг. в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечнососудистой хирургии были оперированы 252 больных с искривлением перегородки носа. Из них, у 112 (44,4%) больных имело место ИПН III – типа. Из этого количества было произвольно выбрано КТ исследования 100 пациентов для изучения изменений нижних носовых раковин. КТ носа с 3D-моделированием были произведены на 16-срезовом компьютерном томографе Siemens Somatom Emotion. Возраст больных колебался от 12 до 49 лет, со средним возрастом 24 года. Мужчины составили 26 (26%) больных, а женщины 74 (74%). Причинами искривлений перегородки носа в 68 (68%) случаях были посттравматические, а в 32 (32%) случаях- врожденные. Практически все пациенты жаловались на двухстороннее нарушение носового дыхания.

Результаты исследования. По данным КТ с 3D-моделированием при ИПН III – типа в костной части перегородки носа имеются изменения в виде искривления cristanalisosmaxilla (CNOM), переходящий на патологический костный гребень, завершающимся формированием костного щипа различной степени выраженности, на точке схождения CNOM, перпендикулярного отростка решётчатой кости и сошника. При этом в 55 (55%) случаев встречалось правостороннее и в 45 (45%) случаев левостороннее искривление перегородки носа с наличием костного гребня и щипа. У 80 (80%) больных с ИПН III – типа в противоположной стороне искривления перегородки с наличием костного гребня и щипа, нижние носовые раковины были гипертрофированы.

Выводы. Таким образом, по изученным КТ-картинам нижних носовых раковин при ИПН III– типа, установили такую закономерность, что с противоположной стороны искривления перегородки носа с наличием костного гребня и щипа нижние носовые раковины гипертрофированы, и считаем необходимым оперативные вмешательства открытой ринопластики и септопластики, сочетать с конхэктомией с противоположной стороны искривления.

Хасанов М.А., Хомидов Н.Х., Мирзобеков Х.Ф.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЛОКТЕВОГО И СРЕДИННОГО НЕРВА

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

ГУ Республиканский научный центр сердечнососудистой хирургии.

Научный руководитель -д.м.н., доцент Маликов М.Х

Цель. Улучшение остаточной функции кисти путем выполнения операции на нервы и сухожильно-мышечной системы при невосстановимых дефектах срединного и локтевого нервов.

Материал и методы исследования. За период с 2010 по 2021 годы в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ оперированы 87 пациентов с застарелыми повреждениями срединного и локтевого нервов. Все пациенты в зависимости от повреждения нервного ствола были разделены на 3 группы: первая группа - больные с изолированным повреждением локтевого нерва, их составили 34(39%) пациента, вторая группа - 30 (34,4%) пациентов с изолированным повреждением срединного нерва, 23(26%) пациента с одновременным повреждением срединного и локтевого нерва были распределены в III-ю клиническую группу. Возраст пациентов от 12 до 36 лет. Мужчин было 56, женщин -31. От общего числа пострадавших, дети до 14 лет – 4, что составило 18%. Сроки поступления пострадавших колебались от 7 месяцев до 8 лет от момента получения травмы. Более 80% пострадавших поступили в сроки до 2 лет после получения травмы.

Всем больным проводилось: рентгенография костей верхней конечности, УЗДГ и ЭНМГ.

Результаты и их обсуждение. Всем пациентам в зависимости от уровня, давности и возраста повреждения проводили различные реконструктивные операции. Пациентам с изолированным повреждением локтевого нерва из них двадцати больным с повреждением локтевого нерва на уровне локтевого сустава, у 4 оперированных дефект нервного ствола более 3 см был устранён мобилизацией поврежденных концов нерва и передней транспозицией. Этим больным одновременно была проведена реконструкция нерва и операция Zancolli с целью восстановления сенсорно-двигательной функции кисти и устранение когтистой деформации кисти при повреждениях локтевого нерва. Пациентам с повреждением локтевого нерва на уровне средней трети предплечья (10) в 6 случаях не было показаний

к выполнению корригирующих операций на кисти. В 3 случаях был наложен эпинеуральный шов, а 3 случаях применили аутонервную пластику локтевого нерва. Исходя из давности повреждения, 4 остальных случаях было проведено восстановление непрерывности локтевого нерва и операция Zancolli. В повреждениях локтевого нерва на уровне кисти (5), учитывая вероятности восстановления нервного ствола, тем самым восстановлением сенсорно-двигательной функции кисти, был наложен эпинеуральный шов. Больным с изолированными повреждениями срединного нерва были проведены, в зависимости от давности и уровня и дефекта, различные реконструктивные вмешательства. В большинстве случаев из-за небольшого дефекта пределах 3 см нами был наложен эпинеуральный шов. В восьми случаях из-за большого дефекта нами была проведена аутонервная пластика срединного нерва для улучшения сенсорной функции кисти. В трех случаях из-за фиброзного сдавления был проведен невротизм срединного нерва. Больные с сочетанными повреждениями срединного и локтевого нерва, которые составили 23 пациента. В общем из-за функционального состояния кисти было проведено 46 реконструктивных операций на конечностях, в 8 случаях была проведена аутонервная пластика из-за большого дефекта нервного ствола. В случаях, когда дефект составил менее 3 см был наложен эпинеуральный шов, а также в 7 случаях из-за фиброзного рубцового сдавления был осуществлен невротизм нервного ствола. В случаях формирования деиннервационной кисти в 7 случаях была осуществлена невротизация, а 3 случаях двухэтапная пластика васкуляризованная пластика срединного нерва.

Результаты реконструктивных операций на верхней конечности при застарелых повреждениях двух важных периферических нервных стволов во многом зависели от 3 факторов: давность и уровень повреждения, характер травмы и вид оперативных вмешательств. В трех клинических группах были получены хорошие 38 (51,3%), удовлетворительные 26 (35,1%) и неудовлетворительные 26 (35,1%) результаты.

Таким образом, адекватный выбор метода операции позволил нам получить наиболее оптимальные функциональные результаты восстановления двигательной и сенсорной функции кисти в отдаленные сроки в большинстве наблюдений.

Выводы. Таким образом, учитывая собственный опыт клиники при лечении больных с застарелыми повреждениями локтевого нерва, мы считали целесообразным разработать алгоритм хирургического лечения таких повреждений, позволяющий определить хирургическую тактику в каждом конкретном случае.

Хасанова М.Р., Давлатов Дж.А.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УНИВЕРТИКУЛЯРНЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Кафедра хирургических болезней №2 ГОУ им. Абуали ибни Сино

ГУ Республиканский научный центр сердечнососудистой хирургии.

Научный руководитель- Абдувохидов Б. У.

Цель работы. Изучение ближайших и отдалённых результатов наложения модифицированного подключично-легочного анастомоза по Блелок -Тауссигу у больных с гипоплазией левых отделов сердца.

Материалы и методы. С 2012 по 2020гг. в Республиканском научном центре сердечно-сосудистой хирургии (РНЦССХ) 32 детям со сложным ВПС выполнены операции по наложению модифицированного подключично-легочного анастомоза по Блелок – Тауссигу (МАБТ). Возраст детей варьировал от 4 месяцев до 15 лет (средний возраст 13+6,7 месяцев). Из 32 детей, 21 были мужского пола и 11- женского. Вес пациентов колебался от 4 до 39 кг (в среднем 8,8+5,2кг). Всем операция была выполнена левосторонним торакотомным доступом.

Результат. Все пациенты после операции субъективно и объективно ощущали улучшение общего состояния. Отдалённые послеоперационные результаты изучены у 31 (96,87%) пациента. В раннем послеоперационном периоде летальный исход наблюдался у одного пациента (3,13%) на 5-й день из-за гипертонии малого круга кровообращения, отека легких и полиорганной недостаточности.

Выводы. Модифицированный подключично-легочной анастомоз по Блелок- Тауссигу является оптимальной паллиативной процедурой у детей с ЕЖС. Данная операция выполняется с целью подготовки больного к последующей коррекции сложного порока сердца.

Хасанова Р.М., Сафарзода А.М., Саодатов Б.Х.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОГО БАРТОЛИНИТА У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Государственное учреждение Городской медицинский центр № 1 г. Душанбе имени Карима Ахмедова.

Таджикистан.

Руководитель учреждения – д.м.н., доцент Сафарзода А.М.

Цель исследования. Изучить особенности хирургического лечения гнойного бартолинита при сахарном диабете.

Материал и методы. Нами проведен анализ результатов обследования и хирургического лечения 76 женщин с гнойным бартолинитом на фоне сахарного диабета, поступивших в отделение хирургии Городского медицинского центра №1 г. Душанбе имени Карима Ахмедова за последние 5 лет (с 2017 г. по 2022 г.). Возраст женщин колебался от 30 до 80 лет. Лишь в 16 случаях (21,1%) больные поступали из г. Душанбе, тогда как абсолютное большинство (60 больных – 78,9%) поступали из различных периферических регионов Республики.

Период от начала заболевания до обращения в клинику составлял от 15 до 20 дней. Заболевание началось с появления инфильтрации и болей в области больших половых губ с последующим увеличением отека и усилением болей, появлением гектической температуры (до 38-39°C) тела с ознобом и ухудшением общего состояния больных. Следует отметить, что 30,3% больных (23 случаев) поступили с вскрывшимся гнойным бартолинитом через 12-17 дней

после начала заболевания.

В день госпитализации после кратковременной подготовки выполнили широкое вскрытие гнойника с радикальной некрэктомией тканей. Во время операции брали посев из гнойной полости на флору и чувствительность к антибиотикам. Больных по рекомендации эндокринолога перевели на инсулинотерапию, назначили антибиотики широкого спектра действия (ципрофлоксацин, метрогил), а по получению ответа посева из раны – согласно чувствительности флоры на антибиотики их заменяли. Проводили инфузионную и дезинтоксикационную терапию, антиагреганты и антикоагулянты, по показаниям проводили плазматрансфузию, общеукрепляющую терапию, назначали обезболивающие препараты, местное использование инсулина и протеолитических ферментов. Первые 5-7 суток производили двукратные перевязки

Результаты исследования. В ближайшем послеоперационном периоде наблюдали всех 76 больных. На 2-3 сутки после вскрытия и некрэктомии отмечалось улучшение общего состояния больных. На фоне проводимой комплексной терапии на 3-5 сутки после операции отмечалось значительное улучшение состояния раны, снизился уровень сахара крови, прошли явления интоксикации. Продолжительность стационарного лечения у этих больных составляло от 7 до 15 суток, после чего женщин выписывали на амбулаторное лечение. После выписки из стационара больным рекомендовали перевязки у хирургов по месту жительства и периодический контрольный осмотр нашими специалистами. Полное заживление ран наступало в течение от 40 до 65 дней.

Отдаленные результаты лечения гнойного бартолинита в сроках более 6 месяцев наблюдались у 47 (61,8%) больных. В отдаленном послеоперационном периоде повторное гнойно-воспалительное заболевание других локализаций отмечено лишь в 5 (10,6%) случаях.

Выводы. Таким образом, особенностями хирургического лечения гнойного у женщин с сахарным диабетом, наряду с широким дренированием и активными перевязками, заключаются в проведении интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии с обязательным переводом больных на парентеральную инсулинотерапию, а также использовании инсулина для местного лечения.

Ходжиев Э.Х., Муродов Ш.Д., Юлдошева Н.Р., ПРОХОДИМОСТЬ ЕВСТАХИЕВОЙ ТРУБЫ ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ У ДЕТЕЙ

Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н. Махмадиев А.А.

Цель. Оценка и диагностика проходимости слуховых труб детей с различной степенью гиперплазии носоглоточной миндалины.

Материалы и методы исследования. На базе НМЦРТ «Шифобахш» нами было обследовано 34 пациента с гипертрофией носоглоточной миндалины (16 девочек и 18 мальчиков) от 5-12 лет. Всем детям были применены следующие методы исследования: передняя риноскопия, отоскопия, субъективные и объективные методы исследования слуха в виде тональной пороговой аудиометрии (ТПА) и импедансометрии (тимпанометрия и акустические рефлексы), а также из дополнительных методик 21 ребёнку (61,8%) было сделано рентгенологическое исследование носоглотки, а оставшимся 13 (38,2%) детям эндоскопия носоглотки.

Результаты и их обсуждения. При эндоскопии полости носа наблюдалась гиперплазия слизистой оболочки носа и гипертрофия носовых раковин – у 18 (52,9%) детей, часто слизистое выделение из носа у 11 детей (32,4%). Гнусавость наблюдалась у 28 детей (82,4%). При отоскопии наблюдалась втянутость барабанной перепонки, отсутствие светового конуса и в некоторых случаях утолщение барабанной перепонки. При тонально-пороговой аудиометрии выявили снижение слуха по кондуктивному типу: I-степень у 21 детей (61,7%), II – у 9 детей (38,3%). При импедансометрии (тимпанометрии) было выявлено смещение пика влево в сторону отрицательной величины давления (тип C) у 25 пациентов (73,5%), тип B – у 7 (20,6%), тип A_s – у 2 (5,9%). что указывает на нарушение проходимости слуховых труб различной степени выраженности. Результаты рентгенографии носоглотки и эндоскопии носоглотки отображали картину степени увеличения аденоидов I степени у 12 детей, II степени у 14 детей, и III степени у 8 детей. Всем детям проведено аденотомия под обезболиванием.

Вывод. Своевременная диагностика и лечение причин, приводящих к дисфункции слуховых труб, предупреждает развитие экссудативного среднего отита и тугоухости у детей.

Ходиев М.Д., Мирзоев Ф.Х., Убайдов Д. ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В МИНИИНВАЗИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель - к.м.н., доцент Назаров Х.Ш.

Цель исследования. Снижение частоты послеоперационных осложнений у больных с острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН).

Материал и методы. Материал включает в себя результаты диагностики и лечения 27 больных с ОСКН, которые находились на стационарном лечении в ГО ГМЦ СМП г. Душанбе в период с 2019 по март 2023 гг. Женщин было 12 (44,4%), мужчин – 15 (55,6%). Возраст больных составлял от 22 до 73 лет. Всем больным был проведен видеолaparоскопический адгезиолизис.

Критериями выбора больных для проведения лапароскопического лечения являлись: отсутствие в анамнезе многочисленных хирургических операций на органах брюшной полости, отсутствие тяжелых сопутствующих

сердечнососудистых дыхательных заболеваний, нарушение гемостаза, а также нестабильность гемодинамики, поскольку все вышеперечисленное требуют непродолжительного хирургического вмешательства и они не обеспечивают проведения безопасного пневмоперитонеума.

Немаловажное значение для безопасного проведения лапароскопических вмешательств имеет состояние кишечника и выраженности интраабдоминальных спаек, особенно при использовании первого троакара во избежание непроизвольного повреждения кишечной стенки. С этой целью нами эффективно было использовано УЗИ, которое дало возможность установить степени выраженности вздутия петли кишечника и висцеро-париетальные спайки, которые позволяют снизить риск интраоперационных осложнений и установить возможности проведения лапароскопических манипуляций.

УЗИ также было использовано перед всеми видеолaparоскопическими вмешательствами для определения «акустических окон»- участка в передней брюшной стенке, как свободного участка от висцеро-париетальных сращений для безопасного введения иглы Вереша.

Всем больным выполнялись: обзорная (при необходимости контрастная) рентгенография брюшной полости, ЭКГ, УЗИ и лабораторные исследования.

Результаты исследования. При наличии УЗИ-картины выраженных спаечных процессов в брюшной полости, особенно висцеро-париетального характера повышается риск повреждения кишечника при введении первого троакара. Также наличие выраженных висцеро-висцеральных и висцеро-париетальных спаек, а также выраженное расширение петли тонкой кишки (> 4 см) затрудняет проведение лапароскопических манипуляций. В таких случаях невозможно провести тщательный осмотр брюшной полости и полноценное устранение причины непроходимости, что в дальнейшем может стать поводом для рецидива заболевания.

У 1 (3,7%) больного при введении первого троакара из-за наличия висцеропариетального сращения установлено повреждение петли тонкой кишки, которое ассистированным способом было ушито.

Только в 1 (3,7%) случае оказалось невозможным проведение лапароскопического адгезиолизиса, причиной которого являлось наличие массивной висцеро-висцеральной и висцеро-париетальной спайки, что требовало проведения лапаротомии.

Послеоперационный период у всех больных протекал гладко. Ранние послеоперационные осложнения не наблюдались и все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Вывод. Таким образом, применение УЗИ при использовании современной технологии в ходе лечения больных с ОСКН даёт возможность правильного выбора для проведения лапароскопических операций и тем самым снизить риск развития интра- и послеоперационных осложнений.

Хамидова Ф.К., Исмазова Г.А., Мусоева Дж.Э.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ОСЛОЖНЕНИЯ РОДОВ У ПОДРОСТКОВ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Кадырова С.Г.

Цель. Изучить частоту, особенности течения, структуру осложнений родов у подростков.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 1300 историй родов у рожениц и родильниц подросткового возраста.

Результаты исследования. Частота преждевременных родов у подростков оказалась несколько выше, чем у женщин оптимального возраста 8,9% и 6,0% соответственно. Наиболее высокая частота преждевременных родов оказалась в возрастной группе 17 (7,6%) и 18 лет (8,5%). При сроке гестации 28-37 недель роды произошли у 112 юных женщин, т.е. в каждом девятом случае, в том числе двое родоразрешены операцией кесарева сечения. Основной причиной недонашивания беременности в основной группе и группе сравнения были различные инфекции гениталий. Самопроизвольные выкидыши в различные сроки беременности наблюдались у 24 (1,9%) подростков. 14 (1,1%) подростков прервали беременность искусственно в первом триместре беременности.

В структуре осложнений родов, как в основной, так и в группе сравнения отмечалась высокая частота родового разрыва плодных оболочек, аномалии родовой деятельности и травм родовых путей. Родовый разрыв плодных оболочек (ДРПО) наблюдался в 18,4% в основной и 17,4% - в группе сравнения, основной причиной которого явилось наличие инфекции генитального тракта (30,1%). В сравнении с группой женщин оптимального возраста установлена достоверно высокая частота аномалии родовой деятельности (АРД) - 7,6% случаев ($P < 0,01$), возможно свидетельствующая о несовершенном развитии репродуктивной системы у подростков.

У каждой 5-й юной роженицы с аномалией родовой деятельности отмечена слабость потуг, обусловленный психоэмоциональным истощением и утомлением юных рожениц.

Наиболее частым осложнением родов у подростков оказалась травма родовых путей. При этом, разрыв шейки матки произошел у каждой 10-й юной женщины. Частота разрыва промежности составила 17%. Следует подчеркнуть, что практически у всех подростков, у которых имела место травма родовых путей, отмечалось наличие инфекции родового канала (29,6%). У 4-х женщин оперативное родоразрешение произведено ввиду обструктивных родов из-за клинического несоответствия между головкой плода и таза матери, а также аномалии положения плода и расположения головки во входе в малый таз.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты произошла у 2 беременных, при этом в одном случае на фоне экламптического статуса.

Средняя продолжительность пребывания родильниц в родильном доме составила 9,4 дня. Реабилитационные мероприятия в послеродовом периоде проведены не в полном объеме из-за категорического отказа родственников. У 2 из 10 подростков, которым проводилась традиционная профилактика инфекции, течение пуэрперия осложнилось

эндометритом и расхождением швов на передней брюшной стенке. Случаев материнской смертности не было.

Выводы. Таким образом, ранняя беременность на фоне не устоявшейся функциональной активности основных звеньев репродуктивной системы, неготовности многих систем организма к полноценному вынашиванию беременности и родам, становятся причиной различных патологических состояний в организме подростка. На неблагоприятном фоне развиваются осложнения беременности, родов и послеродового периода, способствуют недонашиванию, дородовому разрыву плодных оболочек, аномалии родовой деятельности, акушерскому травматизму, а также неблагоприятным перинатальным исходам.

Хойна Э.С., Попова А.О., Чиркин И.С.

АКТУАЛЬНОСТЬ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПАТОЛОГИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра факультетской хирургии ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России. Россия.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Стяжкина С.Н.

Цель исследования. Оценить актуальность методов диагностики при выявлении патологий щитовидной железы.

Материалы и методы. Наличие патологий щитовидной железы среди населения Российской Федерации и Удмуртской республики проанализировано на основании официальных статистических материалов за 2022 и 2018 года. Актуальность диагностики проанализирована на основании данных о влиянии экологических факторов на структуру заболеваний щитовидной железы в Удмуртии.

Результаты исследования. По данным Всемирной Организации Здравоохранения среди эндокринных нарушений заболевания щитовидной железы занимают второе место после сахарного диабета. Согласно статистике, нарушениями в работе щитовидной железы страдает до трети всего населения планеты. Более 740 млн. человек в мире имеют эндемический зоб или страдают другой тиреоидной патологией; 1,5 млрд. человек сталкиваются с риском развития йоддефицитных заболеваний. По различным данным от 15 до 40 % населения России страдают от тиреоидной патологии.

Йод является обязательным структурным компонентом гормонов щитовидной железы, которые в свою очередь обеспечивают полноценное развитие и функционирование человеческого организма. Недостаток йода в почве приводит к снижению содержания этого микроэлемента в продуктах питания, производимых в местности, а потребляющие их люди страдают от йоддефицита. Удмуртская республика является эндемичным районом по заболеваемости, связанной с патологией щитовидной железы. Общая заболеваемость болезнями эндокринной системы всего населения Удмуртской республики по данным за 2018 год составляет 4,3 %, что занимает 8 место среди 19 групп нозологий. В том числе большая часть приходится на патологии щитовидной железы. Заболеваемость патологиями щитовидной железы составляет в среднем 1834 случая на 100 тыс. населения по Удмуртской Республике. Отмечается ежегодный рост первичной заболеваемости, как по Удмуртской Республике, так и по Российской Федерации.

Исходя из этого, возрастает актуальность методов диагностики для раннего выявления патологий щитовидной железы. Основные методы диагностики заключаются в лабораторной диагностике гормонов щитовидной железы, антител сыворотки крови, ультразвуковом исследовании щитовидной железы, и скинтиграфии щитовидной железы. Исследование уровня тиреотропного гормона в крови рекомендуется пациентам для оценки функционального состояния щитовидной железы. При повышении или снижении тиреотропного гормона рекомендуется: исследование уровня свободного тироксина сыворотки крови, определение содержания антител к тиропероксидазе в крови, определение содержания антител к тироглобулину в сыворотке крови с целью дифференциальной диагностики гипотиреоза и тиреотоксикоза. Ультразвуковое исследование щитовидной железы позволяет определить увеличение объема и диффузные изменения в ткани щитовидной железы, количество узлов в железе, их размеры и структуру. Скинтиграфия – сканирование щитовидной железы - позволяет оценить топографо-анатомические характеристики и функциональную активность ткани железы, что также способствует раннему выявлению патологий щитовидной железы.

Выводы. Таким образом, разработка четкого алгоритма обследования пациентов способствует ранней диагностике заболеваний щитовидной железы. Ведущие роли в диагностике патологий щитовидной железы принадлежат таким методам, как лабораторная диагностика, ультразвуковая диагностика, скинтиграфия.

Хойна Э.С., Попова А.О., Чиркин И.С.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНЦИДЕНТАЛОМЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ НА ПРИМЕРЕ АЛЬДОСТЕРОМЫ

Кафедра факультетской хирургии ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России. Россия.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Стяжкина С.Н.

Цель. Оценить актуальность хирургического лечения инциденталомы надпочечников на примере альдостеромы.

Материалы и методы. Актуальность хирургического лечения проанализирована на основании клинических рекомендаций по лечению инциденталомы надпочечников на примере альдостеромы.

Результаты исследования. Альдостерома - опухоль, исходящая из клеток клубочковой зоны коры надпочечников, приводящая к развитию синдрома первичного гиперальдостеронизма - синдрома Конна. Первичный гиперальдостеронизм - синдром, обусловленный автономным повышением секреции альдостерона. По данным аутопсийных исследований распространенность новообразований надпочечников составляет 1,4 - 8,7 %. Большинство

выявляемых образований составляют опухоли небольших размеров. Распространенность образований более 1,5 см составляет 1,8 %, а доля образований более 6 см - 0,025%. По данным компьютерной томографии случайные опухоли надпочечников выявляются у 0,6 - 4,4% обследованных пациентов, 79% из них – менее 2 см. Двусторонние опухоли надпочечников встречаются в 2 - 10% всех случаев. Альдостерома является редко выявляемой опухолью надпочечников среди всех групп аденом надпочечников. Частота выявления альдостеромы составляет 2,5 %. Синдром Конна обнаруживается у 0,5 % больных артериальной гипертензией, возраст больных обычно - 30-50 лет. Чаще заболеванием страдают женщины, менее чем в 5 % случаев опухоли имеют злокачественный характер.

Основной метод лечения альдостеромы – хирургическое лечение. Его цель заключается в предотвращении возникновения осложнений вследствие гипокалиемии и артериальной гипертензии, развиваемых при альдостероме. Артериальная гипертензия корректируется с помощью односторонней адреналэктомии, однако двустороннее поражение надпочечников чаще всего лечится консервативно, так как эффективность односторонней или двусторонней адреналэктомии составляет всего 19%. Хирургическое лечение инциденталом показано при опухолях диаметром 6 см и более, так как они практически всегда являются злокачественными; при опухолях диаметром 3—6 см; при всех злокачественных опухолях, наличие которых установлено в результате комплексного обследования; при опухолях, размеры которых увеличиваются в ходе динамического наблюдения. При установлении доброкачественного характера опухоли возможно ее удаление лапароскопическим методом. При подозрении на злокачественный характер новообразования рекомендуется открытый способ адреналэктомии с удалением забрюшинной клетчатки и регионарных лимфатических узлов.

Показателем эффективности будущей односторонней адреналэктомии в отношении артериальной гипертензии служит снижение кровяного давления в ответ на спиронолактон в предоперационный период. Спиронолактон назначается до хирургического вмешательства с целью снижения риска операции, коррекции гипокалиемии и установления контроля за артериальным давлением. Однако артериальная гипертензия не исчезает сразу после операции. Артериальное давление постепенно снижается в течение 3-6 месяцев. Продолжительный терапевтический эффект наблюдается после односторонней адреналэктомии по поводу альдостеромы и развившегося синдрома Конна в среднем у 69% пациентов.

Выводы. Актуальность хирургического лечения пациентов с альдостеромой и синдромом Конна заключается в проведении мероприятий, направленных на компенсацию метаболических нарушений, коррекцию гипокалиемии, и снижение показателей артериального давления, а также улучшение качества жизни пациентов.

Холбоев К.С., Солехов А.С., Джурсаева Н.Х.

ЗНАЧЕНИЕ ПОЛА ПРИ ПРОГНОЗИРОВАНИИ РЕЦИДИВА КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент С.А. Холбаев

Введение. Язвенные гастродуоденальные кровотечения длительное время остаются сложной и до конца не решенной хирургической проблемой, в 39%-55% становятся причиной кровотечений из желудочно-кишечного тракта. Заболеваемость язвенной болезнью, по литературным данным, находится на уровне 1,7-5%, причем количество пациентов с кровотечениями из хронических язв желудка и 12-перстной кишки составляет 90-160 человек на 100 000 населения и не имеет отчетливой тенденции к снижению. Общая летальность составляет 5,6%, послеоперационная – 10,1%. Несмотря на спонтанный гемостаз, наблюдаемый у 80-85% пациентов с кровотечением из хронических язв, у каждого пятого возникает рецидив, что увеличивает уровень летальности до 30-40%. В последние годы наметилась тенденция к снижению общей летальности при язвенных гастродуоденальных кровотечениях, за счет совершенствования методов эндоскопического, эндоваскулярного и медикаментозного гемостаза, прогнозированию и профилактике рецидивов кровотечения, а также мультидисциплинарному подходу при ведении этой группы пациентов. Среди всех больных, поступающих в стационар с язвенным гастродуоденальным кровотечением, до 80% составляют пациенты с остановившимся кровотечением. Нерешенной проблемой в этой группе больных остается прогнозирование рецидива кровотечения.

Цель. Определить, следует ли учитывать пол пациента при прогнозировании рецидива кровотечения из язвы желудка и 12-перстной кишки.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ историй болезней 57 больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением, последовательно поступивших в хирургическое отделение лечебно-диагностического центра ТГМУ имени Абуали ибни Сино за 2012-2022 гг. Из общего количества больных (57 человек) с желудочно-кишечным кровотечением 22 (39%) человека с дуоденальным кровотечением, 35 (61%) больных с желудочным кровотечением. Средний возраст мужчин составил 55,0 лет, женщин 58,3 лет.

Результаты. Рецидив язвенного гастродуоденального кровотечения развился у 6 (10,5%). Все больные с рецидивом кровотечения – мужчины. Скорости естественного восстановления эритроцитов и гемоглобина крови к 7-м суткам у мужчин составили 2,6% и 3,4%. Эти же показатели у женщин составили 3,8% и 5,0% соответственно.

Выводы. Пол пациента – значимый фактор при оценке вероятности рецидива кровотечения, поэтому должен быть обязательно внесен в любую шкалу при прогнозировании возможного рецидива кровотечения при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

Холзода Ш.И., Дадоджонов Ж.Ю., Хомидзода И.Дж.
ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНЫХ ФОРМ ГИПОСПАДИИ ПОСЛЕ РАНЕЕ
ПРОВЕДЁННОЙ ЦИРКУМЦИИ

Кафедра хирургических дисциплин №1 Хатлонский государственный медицинский университет. Дангара
Научный руководитель - член корр. НАНТ, д.м.н., профессор Курбанов У.А.

Цель исследования. Изучить технические особенности хирургического лечения гипоспадии на фоне ранее проведённой циркумции.

Материал и методы исследования. На базе отделения реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ города Душанбе и отделения хирургии РКБ района Дангары в период с 2016 по 2022 гг. было оперировано 8 больных с дистальной формой гипоспадии после циркумции. Возраст пациентов варьировал от 6 до 16 лет и в среднем составил $10,5 \pm 3,1$ лет. С целью определения тяжести порока и разработки дальнейшей тактики лечения, мальчикам с установленным диагнозом наряду с клиническим осмотром наружных половых органов были проведены дополнительные инструментальные и лабораторные методы исследования. Урофлоуметрия была проведена для анализа уродинамических показателей с целью объективной оценки выполненной коррекции гипоспадии и мониторинга качества лечения в послеоперационном периоде.

Результаты исследования и их обсуждение. У всех госпитализированных больных характерным недостатком выступало отсутствие крайней плоти полового члена, обрезанной в процессе циркумции. При этом обрезание у одной части больных проведено по незнанию важности проблемы со стороны народных знахарей, то у другой части больных циркумцию выполнили врачи, что свидетельствует о некомпетентности и неосведомлённости их в важности сохранения крайней плоти - как пластического материала для дальнейшего устранения гипоспадии. Предыдущее хирургическое иссечение кожи препуции отражается на эффективности ведения больных при коррекции гипоспадии. У наблюдаемых пациентов в силу изменения анатомической ангиоархитектоники полового члена как результат ранее проведённой циркумции, при которой были перерезаны сосуды, наблюдалось более длительное время заживления послеоперационной раны. Следовательно, предварительная циркумция определяет продолжительность проводимых операций и период госпитализации, которые значительно увеличиваются.

Важным техническим моментом является сложность выполнения коррекции гипоспадии после циркумции в зависимости от формы врождённого порока. Итак, при проксимальных формах гипоспадии, отягощённых сопутствующими пороками, прибегают к более комплексному многоэтапному оперативному вмешательству, чреватому последующими осложнениями.

Выводы. Наличие гипоспадии при рождении является относительным противопоказанием для проведения циркумции, учитывая важность крайней плоти, как пластического материала, при реконструкции гипоспадии. Согласно опубликованным данным, циркумция при дистальной форме гипоспадии не демонстрировала осложнений при коррекции гипоспадии. Важными критериями, обеспечивающими успех операции, представлены не только применением технологии микрохирургии, но и владением хирургических приёмов и навыков оперирующего врача.

Холикова Ф.А., Мансуров Х.Н., Бахромов М.Б.
СИМУЛЬТАННАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПАХОВАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧЕ-
КАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ГОУ ТГМУ
им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Ашуров А.С.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения больных с сочетанными хирургическими заболеваниями.

Материал и методы. В нашем исследовании проанализированы результаты лечения 37 больных хроническим калькулёзным холециститом в сочетании с паховой грыжей (22 женщины и 15 мужчин), оперированных на базе кафедры и в КДЦ «Вароруд» г. Турсунзаде за период с 2018 по 2022 годы. Средний возраст пациентов составил $48,1 \pm 1,3$ лет. В качестве основного этапа симультанного вмешательства больные перенесли в 26 случаях лапароскопическую холецистэктомию, в 11 случаях в качестве основного вмешательства выполнена лапароскопическая паховая герниопластика. Показанием для проведения симультанных операций явилось наличие грыж различных размеров и разной давности (от 2 месяца до 4 лет). Под эндотрахеальным наркозом после выполнения основной операции (ЛХЭ) проводили лапароскопическую герниопластику.

Результаты исследования. Среди оперированных больных интраоперационных осложнений не встречалось. Средняя продолжительность операции составила 65 ± 10 мин. В раннем послеоперационном периоде у одного больного отмечалось нагноение послеоперационной раны. Средний койко-день после симультанных вмешательств, не отличался от соответствующего показателя у больных, перенесших аналогичные изолированные вмешательства. По поводу рецидива грыжи никто не обращался. Результаты клинического наблюдения свидетельствуют о том, что симультанные операции не сопровождаются увеличением числа осложнений, непосредственно связанных с основным или дополнительными этапами сочетанного вмешательства и не продлевают сроки лечения больных.

Выводы. Таким образом, симультанная операция избавляет пациентов сразу от двух заболеваний и обладает высокой экономической эффективностью, позволяя значительно снизить затраты по сравнению с двухэтапным оперативным лечением больных с сочетанной хирургической патологией.

Холов А.И., Хамроев М.Ф., Худжасолиева Ф.А.
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ДОБАВОЧНЫХ ШЕЙНЫХ РЁБЕР СРЕДИ ДЕВУШЕК ХГМУ
Кафедра хирургических дисциплин №1 Хатлонский государственный медицинский университет. Дангара
Научный руководитель – член корр. НАНТ, д.м.н., профессор Курбанов У.А.

Цель исследования. Изучить распространённость добавочных шейных рёбер среди студенток Хатлонского государственного медицинского университета.

Материал и методы исследования. На базе кафедры хирургических дисциплин №1 ХГМУ в рамках ежегодного медицинского осмотра в период с октября по ноябрь 2021г. проведено целенаправленное исследование среди всех 570 студенток ХГМУ с первого по шестой курсы. Из этого числа 212 (37,2%) студенткам с подозрением на наличие признаков различной формы синдрома верхней апертуры была назначена рентгенография шейного отдела позвоночника с целью выявления наличия или отсутствия шейных рёбер. Возраст девушек колебался от 17 до 25 лет, средний возраст составил $20,93 \pm 1,47$ лет. В некоторых случаях с целью уточнения диагноза дополнительно производили КТ исследование с 3D-моделированием ($n=9$) на 16-срезовом компьютерном томографе Siemens Somatom Emotion.

Результаты исследования. Добавочные шейные рёбра (ДШР) были установлены у 43-х девушек, что составило 20,3% из 212 студенток и 7,5% из общего количества девушек ($n=570$). Полные ДШР были обнаружены в 2-х случаях (4,7%), фалангоподобные ДШР в 9 (20,9%) и рудиментарные ДШР в 32 (74,4%) случаях.

В 36 (83,7%) случаях ДШР были билатеральными и в 7 (16,3%) унилатеральными. Полные ДШР в одном случае было билатеральным, в другом унилатеральным. Фалангоподобные ДШР в 4-х случаях были билатеральными и в 4-х случаях сочетались с рудиментарным ДШР с противоположной стороны, и только в одном случае фалангоподобное ДШР было унилатеральным. Рудиментарные ДШР в 27 (84,4%) случаях были двухсторонними (билатеральными).

Выводы. Согласно результатам проведённого исследования среди девушек ХГМУ выявлено, что симптомы, характерные при синдроме верхней апертуры, не всегда отражают наличие добавочных шейных рёбер (ДШР). Таким образом, на основании методов визуализации области шеи были определены истинные показатели распространённости ДШР, которые составили 20,3% из 212 студенток с подозрением на ДШР и 7,5% из общего количества девушек ($n=570$).

Холов А.И., Хамроев М.Ф., Абдурахимзода Ш.Р.
ТАБОБАТИ ЧАРРОҲИИ АЛОИМИ ҚАБУРҒАИ ИЛОВАГИИ ГАРДАН

Роҳбари илмӣ: узви вобастаи АМИТ, д.и.т., профессор Курбон У.А.
Кафедраи бемориҳои чарроҳии №2 ба номи академик Н.Усмонов, МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.
Кафедраи фанҳои чарроҳии №1, МДТ ДДТХ. (Данғара) МЧИЧДР.

Мақсади тадқиқот. Беҳтарсозии табобати чарроҳии алоими қабурғаи иловагии гардан.

Мавод ва усули тадқиқот. Маводи тадқиқот 28 нафар беморонеро, ки бо ташҳиси алоими қабурғаи иловагии гардан (ҚИГ) дар шӯъбаи микроҷарроҳии реконструктивӣ–пластикии МЧИЧДР-и шаҳри Душанбе ва Беморхонаи ҷумҳуриявии клиникии ноҳияи Данғара дар давраи солҳои 2000 – 2021 амали чарроҳӣ гаштаанд, дар бар мегирад. Аз теъдоди умумии беморон (28 нафар) 5 (17,8%) нафарро мардон ва 23 (82,2%) нафарро занон ташкил медиҳанд. Синну соли беморон аз 13 сола то 49 сола буда, синну соли миёнаи онҳо $26,25 \pm 7,4$ солро ташкил меод. Аз 28 (100%) нафар бемор 20 (71,4%) нафар дар шароити ШМЧРП-и МЧИЧДР ва 8 (28,6%) нафар дар БЧК-и н. Данғара дар давраи солҳои 2017-2021 амали чарроҳӣ гаштаанд. Ташҳис дар асоси шикояти беморон ва гузаронидани ҳатмии тадқиқоти рентгенографии мавзеи гардану кафаси сина гузошта шудааст. Дар 6 (21,4%) нафар бемор алоими дутарафаи ҚИГ муайян карда шудааст.

Натиҷаҳои тадқиқот. Амалиёти чарроҳии резексияи қабурғаи иловагии гардан дар алоҳидагӣ ва ё якҷо бо амалиёти скаленотомия ҳангоми гипертрофияи мушакҳои зинашакли гардан зери беҳискунии НЭТ, бо бурриши 3 см болотар аз қулфак вобаста ба намуди ҷойгиршавии ҚИГ (аз тарафи пешу латералии рости гардан ва ё аз тарафи пешу латералии чапи гардан) қабат ба қабат роҳ ба сӯи структураҳо боз гардида, иҷро карда шудааст. Дар 11 (39,3%) нафар бемор танҳо амали чарроҳии резексияи қабурғаи иловагии гардан (дар 6 нафар аз тарафи рост ва дар 5 нафар аз тарафи чап) ва дар 17 (60,7%) бемори дигар чарроҳии резексияи қабурғаи иловагии гардан якҷо бо скаленотомия (дар 10 нафар аз тарафи рост ва дар 7 нафар аз тарафи чап) гузаронида шудааст. Пас аз резексияи ҚИГ ва ё якҷо бо скаленотомия, гемостази ниҳой анҷом дода шуда, захм қабат бо қабат бо истифода аз риштаи атравматикии Vycril–3/0 (пардаҳо ва чарбӯи зерӣ пӯст) дӯхта шудааст. Ба пӯст дарзи дохилипӯстӣ бо риштаи атравматикии Nylon–3/0 гузошта шудааст. Пас аз қоркарди тақрорӣ бо маводҳои антисептикӣ ба захм бандинаи асептикӣ гузошта шудааст.

Ёдовар бояд шуд, ки тамоми чарроҳиро бо истифода аз технологияи микроҷарроҳӣ (зерӣ калонкунии оптикӣ, истифодаи техникаи претсизионӣ ва маводҳои дӯхти атравматикӣ) анҷом дода шудаанд. Ҳамзамон аз дастгоҳи системаи муҳаррикии муосир UNIDRIVE S III ECO (аз ширкати олмонии Karl Storz), ки нишондод барои иҷрои ҳамагуна амалҳои чарроҳӣ дар мавзеи сару гардан аст, истифода бурда шудааст. Марҳилаи баъдичарроҳӣ ором ва беавориз гузаштааст. Заҳми чарроҳӣ ба тариқи нахустпайвастанавӣ васл шудааст. Дар марҳилаи барвақти пасазҷарроҳӣ дар тамоми беморон камшавӣ ва ё гумшавии алоими дардӣ, нестшавии нишонаҳои алоими қабурғаи иловагии гардан аз тарафе, ки чарроҳӣ анҷом ёфтааст, мушоҳида шудааст. Марҳилаи дерӣ пасазҷарроҳӣ аз 6 моҳ то 19 сол дар тамоми беморон мушоҳида гардидааст. Дар ҳама ҳолат натиҷаи хуби эстетикӣ ва функционалӣ ба даст оварда шудааст.

Хулоса. Беҳтарин усули табобати алоими қабурғаи иловагии гардан, пас аз иҷрои ҳатмии тадқиқоти рентгенографии мавзеи гардану кафаси сина, ин бо усули чарроҳӣ резексияи қабурғаи иловагии гардан мебошад, ки бо камтарин оризаи дохилиҷарроҳӣ ва натиҷаи хуби пас аз чарроҳӣ анҷом ёбад.

Холов А.И., Холзода Ш.И., Дадоджонов Ж.Ю.
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ДОБАВОЧНЫХ ШЕЙНЫХ РЁБЕР И УДЛИНЁННЫХ ПОПЕРЕЧНЫХ
ОТРОСТКОВ VII-ГО ПОЗВОНКА У СТУДЕНТОВ I-ГО КУРСА ХГМУ

Кафедра хирургических дисциплин №1 Хатлонский государственный медицинский университет. Дангара
Научный руководитель - член корр. НАНТ, д.м.н., профессор Курбанов У.А.

Цель исследования. Изучить распространённость наличия добавочных шейных рёбер и удлинённых поперечных отростков у популяции на примере студентов ХГМУ.

Материал и методы исследования. В течение октября месяца 2022г. всем 398 студентам первого курса Хатлонского государственного медицинского университета в рамках проведения профилактического медицинского осмотра была произведена рентгенография грудной клетки с охватом шейного отдела позвоночника (цифровой рентген в прямой проекции на Цифровом автоматизированном рентгеновском аппарате типа U-дуга DRGEM Diamond). Юношей было 270 (67,8%), девушек – 128 (32,2%). Возраст студентов колебался от 16 до 27 лет. Средний возраст составил $18,13 \pm 0,56$ лет.

Все цифровые рентгенограммы ($n=398$) были тщательно изучены на предмет наличия добавочного шейного ребра (ДШР) и удлинённого поперечного отростка (УПО) VII-го шейного ребра. 39 студентам, у которых были обнаружены различные формы ДШР, дополнительно производили КТ исследование с 3D-моделированием на 16-срезовом компьютерном томографе Siemens Somatom Emotion.

Результаты исследования и их обсуждение. Добавочные шейные рёбра (*Accessory cervical ribs*) различной формы были обнаружены у 39 студентов (юношей - 27 (10% от 270), девушек - 12 (9,4% от 128)). Удлинённые поперечные отростки VII-го шейного ребра (*Elongated transverse process*) были выявлены у 118 (29,6%) студентов. Среди юношей УПО имели место в 86 (31,85%) случаях, у девушек – в 32 (25,00%) случаях. В целом ДШР и УПО установлены у 157 ($157/398=39,5\%$) студентов.

На основании цифровых рентгенограмм и дополнительно проведённого КТ исследования ($n=39$) были классифицированы различные формы ДШР. Так, рудиментарные добавочные шейные рёбра (РДШР) были установлены в 34-х (87,2%) случаях. При этом билатеральные РДШР обнаружены в 31 (91%) случае. Только в 3-х случаях РДШР были односторонними (унилатеральными). Фалангоподобные добавочные шейные рёбра (ФДШР) обнаружены в 5 (12,8%) случаях. При этом в 2-х случаях ФДШР были билатеральными, а в 3-х остальных случаях, с одной стороны, имело место ФДШР, а с другой – РДШР. Полных ДШР не было установлено ни в одном случае.

Следует отметить, что УПО в 92 (77,9%) случаях были билатеральными, в 18 (15,25%) - унилатеральными, а в 8 (6,8%) сочетались с унилатеральными ДШР.

Распространённость ДШР по литературным данным варьирует от 0,58% в малайзийской популяции до 6,2%, в турецкой популяции. Частота УПО у оманской популяции составляет 18,45%.

Выводы. Таким образом, распространённость добавочных шейных рёбер среди популяции студентов первого курса ХГМУ составила 9,8%, что заметно выше, чем у популяции других стран. Удлинённые поперечные отростки С7 обнаружены в 29,6% случаях, что также выше, чем данные доступной нам литературы. Для получения более достоверных и репрезентативных данных необходимо дальнейшее исследование в этом направлении.

Хомидов И.С., Содиков Ф.Х., Камолов Ф.С.
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭХИНОКОККОЗА ГОЛОВНОГО МОЗГА В РЕСПУБЛИКЕ
ТАДЖИКИСТАН

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Бобожонов М.Н.

Цель исследования. Проанализировать эпидемиологическую ситуацию эхинококкоза головного мозга в Республике Таджикистан.

Материал и методы. Обследованы 48 больных с эхинококкозом головного мозга, находившихся на базе кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино за период 2012-2021 гг.

При изучении эпидемиологии заболевания в каждом отдельном случае учитывались профессия, быт, привычки больного, социальные условия населенного пункта, в котором жил и работал заболевший и др.

Результаты исследования. В Республике Таджикистан эхинококкоз головного мозга характеризуется повсеместным распространением. Наиболее инвазированными эхинококкозом головного мозга оказались жители Хатлонской области (39,6%) и районы республиканского подчинения (37,5%), в Согдийской области встречаемость (20,8%) почти 2 раза меньше. Из Горно-Бадахшанской автономной области за этот период обратился только один больной, что составило около 2,1%. Зона высокогорья является неблагоприятной для выживания паразита, здесь уровень поражения по нашим данным, очень низкий.

Для изучения этиопатогенетических механизмов заражения развития болезни мы обращали внимание на социальные условия населенного пункта, в котором жил и работал заболевший, производственные и бытовые контакты с возможными источниками заражения. При этом городских жителей было 3 (6,3%), сельских- 45 (93,7%) больных. Исследование показало, что 32 (66,6%) случая составили дети. Наибольшая зараженность отмечена в возрастной группе детей от 12-18 лет и возрастной группе взрослых от 19-44 лет, что составляет по 25,0% в каждой группе. Встречаемость больных с эхинококкозом в возрасте старше 45 лет наблюдалось в 4 случаях, что составляет 8,3%. Среди исследованных мужчин было 29 (60,4%) , женщин -19 (39,6%) с эхинококкозом головного мозга.

Таким образом, эхинококкозом головного мозга часто болеют дети и люди наиболее трудоспособного возраста, следует отнести их к группам риска.

При изучении эпидемиологии заболевания обследуемых больных в 42 (87,5%) случаях имелся прямой и непрямой контакт с сельскохозяйственными животными. При этом больные контактируя с домашними собаками и другими животными имели большой риск заражения эхинококкозом. Эпидемиологической напряженной категорией сельского населения являются дети, которые находятся в постоянном тесном контакте с домашними собаками и другими животными. При выяснении эпизоотологического и эпидемиологического анамнеза со слов родителей инвазированных детей, они имели непосредственный тесный контакт с недегельминтизированными собаками и нередко привлекаются к уходу за домашними животными. Дети школьного возраста играют с собаками, играя во дворе дома и часто возятся с землей, предметами быта и т.д. В 13 (27,1%) наблюдениях имело место не соблюдение санитарно-гигиенических норм при частном забое домашних животных и подаче пораженных органов при кормлении собак.

Выводы. Наиболее инвазированными эхинококкозом головного мозга оказались жители Хатлонской области (39,6%) и районов республиканского подчинения (37,5%). В Согдийской области встречаемость (20,8%) почти 2 раза меньше, а в Горно-Бадахшанской автономной области (2,1%) 19 раз меньше.

Эхинококкозом головного мозга часто болеют дети и люди наиболее трудоспособного возраста, следует отнести их к группе риска.

Хомидов А.Т., Рафиков С. А., Тоджиев Дж, Ш.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ТОРАКОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С НЕВРИНОМНОЙ СРЕДОСТЕНИЯ

ГУ “КЗ Истиклол” г. Душанбе ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Научный руководитель- к.м.н., доцент Ворисов А.А.

Целью настоящей работы является ознакомление практических врачей с доступными методами ранней диагностики и результатом хирургического лечения больного с невриномой средостения с применением современной малоинвазивной торакоскопической технологии.

Материал и методы исследования. В отделение грудной хирургии ГУКЗ Истиклол 31.01.2023г поступил больной К 45 г, ИБ № 691, с диагнозом невринома верхнего средостения слева. Больного беспокоили боли и тяжесть в левой половине грудной клетки

Результаты и их обсуждение. При рентгенологическом исследовании обнаружен расширенный тень верхнего средостения слева. Отмечалось рост опухоли в сторону плевральной полости. При УЗИ органов средостения было выявлено неоднородное объемное образование с относительно четкими границами в проекции верхушки левого легкого. На КТ исследование грудной клетки установлено наличие опухоли округлой формы, в капсуле, размерами 7х7х6см, исходящей из верхне-заднего средостения, с ростом в сторону плевральной полости, плотно лежащей к дуге аорты.

После предварительной подготовке больному в плановом порядке проведено операция торакоскопическое удаления опухоли средостения. Операция проводилась под общим обезболиванием и однолѐгочной интубацией, т.е отключением левого лѐгкого от акта дыхания. Трѐхпортовым доступом произведено торакоскопия слева. Обнаружена опухоль - невринома исходящая из верхне-заднего средостения. С помощью электрокоагуляцией с использованием Лигашу удалось субплеврально, выделить опухоль, который после фрагментации в контейнере, эвакуирован через расширенный до 3 см доступ рабочего троакара. Плевральная полость дренирована одним дренажем после санации, также через рабочий порт. Больной экстубирован на столе. Послеоперационных осложнений не наблюдались. Дренажная трубка удалено на 4 - е сутки после контрольной рентгенографии лѐгких. Больной выписан на 6 - е сутки после операции. Патологоанатомический диагноз - Невринома. Больного после проведенной торакоскопической операций мало беспокоил болевой синдром и он раньше активирован, меньше проводят время на больничном койке и быстрее выписываются.

Обсуждение. Больные до проведение рентгенологического исследование и выявления расширение тени средостения получают симптоматическое лечение у различных специалистов и, как правило, без эффекта. Основным методом диагностики является компьютерная томография. Трудности хирургического лечения опухолей и кист средостения заключается в том, что они интимно припаянные магистральными сосудами, сердцем, другими органами средостения и предоставляет определенную техническую трудность во время операции.

Заключение. Установление диагноза кист и опухолей средостения на сегодняшний день не представляет особо большие трудности. Всякие проявления при обследовании больных должны настораживать врача в отношении опухолей и кист средостения. Большую ценность из инструментальных методов имеет рентгенологические, УЗИ и КТ. Своевременная диагностика и оперативное лечение больных с опухолей и кист средостения с использованием малоинвазивной современной торакоскопической технологии является альтернативным методом лечения и приводит к раннему выздоровлению и активации, уменьшение болевой симптоматики, эстетических удобств и снижение экономических затрат .

Хомидов Ш.А., Шоназаров Н.О., Исмаилов Х.М.

ПОПУЛЯЦИОННАЯ ЧАСТОТА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., Хабибов И.М.

Цель. Изучить популяционную частоту, структуру врожденных пороков развития (ВПР) центральной нервной системы.

Материалы и методы. Материал основан на анализе популяционных и данных ВПР ЦНС по сведениям данных базы Dahis -2 Национального регистра ВПР за 2016–2020 гг.

Результаты и их обсуждение. В настоящее время до 5% новорожденных появляются на свет с различными врожденными и наследственными заболеваниями. Около 30% коечного фонда детских стационаров различного профиля заняты больными с наследственной патологией, 40% младенческой смертности в той или иной степени обусловлено наследственными и врожденными дефектами, среди которых лидирующее место занимают врожденные пороки головного мозга. Проведенные исследования показали, что ВПР ЦНС составляют 5,7% от всех форм пороков, популяционная частота (ПЧ) – 3,15%. На долю изолированных форм пороков развития ЦНС приходится около половины в 48,5% случаев, в составе синдромов и неклассифицированных комплексов множественных ВПР – в 36,6%. Среди различных разновидностей ВПР ЦНС представлен врожденной гидроцефалией, где показатель популяционной частоты (ПЧ) равен 0,91%, другие разновидности в частности агенезией/типоплазией мозолистого тела (ПЧ 0,41%), анэнцефалией (ПЧ 0,30%), голопроэнцефалией (ПЧ 0,19%), экзэнцефалией (ПЧ 0,17%), черепно-мозговой грыжей (энцефалоцеле) (ПЧ 0,13%).

Выводы. Среди всех форм ВПР ЦНС составляют 9,7%, популяционная частота (ПЧ) – 3,15%.

Хомидов И.Т., Худойдодов О.М., Бокиев Ф.Б.

ИЗУЧЕНИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПЕРЕДНЕБОКОВЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА

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

ГУ Республиканский научный центр сердечнососудистой хирургии. Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., доцент Маликов М.Х.

Цель исследования. Выявить факторы, приводящие к развитию переднебоковых грыж живота.

Материал и методы. Нами была изучена частота встречаемости разновидностей переднебоковых грыж живота у 52 пациентов госпитализированных и оперированных в отделениях реконструктивно-пластической микрохирургии и эндохирургии РНЦССХ за период 2000-2022г. Возраст пациентов варьировал от 24 до 67 лет, средний возраст составил - 49лет. Мужчин было 12 (23,1), женщин – 40, что составило 76,9%. Левосторонняя локализация грыж имела у 20 (38,5%), правосторонняя у 32 (61,5%) пациентов. Длительность грыженосительства была следующая: от 1 года до 14 лет. Для определения послеоперационной грыжи нами была использована классификация Тоскина-Жебровского. Для выявления состояния анатомических структур переднебоковой области (толщину мышечно-апоневротического слоя, диаметр грыжевых ворот), а также содержимого грыжевого мешка у пациентов в предоперационном периоде нами были использованы дополнительные методы диагностики, такие как R-графия брюшной полости, УЗИ, КТ и СКТ 5D реконструкция при обширных и гигантских грыжах по вышеупомянутой классификации. Также всем пациентам определяли функцию внешнего дыхания с бандажом и без наложения бандажа.

Результаты исследования. Из анамнеза пациентов было выявлено, что первичное оперативное вмешательство у 40 пациентов было выполнено по поводу: нефрэктомии (n=10), нефролитомии (n=7), аппендэктомии (n=9), холецистэктомии (n=7), дренирования забрюшинного пространства (n=2), надвлагалищной ампутации матки (n=3), эхинококкэктомии из печени (n=1) и удаления опухоли правого надпочечника (1). В 12 случаях нами были выявлены переднебоковые грыжи живота и редкие формы грыж (полулунной линии) живота в связи с истончением мышечно-апоневротического слоя данной области и преклонного возраста, что составило 23%. Анализ причин образования передне-боковых грыж живота показал, что большинство грыж были послеоперационными и были связаны: в 19,2 % случаях с нефрэктомией, 13,5 % нефролитомией, 17,3 % аппендэктомией, 13,5 %, 3,8 % дренированием забрюшинного пространства, 5,8 % надвлагалищной ампутации матки, 1,9 % эхинококкэктомией из печени и в 1,9 % случаев после удаления новообразования правого надпочечника. Также были изучены патогистологические изменения тканей мышечно-апоневротического слоя, которые выявили превалирование коллагеновых структур.

Выводы. Таким образом, полученные данные продемонстрировали превалирование послеоперационных причин развития переднебоковых грыж живота в 3,3 раза над приобретенными. В свою очередь причинами развития приобретенных грыж переднебоковой области живота явилось изменение соотношения коллагеновых структур мышечно-апоневротического слоя.

Хаудойдодов О.М., Хамидов Ф.М., Бокиев Ф.Б.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ГИГАНТСКИХ РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖАХ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

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

Республиканский научный центр сердечнососудистой хирургии

Научный руководитель – д.м.н., доцент Маликов М.Х.

Цель исследования. Изучить результаты хирургического лечения рецидивных грыж передней брюшной стенки.

Материал и методы. Нами было изучено состояние 37 пациентов с рецидивной грыжей передней брюшной стенки до и после герниопластики, госпитализированных в Республиканском научном центре сердечнососудистой хирургии в отделении реконструктивно-пластической и эстетической микрохирургии с 2000-2020гг. Было установлено, что лица трудоспособного возраста составили 64,4%, от 18-55 лет. Анализ анамнеза жизни пациентов выявил, что рецидив патологии после выполнения традиционных методов пластики имел место в 28 (75,7%) случаях, в 6 (16,2%) случаях ненапряжные способы и в 3 (8,1%) случаях комбинированные способов герниопластики.

После проведения лабораторно-инструментальных методов исследования и проведения подготовительных

мероприятий для оперативного вмешательства всем пациентам определяли функцию внешнего дыхания с и без бандажа. Также метод ультразвукового исследования, который давал нам размеры грыжевых ворот, состояние мышечно-апоневротического слоя, однако в ряде случаев в связи с гигантскими размерами грыжевых ворот и последствий перенесенного перитонита, приведший к мягкотканому дефекту для получения более существенной информации нами проведена КТ.

Результаты исследования. В связи с имеющимися сопутствующими патологиями (ИБС, сахарный диабет, метаболический синдром и пр.) у пациентов предоперационная подготовка была пролонгирована (от 3 – 6 мес.) и показания к оперативному вмешательству были выставлены после стабилизации всех параметров.

При выборе оперативных вмешательств в учет брали данные инструментальных методов исследования (размер грыжевых ворот, состояние мышечно-апоневротического слоя), возраст и результаты патогистологического исследования.

С учётом возраста больного, размеров грыжевого дефекта и частоты рецидива нами были следующие виды коррекций в 9(24,4%) случаях - традиционные, в 13 (35,1%) - ненатяжные (35,1%) и комбинированных способов пластики - 15(40,5%).

Полипропиленовые сетки были использованы в 28 (75,6%) наблюдениях, при которых выполнены ненатяжные и комбинированные способы операции. Размещение трансплантата по способу onlay осуществили 16, sublay – 8 и inlay – 4 пациентам. В 4 наблюдениях, где средний размер дефекта грыжевых ворот составил $19 \pm 7,4 \times 12,8 \pm 4,9$ см², оптимальным решением укрытия обнажённых петель кишечника мы считали размещение сетки по способу inlay. С этой целью была использована синтетическая полипропиленовая сетка с гелиевым покрытием Parietex™ Optimized Composite Mesh (Medtronic, USA).

Нами была изучена частота рецидива патологии в разные сроки после операции. Из общего числа оперированных пациентов рецидив отмечался в 2 (5,4%) случаях после традиционных (1) и ненатяжных (1) способов герниопластики.

Выводы. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что традиционные способы операции при гигантских грыжах с небольшим дефектом грыжевых ворот и сохранности местно-пластического материала способствуют хорошим функциональным результатам. Частые рецидивы патологии, грыжи больших размеров требуют применения ненатяжных способов пластики. При наличии риска рецидива патологии более эффективным способом считается комбинированная пластика грыжевого дефекта с использованием местно-пластического ресурса и полипропиленовых сеток.

Худойназарова Г.З., Зокирова Э.З.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

Ассистент Умедов Х.А., Исломов Н.К.

Самаркандский Государственный медицинский институт (ректор – проф. Ризаев Ж.А.)

Самаркандский филиал РНЦЭМП (директор – к.м.н. Янгиев Б.А.)

Цель исследования. Улучшение результатов лечения эрозивно-язвенных поражений и желудочно-кишечного кровотечения у тяжелообожженных.

Материалы и методы. С целью подавления желудочной секреции мы применяли антацидные препараты у 106 больных: у 17 (16,0%) - блокатор m1-холинорецепторов (гастроцепин), у 87 (82,1%) - блокаторы H₂-рецепторов гистамина (циметидин, ранитидин, гистодил, зантак, квамател) и у 2 (1,8%) - блокаторы протонной помпы (омез).

Результаты. На любом этапе лечения обожженных при выявлении клинических или эндоскопических признаков кровотечения из острой язвы, риска его развития (тромб-сгусток, сосуд-столбик), отрицательной динамики в состоянии острых изъязвлений (расширение или углубление острой язвы), особенно у больных с язвенным анамнезом (группа риска), для полного подавления гиперхлоргидрии показано внутривенное применение ингибиторов протонной помпы для полного подавления желудочной секреции до ликвидации угрозы массивного кровотечения (под контролем ЭГДФС).

В наших наблюдениях массивное ЖКК, потребовавшее эндоскопической остановки, развилось на фоне антацидной терапии у 9 больных и у одного пациента, переведенного из субфилиала на 8 сутки, без применения антацидных препаратов. С целью остановки продолжающегося артериального кровотечения у 7 больных и с целью профилактики рецидива кровотечения у 3 больных была выполнена эндоскопическая инфильтрация 70% спирта (2,5-5 мл) и раствора адреналина 0,1% 1-2 мл из 3-5 точек в окружности острой язвы или под сгусток. Гемостаз был эффективен у 5 из 7 больных с продолжающимся кровотечением и в 3 случаях угрозы рецидива. 2 больных были оперированы в связи с неэффективностью эндоскопического гемостаза и продолжающимся кровотечением, произведено прошивание кровоточащего сосуда в дне острой язвы желудка (1) и 12-перстной кишки (1). У одного больного после остановки кровотечения наступила перфорация острой язвы 12-перстной кишки, также потребовавшая оперативного лечения. Таким образом, у 10 больных развилось массивное кровотечение из острой язвы, потребовавшее эндоскопической остановки кровотечения, профилактического обкалывания сосуда в дне язвы при угрозе рецидива кровотечения или хирургического вмешательства.

Выводы. Патогенетически обоснованным методом выбора при развитии массивного кровотечения у обожженных является эндоскопическая остановка на фоне комплексной гемостатической, заместительной и ангиопротекторной терапии.

Хурсанов Ё.Э., Джаббаров Ш.Р., Абдулсаидов С.К.
ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Самаркандский Государственный медицинский университет
Самаркандский филиал РНЦЭМП. Республика Узбекистан

Цель. В этот период диагноз ОХ служил противопоказанием к лапароскопическому лечению вследствие воспаления и отека. ОХ в тот период лечился консервативно: внутривенными растворами и антибиотиками. Это требовало отсроченной холецистэктомии через 6-12 недель после выписки больного. Однако окончательно исключать из арсенала лечебных методик ОХЭ, видимо, пока не следует, принимая во внимание, хотя и очень немногочисленные, позитивные оценки этой методики в лечении ОХ у соматически тяжёлых пациентов даже в сравнении с перкутанной холецистостомией. Альтернативой хирургической хо-лецистэктомии стала лапароскопическая холецистэктомия. Благодаря внедрению современных методов визуальной диагностики (прежде всего ультразвуковой), а также лапароскопических и миниинвазивных операций результаты лечения ОХ во всем мире улучшились, что привело к снижению летальности до 2,5-4%, а в некоторых ведущих центрах – до 1,1% и менее.

Материал и методы. В основу работы положены результаты обследования и лечения 452 пациентов с диагнозом острый холецистит, находившихся в СФ РНЦЭМП. Мужчин было 101 (22,3%), женщин 351 (77,7%). Соотношение мужчин и женщин составило 1:3. Средний возраст больных - 52,9 года.

Все больные поступили в стационар экстренно. Давность заболевания варьировала от 1 часа до 10 суток. В исследование брали пациентов с калькулезными формами ОХ.

Гангренозный холецистит диагностирован у 66 пациентов, флегмонозный – у 386. Оперативному лечению были подвергнуты 450 (99,5%) больных ОХ.

Необходимо отметить, что у некоторых больных имелись различные сопутствующие заболевания, среди которых основное место занимали заболевания сердечно-сосудистой системы: ишемическая болезнь сердца имела место у 29 больных, атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз у 5, гипертоническая болезнь у 9. У 7 больных отмечался сахарный диабет, у 5 - хронические заболевания легких. Всем этим больным проводили соответствующую предоперационную подготовку. Ожирение III-IV степени наблюдалось чаще у лиц женского пола - 52, чем у мужчин – 3, что не являлось противопоказанием к лапароскопическим операциям.

Последовательное использование таких технических приемов как холецистолитотомия, эндолигатурная тракция шейки желчного пузыря в сочетании с холецистэктомией по Прибраму, выделение пузырного протока и одноименной артерии с помощью специального инструмента, позволило предотвратить повреждение магистральных желчных протоков. В 6 случаях имело место значительное кровотечение из короткого ствола пузырной артерии. Для его остановки нами использовалась инсuffляционная приставка, позволяющая значительно увеличить скорость подачи газа в брюшную полость, что крайне необходимо при интенсивной работе отсоса. Осуществлялась эвакуация кровяных сгустков после их механической фрагментации. Переход на лапаротомию имел место в 2 случае - при синдроме Миризи. Среднее время операции составило 84,1±7,2 мин. Летальных исходов и тяжелых послеоперационных осложнений, связанных с оперативным вмешательством мы не наблюдали.

Результаты. Для осуществления оперативного вмешательства при ОХ мы располагали двумя основными технологиями оперативного лечения: открытыми (традиционными) и эндовидеохирургическими. Операцией выбора при ОХ мы считаем ЛХЭ.

Использование выработанного нами комплекса профилактических мер по предупреждению осложнений при ЛХЭ позволило уменьшить среднюю длительность пребывания больного в стационаре с 10,5 до 4,5 койко-дня. Послеоперационная летальность в группе пациентов, оперированных лапароскопическим способом не было. Количество ранних послеоперационных осложнений уменьшилось с 6,6 после открытой холецистэктомии до 2,2% после лапароскопической.

Выводы. При остром холецистите УЗИ имеет низкий показатель чувствительности (25,3%) в выявлении сопутствующего холедохолитиаза, в то время как РПХГ показала чувствительность в 96%, а МСКТ - в 100%.

Тщательное обследование больных перед операцией, совершенствование и оптимизация техники оперативного вмешательства, применение доплерографического исследования и МСКТ у оперируемых пациентов позволяют предупредить ряд ошибок и развитие возможных осложнений при ЛХЭ и улучшить результаты хирургического лечения больных острым калькулезным холециститом.

Хусанов Д.Р., Шомуродов К.Э., Мусаев Ш.Ш.
РЕКОНСТРУКЦИЯ ДЕФЕКТОВ И ДЕФОРМАЦИЙ СКУЛО-ОРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫХ ИМПЛАНТАТОВ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии Ташкентского государственного стоматологического института, Узбекистан

Цель исследования. Повышение эффективности лечения за счет использования индивидуализированных имплантатов из костного цемента при реконструктивно-хирургических операциях у больных с дефектами и деформациями скуло-орбитального комплекса.

Материал и методы. В клинике Ташкентского государственного стоматологического института за период с 2019 по 2022 год было выполнено реконструктивные операции с установкой индивидуализированных 3D имплантов на основе полиметилметакрилата (ПММА) при дефектах и деформациях СОК. На этапе лечения пациенты проходили компьютерную томографию (КТ), с обязательной обработкой КТ – сканов в костном режиме, толщина среза не более 1,0 мм. Полученные данные пациентов записывались на электронный носитель и передавались изготовителю 3D

имплантата.

Результаты исследования. При разработке методики изготовления индивидуальных имплантатов из ПММА с использованием 3D-печати получены экспериментальные образцы индивидуальных (на основе данных КТ) эндопротезов для реконструкции СОК. Созданные имплантаты точно повторяют форму и контуры участков лицевого отдела черепа, обладают всеми прочностными характеристиками (соответствующими костной ткани). Разработанные эндопротезы крепятся с помощью стандартных мини-винтов к костным краям дефекта. Разработана оригинальная технология персонализированного подхода к замещению послеоперационных дефектов челюстно-лицевой области имплантатами из.

Обобщая все изложенное, можно заключить, что разработанная нами новая комплексная методика по предоперационному планированию и созданию индивидуальных имплантатов из ПММА для реконструкции СОК является клинически применимой и востребованной в современных направлениях восстановительной хирургии. Выполнение реконструктивных операций с использованием имплантатов из ПММА позволит достигнуть высоких функциональных и косметических результатов, а также улучшить качество жизни пациентов с дефектами и деформациями СОК.

Выводы. В современной реконструктивной хирургии исследования направлены на разработку индивидуальной технологии эндопротезирования лицевого отдела черепа. Этому направлению способствует бурное развитие 3D-технологий и 3D-печати. На сегодняшний день уже известны методики по изготовлению индивидуальных имплантатов из титана с помощью 3D-принтера. Однако их внедрение сопряжено с рядом осложнений, свойственных металлическим протезам (воспаление, нестабильность в области контакта с костной тканью, прорезывание сквозь мягкие ткани и т.п.). В нашем исследовании мы разработали принципиально новую методику получения геометрически сложных имплантатов на основе ПММА для реконструкции СОК с применением 3D-технологий. Имплантационный материал из ПММА отвечает всем требованиям, предъявляемым к медицинским материалам, используемым в реконструктивной хирургии. Разработанная методика создания индивидуальных имплантатов из ПММА позволяет выполнять возмещение сложных дефектов челюстно-лицевой области. Дальнейшее клиническое исследование разработанной методики реконструкции СОК позволит решить сложные проблемы социальной изоляции и функциональной неполноценности пациентов.

Хушкадамова Г.З., Баротова Ф.С., Рахимова Н.Т.
КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ПЕРВИЧНЫХ БОЛЬНЫХ С ГЛАУКОМОЙ

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

Республиканский глаукомный центр НМЦ РТ «Шифобахш»

Научный руководитель – старший преподаватель кафедры Кадырова Н.А.

Цель исследования. Провести количественный анализ первичных больных с глаукомой за 2022 год по данным Республиканского глаукомного диспансера и определить наиболее встречающуюся форму первичной глаукомы среди них.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования послужили амбулаторные карты пациентов, взятых на учет в Республиканский глаукомный диспансер. Всем пациентам были проведены следующие виды исследования – визометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, периметрия, тонометрия, тонография, КЧСМ, гониоскопия.

Результаты исследования. За 2022 год общее количество первичных больных с глаукомой, обратившихся в Республиканский глаукомный диспансер составило 1249. Открытоугольная глаукома выявлена у 865 пациентов, что составило 69.2%, из них терминальная глаукома на один глаз была выявлена у 255 пациентов, что составило 29,5%, закрытоугольная глаукома выявлена у 144 пациентов что составило 11.5%, смешанная глаукома выявлена у 216 пациентов, что составило 17.4%, глаукома молодого возраста выявлена у 24 пациентов, что составило 1.9%. Все пациенты в зависимости от места проживания были распределены по следующим регионам - город Душанбе – 252 пациента, что составило 20.2%, РРП – 476 пациентов, что составило 38.1%, Хатлонская область – 466 пациентов, что составило 37.3%, Согдийская область – 32 пациента, что составило 2.66%, ГБАО - 23 пациента, что составило 1.8%.

Выводы. Из первичных больных, которые были взяты на учет с диагнозом первичная глаукома 69.2% составили пациенты с открытоугольной глаукомой, 29.5% из которых с терминальной глаукомой на один глаз. Наибольшее количество пациентов из РРП (38.1) и Хатлонской области (37.3%). Необходимо населению в возрастной группе выше 40 лет. Лицам, которые относятся к группе риска (гипертоническая болезнь, сахарный диабет,отягощенная наследственность) измерять внутриглазное давление 2 раза в год.

Шамсиев Ш.Б.
ОТРИЦАТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ КОРОНАВИРУСА НА СЛУХОВУЮ ФУНКЦИЮ

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

Научный руководитель - д.м.н., профессор Холматов Д.И.

Цель исследования. Выявление отрицательного влияния коронавируса на слуховую функцию.

Материалы и методы исследования. В ходе прохождения занятий на кафедре оториноларингологии на базе сурдологического отделения, нами были проведены аудиологические исследования (акуметрия и пороговая тональная аудиометрия) 6 пациентам с сенсоневральной тугоухостью I и II степени, которая была связана с инфекционным заболеванием коронавирусом. Количество больных было равно по полу и возрасту: 3 мужчины в возрасте 30-40 лет, 3 женщины в возрасте 30-40 лет.

При сборе сведений о заболевании больные отмечали, что после перенесения коронавирусной инфекции с атипичным воспалением легких примерно через 3-4 месяца после выздоровления появлялись дополнительные жалобы на звон в ушах и постепенное снижение слуха, раньше до этого, таких жалоб не было.

Результаты исследования. Исследования показали, что результаты камертонного исследования (с камертоном С 128 Гц) были одинаковыми и постоянными. У всех больных, которым проводилась камертонная проба, результат опыта Ринне был «положительным», т. е. больные слышали звук камертона по воздушной проводимости громче, чем при прохождении звука через соцевидную кость; - опыт Вебера показал латерализацию тона камертона от центра головы в сторону лучше слышащего уха, - опыт Швабаха показал, что продолжительность приема звука камертона через кость короче на больной стороне, чем в здоровом ухе. Все эти эксперименты с камертоном были аналогичны экспериментам с испытуемыми пациентами с нейросенсорной тугоухостью.

Результат аудиометрии показал, что порог слышимости низких и средних частот (100-1000 Гц) в норме, высоких частот (2000-8000 Гц) у больных повышен с 30 до 50 дБ, а также костно-воздушный интервал составлял от 5,0 дБ до 10,0 дБ, что соответствовало сенсоневральной тугоухости.

Этим больным мы провели комплексную «противоневритную» терапию (стимулирующие вещества, витамины группы В, иммуномодуляторы, антигистаминные препараты, физиопроцедуры и массаж головы).

Выводы. Коронавирусная инфекция, как и вирус гриппа, может оказывать негативное влияние не только на дыхательные пути, но и на систему органов слуха и может привести к абсолютной глухоте. Поэтому люди, страдающие подобной инфекцией, после появления симптомов тугоухости должны пройти аудиологическое обследование и получить определенное лечение под наблюдением оториноларинголога.

² Шамсуллозода Ш.Н., ¹Хофизова Г.А., ³Амирхонов З.С.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

¹ Кафедра хирургии ГОУ «ИПО в СЗ», Таджикистан

² ГУ ГЦСМП г.Душанбе, Таджикистан

³ ЦВГ МО Республики Таджикистан

Цель исследования – улучшение способов хирургического лечения прободных гастродуоденальных язв (ПГДЯ), путём своевременного использования лапароскопических методик.

Материал и методы исследования. Оперативному вмешательству были подвергнуты 48 больных с ПГДЯ в ургентном порядке. Из них 35 были мужчины (72,9%) и 13 – женщины (27,1%). Соотношение мужчин и женщин составил 2,7:1. Возраст пациентов варьировал от 18 до 64 лет, в основном больные были трудоспособного возраста. Средний возраст больных составил 42 года. Сроки поступления в стационар от 5 до 12 часов-31 пациент (64,6%), от 12 до 22 часов-17(35,4%) пациентов.

Результаты и их обсуждение. Классическая триада Мондора ПГДЯ в виде: кинжальной боли встречались у 81,3% больных, язвенный анамнез у 71,9% и доскообразный живот у 78,1% пациентов. Всем больным проводили общеклинические лабораторные, рентгенологические, ультразвуковые и эндоскопические методы исследования. Обзорную рентгеноскопию органов брюшной полости выполняли всем без исключения больным. ФГДС наравне с рентгенологическим исследованием брюшной полости выполняли у 43 (89,6 %) пациентов с целью выявления атипичных форм прободения и других сопутствующих патологий со стороны верхнего отрезка ЖКТ у 5(10,4%) больных не удалось произвести ФГДС в связи с отказом от нее. Краткая корригирующая предоперационная подготовка проведена в течение 3-х часов в ОРИТ совместно с анестезиологом-реаниматологом. Перфоративные отверстия ушивались однорядным Z-швом рассасывающей нитью (vilos 2/0) всем больным. Герметичность ушиваемой перфорации проверялась введением в желудочный зонд 500 мл физиологического раствора разбавленного с 20 мл метиленового синего. В ходе проведения пробы на прочность ушитой перфорации у одного больного (2,1 %) отмечалась просачивание красителя из нижнего края шва, поэтому потребовалось наложение дополнительного узлового шва. В послеоперационном периоде так же у одного больного на 3-е сутки развилось несостоятельность шва. Произведена лапаротомия, повторное ушивание перфоративной язвы по методу Островского с санацией и дренированием брюшной полости, больной выздоровел на 8-е сутки и выписан. Летальных исходов не отмечалось.

Закключение. На современном этапе, ургентной абдоминальной хирургии, использование лапароскопических вмешательств является эффективным способом хирургического лечения ПГДЯ. Рекомендуемая многими профильными специалистами методика должна широко своевременно использоваться во всех хирургических стационарах при наличии специальных знаний и оснащенности. При это лапароскопия связана с укороченным пребыванием больных в стационаре и более ранней активизацией, что востребована в нынешних условиях.

Шамсуллозода Ш.Н., Шарифов С.А., Мирсаидова Ю.А.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭХИНОКОКЭКТОМИЯ ИЗ ПЕЧЕНИ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Сайдалиев Ш.Ш.

Цель исследования. Изучить возможности миниинвазивных лапароскопических технологий в хирургическом лечении эхинококкоза печени.

Материал и методы. В клинике неотложной хирургии за последние 5 лет лапароскопически прооперированы 68 пациентов. По гендерному признаку большинство составили лица женского пола-40 (58%), а мужчины лишь -28 (42%). Контингент больных варьировал от 18 до 70 лет. Для верификации диагноза проведены клинко-лабораторные и инструментальные методы исследования, включая рентгенологические, УЗИ, КТ, МРТ и при строгой необходимости

видеолапароскопия.

Результаты исследования. Паразитарные эхинококковые кисты располагались в правой доли печени – у 51 (75%) и в левой доле у 17 (25%) больных. Размеры кист составили от 40 до 170мм. Множественные кисты печени встречались в 9 (13,2 %) случаях, а у 59 (86,8%) пациентов обнаружена одиночная расположенная киста. В 12 (17,6%) наблюдениях имелись осложненные эхинококковые кисты печени: в 9 с нагноением кист, в 3-х с прорывом в свободную брюшную полость со всеми отсюда вытекающими последствиями. После осмотра смежных специалистов и проведения адекватной предоперационной подготовки больные оперировались. Вмешательства начинали с соблюдения всех принципов апаразитарности и антипаразитарности. Участок наибольших фибринозных наложений печени, над и вокруг эхинококковой кистой обкладывали марлевыми салфетками, пропитанными 30% раствором хлорида натрия. На этапе пункции и эвакуации содержимого кисты, с целью уничтожения протосколексов, в полость последней вводили 80% глицерин с экспозицией в течение 5-7 мин. и последующей эвакуацией электроотсосом. С помощью биполярной коагуляции удаляли фиброзно-измененную ткань печени, т.е. практически выполняли перикистэктомия, и по ходу контролировали гемо и билиостаза. Идеальную эхинококкэктомию удалось произвести 5(7,3%) больным, а идеальную эхинококкэктомию с различными вариантами резекции печени у 2 (2,9%). При этом вариант открытой эхинококкэктомии произведен – 61(89,8%) больному из них в 5-и случаях было выполнено тотальная перикистэктомия. Продолжительность операции составил 60-100 мин. Случаев перехода на конверсию не было. Послеоперационные осложнения наблюдались у 4 (5,9%) пациентов в виде незначительного желчеистечения из дренажной трубки, которые прекратились самостоятельно на 4-6 сутки. Абсцесс остаточной полости – в одном случае (1,5%), последний устранен ультразвуковой эхолокацией. Летальные исходы не наблюдались.

Выводы. Лапароскопическая эхинококкэктомию из печени при соблюдении всех необходимых условий не уступает по качеству ближайшим и отдаленным результатам традиционных вмешательств. Основными преимуществами лапароскопических технологий являются укороченный период реабилитации, сокращение койко-дней, малотравматичность, косметичность, а также возможность удаления двух и более кист без расширения доступа, особенно при поражении обеих долей печени. Такие виды малоинвазивных вмешательств должны выполняться в специализированных отделениях и учреждениях, располагающими набором квалифицированных специалистов, владеющих как лапароскопическими, так и открытыми видами хирургических операций.

Шамсуллохи Шарофатулло, Муродов Ш.Д.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ НОСА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

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

Научный руководитель – доцент М.И. Махмудназаров

Цель. Изучение функционального состояние носа у пациентов с сочетанной патологией носа и околоносовых пазух (ОНП).

Материал и методы. Обследовано и прооперировано 164 больных с деформацией носа в сочетании с патологией внутриносовых структур и ОНП в возрасте от 16 до 48 лет. Больные были распределены на две равные группы по 82 пациента. В первую группу вошли 82 больных с деформацией носовой перегородки в сочетании с гипертрофией носовых раковин, во вторую – 82 пациента с деформацией носовой перегородки, сочетанные с патологией носовых раковин и ОНП. Обследование включало эндоскопию носа, КТ носа и ОНП, изучение функционального состояния носа в динамике, а также клинко-лабораторные исследования. Методы исследования функционального состояния слизистой полости носа (ринопневмометрия, качественная ольфактометрия, исследования мукоцилиарного транспорта и рН носового секрета) проводились при поступлении больных в ЛОР стационар.

Результаты. Исследования функционального состояния носа в обеих группах выявили нарушения дыхательной, защитной, обонятельной функций носа, более выраженные во второй клинической группе больных. В частности, нарушение проходимости носовых ходов II-III степени наблюдалось у 90 (66,7%) пациентов первой и у 79(85,9%) больных второй группы. Данные исследования скорости мукоцилиарного транспорта (МЦТ) показали выраженное нарушения транспортной функции мерцательного эпителия у пациентов обеих групп, но более выраженное у пациентов с деформацией носовой перегородки, сочетанной с гипертрофией носовых раковин и патологией околоносовых пазух. При этом, средние показатели МЦТ в первой группе составили от 24,3 до 45,5 мин., а во второй – от 32,5 до 75.2 мин., при норме 15-25 мин. Нарушение обоняния II-III степени выявлены у 70(51,8%), у 57(61,9%) и у 27 (50,9%) больных 1-й и 2-й групп соответственно.

Заключение. Таким образом, сочетанная патология полости носа приводит к развитию вазомоторных нарушений в слизистой оболочке полости носа и околоносовых пазух, снижению активности скорости ресничек мерцательного эпителия и тем самым нарушению основных функций носа, что негативно отражается на качестве жизни пациентов.

Шарапова М.В.

БЕЗОПАСНОСТЬ ВВОДНЫХ РОДОВ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Российский университет дружбы народов, г. Москва, Россия

Кафедра управления сестринской деятельностью

Научный руководитель Снегирева Т.Г.

Цель работы - обобщить научные исследования о безопасности водных родов в современном мире.

Материалы и методы. проведен обзор научных исследований авторов: MLBovbjerg, MChayney, ABCaughey, AELammers, Э.К. Айламазян по безопасным родам в воде.

Результаты. крупнейшее исследование американских ученых MLBovbjerg, MChayney, ABCaughey, которые описали в статье «Maternal and neonatal outcomes following water birth», сделали выводы, что роды в воду помогают облегчить боль и избежать анестезии, кроме того, вода снижает риск травматизации стенок влагалища и улучшает приток крови к матке. Вода размягчает и расслабляет ткани, делая их более эластичными. По этой причине при водных родах женщины реже страдают от разрывов и других травм промежности, а ещё теряют меньше крови. Так же роды в воде уменьшают травматизацию головного мозга плода, связано это с тем, что в воде снижается градиент давления. В статье «Неонатальные исходы после родов в воде» автора AELammers важным аргументом в пользу родов в водной среде стало снижение потребности в эпидуральной и спинальной анестезии и сокращению продолжительности родов, благодаря чему повышается уровень активности и участия женщины в процессе родов. Вода снижает уровень стресса и заставляет организм вырабатывать больше гормонов, которые снижают болевой синдром (эндорфинов). Э.К. Айламазян в своей работе «Акушерство и женские болезни» описал, что вода помогает смягчить боли и уменьшить давление на тело, что помогает сделать процесс родов более приятным для роженицы. В некоторых случаях тёплая ванна помогает сделать первый период родов короче — в среднем на 32 минуты по сравнению с традиционным вариантом. При этом все же существуют огромные риски при родоразрешении в воде, которое может привести к заражению инфекцией роженицу и новорожденного, так как вода не является стерильной средой. В акушерской практике зафиксированы случаи заражения новорожденных опасными бактериями — синегнойной палочкой и *Legionella pneumophila*. В некоторых случаях инфекция приводила к смерти младенцев. Ещё одним риском является водная эмболия. Так называется ситуация, когда вода попадает в кровоток матери, что является риском, младенца задохнуться. Обычно новорождённые не делают вдох, пока не окажутся на воздухе: всё это время они продолжают получать кислород через пуповину, связывающую их с матерью. Но если при родах трубка перекрутится, ребенок будет вынужден вдохнуть. Если в этот момент он будет находиться в воде, жидкость может попасть в его лёгкие из-за обрыва пуповины. Такое может произойти, когда новорождённого слишком резко вынимают из воды. Оборвавшаяся пуповина теоретически способна привести к масштабному и смертельно опасному кровотечению.

Выводы. существует множество преимуществ родов в воде. Например, вода помогает снизить болевые ощущения, способствует расслаблению и уменьшает вероятность травмы ребенка при рождении. Кроме того, роды в воде могут улучшить эмоциональное состояние матери, снизить уровень стресса и ускорить восстановление после родов. Однако, как и любой другой метод родов, роды в воде могут не подойти всем женщинам, и врачи должны соблюдать определенные меры предосторожности и наблюдать за состоянием ребенка и матери во время всего процесса.

Шарипов Ф.К.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ БРЮШНОЙ АОРТЫ

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии
Научный руководитель: член-корр. НАНТ, д.м.н., профессор Гоибзод А.Дж.

Цель исследования. анализ непосредственных результатов хирургического лечения аневризмы брюшной аорты.

Материал и методы исследования. Работа основана на комплексной оценке результатов хирургического лечения 48 пациентов с аневризмами брюшной аорты. Большинство пациентов (46) были лицами мужского пола. В зависимости от методов хирургической коррекции пациенты были разделены на 2 группы. Основную группу составили 24 больных, оперированных по разработанной в клинике методике. В контрольную группу были включены 24 пациента, оперированные по стандартной методике. Обе группы по возрасту, локализации и размерам аневризм были сопоставимы. У пациентов основной группы достоверно чаще диагностировались сопутствующие заболевания ($p < 0,05$).

Всем пациентам выполнялись необходимый объем дополнительных методов исследования согласно клиническим протоколам по ведению пациентов, страдающих аневризмой брюшной аорты.

Традиционно ликвидация АБА производится путем лапаротомии, мобилизации аневризмы и подвздошных сосудов, пережатия, резекции аневризмы и протезирования аорты (накладывается сначала проксимальный анастомоз, затем поэтапно дистальные анастомозы). Такая тактика в наших наблюдениях сопровождалась частым развитием сердечно-сосудистых, мозговых и почечных осложнений, которые на наш взгляд были обусловлены перераспределением крови при пережатии аорты. В связи с этим нами была усовершенствована и успешно внедрена в тактика протезирования аорто-подвздошного сегмента, техника которой заключается в следующем. После мобилизации шейки аневризмы и подвздошных артерий, еще до пережатия аорты, формируется один из дистальных анастомозов бранши бифуркационного протеза с подвздошной артерией. На это требуется 10-12 минут. Затем традиционно пережимается аорта, аневризматический мешок вскрывается, тромботические массы удаляются. Вторым этапом формируется проксимальный анастомоз между основной браншей протеза и брюшной аортой, продолжительность которой составляет 12-14 минут. Тут же по завершении проксимального анастомоза осуществляется пуск кровотока по левой бранше протеза. Следовательно, время пережатия аорты составляет 12-14 минут, а не 25-30 минут, что достигается за счет предварительного формирования одного из дистальных анастомозов. Следует отметить, что к формированию проксимального анастомоза приступили тут же после вскрытия полости аневризмы, не тратя времени на обработку её стенок, что также является существенным моментом, позволяющим сократить время пережатия аорты.

Следующим этапом формируется второй дистальный анастомоз между браншей протеза и подвздошной

(бедренной) артерией. После пуска кровотока и проверки герметичности анастомозов производится обработка аневризматического мешка.

Для изучения преимуществ и недостатков разработанной методики проводилась сравнительная оценка изменения всех параметров гемодинамики в обеих группах.

Результаты исследования показали, что общая продолжительность операции и длительность наркоза у пациентов обеих групп были приблизительно одинаковыми. Вместе с тем, время пережатия аорты было достоверно меньше ($p<0,05$) у пациентов основной группы ($13,2\pm1,4$ мин.), по сравнению контрольной ($28,1\pm2,6$ мин.) Этому способствовало уменьшение времени пережатия аорты за счет предварительно сформированного одного из дистальных анастомозов. Всего после операции умерли 4 пациента – 1 из основной и 3 из контрольной групп. В отдаленном периоде у пациентов обеих групп осложнения и случаи летальных исходов не зарегистрированы.

Заключение. Таким образом, длительность пережатия брюшной аорты при резекции аневризмы оказывает существенное влияние на частоту развития интра- и послеоперационных осложнений. Предложенная методика нестандартной тактики реконструкции брюшной аорты по поводу ее аневризматического расширения позволяет достоверно сократить продолжительность пережатия аорты и уменьшить частоту интра- и послеоперационных фатальных осложнений.

Шарифов С.А., Шамсуллозода Ш.Н., Пулодов С.Э., Джураев Б.Б.

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ

Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан. Научный руководитель – к.м.н. доцент Сараев А.Р.

Цель исследования. Обоснование целесообразности короткого курса антибактериальной терапии в лечении интраабдоминальной инфекции.

Материалы и методы исследования. За период 2018-2021г. в хирургических отделениях Центра скорой медицинской помощи г. Душанбе прооперированы 74 пациента с различной интраабдоминальной инфекцией. Больные были распределены на 2 группы: основная – 36 больных, которые получали антимикробную терапию в течение 4 суток после операции, и контрольная группа – 38 пациентов, получившие антимикробную терапию до 2 суток после разрешения симптомов абдоминального сепсиса и нормализации физиологических показателей ССВР (температура тела менее $38,0^{\circ}\text{C}$ в течение суток, нормализация уровня периферических лейкоцитов до менее 12×10^9 на литр, пульс менее 90 уд. в мин., частота дыхательных движений менее 20 в минуту). Пациентов наблюдали в течение 30 суток после первичной операции по поводу интраабдоминальной инфекции и учитывали гнойно-воспалительные осложнения, развивающиеся после операции контроля источника с санацией и дренированием брюшной полости или миниинвазивной процедуры. Средний возраст пациентов составил $52,2\pm1,0$ года (диапазон от 17 до 78 лет); большая часть пациентов были мужчины. Средний балл по шкале АРАСНЕ II составил $10,1\pm0,3$ (диапазон от 0 до 29), наиболее частым источником перитонита была толстая кишка, одна треть инфекций лечилась посредством чрескожной процедуры.

Результаты исследования. Гнойно-воспалительные осложнения (ГВО) со стороны послеоперационной раны и прогрессирующая интраабдоминальная инфекция имели место у 8 из 36 пациентов в основной группе (22,2 %) по сравнению с 8 из 38 пациентов в контрольной группе (21,1%) ($P = 0,92$). Летального исхода не было. Гнойно-воспалительные осложнения со стороны послеоперационной раны и прогрессирующая интраабдоминальная инфекция в контрольной группе диагностированы позже, чем в основной группе.

Средняя продолжительность антибактериальной терапии интраабдоминальной инфекции составили 4,0 суток (межквартильный размах от 4,0 до 5,0) в основной группе по сравнению с 8,0 сутками (межквартильный размах от 5,0 до 10,0) в контрольной группе ($p<0,001$). Исход лечения в обеих исследуемых группах был равный.

Частота гнойно-воспалительных осложнений составила чуть более 22% в обеих группах нашего исследования, и большинство из этих осложнений относятся к продолжающимся интраабдоминальным инфекциям. Учитывая большую разницу в продолжительности лечения в двух исследуемых группах, можно заключить, что ни сокращение, ни увеличение продолжительности антимикробной терапии, по-видимому, не повлияют на исход лечения больных.

Выводы. Исходы лечения пациентов с интраабдоминальными инфекциями, получивших после адекватного контроля источника и санации брюшной полости фиксированный 4-суточный курс противомикробной терапии, в целом аналогичны исходам лечения пациентов, которым системные противомикробные препараты вводились вплоть до разрешения признаков и симптомов сепсиса.

Шербаладова А.А., Кенджаева М.Р.

ПАТОЛОГИЯ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН ОТ РОДСТВЕННОГО БРАКА

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Научный руководитель - ассистент Бобджонова О.Б.

Цель. Определить влияние родственного брака на функцию яичников.

Материал и методы исследования. Было проведено проспективное обследование 105 женщин, родившихся от родственного брака и 30 женщин, родившихся от не родственного брака. Исследование проводилось в центральном родильном доме № 2 г. Душанбе. Возрастная категория женщин колебалась от 19 до 45 лет.

Все обследованные женщины были распределены на 2 группы:

- I гр. (основная группа) – женщины, родившиеся от родственного брака ($n = 105$ жен.), при этом одна треть ($32/30,5\%$) из них также находились в родственном браке.

• II гр. (контрольная группа) - практически здоровые женщины с нормальным репродуктивным анамнезом, родившиеся не от родственного брака и не состоящие в родственном браке (n - 30 жен.).

Функциональные методы исследования включали ультразвуковое исследование. С помощью ультразвукового исследования производился мониторинг созревания фолликула, определения признаков овуляции в соответствующих фазах цикла. Гормональные методы исследования в том числе.

Результаты и их обсуждение. Обследования у женщины основной группы указали на синдром поликистозных яичников (21/48,8%). Опухолевидные заболевания яичников в виде фолликулярной кисты и кисты желтого тела диагностировались также с достаточно высокой частотой у 16/37,2% женщин основной группы. Опухоли яичников в виде параовариальной кисты и цистаденомы, а также эндометриоз яичников установлены у 5/11,6% женщин. У одной женщины (1/2,4%) была диагностирована аплазия яичника. У женщин контрольной группы также были указания на наличие опухолевидных образований, удельный вес фолликулярной кисты (2/6,6%) и кисты желтого тела (1/3,3%), каковых было меньше, по сравнению с показателями женщин основной группы.

Объём яичников (менее 3 см³) на 5-7-й дни цикла, был выявлен у 3/11,5% женщин. При этом антральных фолликулов было в количестве от 3 до 5 с диаметром до 5 мм, то есть эти яичники были неактивными, а полученные данные указывали на низкий овариальный резерв в основной группе.

Количество эстрадиола (58,0 пмоль/л) в крови у женщин основной группы было снижено в 1,4 раз, по сравнению с контрольной величиной - 79,5 пмоль/л, снижение до 6,5 нмоль/л прогестерона в сыворотке крови женщин, родившихся от родственного брака в 3,3 раза по сравнению с контрольным значением (21,5 нмоль/л). Среднее количество тестостерона в крови женщин основной группы составила 8,3±0,8 нмоль/л, что в 5,5 раз выше контрольной величины. Максимальное количество АМГ - 47,2 нг/мл было выявлено у 1 пациентки. Минимальное содержание от 1,0 нг/мл до 1,3 нг/мл обнаружено у 2 женщин.

Выводы. У женщин, родившихся от родственного брака, выявлена высокая частота патологии яичников, в том числе синдрома поликистозных яичников (48,8%), гипопункции яичников, снижение овариального резерва яичников в виде нарушений антральных фолликулов (11,5%). Снижение уровней эстрадиола и прогестерона в сыворотке крови женщин от кровнородственного брака, по-видимому, указывает на наличие гипопункции яичников обследованных женщин от родственного брака.

Шоев М.Д., Саидова Ф.Ф., Зиёева Ч.С.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БЕНЗИЛАГИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

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

Научный руководитель – к.м.н., Махмадиев А.А.

Цель работы. Изучение эффективности раствора бензилагина у больных при хроническом компенсированном тонзиллите.

Материалы и методы исследования. В ЛОР отделениях Национального медицинского центра РТ «Шифобахш» нами было обследовано 52 больных с хроническим компенсированным тонзиллитом. Возраст больных - 14-40 лет. Диагноз устанавливался на основании жалоб, сбора анамнеза жизни и заболевания, оценки общего статуса пациента и ЛОР-статуса. Основными жалобами больных с хроническим компенсированным тонзиллитом являлись частые ангины, слабость, недомогание, неприятный запах изо рта. Больные методом рандомизации были разделены на 2 группы: основная - 26 и контрольная - 26 человек. Больным основной группы было проведено промывание лакун небных миндалин с раствором бензилагина, который представляет собой нестероидное противовоспалительное и противовирусное средство с анестезирующим свойством. Промывание лакун небных миндалин проводилось 1 раз в день в течение 10 дней. В то время как пациенты группы сравнения полоскали горло различными дезинфицирующими растворами (фурациллин, NaCl-0,9% и др.) 4-5 раз в день в течение 10 дней. Эффективность промывания лакун оценивалась по характеру регрессирования воспалительных изменений в ротоглотке и очищения лакун небных миндалин от патологического содержимого.

Результаты исследования и их обсуждение. На 7-8 день после промывания лакун у 24 (92,3%) больных основной группы отмечалось уменьшение гиперемии и отёка в области небных дужек, устранение запаха изо рта и очищение от патологического секрета лакун небных миндалин. У 2 (7,7%) больных этой группы, помимо исчезновения гнойных пробок, запаха изо рта, всё ещё сохранялась гиперемия и отёк дужек. У пациентов группы сравнения у 10 человек (38,5%) также отмечалось снижение гиперемии и отёка небных дужек миндалин, но не исчезли гнойные пробки в лакунах, а у 16 человек (61,5%) сохранялись все местные признаки воспалительного процесса.

Выводы. Таким образом, проведённое исследование показало, что метод промывания лакун раствором бензилагина в терапии хроническим компенсированным тонзиллитом повышает эффективность лечения и уменьшает сроки выздоровления.

Шоев М.Д., Амиршоев С.Д., Адылова Ф.Х.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПАУЗА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ В ПОЛОСТИ НОСА

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

Научный руководитель – Юсупов А.Ш.

Цель. Изучение эффективности и безопасности препарата Пауз (транексамовой кислоты) в сравнении со стандартной кровоостанавливающей терапией при операциях септопластики и ультразвуковая дезинтеграция (УЗД) нижних носовых раковин.

Материал и методы исследования. В ЛОР отделениях Национального медицинского центра РТ «Шифобахш»

исследуемые группы составили 60 пациентов в возрасте от 18 до 63 лет с диагнозом: «Искривление носовой перегородки» и «Хронический гипертрофический ринит». Больные были разделены случайным образом на 2 группы по 30 пациентов в каждой: контрольная — 21 мужчина и 9 женщин в возрасте от 21 до 63 лет и основная — 22 мужчины и 8 женщин в возрасте от 18 до 59 лет. Всем больным проводилось общее обследование: общий анализ, группа крови, резус фактор, кровь на RW, HBsAg, анти-HCV, ВИЧ, общий анализ крови, ЭКГ, флюорография лёгких. У всех больных наличие заболевания было подтверждено клиническими данными, результатами эндоскопического исследования полости носа, данными передней и задней риноскопии, данными рентгенографии и компьютерной томографии околоносовых пазух.

Результаты исследования и их обсуждение. Пациентам обеих групп производилось хирургическое лечение: септопластика, коррекция (УЗД) нижних носовых раковин. В послеоперационном периоде проводилась профилактика инфекционных осложнений (цефтриаксон 1,0 × 1 р/д в/м — 3 дня). В качестве кровоостанавливающего и противовоспалительного средства в основной группе во время операции и в послеоперационном периоде применялся Пауз (транексамовая кислота): за 10 минут до разреза, вечером в день операции и утром перед удалением тампонов в дозе 15 мг на 1 кг массы тела на 200 мл физиологического раствора внутривенно капельно, затем в таблетированной форме по 4 т. 3 раза в день в течение 5 дней. В контрольной группе использовался препарат этамзилата натрия внутривенно в дозе 500 мг в день операции до хирургического разреза, в послеоперационном периоде в дозе 500 мг через каждые 4 часа при необходимости. Эффективность лечения оценивалась по величине кровопотери во время операции и в послеоперационном периоде, данных ЛОР осмотра на 1, 3 и 5 сутки, субъективных ощущениях больного на 1, 3 и 5 сутки.

Выводы Гемостатическое и кровосберегающее действие транексамовой кислоты и этамзилата при операциях на носовой перегородке и нижних носовых раковинах достоверно не отличается. Выраженность отёка слизистой оболочки полости носа и отложения фибрина (на 3 и 5 сутки) в основной группе была достоверно ниже, чем в контрольной. Достоверной разницы в выраженности диapedезных кровотечений, нарушения носового дыхания в послеоперационном периоде получено не было. Количество отделяемого из носовой полости по субъективной оценке пациентов на 1 сутки было достоверно выше в основной группе, на 3 и на 5 сутки достоверной разницы получено не было. Случаев побочных эффектов транексамовой кислоты не отмечено.

Шоев М.Д., Юсупова Г.А., Саидов Д.Х.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КВИСОЛА ПОСЛЕ РИНОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

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

Научный руководитель – к.м.н. Туйдиев Ш.Ш.

Цель исследования. Изучение влияния «Квисола» на динамику послеоперационных изменений слизистой оболочки носа после различных ринохирургических вмешательств.

Материал и методы исследования. В ЛОР отделениях Национального медицинского центра РТ в 2015 - 2017 гг. под нашим наблюдением находились 92 больных с искривлением носовой перегородки, сочетанным с гипертрофией носовых раковин. Возраст больных колебался от 17 до 58 лет, из них мужчин было 59, женщин – 33. Клинический диагноз установлен на основании данных передней, задней риноскопии, фиброриноскопии, рентгенографии и КТ околоносовых пазух. Больные были разделены на две группы: контрольная и основная по 46 пациентов в каждой группе. Всем больным, помимо стандартных клинико-лабораторных обследований, было проведено функциональное исследование носа (мукоцилиарный клиренс, ольфактометрия и исследование РН носовой слизи).

Результаты исследования и их обсуждение. Жалобы на нарушение носового дыхания отмечали 100% обследованных. При исследовании функционального состояния выявлено значительное нарушение дыхательной, защитной и обонятельной функций носа. Всем пациентам было проведено хирургическое вмешательство – септопластика и УЗД нижних носовых раковин. В контрольной группе ведение послеоперационного периода осуществляли по стандартной методике (туалет носа, промывание полости носа физиологическим раствором, нафтизин в нос и мазевые аппликации). В основной группе пациентам проводили ежедневное 3-х разовое промывание полости носа раствором квисола в течение 10 дней со дня удаления тампонов из носовой полости. Повторные исследования функционального состояния носа проводили через 2 недели после оперативного вмешательства. При этом у 73 (79,3%) оперированных отмечены хорошие и у 19 (20,7%) удовлетворительные результаты. В отношении функциональных показателей носа в этом периоде выявлены некоторые различия между группами. К примеру, в основной группе восстановление носового дыхания отмечено у 91,5%, а в контрольной группе – у 80,9% пациентов. У 37 (40,2%) обследованных основной группы транспортная функция мерцательного эпителия равнялась в среднем 27-29 минутам, что практически приближается к норме, а в контрольной группе нормализация показателей мукоцилиарного клиренса наблюдалась только у 24 пациентов, что составило 26,1%. Снижение обоняния в виде гипосмии выявлены только у 2 пациентов основной группы, в то время как в контрольной группе гипосмия сохранялась ещё у 6 больных.

Вывод. Таким образом, выраженные антибактериальные и противовоспалительные свойства «Квисола» определяют целесообразность его использования в качестве важного компонента патогенетической терапии послеоперационных изменений слизистой оболочки полости носа.

Шоев М.Д., Адылова Ф.Х., Курбонов Р.З.
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИМИКРОБНОЙ АКТИВНОСТИ НАСТОЕВ ШАЛФЕЯ
ЛЕКАРСТВЕННОГО И ЗВЕРБОЯ ПРОДЫРЯВЛЕННОГО У РИНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ
Кафедра оториноларингологии ГОУ Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали
ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н. Махмудназаров М.И.

Цель исследования. Сравнительная оценка противомикробного действия настоев шалфея лекарственного и звербоя продырявленного у больных после ринохирургических операций.

Материалы и методы исследования. В ЛОР отделениях Национального медицинского центра РТ «Шифобахш» с 2020 по 2022 гг. под нашим наблюдением находились 100 больных с искривлением носовой перегородки, сочетанным с гипертрофией носовых раковин. Возраст больных колебался от 17 до 59 лет. Клинический диагноз установлен на основании данных передней, задней риноскопии, фиброриноскопии, рентгенографии и КТ околоносовых пазух. Больные были разделены на две группы: по 50 человек соответственно. Больным, помимо стандартных клиничко-лабораторных обследований, до и в послеоперационном периоде было проведено функциональное исследование носа, включающее ринопневмо-метрию, ольфактометрию, исследование мукоцилиарного клиренса и pH носовой слизи, а также бактериологический анализ микрофлоры полости носа.

Результаты исследования и их обсуждение. При поступлении в стационар, все больные жаловались на нарушение носового дыхания, обоняния и выделения из носа. Бактериологическое исследование указало на высокий титр бактерии в носовой полости. Всем пациентам было проведено хирургическое вмешательство – септопластика и УЗД нижних носовых раковин. После хирургического вмешательства в первой группе больным проводили ежедневное 3-х разовое промывание полости носа настоем шалфея лекарственного, а во второй группе – настоем звербоя продырявленного. Повторное бактериологическое исследование указало на достоверное уменьшение концентрации микрофлоры полости носа во всех наблюдаемых группах, но более заметное в основных группах. Исследуемые препараты также способствуют механическому удалению слизи и корочек без риска кровотечения, уменьшают выделения из носа, ускоряют процессы эпителизации и восстановления барьерной функции слизистой оболочки полости носа. Таким образом, результаты проведенных исследований объективно показывают, что исследуемые препараты, в послеоперационном периоде способствуют безболезненному механическому удалению слизи и корочек, исключая риск кровотечения, уменьшают выделения из носа, ускоряют процессы эпителизации и восстановления барьерной функции слизистой оболочки носа.

Вывод. Полученные результаты позволяют сделать вывод о целесообразности назначения исследуемых препаратов пациентам, перенесшим хирургические вмешательства в полости носа.

Шокирова У.Г., Мирзоева О.Ф., Хакимова М.М.
ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ ВТОРОЙ ПОЛОВИНЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН СО СЛАБОСТЬЮ
РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Кафедра акушерства- гинекологии и семейной медицины, ГОУ Хатлонский государственный медицинский университет. Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Пахомов С.П.

Цель исследования. Провести системный анализ течения беременности, изучить клинические данные, влияющие на развитие слабости родовой деятельности (СРД).

Материал и методы исследования. На базе областного перинатального центра г. Белгорода (Россия) были обследованы 273 женщины с 2014 по 2018 гг., которые были разделены на 2 группы. Основную группу составили 133 женщины, у которых роды осложнились слабостью родовой деятельности. В контрольную группу вошли 140 женщин, у которых роды протекали без осложнений. Обработку базы данных и многомерный статистический анализ проводили в стандартных прикладных программных пакетах: Excel-2010 и Statistica 5.5.

Результаты исследования. В результате исследования установлено, что количество женщин, у которых вторая половина беременности протекала без осложнений, в первой группе было меньше, чем в контрольной ($6,8 \pm 2,2\%$ против $22,9 \pm 3,6\%$, OR = 0,2; 95% CI 0,1– 0,6; $p < 0,05$). У женщин группы со СРД достоверно чаще была выявлена умеренная преэклампсия ($41,4 \pm 4,3\%$ против $10,7 \pm 2,6\%$, (OR = 5,9; 95% CI 3,0 – 11,7; $p < 0,05$)). Гипоксия плода значительно чаще отмечалась у женщин первой группы – 22, 6 $\pm$ 3,6% случаев, а в контрольной – $12,9 \pm 2,8\%$ (OR = 2,0; 95% CI 1,0 – 3,9; $p < 0,05$). Число женщин, у которых вторая половина беременности осложнилась многоводием, в первой группе было больше, чем в контрольной ($12,8 \pm 2,9\%$ против $5,7 \pm 1,96\%$ ($p < 0,05$)). Важным являлось значительное увеличение частоты плацентарной недостаточности у беременных группы со СРД, которая составила $53,4 \pm 4,3\%$, а в контрольной - $20,0 \pm 3,4\%$, (OR = 4,6; 95% CI 2,6 – 8,1; $p < 0,05$).

Сочетанные осложнения течения второй половины беременности имели место у $63,2 \pm 4,2\%$ беременных первой группы и у $13,6 \pm 2,9\%$ контрольной группы (OR = 10,9; 95% CI 5,8 – 20,8; $p < 0,05$).

Выводы. У беременных со слабостью родовой деятельности уже во второй половине беременности имели место изменения клинических показателей, которые можно использовать для расчёта индивидуального риска данного осложнения родов.

Шопулотов Ш.А., Шопулотова З.А.
ГИПЕРАКТИВНЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ И БОС-ТЕРАПИЯ

Кафедра «Урологии» Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан
Научный руководитель: к.м.н., доц. Шодмонова Зебинисо Рахимовна

Цель. Определить эффективность БОС-терапии у пациентов с ГАМП на ранних стадиях заболевания.

Материалы и методы. Изучены данные 20 пациентов с ГАМП, поступивших в урологическое отделение РНЦЭМП за периоды 2021-2022 гг. Всем пациентам назначено амбулаторное лечение в течении недели. Возраст пациентов составил от 38 до 56 лет, в среднем 48,2±3,4, пациенты были подразделены в зависимости от метода лечения. Основная группа (n=10) получала комплексное лечение с соблюдением диеты и ЛФК методом БОС – терапии. Группа сравнения (n=10) получала только консервативное медикаментозное лечение.

Результаты. Все пациенты имели признаки ГАМП и жаловались на наличие симптомов недержания мочи. При этом у них наблюдались различные формы недержания. Изучение анамнеза пациентов показал высокие показатели инфекций: наличие детских инфекционных заболеваний, ОРВИ более 2х раз в год, наличие хронических очагов воспаления, в том числе хронических заболеваний урогенитального тракта (хронический простатит, эндометрит, кольпит, сальпингоофарит и их сочетание). Среди женщин отмечался отягощенный акушерский анамнез, роды с крупным плодом и повреждением области промежности.

Были использованы специальные пробы – Вальсальвы положительны у 70%, кашлевая 75% и прокладочный тест у 80%, что показывало наличие недержания мочи. Общий анализ мочи показал наличие солей у каждого второго пациента, грибов у 60% и бактерий в моче у 50%. Экскреторная урография позволила оценить состояние мочевыделительных путей при выявлении причин ГАМП. УЗИ органов малого таза показал наличие хронического цистита у 45%, у всех мужчин был определен хронический простатит и у более половины аденома простаты, у женщин в 70% случаев имелась картина воспалительных заболеваний гениталий, явления остаточной мочи у 60%. При помощи доплерометрии было выявлено нарушение в кровотоке мочевого пузыря в области детрузора у всех пациентов.

При лечении использовалась консервативная терапия с м-холиноблокаторами и/или б-3-адреномиметиками. Основная группа также проходила лечение с включением БОС (биологическая обратная связь) – терапии. В результате в основной группе у всех пациентов наблюдалась положительная динамика, а у 30% полностью исчезли явления недержания мочи. Тогда как в группе сравнения только у 40% наблюдалась динамика и только у 1го через месяц было ремиссия явлений НМ.

Выводы. Подводя итоги проведенного лечения можно заключить что, БОС – терапия является одной из современных методов лечения ГАМП и симптомов недержания мочи. Его эффективность в нашем исследовании показало положительную динамику у всех пациентов, а у 30% полностью исчезли признаки недержания мочи.

Шопулотова З.А., Шопулотов Ш.А.
ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ У БЕРЕМЕННЫХ - ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ

Кафедра «Акушерства и гинекологии №1» Самаркандского государственного медицинского университета,
Самарканд, Узбекистан

Научный руководитель: д.м.н., доц. Худоярова Дилдора Рахимовна

Цель. Разработать алгоритм профилактических мер обострения хронического пиелонефрита у беременных.

Материалы и методы. В исследование были включены 30 беременных с хроническим пиелонефритом которые обратились в акушерское отделение первой многопрофильной клиники СамГМУ за периоды 2021-2022 гг. Всем пациентам было профедено полное клинико-лабораторное обследование, с УЗИ плода и почек, а также изучены доплерометрические показатели. Все данные подвергнуты статистическому исследованию в сравнении со здоровыми беременными при помощи программы Microsoft Excel 2012.

Результаты. При изучении анамнеза было выявлено что у 60% пациентов беременность не была запланированной, у 80% не был соблюден предгравидарный период, также женщины ничего не предпринимали для гладкого протекания данной беременности. Все женщины были повторно беременными. На первом триместре только у 10% наблюдались отеки, у 43,3% были токсикозы различной степени, 30% получали лечение от угрозы прерывания беременности, у всех пациенток был гипертонус уже с 8-9 недели беременности. По ОАМ у 56,7% были выявлены бактерии в моче, признаки цистита беспокоили каждую третью пациентку (33,3%).

По данным УЗИ почек женщин эхопризнаки хронического пиелонефрита наблюдались у всех пациенток в виде расширения ЧЛС, изменения сосудистого рисунка и экзогенности структуры почек. У 43,3% (13) имелись признаки гидронефроза 1 степени, у 30% (9) определялись накопление микролитов, у 63,3% (19) имелись соли.

По данным ультразвукового исследования плодов обследованных женщин гипертонус матки имел место у 100% женщин, маловодие у 10% женщин, многоводие имелось у 23,3% женщин, неоднородные околоплодные воды у 40%, задержка роста плода наблюдалось у 16,7%, расширение боковых желудочков мозга плода было у 10% плодов. Также это отражалось в клиническом течении беременности. Нами был предложен следующий алгоритм профилактики: беременные встают на учет до 12 недели и каждый месяц сдают общий анализ мочи, при наличии изменений в анализах мы отправляем на УЗИ почек уже с 16 неделе беременности. Если показатели УЗИ в норме беременная также продолжает сдавать общий анализ мочи каждый месяц и находится под наблюдением в поликлинике по месту жительства. Если на УЗИ имеются изменения мы проводим профилактические мероприятия в виде уменьшения потребления поваренной соли, соблюдение правильного водного режима, профилактика переохлаждения, соблюдения правил личной гигиены, регулярно проводим курсы общеукрепляющей терапии: умеренная физическая активность, закаливание, сбалансированное питание, причем в рацион обязательно включаем фрукты, овощи, зелень;

периодически прием поливитаминов. Целью данной терапии является оздоровление женщин и увеличить сопротивляемость организма к вредителям.

Выводы. Исходя из данных можно заключить что, золотым стандартом профилактики является оздоровление женщин и правильное планирование беременности. У беременных с хроническим пиелонефритом использование данного алгоритма лечения дало возможность предотвратить обострения пиелонефрита на третьем триместре, что способствовало улучшению общего состояния, течения беременности и родов.

Шукуров Х.Б., Кушаров Ш.А., Алимов Ж.И.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ УЗЛОВОМ ЗОБЕ

Кафедра хирургических болезней Педиатрического факультета, Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан
Научный руководитель – к.м.н. доц. А.С.Бабажанов

Цель исследования. Определить выбора оптимального объема оперативного вмешательства при узловом зобе.

Материалы и методы. Проанализированы отдаленные результаты у 268 (72,8%) из 368 оперированных больных по поводу узловых образований щитовидной железы (УОЩЖ). За все время наблюдения рецидив заболевания отсутствовал у больных, оперированных в объеме тиреоидэктомии. Рецидив после субтотальной резекции, выполненной 102 больным, развился у 2 пациентов (2,0%). Из 38 больных после гемитиреоидэктомии с частичной резекцией другой доли в 3 наблюдениях (7,9%). Из 74 больных после гемитиреоидэктомии рецидивы установлены в 9 наблюдениях (12,2%), из 36 больных после частичной резекции – в 17 наблюдениях (47,2%).

Таким образом, выполнение тиреоидэктомии обеспечивало больному безрецидивное течение заболевания. В минимальном количестве случаев – у 2,0% больных выявлен рецидив после субтотальной резекции. Наиболее высокая частота рецидивов установлена после частичной резекции щитовидной железы в 47,2% случаев.

Результаты. Рецидивы субтотальной резекции через 5 лет у 27 больных не выявлено, через 7 лет рецидивы развились из 40 больных у 1 больного (2,5%), через 10 лет из 31 – у 1 (3,2%). У этих обоих пациентов объем оставленной ткани по данным послеоперационного УЗИ щитовидной железы был около 3 мл. После выполнения гемитиреоидэктомии с частичной резекцией ЩЖ рецидивы развились через 7 лет из 22 больных у 1 пациента (4,5%) и через 10 лет из 16 больных у 2 пациентов (12,5%). После выполнения гемитиреоидэктомии рецидивы развились через 5 лет из 27 больных у 1 пациента (3,7%), через 7 лет из 21 больных у 3 пациентов (14,3%) и через 10 лет из 26 больных у 5 пациентов (19,2%). После выполнения частичной резекции щитовидной железы рецидивы развились через 5 лет из 12 больных у 3 пациентов (25,0%), через 7 лет из 8 больных у 3 пациентов (37,5%) и через 10 лет из 16 больных у 11 пациентов (68,7%). Максимальное количество рецидивов установлено через 10 лет, а минимальная частота рецидивов наблюдалась через 2 года.

Выводы. С увеличением срока наблюдения увеличивается общее число рецидивов, а с увеличением объема операции во всех сроках наблюдения снижается частота рецидивов. При радикальных операциях тиреоидэктомии и субтотальной резекции рецидив развивается редко и в поздние сроки. При органосохраняющих вмешательствах: гемитиреоидэктомии и частичной резекции, частота рецидивирования значительно выше по сравнению с радикальными операциями, и количество рецидивов увеличивается с увеличением сроков наблюдения.

Щеглова И.В., Самандаров А.Ю., Гафурова Б.Ш.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ХОЛЕСТЕРОЛА В МОЧЕ МЕТОДОМ ГАЗОВОЙ ХРОМАТОГРАФИИ И ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ УРЕЛИТИАЗОМ

ГУ Республиканский научно-клинический центр урологии, НИЛ и КЛД ТГМУ имени Абуалиибни Сино
Научный руководитель - Самандаров Н.Ю.

Целью исследования явилось. Способ определения холестерина, в соответствии настоящей разработке, представляет собой новый, не описанный в литературе среди других известных аналогичных способов определения холестерина в моче относящейся к обычным серийным клиническим тестам.

Материалы и методы исследования. Принцип хроматографического метода анализа общего холестерина в моче заключается в том, что берется 1мл мочи к нему добавляют 0,25мг/мл раствора 3 α , 7 α -дигидроксид 12 – кетон - 5 β – метилхолата в качестве внутреннего стандарта и проводят экстракцию холестерина и его связанных эфиров с 10мл хлороформом. Содержимое колбы экстрагируют хлороформом, сушат с одним гр. сульфатом гатрия в течение 6-часов. После, чего раствор фильтруют и удаляют растворитель, затем определяют концентрацию холестерина газохроматографическим методом.

Результаты и их обсуждения. Известно, что при патологии почек многие биохимические параметры меняют свои значения, особенно как мы убедились, это явление наблюдается при исследовании мочи и сыворотки крови у больных с калькулёзным холециститом, сочетающимся с мочекаменной болезнью.

Газохроматографическим способом нами исследовано содержание холестерина в моче у 12-больных калькулёзным холециститом, сочетающимся с мочекаменной болезнью.

Если содержание холестерина в моче здоровых людей составляет $0,45 \pm 0,11$ ммоль/л, то интересные результаты выявлены при анализе газохроматографических данных, которые получены при исследовании мочи у больных калькулёзным холециститом. В данном случае содержание холестерина в среднем составляет $0,64 \pm 0,16$ ммоль/л.

Анализ результатов, полученных при газохроматографическом исследовании холестерина в моче у больных калькулёзным холециститом сочетающегося с мочекаменной болезнью, показывает, что при этом увеличивается содержание холестерина по сравнению с таковым при калькулёзном холецистите и у лиц контрольной группы.

Биохимическое изучение мочи у здоровых лиц не выявило каких-либо патологических изменений. Если концентрация холестерина в моче здоровых людей составляет $0,46 \pm 0,11$ м моль/, то другой показательный результат получено при анализе газохроматографических данных, которые выявлены при исследовании мочи у больных калькулёзным холециститом.

В случае калькулёзным холециститом обследовано 10 больных (6 женщин, 4 мужчин в возрасте от 30 до 60 лет). В этой группе обнаружено небольшое повышение концентрации холестерина в моче ($0,65 \pm 0,16$).

Газохроматографический анализ содержания холестерина в моче у больных калькулёзным холециститом, сочетающимся с мочекаменной болезнью, показывает, что при этом повышается содержание холестерина в моче по сравнению с больными и калькулёзным холециститом и лиц контрольной группы.

Выводы. Проведенные газохроматографические исследования на содержание холестерина в моче у пациентов с калькулёзным холециститом сочетающегося с мочекаменной болезнью, приобретают совсем другие показатели. Из приведенных газохроматографических исследований по определению содержания холестерина в моче у здоровых лиц, больных с калькулёзным холециститом, а также калькулёзным холециститом, сочетающимся с мочекаменной болезнью, методом газожидкостной хроматографии, можно сказать, что полученные результаты играют большое значение в диагностике и эффективном лечении вышеуказанных патологий.

Щербakov А.Ю., Бакотина А.В., Эдже М.А.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ НАВИГАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ «МУЛЬТИТРЕК» В ХИРУРГИИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Кафедра оториноларингологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Научный руководитель – д.м.н., проф. Овчинников А.Ю.

Цель исследования. Повышение эффективности и безопасности хирургического лечения пациентов с заболеваниями носа, околоносовых пазух, передних отделов основания черепа, орбиты посредством использования навигационной поддержки.

Материал и методы. Под контролем навигационной системы «Мультитрек» выполнены: эндоскопическая полисинусотомия (4 чел.); эндоскопическое эндоназальное удаление доброкачественного новообразования носа (1 чел.), околоносовых пазух (1 чел.); эндоскопическое трансназальное удаление доброкачественного новообразования передних отделов основания черепа (1 чел.); закрытие ликворной фистулы (1 чел.); эндоскопическая трансназальная орбитотомия и декомпрессия зрительного нерва у пациента с эндокринной офтальмопатией (1 чел.). Проведена оценка удовлетворённости хирургов использованием российской навигационной системы «Мультитрек».

Результаты исследования. Использование навигационной системы «Мультитрек» позволило выполнить хирургическое лечение всем пациентам в намеченном объёме, без интра- и послеоперационных осложнений. Оценка удовлетворённости хирургов использованием навигационной системы «Мультитрек» по параметрам «удобство интерфейса программного обеспечения» и «точность определения координат хирургических инструментов» оказалась сравнимой с аналогичными показателями удовлетворённости использованием навигационной системой иностранного производства ($p < 0,05$).

Выводы. Использование навигационной системы «Мультитрек» позволило повысить эффективность и безопасность хирургического лечения пациентов с заболеваниями носа, околоносовых пазух, передних отделов основания черепа, орбиты. Небольшое количество пролеченных пациентов к настоящему времени не позволяет сформулировать показания к использованию данной системы, что требует продолжения исследования данного направления.

Эмирбекова А.Р., Нуриева А.И., Елфимова А.Д.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕТОКСИЧЕСКОГО ОДНОУЗЛОВОГО ЗОБА

Кафедра факультетской хирургии ФГБОУ ВО Ижевской Государственной Медицинской Академии, Ижевск.

Научный руководитель – д.м.н. Стяжкин С.Н.

Цель исследования: Изучить и проанализировать клиническую картину и хирургическое лечение при нетоксическом одноузловом зобе щитовидной железы в Удмуртской Республике.

Материалы и методы: клинический случай, история болезни пациента, учебная литература.

Результаты исследования: Узловой нетоксический зоб – это заболевание, характеризующееся диффузным и/или узловым увеличением щитовидной железы.

13.02.2023 г. в хирургическое отделение поступила пациентка Ю., 49 лет, с диагнозом: нетоксический одноузловой зоб.

Пациентка Ю. считает себя больной с 2014 года, когда впервые был обнаружен узел небольшого диаметра (до 2 см) в правой доле щитовидной железы. На протяжении долгих лет никаких клинических проявлений не было, на ультразвуковой диагностике узел не увеличивался.

В последнее время начала замечать появление одышки при небольших физических нагрузках, на остальные жалобы не предъявляла. При сборе анамнеза пациентка указала на наличие диффузного узлового зоба у тети на протяжении долгих лет.

09.11.2022 г. во время ультразвукового исследования было обнаружено увеличение узла до $25 \times 29 \times 43$ мм, которое занимало всю правую долю щитовидной железы, кроме её верхнего полюса. Объём равен $29,7 \text{ см}^3$, структура узла неоднородная с небольшими каллоидными включениями.

15.11.2022 г. была проведена тонкоигольная пункционная биопсия щитовидной железы с последующим цитологическим заключением: кистозно-геморрагические изменения, типичные тиреоциты без признаков атипии (Bethesda I).

После проведения всех инструментальных и лабораторных исследований, консилиумом врачей было решено провести плановую операцию по иссечению правой доли щитовидной железы (гемитиреоидэктомия). Операция была произведена 14.02.2023 г., в ходе которой была полностью удалена щитовидная железа (резекция щитовидной железы). Для наркоза были введены: фентанил 0,1 мг, пропофол 150 мг, рокуроний 30 мг. Интубация трахеи оротрахеальная. Осложнений во время и после операции не возникло. Пациентка от наркоза отошла быстро, чувствовала себя хорошо.

Выводы: по результатам анализа клинического случая нетоксического одноузлового зоба стоит отметить важность: своевременной диагностики узла в щитовидной железе, ежегодного наблюдения динамики её увеличения с помощью ультразвукового исследования, проведения хирургического лечения одноузлового зоба для предотвращения дальнейшего увеличения узла и превращение его в злокачественное образование.

Эмомов Х.С., Эмомов Х.С., Бойчаев А.Б.

ОСОБЕННОСТИ СИМПТОМЫ И ЛЕЧЕНИЯ МОЧАКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Городская больница города Леваканд, Хатлонский Область Таджикистан

Научный руководитель - к.м.н. Ходиев Шерали Исмоилович

Целью работы является повышение эффективности хирургического лечения у детей.

Материал и методы исследования. За период с 2017 по 2023 г. в нашей клинике было оперировано 400 больных, из которых 30 из них были больные с болезнью (МКБ) в возрасте от 6 месяцев до 18 лет. В соответствии с клиническими проявлениями. Как и во многих других случаях, диагностика мочекаменной болезни начинается со сбора анамнеза, анализа жалоб пациента. Симптомы первым признакам мочекаменной болезни относятся ощущения тупой боли в области почек, а также мочевого пузыря. Должно насторожить и учащенное мочеиспускание. Когда болезнь развивается до серьезного уровня, проявляются другие симптомы: почечная колика – резкая боль.

Мочекаменная болезнь, если вовремя не оказать помощь пациенту, может привести к более серьезным последствиям: проникновение, развитие и распространение инфекций в мочевыводящие пути; нефросклероз. Это преобразование тканей почек, которые связаны с дегенеративными процессами; проблемы с кишечником – в частности, парез; скопление гнойных образований. Если камень не убрать, то в процессе развития болезни может даже отмереть почка – это крайне опасно и рискованно, поэтому заболевание требует эффективного и тщательного лечения. Уже на основе информации о том, что пациент чувствует сильную боль и испытывает проблемы с мочеиспусканием, можно сделать определенные выводы: общий анализ крови; общий анализ мочи и биохимия; КТ; УЗИ мочевого и почек. При постановке диагноза важно исключить другие болезни, имеющие подобные симптомы, например, острый холецистит или аппендицит. Таким образом, лечение мочекаменной болезни сводится к нескольким моментам: прием определенных лекарств; физиотерапия; диета; операция.

Результат. МКБ является актуальной проблемой в педиатрической практике. Эффективное лечение детей с МКБ представляет собой междисциплинарную проблему и требует участия не только урологов и не только оперативного удаления мочевых камней, даже с применением высокотехнологичных методов. Важным является последующее консервативное, в т.ч. и медикаментозное, лечение с учетом типа камнеобразования и наличия метаболических нарушений у ребенка при участии гастроэнтерологов, педиатров, эндокринологов, генетиков, нефрологов и диетологов. Даже при идеально выполненном хирургическом пособии риск рецидивного камнеобразования остается значительным.

Вывод. Процесс растворения камней небыстрый, некоторые методы дают результат далеко не сразу – программа выбирается по ситуации и постоянно контролируется врачами. Важное значение имеет диета при мочекаменной болезни: качественный питьевой режим, ограничение жирного, острого, пряностей, кофе, чая, шоколада. Также не рекомендуются бобовые, цитрусовые, молочная продукция и многие другие виды еды – каждому пациенту выдается подробная памятка. Что касается хирургического вмешательства, то виды операций тоже разные – существует более пяти техник, которые подбирают на основе состояния пациента и особенностей камня (камней).

Юдина С.А

МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ЖЕЛЧИ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Кафедра общей хирургии и онкологии медицинского факультета Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова

Научный руководитель – к.м.н., ассистент кафедры Иванов В.А.

Цель исследования. Целью данного исследования является определение роли аэробной и анаэробной инфекции при развитии ОДХ (острого деструктивного холецистита).

Материалы и методы. Был проведен бактериологический анализ содержимого желчного пузыря у 102 больных. Забор желчи осуществлялся во время операции пункцией пузыря в аэробных и анаэробных условиях. Посевы проводили на кровяной агар и мясопептонный бульон. При положительном высеве производился пересев на среду Эндо и типирование выделенных микробов.

Результаты исследования. При тяжелом течении заболевания (с наиболее выраженными признаками гнойной интоксикации) в большинстве наблюдений возбудителями инфекции были ассоциации E.coli и облигатного анаэроба семейства Bacteroides, особенно fragilis. Также наблюдался рост микрофлоры, культивируемой в обычных аэробных

условиях. Если при наличии гноя в желчном пузыре рост будет отсутствовать, то это можно трактовать как проявление бактерицидной анаэробной инфекции.

Бактериологическое исследование желчи показало, что микробный пейзаж не зависит от вида деструкции в желчном пузыре. В то же время при отключенном желчном пузыре отмечается высокая высеваемость *E.coli* –при флегмонозном холецистите в 34 случаях (65%) и при гангренозном холецистите в 12 случаях (54,55%), при катаральном холецистите кишечная палочка высеяна в 4 случаях (14,3%). Желчь длительное время остается стерильной, что доказывает отсутствие роста микробов при катаральном холецистите в 20 случаях (71%).

При гангренозном холецистите в 2 случаях высеян анаэроб – клостридии, что составило всего 1,9% от всех случаев посева в желчи. Золотистый стафилококк высеян в 8 случаях, это составило 7,8%.

Выводы. Вышеизложенное свидетельствует о том, что в условиях гипертензии всегда присутствует как аэробная, так и анаэробная инфекция, ускоряющая развитие деструктивного процесса в заблокированном участке желчной системы. Использование анализа микрофлоры желчного пузыря является значимым критерием выбора рациональной антибиотикотерапии, способствующей улучшению результатов лечения больных при ОДХ.

Юлдошева М.У., Искандарова М.А., Юлдошева М.У.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Научный руководитель -академик НАНТ, д.м.н., профессор Додхоева М.Ф.

Цель работы. Изучить особенности течения родов у женщин с заболеваниями шейки матки после деструктивных методов лечения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 87 историй родов с помощью специально разработанной статистической карты. Было создано 2 группы: I группа – 48 пациенток с деструктивными методами лечения заболеваний шейки матки до настоящей беременности, II группа (сравнения) – 39 женщин с неизменённой шейкой матки.

Алгоритм обследования включал опрос, сбор анамнеза, осмотр шейки матки в зеркалах. Рутинно всем пациенткам было проведено УЗИ скрининг плода в определенные сроки беременности, взятие мазка на флору и по показаниям проведено кольпоскопия.

Результаты исследования. Средний возраст исследованных женщин составил $22,72 \pm 2,8$ лет, в группе сравнения этот показатель составлял $24,2 \pm 2,4$ лет.

Алгоритм обследования включал опрос, сбор анамнеза, осмотр молочных желез, бимануальное исследование влагалища, осмотр шейки матки в зеркалах. Рутинно всем пациенткам было проведено УЗИ скрининг плода в определенные сроки беременности, взятие мазка на флору и по показаниям проведено кольпоскопия. В ходе анализа акушерского анамнеза у 15 (31,2%) женщин в основной группе отмечены самопроизвольные выкидыши, в группе сравнения этот показатель составлял 9 (23,0%) случаев. Из гинекологического анамнеза было установлено, что 27 (56,2%) женщинам в основной группе из деструктивных методов лечения было произведена коагуляция шейки матки, а 21 (43,7%) женщинам была произведена конизация шейки матки.

При ПЦР-диагностике крови на носительство хламидиоза, микоплазмы и уреоплазмы в основной группе выявлено у 16 (33,3%), у пациенток из группы сравнения встречались у 3 (7,6%) женщин.

При изучении течения беременности, в I-триместре настоящей беременности в основной группе отмечалась угроза прерывания беременности у 12 (25 %) беременных женщин, у 5 (12,8) женщин в группе сравнения. При анализе данных УЗИ длины шейки матки, статистически значимых различий в сравниваемых когортах не выявлено. Искомая величина составила – $32,2 \pm 5,6$ мм. На II и III триместрах беременности осложнились в исследуемых группах, патологией околоплодной жидкости. Так у женщин из основной группы встречалось мало- и многоводие в 13 (27,0%) случаев, в группе сравнения в 7 (17,9%) случаев. Беременность закончилась своевременными родами у 39 (77,0%) женщин в I группе, у 34 (87,1%) женщин в группе сравнения. Частым осложнением было родовое излитие околоплодных вод. У беременных женщин с хроническим цервицитом отмечено 15 (31,2%) случаев, в группе сравнения в 3 (7,6%) случаев. Аномалии родовой деятельности в 2 раза чаще регистрировались у женщин I группы по сравнению с группой контроля. При анализе данного осложнения в группе пациенток с деструктивными методами лечения, выяснено, что слабость родовой деятельности регистрировалась в 29 (60,4%) случаев, в то время как в группе сравнения отмечалось у 12 (34,2%). Разрывы шейки матки I степени в 13 (27,0%) возникли у рожениц I группы, и в 3 (7,6%) случаев во II группе. При изучении течения родовой деятельности было выявлено, что у пациенток, страдающих хроническим цервицитом увеличение продолжительности I периода у пациенток из основной группы – у 18 (37,5%) женщин отмечалась слабость родовой деятельности, а в группе сравнения отмечалась у 5 (12,8%) женщин.

Выводы. Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что деструктивные манипуляции на шейке матки с целью лечебных мероприятий оказывают значимые последствия на течение и исход беременности и родовой деятельности.

Юлдошева М.У., Рахматуллоева Ф.Н., Идиева Ш.Х.
ЛАКТАЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ У РОДИЛЬНИЦ, РОДОРАЗРЕШЕННЫХ АБДОМИНАЛЬНЫМ ПУТЕМ
Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино
Научный руководитель – академик НАНТ, д.м.н., профессор каф. акушерства и гинекологии №1 Додхоева М.Ф.

Цель исследования. Определение частоты гипогалактии у родильниц после кесарева сечения.

Материалы и методы исследования. Было проведено комплексное исследование 112 родильниц, из которых были сформированы две клинические группы. В первую группу (основная) входили 65 женщин, родоразрешенных с помощью операции кесарева сечения, вторую группу (гр. сравнения) составили 47 пациенток, у которых состоялись роды через естественные родовые пути. Измерение суточного объема лактации производилось путем взвешивания детей на электронных весах до и после кормления грудью, а также с помощью мерной емкости при сцеживании молока.

Результаты исследования. Возраст пациенток в первой группе колебался от 18 до 35 лет, составив в среднем $25,6 \pm 2,5$ лет, во второй группе – $26,1 \pm 1,8$ лет с индивидуальными вариациями от 20 до 36 лет. Наиболее частыми показаниями к проведению кесарева сечения в основной группе явились рубец на матке, гестоз с признаками фетоплацентарной недостаточности, анатомический узкий таз, различная экстрагенитальная патология. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез в основной группе отмечался у 26 (40%) женщин, а в группе сравнения у 11 (23,4%) пациенток. Течение настоящей беременности в основной группе у 17 (25,3%) женщин осложнилось ранним токсикозом, угрозой прерывания беременности, в группе сравнения у 12 (25,5%) женщин. Отягощенный соматический анамнез выявлен у 29 (44,6%) беременных в первой группе и у 30 (62,5%) во второй. Наиболее часто встречалась анемия различной степени, миопия и хронический пиелонефрит. Частота гипертензивных расстройств в обеих группах превышала 57%. В ходе измерения количества выделяемого грудного молока было установлено, что его объем на первые, вторые и третьи сутки послеродового периода у женщин в контрольной группе превышает примерно в 2,3 раза аналогичные показатели в основной группе. На четвертые и пятые сутки разница в количестве молока составила 1,3 и 1,2 раза соответственно. Диагноз гипогалактии был поставлен у 18 (24,6%) пациенток, перенесших кесарево сечение, и у 6 (14,7%) женщин, родивших естественным путем.

Детальное исследование женщин с гипогалактией позволило установить, что каждая вторая пациентка была встревожена невозможностью длительного контакта с новорожденным, что было обусловлено ее нахождением в палате интенсивной терапии или же тяжелым состоянием ребенка после родов. В каждом четвертом случае гипогалактии беременность была осложнена гипертензивными расстройствами и фетоплацентарной недостаточностью. Пятая часть женщин предъявляли жалобы на слабость, тянущие боли, повышенное газообразование и дискомфорт в области живота в раннем послеоперационном периоде, что нарушало их самочувствие и требовало дополнительной терапии. Совместное пребывания матери и ребенка у женщин после кесарева сечения могло быть реализовано на 1–2 дня позже, чем после самостоятельных родов, что связано с необходимостью в лечении и реабилитации в ходе послеоперационного периода. Данные факторы могли влиять на установление связи между матерью и ребенком, формирование доминанты кормления.

Выводы. Таким образом, полученные результаты исследований показали, что частота ранней гипогалактии у женщин после кесарева сечения превышает в 1,5 раза таковую у пациенток с самостоятельными родами. Существенное влияние на лактацию оказывает психоэмоциональное состояние женщины и возможность регулярного контакта с новорожденным после родов, что указывает на необходимость в динамическом наблюдении и тщательной коррекции их состояния в послеоперационном периоде.

Юнусов Х.А., Амиров Дж.Н., Холбаев А.М.
ИЗУЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЧРЕСКОЖНЫХ ПУНКЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ КИСТ ПОЧЕК

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – Мансуров Х.Н.

Цель. Изучить отдаленные последствия чрескожной пункции, дренирование и склерозирование кист по поводу кист почек.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ материалов клинического обследования 42 пациентов с кистами почек, по поводу которых в клинике ЛДЦ ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино были выполнены чрескожные пункции под ультразвуковым наведением.

Результаты. Получены данные об особенностях клинических проявлений кист почек в зависимости от пола, возраста, локализации, числа, размера и конфигурации кист. Изучены отдаленные результаты лечения. На основании результатов контрольного обследования предложен алгоритм послеоперационного наблюдения.

Выводы. Пациенты, перенесшие оперативные вмешательства по поводу кист почек, нуждаются в послеоперационном мониторинге, который должен быть спланирован с учетом клинической картины заболевания при первичном обращении.

Юнусов Х.А., Шарифзода С.Ш., Солиев О.Ф.

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТЬЮ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ

Кафедра хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»,
ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» Душанбе, Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Султанов

Цель. Изучить результаты и эффективность хирургического лечения, выбрать тактику применения различных видов оперативных вмешательств у больных с патологической извитостью позвоночной артерии (ПИ ПА).

Материал и методы. Работа основана на результатах хирургического лечения и диспансеризации 52 пациентов с ПИ ПА, поступивших в отделение хирургии сосудов РНЦСХ за период 1986-2022 гг. Мужчин было 18 (34,6%). Женщин было 34 (65,4%). Возраст пациентов варьировал от 32 до 76 лет. Основание для оперативных вмешательств явилось наличие клинических признаков вертебро-базиллярной недостаточности и установленная гемодинамический значимая ПИ ПА. При всех типах патологической извитости на уровне колена или угла деформации сосуда при доплерографии отмечалось усиление, как пиковой скорости кровотока, так и повышение конечной диастолической линейной скорости кровотока (ЛСК) проксимальные извитости.

Результаты. По результатам инструментальных методов диагностики у больных выявлены 3 разновидности патологической извитости позвоночной артерии: С-образный, S-образный кинкинг, койлинг и аномальное отхождение позвоночной артерии от задней поверхности подключичной артерии с перегибом и сочетанное ПИ позвоночной и внутренней сонной артерии. В зависимости от формы ПИ были произведены 3 методики реконструктивных операций устранения извитости.

В 20 случаях проводилось резекция и редрессация позвоночной артерии с её реимплантацией в прежнее устье. При койлинге (n=8) из-за большой длины позвоночной артерии переместили ее в позицию сонной артерии позади внутренней яремной вены и имплантировали ее по типу конец в бок сонной артерии. Также нами был разработан способ латерализации при С- и S-образных кинкингах, и антериализации при отхождении позвоночной артерии от задней поверхности ПКА с перегибом, которые были применены в 24 наблюдениях.

В послеоперационном периоде все осложнения отмечались в первой группе, где была произведена резекция и редрессация кинкинга позвоночной артерии. У двух больных, в ближайшие сутки после проведения операции, наблюдался тромбоз в области анастомоза. В одном случае развился малый инсульт с частичной ретроградной амнезией событий на ближайший период до операции. Повторного хирургического вмешательства для коррекции данного осложнения не проводилось. Во втором случае отмечался сочетанный тромбоз как подключичной, так и позвоночной артерий. Была произведена открытая тромбэктомия из подключичной артерии, а позвоночная артерия была перевязана с целью профилактики тромбоэмболии. В 3-й группе вышеуказанных осложнений также неблагоприятных явлений в раннем и отдаленном периоде не отмечалось.

Заключение. Хирургическая коррекция «кинкинг синдрома» должна быть дифференцированной, а выбор метода операции должен зависеть от вида извилистости, а также сопутствующей сосудистой патологии. Предложенная нами модификация способа хирургической коррекции кинкинга позвоночной артерии показала себя эффективной, с функциональной точки зрения, а также предотвращает развитие тромбоза анастомоза и значительно облегчает технику выполнения операции.

Юнусов Х.А., Курбанов Н.Р., Солиев О.Ф.

АНОМАЛИЯ ПАУЭРСА: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»,
ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» Душанбе, Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Султанов

Цель исследования. Предоставить результаты комплексной клинко-инструментальной диагностики и хирургического лечения пациентов с аномалией Пауэрса.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов комплексной диагностики, хирургического лечения и диспансеризации 6 пациентов (4 женщин и 2 мужчин) с аномалией Пауэрса в возрасте от 17 до 36 лет. Во всех случаях аномалия Пауэрса носила односторонний характер – в 4 наблюдений справа, в 2 - слева. Согласно классификацией А.В. Покровского (1978) только у одного пациента отмечался бессимптомный характер, а у остальных - II или III степень хронической сосудисто-мозговой недостаточности.

Результаты исследования и их обсуждение. Кроме одного случая, у всех остальных пациентов имело место основная триада симптомов ВБН - головокружение, нарушение походки и зрительные расстройства, которые свидетельствовали об выраженной ишемии ствола мозга и мозжечка. Диаметр аномалия Пауэрса в первом сегменте составил $2,9 \pm 0,81$ мм, во втором сегменте - $3,6 \pm 0,55$ мм. Также отмечалось снижение линейной скорости кровотока, а у 2 больных имели место гипоплазия противоположной позвоночной артерии. Угол перегиба аномалия Пауэрса в приустьевом сегменте в среднем составил $87,5 \pm 10,5^\circ$.

Заключение. Неспецифический характер и сходность клинических проявлений аномалии Пауэрса являются основными причинами их поздней диагностики и развития выраженных гемодинамических нарушений вертебробазиллярного бассейна головного мозга. В диагностике нарушений гемодинамики вертебробазиллярного бассейна при аномалии Пауэрса значимую роль играют дуплексное сканирование и контрастные методы исследования. Эффективность реконструктивных операций при аномалии Пауэрса в отдаленном послеоперационном периоде регистрируется во всех наблюдениях

Маликов Дж.И., Тоштемирова З.М., Юсупов Б.А.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОЗОНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ
Самаркандский Государственный Медицинский университет
Кафедра урологии

Научный руководитель – Заведующая кафедры урологии, к.м.н., доцент Шодмонова З. Р.

Цель исследования. Целью исследования являлась оценка эффективности применения озонотерапии в комплексном лечении больных острым необструктивным пиелонефритом. Исследование было выполнено в клинике урологии и оперативной нефрологии/. В наше исследование положен анализ результатов лечения 72 пациенток в возрасте от 17 до 59 лет, поступивших в экстренном порядке с диагнозом острый необструктивный пиелонефрит.

Материал и методы: Все больные условно были разделены на 2 группы. Первую (контрольную) группу составили 35 пациенток, получавших традиционную антибактериальную и инфузионно-детоксикационную терапию. Вторую группу составили 37 пациенток, получавших антибактериальную терапию в сочетании с внутривенным введением 200 мл озонированного физиологического раствора. Озонотерапия проводилась внутривенной капельной инфузией 200 мл физиологического раствора. Для приготовления озононасыщенного раствора использовалась концентрация в диапазоне от 2,0 до 2,5 мг/л. Скорость подачи газовой смеси 1 л/мин. в течение 10 мин. Введение озонированного раствора проводилось в течение 20 мин.

Результаты исследования: Оценка результатов лечения осуществлялась по клиниколабораторным показателям. В ходе лечения в обеих группах отмечалось уменьшение болевого синдрома. Нормализация температуры тела в контрольной группе наступала на 6-е сутки, тогда как в основной группе на 3-и сутки. Уменьшение симптомов интоксикации в контрольной группе на 5–6-е сутки лечения, в основной — на 3-и сутки.

Важными диагностическим признаками острого пиелонефрита по данным УЗИ является утолщение паренхимы почки, в которой происходит воспалительный процесс, относительно контрлатеральной почки, а также изменение эхогенности паренхимы пораженной почки. Из 37 пациенток основной группы у 32 (86,5%) при поступлении выявлено утолщение паренхимы пораженной почки до $20 \pm 1,0$ мм по сравнению с контрлатеральной, и у 29 (82,9%) из 35 пациенток контрольной группы толщина паренхимы составила $20,5 \pm 1,0$ мм. В ходе проведенного УЗИ мониторинга нормализация толщины паренхимы пораженной почки до $15 \pm 1,0$ мм у пациенток 2-й группы отмечалась к 5-м суткам лечения, а у пациенток 1-й группы — к 8-м суткам.

Изучение динамики лабораторных показателей при лечении острого пиелонефрита выявило, что у всех пациенток отмечается существенная разница в снижении лейкоцитоза крови в группах: средние значения его в основной группе при поступлении — $17,28 \pm 0,92 \cdot 10^9/\text{л}$, а на 3-и сутки лечения — $8,16 \pm 0,32 \cdot 10^9/\text{л}$; в контрольной группе при поступлении — $16,42 \pm 0,12 \cdot 10^9/\text{л}$, а на 6-е сутки — $7,78 \pm 0,35 \cdot 10^9/\text{л}$.

При поступлении в стационар у всех 72 пациенток отмечался палочкоядерный сдвиг нейтрофилов крови, средний уровень которых составил $12,0 \pm 5,3\%$. В основной группе уровень палочкоядерных нейтрофилов нормализовался до $1,6 \pm 0,5\%$ в более ранние сроки (на 3–4-е сутки лечения), чем в контрольной группе (на 6–7-е сутки) и составил $1,8 \pm 0,5\%$.

Лейкоцитурия при поступлении установлена в основной группе в среднем на уровне $61 \pm 5,0$ в поле зрения, в контрольной — $58 \pm 5,0$ в поле зрения. Нормализация данного показателя на фоне традиционной антибактериальной терапии отмечалась на 7–8-е сутки, тогда как у пациенток, получавших комплексную антибактериальную и озонотерапию, лейкоцитурия купировалась на 5–6-е сутки лечения (среднее значение уровня лейкоцитов в общем анализе мочи $1,5 \pm 0,5$).

При бактериологическом исследовании мочи после проведения озонотерапии было отмечено снижение степени бактериурии. Значимая бактериурия (более 10^5 КОЕ/мл) до сеанса озонотерапии была выявлена у 7 (18,9%), умеренная бактериурия (менее 10^5 КОЕ/мл) — у 6 (16,2%) пациенток. Чаще всего у пациентов высевались *E. coli* (24,3%) и *Enterobacter spp.* (13,5%).

Выводы. Результаты проведенных исследований показали, что в группе больных, получавших антибактериальную терапию в купе с озонотерапией, купирование воспалительного процесса происходит в более ранние сроки, по сравнению с группой пациентов, получавших традиционную терапию, что подтверждается данными клинико-лабораторных и ультразвуковых исследований. Данный факт обусловлен тем, что озон обладает выраженным противовоспалительным и детоксицирующим воздействием, собственной бактерицидной активностью, обеспечивает коррекцию нарушенных метаболических путей и потенцирует действие антибактериальных препаратов. Таким образом, применение озонотерапии в лечении острого необструктивного пиелонефрита повышает эффективность стандартной антибактериальной терапии, позволяет в более ранние сроки купировать признаки эндоген

Юсуфзода О.К., Хамроев Б.М., Зиёев Ш.Х
ЦЕНТРАЛЬНОЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ У БОЛЬНЫХ С ЖЁЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ ИБС ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., профессор Сафарзода А.М.

Цель исследования. Изучение центральных гемодинамических изменений на этапах лапароскопической холецистэктомии.

Материал и методы. Изучено исходное состояние гемодинамики у 78 больных с желчнокаменной болезнью и хроническим калькулёзным холециститом за период с 2019 г. по 2022 гг. для оперативного лечения госпитализированных в отделения хирургии ГУ Городской медицинской центр №1 им. Карима Ахмедова и ГУ

Городской медицинский центр №2 им. академика К. Тоджиева. На этапах лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) всем больным была проведена динамическая эхокардиография (ЭХОКГ) с аппаратом «Акусон» (США) и Филлипс (Германия), для изучения влияния карбоксиперитонеума на гемодинамику. При этом изучено влияние карбоксиперитонеума на гемодинамику при ВБД 9 мм.рт.ст. и 12 мм.рт.ст. в зависимости от типа кровообращения.

Результаты исследования. В возрасте от 45 до 70 лет с сопутствующей гипертонической болезнью II-III стадии у 25 больных выявлен гипердинамический тип кровообращения. Гиподинамический тип кровообращения установлено у 17 из 78 пациентов. При внутрибрюшном давлении (ВБД) 9 мм.рт.ст. с нормодинамическим типом кровообращения среди 36 больных существенных изменений со стороны ЧСС, АД сист. и АД диаст., УО, УИ, СИ и ОПСС и показателями во время напряжённого карбоксиперитонеума (КП) и после его снятия по сравнению с исходными показателями отмечено не было. Все показатели гемодинамики у больных с нормодинамическим типом кровообращения через сутки после операции возвратились к исходным величинам.

При повышении ВБД до 9 мм.рт.ст. с нормодинамическим типом кровообращения следовательно, у больных существенных изменений гемодинамики не происходило, а при ВБД 12 мм.рт.ст. достоверные изменения со стороны УО, УИ, МОС, СИ и ОПСС, возникали, которые в первые сутки после операции возвращались к исходному уровню. При ВБД 9 мм.рт.ст. и ВБД 12 мм.рт.ст. имевших гипердинамический тип кровообращения, среди 25 больных ХКХ достоверных изменений со стороны ЧСС, АД сист., АД диаст. при карбоксиперитонеуме не отмечено по сравнению с исходными величинами. С гиподинамическим типом кровообращения среди 17 больных ХКХ при повышении ВБД во время ЛХЭ со стороны ЦГ произошли следующие изменения: ЧСС участилась при ВБД 9 мм.рт.ст. на 11,8% ($P<0,1$), а при ВБД равном 12 мм.рт.ст. увеличилась на 18,4% ($P<0,05$) и осталась повышенной на 5,6% после десуффляции. АД сист. снизилось на 13,3% ($P<0,1$) при ВБД 9 мм.рт.ст. снижение АД сист. от исходного при ВБД 12 мм.рт.ст. составило 22,2% ($P<0,01$), после снятия КП разница от исходного была всего на 3,7%. АД диаст. снизилось на 6,7% ($P<0,05$) при ВБД 9 мм.рт.ст., на 8,8% ($P<0,05$) при ВБД 12 мм.рт.ст. УО снизился на 15,3% ($P<0,05$) при повышении ВБД до 9 мм.рт.ст., на 28,5% ($P<0,01$), при повышении ВБД до 12 мм.рт.ст. и оставался сниженным через 30 мин после снятия КП. УИ также снизился на 15,4% ($P<0,05$) при повышении ВБД до 9 мм.рт.ст., а при повышении ВБД до 12 мм.рт.ст. на 28,4% ($P<0,1$) и остался сниженным после снятия КП на 8,6%.

Выводы. Лапароскопические операции на фоне инсуффляции углекислого газа на органах брюшной полости сопровождаются развитием синдрома повышенного внутрибрюшного давления. Лапароскопическую холецистэктомию рекомендуется проводить у больных с желчнокаменной болезнью и хроническим калькулёзным холециститом, имеющих сопутствующую патологию сердечно-сосудистой системы в условиях щадящего режима (8-9 мм.рт.ст.) карбоксиперитонеума.

ПЕДИАТРИЯ

Абдурахманова У.Ш., Султонбеков Н.Н., Мирзоев М.Н. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель – зав. кафедрой, к.м.н., доцент Давлатова С.Н.

Цель. Рассмотреть клиническое течение COVID 19 у детей с ожирением. Определить факторы, влияющие на тяжесть заболевания.

Материалы и методы исследования. Клинический случай из практики. Нами было обследовано 2 пациента из одной семьи, девочка О., 08.06.2021г.р. (1.5 года) с весом 17 кг, ИМТ 26,15% и девочка А., 21.07.2022г.р. (4 мес), с весом 9 кг, ИМТ 22,32%, что соответствует I и II степени ожирения.

Были проведены следующие лабораторно – инструментальные исследования: общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, витамин Д3, паратгормон, Д-димер, ферритин, уровень глюкозы в крови, ИФА крови на антитела к SARS-CoV-2, ЦМВ, герпесу, хламидии, токсоплазмозу, общий анализ мочи, биохимия мочи, копрограмма, рентгенография и КТ грудной клетки, МРТ головного мозга.

Результаты исследования: Заболевание у обоих детей началось остро с повышения температуры тела до 37,5-38,5 °С, диареи и рвоты. Две недели они находились в стационаре ГУ «Истиклол» с диагнозом «Острый гастроэнтероколит неизвестной этиологии, эксикоз. Паратрофия». После улучшения состояния были выписаны домой. На четвертые сутки состояние девочек ухудшилось, появился сухой кашель, тошнота, рвота, диарея, температура повысилась до 38 °С. Поступили в отделение пульмонологии ММТ «Шифобахш». Пациентка О., 1,4г. находилась в стационаре 28 дней, на 10 сутки была переведена в реанимационное отделение с дыхательной недостаточностью 3 степени. После улучшения состояния была выписана домой с положительной динамикой. Пациентка А., 4 мес., находилась в стационаре 84 дня, в течение месяца у нее наблюдалась гиперкоагуляция, сухой кашель, температура держалась в пределах 37,5-39,5°С. В связи с ухудшением состояния с ДН 3 степени и отеком мозга была переведена в отделение реанимации. Несмотря на проведенные реанимационные мероприятия, девочку спасти не удалось.

По результатам лабораторных данных обоих детей выявлены: лейкоцитоз ($14,0-16,0 \times 10^9/\text{л}$), тромбоциты - $328-616 \times 10^9$, Hb-115-119 г/л, СОЭ -15-21 мм/ч, коагулограмма (APR-42-68, фибрин-22-34, фибриноген-444-754), общий белок - 48-56 г/л, АЛАТ-49-155 ед/л, АСАТ 31-100 ед/л, уровень витамина Д3 - 20,6-21,78 нг/мл, паратгормон 3.83 пмоль/л, Д-димер 572 нг/мл, ферритин 417,79 мкг/л, положительные IgM (1,6-1,9) и IgG (6,75-7,8) к SARS-CoV-2, IgG- 1:40 к ЦМВ методом ИФА. Рентген грудной клетки: полисегментарная пневмония справа. КТ грудной клетки: признаки двухсторонней полисегментарной пневмонии. МРТ головного мозга: признаки перивентрикулярной лейкомаляции вещества мозга. Субатрофия лобно-височных областей. Наружная заместительная гидроцефалия. Минимальная билатеральная вентрикуломегалия. Атрофия мозолистого тела. Умеренно расширенные цистерны вены Галена и большой цистерны мозга. Двусторонний отит.

Выводы. Изучая данный клинический случай, можно утверждать, что избыточный вес является фактором отягощающим течение COVID-19, которое может привести к летальному исходу. Жировая ткань, как эндокринный орган, вырабатывая биологически активные вещества (провоспалительные цитокины) способствует хронизации процесса или развитию цитокинового шторма. Также снижается иммунологическая активность за счет изменения количества и функций иммунных клеток. Педиатрические пациенты с ожирением нуждаются в комплексном наблюдении со стороны педиатра, эндокринолога, диетолога и специалистов сопутствующих патологий, для раннего выявления заболеваний и превентивных мероприятий, так входят в группу высокого риска.

Абдурахманова У.Ш., Султонбеков Н. С. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ КОСТНОГО МОЗГА, КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцента Ходжаева Н.Н.

Цель. Оценить эффективность трансплантации костного мозга у детей с острым лимфобластным лейкозом.

Материалы и методы исследования. В детском гематологическом отделении НМИЦ «Шифобахш» с 2018 по 2023 год было обследовано 387 детей в возрасте от 2 до 15 лет с диагнозом Острый лимфобластный лейкоз. Были проведены следующие методы исследования: общий анализ крови, иммунологические и гистохимические исследования костного мозга, коагулограмма, биохимия крови, Гепатиты В и С, ВИЧ-СПИД, общий анализ мочи и кала, рентген грудной клетки, УЗИ внутренних органов и забрюшинного пространства.

Результаты исследования. Под нашим наблюдением находилось 387 пациентов, 137 (35,4%) поступили впервые, 250 (64,6%) – повторно. Состояние пациентов было тяжелым или крайне тяжелым, сопровождалось выраженным геморрагическим, анемическим, гиперпластическим, астено-вегетативным и интоксикационным синдромами. Результаты лабораторно-инструментальных данных: общий анализ крови (RBC $1,7 - 4,4 \times 10^{12}$, HGB 51 – 120 г/л, HCT 4,1 - 34%, WBC $2,5 - 27,1 \times 10^9$, NEUT 4 - 56%, MONO 2,0 - 10,4%, LYM 40 - 92%, EO 0,1 - 2,0%, PLT $30 - 291 \times 10^9$, бласты 0 - 100%, СОЭ 14 - 82 мм/с), миелограмма (Клеточный состав тотально 80 - 100% представлен бластными клетками, в основном мезо- и микрогенерациями. Морфологически бластные клетки представлены молодыми округлыми ядрами с базофильным ободком цитоплазмы. Реакция на миелопероксидазу отрицательная. Мегакариоцитов нет), иммунологическое исследование (Т-линейный, и В-линейный, 0-клеточный варианты лейкозов), ликвор (цвет – бесцветный, прозрачность — мутная, pH - 5,40, белок - 5,30 г/л, глюкоза – отсутствует,

реакция Ланге - отрицательная, цитоз - 237,0: нейтрофилов - 5,0 остальные лимфоциты), коагулограмма (АВР – 46 - 78^{II}, фибрин 7,0 - 30,0, фибриноген 155,2 - 666,0, т/т 3 - 7ст), биохимия крови (общий белок 44 – 52 г/л, билирубин свободный 9,0 - 59,0 мкмоль/л, билирубин связанный 5,0 - 47,0 мкмоль/л, АЛТ 0,78 - 55,0 ед/л, АСАТ 0,66 - 48,0 ед/л), гепатиты В и С, ВИЧ-СПИД- отрицательные, общий анализ мочи (белок 0,033 - 0,099%, WBC 2 - 24 в.п.з., RBC 1 - 7 в.п.з) Рентген грудной клетки: Гиперплазия медиастанальных узлов средостения I-III размеров. УЗИ внутренних органов и забрюшинного пространства: Увеличение печени и селезенки. Гиперплазия мезентериальных лимфоузлов.

Всем больным проводилось лечение по современным методам, согласно протоколу MB 2015 и BFM 2012. У 151 пациента (41%), наблюдался рецидив заболевания в течении первых трех лет. 120 (31%) пациентам из общего числа была рекомендована пересадка костного мозга, из которых провели операцию 13 человек (3,3%). Двум детям была проведена аутотрансплантация, остальным аллотрансплантация стволовых клеток.

За период пятилетнего наблюдения за пациентами, перенесшими операцию по пересадке костного мозга двое (15%) детей погибли в результате присоединения COVID инфекции, остальные (85%) находились в клинко-гематологической ремиссии.

Выводы. Наше исследование подтверждает, что средний показатель выживаемости больных после пересадки костного мозга составляет около 85%. Снижается вероятность возникновения рецидива, улучшается качество и продолжительность жизни пациентов. Таким образом, трансплантация костного мозга рекомендована детям с высоким риском рецидива или с резистентным течением к лечению и является наиболее эффективным методом терапии острого лимфобластного лейкоза.

Абдурахманова У.Ш., Хамидова С.Н.

ВРОЖДЕННЫЙ БУЛЛЕЗНЫЙ ЭПИДЕРМОЛИЗ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

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

Научный руководитель – зав. кафедрой, к.м.н., доцент Давлатова С.Н.

Цель. Изучить особенности клиники, диагностики, лечения врождённого буллёзного эпидермолиза (ВБЭ) у новорожденных. Рассмотреть клинический случай.

Материал и методы исследования. Обследование пациента и анализ истории болезни. С первых дней были взяты следующие анализы: общий анализ крови, биохимия крови, кровь на стерильность, бак. посев из зева, ИФА крови к цитомегаловирусу, герпесу, хламидиозу, Гепатиты В и С, ВИЧ/СПИД, общий анализ мочи и кала, рентгенография грудной клетки. Данные литературных источников по данному заболеванию.

Результаты исследования. Клинический случай. Пациент М. 10.09.22г.р. поступил в отделение неонатологии ГУ НМЦ «Шифобахш» 30.09.2022, в возрасте 20 дней с жалобами со слов родителей: образование пузырей на коже рук, ног, спины, паховой области повышение температуры тела до 39,5, кашель, беспокойство, снижение аппетита. На момент осмотра общее состояние ребёнка тяжелое за счет интоксикационного и болевого синдромов. У пациента отмечалось обширное поражение кожи (30%), локализующееся больше в области кистей и стоп, а также живота, спины, ягодиц, тазовой области. Пузыри с серозно-геморрагическим содержимым, кровоточили, по типу, «обожжённой кожи». В местах травматизации имелись эрозии, как новые, так и в стадии эпителизации с корочками. Непораженная кожа без изменений, бледно - розового цвета. Ногтевые пластины на пальцах верхних и нижних конечностях деформированы, утолщены, тусклые серо-коричневого цвета, дистрофичные. В слизистой рта также образовывались пузыри, что затрудняло кормление ребенка.

Данные лабораторных и инструментальных исследований: Общий анализ крови – лимфоцитоз (64,0%) нейтропения (26,0%), биохимия крови – креатинин - 38,6 мкмоль/л, общий белок – 51 г/л, альбумин – 31 г/л, кровь на стерильность – St.pyogenus, бак. посев из зева - St.aureus+ St.pyogenus, ИФА крови к цитомегаловирусу – 1:700, герпесу- 1:400, хламидиозу-1:160, гепатиты В и С, ВИЧ/СПИД – отрицательно, общий анализ мочи и кала без изменений, рентгенография грудной клетки- острый бронхит.

В терапии применялись: антибактериальные препараты (цефотаксим и азитромицин), инфузионная терапия для восполнения жидкости и электролитов, Аминол для коррекции недостаточности белка, Антистафилококковый иммуноглобулин. Для противовирусной терапии использовался ганцикловир. Ежедневно проводилась санация пузырей. Применялись раствор Пронтосан, мази Бепантен, Бакторан, Судокрем, Левомеколь, витамины А и Е, атравматические повязки.

Состояние пациента носило ундулирующий характер, мнимое благополучие сменялось ухудшением. Отмечалось образование новых пузырей разной локализации и объема с серозным содержимым, после обработки которых появлялись длительно незаживающие эрозии. Наличие в крови и эрозиях St.aureus способствовало быстрому инфицированию ран и ухудшению общего состояния. Из-за массивного поражения кожи и затруднения кормления наблюдались потеря жидкости и белка, что требовало восполнения их в виде инфузий. Иммунный статус ребенка был снижен за счет наличия TORCH- инфекций.

Выводы. При данном заболевании требуется ежедневная гигиеническая обработка пузырей и образующихся ран, так как состояние пациента зависит от тщательного ухода. Необходима профилактика бактериальной инфекции, которая усугубляет ситуацию. Дети с ВБЭ, подлежат диспансерному наблюдению дерматолога, педиатра, гастроэнтеролога, окулиста, невролога и других специалистов; при обострении состояния они должны получать комплексное стационарное лечение.

Абулфайзов А.Д., Маджонова М.Дж., Комилов И.А.
ПРИМЕНЕНИЕ СЕМЯН ТЫКВЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АСКАРИДОЗА У ДЕТЕЙ
Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ ТГМУ им.Абуали ибни Сино.ТаджикистанНаучный
руководитель –к.м.н., доцент Саидмурадова Г.М.

Цель исследования. Изучение применения семян тыквы в комплексной терапии аскаридоза у детей.

Материал и методы исследования.Под наблюдением находились 29 детей с аскаридозом, госпитализированные в отделение паразитологии городской детской клинической инфекционной больницы г. Душанбе. Диагноз аскаридоза был выставлен на основании данных анамнеза, копроовоскопии (анализа кала на яйца гельминта) с применением методов обогащения (методы осаждения Фюллеборна и флотации Калантарян) и толстого мазка (метод Като), а также были исследованы морфологические признаки выделенного зрелого паразита.

Результаты исследования и обсуждение. Из общего числа (29) госпитализированных больных с глистными инвазиями за 2020-2021 годы 27 (93,1%) детей были школьного возраста, 2 (6,9%) детей дошкольного возраста. Из анамнеза всех (100%) детей с аскаридозом были выявлены боли в животе и чувство тяжести в эпигастральной области, у 18 (62%) резкое повышение аппетита и потеря веса, у 8 (27,5%) тошнота, у 10 (34,5%) детей неустойчивый стул, причём у 6 (20,7%) чаще в виде запоров и относительно меньше – у 4 (13,8%) в виде диареи. Кроме того, у всех 29 (100%) детей были отмечены астеновегетативный синдром, причём со слабостью и утомляемостью у 24 (82,7%), невротический синдром у 16 (55,2%) детей, с раздражительностью у 27 (93,1%), нарушением сна у 14 (48,3%), а у 12 (41,4%) детей выявлены аллергические проявления

У всех детей с аскаридозом в общем анализе крови отмечена эозинофилия до 10-15%, лейкопения до $3-4 \times 10^9$ и гипохромная анемия (эритроциты до $2,3-2,5 \times 10^9$, гемоглобин 90-110 г/л, цветной показатель 0,8-0,9).

Всем детям с аскаридозом была назначена легкоусвояемая пища (бульон, жидкие каши, пюре, кисели, молоко). С целью дегельминтизации всем детям был назначен альбендазол в виде альбаленса (суспензии) по 400 мг.-10 мл. в сутки, однократно, в течение 3 дней. Кроме того, детям с аскаридозом в комплексной терапии совместно с противопаразитарными препаратами дополнительно натощак был назначен отвар из семян тыквы в 2 приёма (семена тыквы очищенной обыкновенной -50 гр., сахар-20 гр., дистиллированная вода -80 мл.) и через 2-3 часа после приёма отвара солевые слабительные (сульфат магния 10 мг., дюфалак 5-10 мл.), а также применены очистительные клизмы с 1% раствором соды. У всех детей 29 (100%) детей при комплексном применении противопаразитарных препаратов и отвара семян тыквы через сутки отмечали выпадение зрелых аскарид, что является одним из критериев, кроме исчезновения клинических признаков, эффективности лечения.

Выводы. Таким образом, применение отвара семян тыквы в комплексной терапии аскаридоза у детей способствовало выпадению аскарид, что является одним из критериев эффективности лечения.

Абуова У., Ботан Г.А
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Кафедра ОВП № 2 НАОКазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Казахстан

Научный руководитель – к.м.н, доцент Кошербеков Е.Т.

Научный руководитель - к.м.н, доцент Давлетгильдеева З.Г.

Цель исследования:Проведение оценки состояния здоровья, анализа частоты и структуры заболеваемости среди детей первого года жизни на базе городской поликлиники № 26 г. Алматы.

Материал и методы: Был проведен ретроспективный анализ 300 историй развития ребенка детей (форма 112/у), обращавшихся в поликлинику в период с 2020 по 2021 годы. Мальчиков составило 126 (42%), девочек 174 (58%). Детей, отнесенных в 1-ю группу здоровья было 105 (25%), а детей, отнесенных во 2-ю группу здоровья, соответственно с острой патологией – 195 (65%).

Результаты исследования: Всем 300 детям была проведена оценка физического и нервно-психического развития. На исключительно грудном вскармливании в возрасте до 6 мес. состояло 55% детей, остальные дети состояли либо на смешанном, либо на искусственном вскармливании. В структуре заболеваемости среди детей первого года жизни преобладали заболевания органов дыхания – у 103 (52,8%) детей, среди них ОРВИ у 87 (84,46%) детей, острый фарингит – 5 (4,86%), COVID-19 - 0,98%. У 38 (19,48%) детей были диагностированы заболевания центральной нервной системы, главным образом, в периоде новорожденности, среди них неуточненные поражения головного мозга - у 23 (60,53%) детей, ишемия головного мозга – у 13 (34,21%), гипоксически-ишемическая энцефалопатия – у 1 (2,63%) и последствия перинатального поражения ЦНС – у 1 (2,63%) ребенка. В структуре заболеваемости у детей первого года жизни фоновая патология была диагностирована у 19 (9,7%) детей, среди них железодефицитная анемия – у 9 (47,7%) детей, рахит 6 (31,58%). Атопический дерматит выставлен 4 (21,05%) детям. Следует отметить, что у 10 (9,7%) детей была диагностирована энтеровирусная инфекция, патология желудочно-кишечного тракта в 8,7% случаях, патология костно-суставной и сердечно-сосудистой систем, соответственно по 2% случаев. Анализ течения беременности выявил отягощенный акушерско-гинекологический анамнез у 10% матерей в виде обострения хронической экстрагенитальной патологии (73,5%), гестозов первой и второй половины беременности (24,5%), коронавирусная инфекция в ранние сроки (22,6%) и в поздние сроки беременности (31,2%).

Выводы: Здоровых детей, обращавшихся в поликлинику, главным образом, для оценки динамического физического, нервно-психического развития и получения профилактических прививок составило лишь 25%. У более половины (52,8%) больных детей в течение первого года жизни диагностировалась патология органов дыхания и в 19,5% случаях встречалась патология ЦНС, что было основанием для медицинских отводов от профилактических прививок. У 9,9% детей, заболевания верхних дыхательных путей протекали на отягощенном коморбидном фоне:

гиповитаминоз витамина Д в 31,58% случаях, дермато – респираторный синдром– 21,05%, дефицитные анемии – 47,37%, врожденные пороки развития - 2%, что значительно отражалось на длительности заболевания и объеме проводимой терапии.

Таким образом, показатели здоровья детей первого года жизни связаны с периодом новорожденности, здоровьем матери, навыками семьи в профилактике и лечении болезней у детей, в стандартизированных подходах к диспансерному обследованию и наблюдению за детьми. Необходимо продолжить проведение профилактической работы со здоровыми детьми, оздоровительную и реабилитационную работы с детьми, страдающими различными заболеваниями. Целесообразно проведение санитарно-просветительской работы по вопросам формирования здорового образа жизни, соблюдение которого определяет здоровье человека на все последующие годы жизни.

Азимова К.Т.

ОСТРЫЙ БРОНХИОЛИТ У ДЕТЕЙ: СТРАТИФИКАЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ЕГО РАЗВИТИЯ

Кафедра Педиатрии № 3 и медицинской генетики Самаркандского государственного медицинского университета. Узбекистан.

Научный руководитель: к.м.н. доц. Гарифулина Л.М.

Цель исследования. Выявление факторов риска острых бронхиолитов у детей с целью улучшения лечебно-профилактических мероприятий.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужили результаты изучения анамнеза с уточнением течения беременности и родов и оценки результатов обследования 58 больных с острым бронхиолитом, госпитализированные в отделения экстренной педиатрии СФ РНЦЭМП. Диагностика бронхиолита основана на данных клинико-лабораторного обследования, включающее общий анализ крови, определение уровня С-реактивного белка (СРБ), сатурации кислорода (SpO₂), посев мокроты, рентгенографию органов грудной клетки. РСВ-этиология бронхиолита была подтверждена методом ПЦР.

Результаты исследования. Среди обследованных мальчиков было 22-37,9%, девочек 36-62,1%. У наблюдаемых детей масса тела составила 2100-4250 г, при этом 5-8,6% детей родились недоношенными с массой тела менее 2500 г, 4-6,9% - с массой тела более 4200 г. У детей, родившихся недоношенными, РСВ-бронхиолит протекает тяжелее. В наших исследованиях бронхиолит встречался во втором полугодии жизни в 1,8 раз чаще, чем в первом полугодии и 2,4 раз, чем на втором году жизни. Нами выявлены из анамнеза рождение 6-10,3% детей от многоплодной беременности, наличие внутриутробной пневмонии в 7-12,2% случаях, короткий период (менее 6 месяцев) грудного вскармливания был у 31-53,4% ребенка, искусственное вскармливание с рождения у 7-12,1% детей. Наибольшая часть пациентов (46-79,3%) с РСВ-бронхиолитом поступили в холодный период года – с ноября по февраль.

Бронхообструкция 1 степени встречалась у 36-62,1% пациентов, 2 степени – в 15-25,8% и 3-тяжелая степень регистрировалась в 7-12,1% случаях. Тяжелые случаи бронхообструкции чаще встречались в младшей возрастной группе. Тяжесть заболевания коррелировала с возрастом — чем младше был ребенок, тем тяжелее протекал бронхиолит. У всех больных имелась ДН, проявляющаяся снижением SpO₂. ДН I степени диагностирована в 31-51,7% случаях, ДН II степени у 23-39,6% больных и ДН III степени – у 4-6,8% пациентов. Длительность заболевания была более продолжительной (12,8±1,04 дней) у детей, заболевших в период новорожденности, наименьшая продолжительность (7,32±0,56 дней) зафиксирована у больных в возрасте 5-6 месяцев. Продолжительность госпитализации больных составила в среднем 10,06±0,82 дней.

Выводы. Таким образом, факторами риска развития острого бронхиолита явились развитие анемии у матерей в ante- и постнатальном периодах, внутриутробная пневмония и респираторные инфекции в анамнезе, рождение от многоплодной беременности, отсутствие и ранний переход на искусственное вскармливание, наличие аллергических заболеваний у родственников, что требует их устранения в ранние сроки с целью профилактики заболевания и предупреждения рецидивов бронхообструкции.

Алиев Ф., Хайитова Г.

ПАҲНШАВИИ БЕМОРИИ ДАРУНРАВЌ (ЭНТЕРОКАЛИТ) ДАР КЌДАКОНИ ХУРДСОЛ

Кафедраи фанҳои “Тахассусӣ”-и Муассасаи давлатии таълимии Коллеҷи тиббии ДДТХ дар ноҳияи Данғара
Роҳбари илмӣ - Сангаков С.

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши паҳншавии бемории дарунравӣ дар кўдакони хурдсол ва муайян намудани сабабҳои беморӣ аз рӯи адабиётҳои гуногун.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Барои гузаронидани тадқиқоти мазкур дафтари ташрифи беморони Беморхонаи вилоятии клиникии беморҳои сироятӣ ноҳияи Данғара аз моҳи июни соли 2022 то моҳи январи соли 2023 мавриди омӯзиш қарор гирифт. Дар беморхонаи мазкур аз 1.06.2022 то моҳи январи соли 2023, 1420-нафар кўдакони бемор ба қайд гирифта шудааст.

Натиҷаҳои тадқиқот. Ҳамин тариқ, натиҷаҳои таҳқиқот нишон дод, ки аз шумораи умумии беморони ба қайд гирифташуда ҳамагӣ 412 нафарашон (270 нафар духтарон (65,5%) ва 142 нафар писарон (34,5%)) бо ташҳиси бемории дарунравии илтиҳобии меъдаю рӯда ба қайд гирифта шуданд. Ташҳиси кўдакони бемор аз рӯи шикоятҳои волидайнӣ онҳо ва кўдаки бемор, аз рӯи аломатҳои беморӣ ва ташҳиси лабораторӣ гузошта шудааст. Аз ин шумора 206 – нафарашон (50%) кўдакони то синни 1 - сола, 110 – нафарашон (26,7%) кўдакони то синни 2 - сола, 64 - нафарашон (15,5%) кўдакони то синни 3 - сола ва 32 – нафарашон (7,8%) кўдакони аз синни 4 то 5 сола ташкил мебошад. Аз ҳамаи кўдакони бистаришуда таҳлили умумии хун, муоинаи умумии пешоб гирифта шудааст. Аз рӯи нишондоди таҳлили умумии хун дар 206 нафар кўдакони бистаришуда камхунӣ мушоҳида шудааст. Аз ҷумла: камхунӣ дараҷаи I дар 130

нафар, камхунии дараҷаи II дар 60 нафар ва камхунии дараҷаи III дар 16 нафар беморон мушоҳида шудааст. Инчунин дар 28-нафар кӯдакони бистаришуда кирми гича, аскарид ва лямблиёз дарёфт карда шуданд.

Хулоса. Тадқиқотҳо нишон доданд, ки сабабҳои ба бемории дарунравӣ гирифта шудани кӯдакон, ин истисмоли нодурусти ғизои иловагӣ дар кӯдакон, камхунӣ дар ҷунин кӯдакон, паст будани иммунитет, нодурусти гирифтани табobati кӯдакон дар оила ва ё ҳона мебошад.

Алиев Ф., Усмонова Ш.

ВЛИЯНИЕ ЛИМФАТИКО – ГИПОПЛАСТИЧЕСКОГО ДИАТЕЗА НА ИММУНИТЕТ МЛАДЕНЦЕВ

Медицинский колледж ГОУ ХГМУ района Дангара. Таджикистан.

Научный руководитель- Шарипов А.Д.

Цель исследования. Изучить влияние лимфатико-гипопластического диатеза на иммунный статус новорожденных детей.

Материал и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ 100 историй развития детей (форма 24) 2021 года рождения Хамадонского семейного центра Хатлонской области.

Результаты исследования. Из 100 историй развития детей (форма 24), которые находились в возрасте от 6 месяцев до 2 лет, 50 детей не имели приморбидного фона, а росли и развивались удовлетворительно. В истории развития этих детей имели место перенесенные 2 или 3 заболевания за год, представленные острыми респираторными вирусными инфекциями. Из 50 детей, которые имели преморбидный фон лимфатико-гипопластического диатеза, у 15 детей имело место часто рецидивирующего бронхо-обструктивного синдрома. У 10 детей наблюдался рецидивирующий бронхит и у 25 детей - частые респираторно-вирусные заболевания более 2-5 раз в год.

Выводы. У детей с наличием в анамнезе гипопластического диатеза отмечается снижение иммунитета, а следовательно проявляется восприимчивость к различным вирусным заболеваниям.

Алимова Д.Д.

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра Оториноларингологии, детской оториноларингологии

Ташкентского педиатрического медицинского института, Узбекистан

Цель исследования. Оценка специфичности развития и клинического течения риносинуситов у детей дошкольного возраста, выявление микробиологических и этиопатогенетических особенностей.

Материал и методы. В клинике Ташкентского педиатрического медицинского института были изучены истории болезни 52 больных риносинуситом в возрасте от 2 до 7 лет. Изучались анамнестические данные пациента в анамнезе, риноскопия, рентгенограммы, бактериологические исследования.

Результаты исследования. Из анамнеза под наблюдением ОРВИ наблюдалось у 43 (82,7%) пациентов. Из них у 21 (40,4%) больного позже выявлено воспаление верхнечелюстной пазухи, у 15 (28,8%) больных - этмоидит, у 4 (7,6%) - сфеноидит, у 2 (3,8%) - фронтит.

У оставшихся 6 (11,5%) больных выявлено, что у ребенка заболевание рецидивировало чаще (атипичное течение) в зависимости от температуры воздуха, а у троих перешло в хроническую форму заболевания.

Кроме того, в исследовании пациенты были распределены по возрасту: в возрасте 2-5 лет (34,6%) составляли 18 пациентов и в возрасте 5-7 лет (65,4%) 34 пациента. Наибольшая частота встречаемости выявлена у пациентов 5-7 лет.

При изучении микробиологических исследований были получены следующие результаты: у 19 (36,5%) больных детей обнаружен *Streptococcus pneumoniae*, у 7 (13,5%) - *Haemophilus influenzae*, у 8 (15,4%) - штаммы *Fusobacterium*, у 11 (21,1%) - *Staphylococcus aureus*, у 5 (9,6%) *Pseudomonas*, у 2 (3,8%) пациентов выявлен возбудитель *Aspergillus*.

Выводы. Таким образом, риносинусит-это группа острых или хронических воспалительных заболеваний носа и его придаточных пазух, развивающихся в результате несвоевременного и неправильного лечения ОРВИ у детей дошкольного возраста, сопровождающихся в более поздние периоды присоединением бактериальной или грибковой инфекции.

В качестве этиопатогенетического фактора заболевания у детей дошкольного возраста, страдающих риносинуситом, в основном подтверждено, что ведущее место занимают *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Fusobacterium*, *Staphylococcus aureus*, а на последующих местах-*Pseudomonas*, *Aspergillus* и другие возбудители, являющиеся причинами заболевания.

Алишера Н.А.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФЕБРИЛЬНЫХ СУДОРОГ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

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

Научный руководитель -д.м.н., доцент Мамаджанова Г.С.

Цель исследования. Изучить теоретические аспекты фебрильных судорог у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Нами был проведён ретроспективный анализ 150 историй болезней детей, поступивших в КЗ «Истиклол» от 0 до 6-ти лет с судорогами различного генеза за 2020-2023 годы. Всем этим детям проводились инструментальное исследование (нейросонография, ЭЭГ, по мере возможности МРТ или КТ), лабораторные исследования (общий анализ крови, мочи, кала, бак посев и биохимия крови, сахар крови, кальций, фосфор, витамин

Д). Тщательный сбор анамнеза, физикальный осмотр (определение соматического и неврологического статуса), оценка уровня психомоторного и эмоционального развития. Особенности течения приступа (продолжительность, локализация, генерализация, и т.д.).

Результаты исследования. Нами были выделены типичные (78, 52,0%) и атипичные (72, 48,0%) фебрильные судороги. Типичные фебрильные судороги (ФС) характеризовались короткой продолжительностью, но при этом основные показатели психомоторного развития ребенка обычно соответствовали возрастным нормативам, а изменения при электроэнцефалографии (ЭЭГ) не являлись типичными. При атипичных ФС характеризовались большой продолжительностью приступа (более 15 мин, а при ЭЭГ-исследовании нередко регистрируются фокальные изменения. При типичных ФС характерно было отсутствие в анамнезе указаний на органическое поражение ЦНС, а при атипичных частота перинатального поражения нервной системы (22%) и внутрижелудочковые кровоизлияния в 26%. Фебрильные судороги приступы, продолжительность которых превышала 30 мин и у них же при этом отмечался рецидив в течение 24 часов, а также имелись фокальные (очаговые) симптомы на ЭЭГ. Во всех случаях судорог, индуцированных фебрильной температурой тела у детей доходила до 39,5С⁰ до 41,0С⁰. Кроме того у 89,7% отмечались «доброкачественные фебрильные судороги»,

Учитывая тот фактор, что чаще всего не могли найти причину данным судорогам провели исследование общего анализа крови, где был обнаружен в 67,0% случаев дефицит железа, который явился одним из вероятных факторов ФС. Не следует также игнорировать результаты биохимического исследования крови, обусловленные метаболическими нарушениями (гипогликемия, гипокальциемия, гипонатриемия и т.д.) при инфекционных заболеваниях и при отсутствии таковых. Судороги у грудничков и детей в возрасте до 6 лет на фоне повышенной температуры нередко обусловлены нейроинфекциями, а следовательно не являются истинными ФС.

Выводы. Необходимо в полном объеме проводить исследование всем детям, находящимся в группе риска по наследственности, получившим во время родов асфиксию или травму, детям с железодефицитной анемией и метаболическими нарушениями, а также при инфекционных заболеваниях ЦНС.

Алишеров Н.А.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЕДИАТРИИ

Кафедра детских болезней №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Научный руководитель - д.м.н., доцент Мамаджанова Г.С.

Цель исследования. Комплексная оценка психологической структуры качества жизни детей с дисплазией соединительной ткани.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 40 детей с фенотипическими проявлениями дисплазией тазобедренных суставов имеющих сохранные возможности интеллектуального развития. Все пациенты поступали в для проведения планового обследования и лечения. Средний возраст 11,5±2,5 лет, из них мальчиков — 18 (40%), девочек 28 (60%). Оценка качества жизни проводилась при помощи опросника PedsQL для детей 5-7 лет, 8-10 и 11-14 лет, который включал 23 вопроса и позволил оценить физическое, эмоциональное, социальное и ролевое функционирование. Для оценки психологических особенностей были использованы методы: шкала оценки уровня.

Результаты исследования. При исследовании качества жизни отмечалось умеренное снижение социального функционирования до 67,7%, в большей степени было выявлено снижение физического, ролевого и эмоционального функционирования (66,9, 66,8 и 60,1% соответственно) (p<0,05). В процессе опроса психоэмоциональной сферы была выявлена тенденция к комфортному поведению во взаимодействии с другими детьми и взрослыми, желание соответствовать требованиям окружающих. Средние показатели личной и ситуативной тревожности наблюдались у 29 детей (62 %). Наряду с этим, у 19 детей (47,5%) отмечается сниженная субъективная оценка собственных сил.

Выводы. Анализ психологической структуры качества жизни детей и подростков с ортопедической патологией показал, что наличие заболевания опорно-двигательного аппарата приводит к снижению не только физического функционирования, но и проявлению депрессивных и тревожных состояний, сопровождается субъективными негативными эмоциональными переживаниями. Из-за неустойчивости самооценки дети с ортопедической патологией очень ранимы, у них угнетена способность к отстаиванию собственной позиции. Имея потребность в общении, они стараются соответствовать требованиям окружающих, подстраиваются под них.

Аминджанова Д.Р, Басирова Ф. Б.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ ПРИ COVID-19 У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

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

ГУ ГМИЦ №1 им. Карима Ахмедова г. Душанбе. Таджикистан Научный руководитель – к.м.н., доцент Саидмурадова Г.М.

Цель исследования. Изучение клинической характеристики поражений кожи при COVID-19 у детей раннего возраста.

Материал и методы. Проведено клиническое наблюдение за 44 детьми раннего возраста, 12 (27,3%) из них составили дети до года, обратившихся с признаками ОРВИ и кожными проявлениями из семей, где взрослые с диагнозом COVID-19 получали амбулаторное или стационарное лечение. Диагноз COVID-19 был выставлен на основании клиники ОРВИ и выделения из носоглотки SARS-CoV-2- IgM методом ПЦР.

Результаты исследования. У всех наблюдаемых нами детей раннего возраста отмечено острое начало болезни, причём субфебрильная лихорадка диагностирована у 26(55,3%), фебрильная температура у 17(36,1%) детей, а при

тяжелых формах с присоединением осложнения в виде пневмонии, лихорадка у 4(8,5%) детей имела более длительное (до 10 дней) течение у детей до одного года. катаральные симптомы были слабо выраженными, у 24 (51,1%) детей раннего возраста выявлен сухой кашель детей, у 22(46,8%) необильное выделение из носа, у 17(36,2%) - заложенность носа, у 13(27,6%) - нарушение носового дыхания, сопровождалось чиханием у 9(19,1%), у 7(14,9%) детей -осиплостью голоса. Изменения цвета кожи на пальцах рук и ног (ладонно-подошвенный синдром) похожие на обморожения, были выявлены у 11(23, 4 %) детей раннего возраста, которые местами у 4 (8,5%) имели макуло-папулезный характер. Из их числа, у 7(14,9%) детей до одного года в разгаре болезни, кроме респираторных проявлений были выявлены кожные высыпания в виде мелкой, необильной, слабо выраженной геморрагий в области подногтевых валиков, на пальчиках рук и ног, которые появлялись постепенно, не поражая кожу ладоней, стоп и исчезали на 2-4 сутки от начала болезни. Петехиальная сыпь была отмечена у 3 (6,4%) детей, мелкоточечная и местами с кровоизлияниями у 4 (8,5%) детей. В лечение детей до года кроме симптоматической терапии были назначены этиотропные препараты (виферон в виде суппозитория 500 000 МЕ по 1 супп. 2 раза, ректально), детям старше года анаферон Детский, эргоферон (в первые 2 часа препарат применяют каждые 30 минут, затем в течение первых суток осуществляют ещё 3 приёма через равные промежутки времени, со вторых суток и далее принимают по 1 таблетке 3 раза в сутки до полного выздоровления), а также с целью купирования лихорадки выше 38,5°C был назначен пардифен Кидс (детям от 6 месяцев до 2 лет 2- 2,5- 5 мл.3 раза в сутки, от 2 до 3 лет 5 мл 3 раза в сутки). Антибиотики (амоксциллин/клавулановая кислота, респираторные фторхинолоны и цефалоспорины 3 и 4 поколения) были назначены детям раннего возраста с пневмонией.

Выводы. Таким образом, клиническая характеристика поражений кожи при COVID-19 у детей раннего возраста показала, что кроме катаральных симптомов у 23,4% отмечены изменения цвета кожи на пальцах рук и ног похожие на обморожения, сопровождающиеся сыпью макуло-папулезного характера, у 8,5% детей отмечалась мелкая необильная слабо выраженная геморрагическая сыпь в области подногтевых валиков.

Из-за наличия в анамнезе аллергического статуса у 5 (10,6%) детей был диагностирован бронхит с обструктивным синдромом, у 4(8,5%) детей синдром крупа 1-2 степени. при обструктивном синдроме ингаляция бронхолитиками кратковременного действия (сальбутамол или небутамол по 2 ингаляции через каждые 20 минут в течение часа, будесонида по 2 мг ингаляционно через небулайзер или 1 мг дважды через 30 мин, при стенозе гортани 1-2 степени дексаметазоном 0,6мг/кг или преднизолоном 2-5 мг/кг в/м).

Анакулова Т.А., Гафорзода С.М.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Научный руководитель – доцент кафедры ПДБ Абдуллаева Н.А.

Цель исследования. Изучить особенности клинических проявлений пневмоцистной пневмонии у детей различного возраста.

Материал и методы. Для данного исследования был проведен ретроспективный анализ 46-историй болезней с диагнозом «Пневмоцистная пневмония», возраст которых колебался от 1 месяца до 14 лет. Все больные находились на стационарном лечении в пульмонологическом отделении ГУ КЗ «Истиклол» (2021-2022гг.), из них от 1 мес. до 3 лет (I группа)-21 больной (46%), от 3 лет до 6 лет (II группа)-13 (28%), от 6 лет до 14 лет (III группа)-12 (26%). В процессе обследования и наблюдения изучены анамнестические данные особенности клинических и лабораторных проявлений, биохимические, бактериологические и вирусологические данные (в том числе ТОРЧ-инфекцию) в комплексе с рентгенологическими исследованиями. Иммунный статус у детей определяли сывороточных иммуноглобулинов классов А, М и G

Результаты исследования. Согласно данным анамнеза, у преимущественного числа детей раннего возраста первой группы установлена высокая частота перинатального риска и фоновых состояний, в частности, гипоксически-ишемическая энцефалопатия выявлена у 37 (81%), рахит у 42 (91,3%) детей, анемия у 44 (96,7%) детей, экссудативно-катаральный диатез у 24 (53%) больных. Клиническая картина пневмоцистоза полиморфна, определяется возрастом и состоянием иммунитета.

Основным клиническими маркерами пневмоцистной пневмонии составили: пролонгированная длительная лихорадка (1-2 месяца) с выраженными признаками интоксикации.

Рентгенологически на начальном этапе заболевания регистрировались прикорневые уплотнения, усиление интерстициального рисунка, а также характерная для пневмоцистоза картина «ватных легких» или «хлопьев снега». У детей старшего возраста пневмоцистная пневмония протекала с кишечным синдромом.

Выводы. Таким образом, верификация диагноза пневмоцистной пневмонии основана на выявлении характерной клинической картины, сопровождающейся иммунодефицитным состоянием у детей. При постановке диагноза пневмоцистная пневмония необходимо повысить настороженность педиатров и детских пульмонологов на особенности течения атипичных пневмоний.

Ахтамова Ш.Х., Омонова М.Ш., Каюмова Ш.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ

Кафедра Пропедевтики детских болезней СамГМУ, Узбекистан

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

Цель работы. Выявить варианты клинических проявлений лямблиоза у детей.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 36 детей с латентной, 78 детей с субклинической

и 62 с клинической формой лямблиоза. Обследование детей проводилось в многопрофильном детском медицинском центре г. Самарканда. Возраст детей составил от 3 до 15 лет. Диагностика лямблиоза основывалась на жалобах, анамнезе, клинических проявлений лямблиоза, а также на расширенной копрограмме, определение простейших в кале проводилось методом формалин-эфирного обогащения. Кроме того, был использован метод ориентировочного подсчёта интенсивности выделения лямблий.

Результаты исследования. На основании выраженности клинических проявлений мы выделили латентную, субклиническую и клиническую формы лямблиоза. Среди различных форм лямблиозной инвазии особое место занимает ее бессимптомная форма. Наблюдались 36 детей с латентной формой в возрасте от 3 до 14 лет. Физическое развитие больных соответствовало их возрасту. При субклинической форме лямблиоза - 78 детей в возрасте от 3 до 15 лет, наиболее часто наблюдались нерезко выраженные боли в животе (у 66 из 78-84,6 %), синдром «кишечной» (у 52-66,7%) и реже «желудочной» (у 25-32,1%) диспепсий. Такая симптоматика, в общем, типична для лямблиоза и объясняется тем, что приводит к развитию дуоденита и энтерита. Об этом свидетельствуют и особенности локализации болей в животе при пальпации.

При субклинической форме лямблиоза боли в животе при пальпации в основном локализовались в пилорoduodenальной (35,8%) и подложечкой +пилорoduodenальной зонах (24,3%), что свойственно дуодениту. Реже боли отмечались около пупка (8,9%). У наблюдаемых нами детей боли поздними, возникали натощак или появлялись через 1-2 часа после еды. Боли, как правило, тянущие и тупые. Лишь у 3 детей из 78 (3,8%) отмечался Мойнигановский ритм болей (боль-еда-облегчение). Наряду с не резко, выраженным болевым синдромом у детей с субклинической формой были диспептические явления. Наиболее часто отмечалась тошнота у 11 детей из 78 (14,1%).

У 2-х больных наблюдалась рвота и 2-х – изжога. Только у 2-х больных отмечено снижение аппетита. Наряду с признаками так называемой «желудочной» диспепсии в 2 раза чаще наблюдались симптомы «кишечной» диспепсии. Среди последних наиболее часто (у 38 из 78 больных – 48,7%) наблюдался неустойчивый стул. У этих детей чаще также отмечался жидкий стул, кал был однородным светло-жёлтой окраски без патологических примесей (крови и слизи). Только 6 (7,6%) больных страдали метеоризмом, у 6 (7,6%) отмечались запоры, а у 2 больных (2,5%) определялось урчание в животе. У 3 больных (3,8%) нижний край печени выступал по передней аксиллярной и среднеключичной линии на 4 см и при пальпации был слегка болезненный.

Масса тела у детей с субклинической формой лямблиоза чаще была средней (у 64 из 78- 82%), а ниже средней у 8 из 78 (10,2%), выше средней у 4 из 78 (5,1%) детей. Бледность кожи отмечена лишь у одного ребенка (1,2%). Костная система, органы дыхания, сердечно-сосудистая система у больных с субклинической формой лямблиоза не были изменены.

Выводы. Таким образом, лямблиоз у детей клинически проявляется многообразием – от чистого лямблионосительства до тяжелых форм. Клинически целесообразно выделять латентную, субклиническую и клиническую форму лямблиоза. При лямблиозе у детей, наряду с единой противолямблиозной медикаментозной терапией требуется диетолечение.

Ашурова Н.П., Муродов Г.З.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВИТАМИНА Д У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ РАХИТОМ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Бабаева Л.А.

Цель исследования. Оценить эффективность применения витамина Д у детей, страдающих рахитом.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 68 детей в возрасте от 2 месяцев до 1 года, находящихся на стационарном лечении в отделении детей раннего возраста ГУ «Медицинский комплекс Истиклол». Были проведены клиничко-анамнестические и лабораторно-инструментальные методы исследования. Всем пациентам в зависимости от степени тяжести рахита был назначен водный раствор Аквадетрим (холекальциферол) – капли для перорального применения (1 капля = 500 МЕ).

Результаты исследования. Диагноз рахит больным был впервые поставлен в стационаре, в котором пациенты получали лечение по поводу других заболеваний. Лечение было комплексным, длительным, направленным на устранение гиповитаминоза Д и выявленных предрасполагающих факторов. Было назначено правильное питание ребенка с обогащением питания витаминами и минералами, своевременным введением прикормов. Для лечения витамин-Д-дефицитного рахита применяли от 2 500 до 5 000 МЕ витамина Д/сут. Начинали с 2 000 МЕ с постепенным увеличением дозы до индивидуальной лечебной в течение 30—45 дней. Далее дозу витамина Д снижали до профилактической 500 МЕ, которая назначалась ежедневно в течение 2—3 лет. Придерживались назначения умеренных лечебных доз витамина Д, не превышающих 2 000—4 000 МЕ/сут. Лечение рахита препаратами витамина Д было эффективным только при условии адекватного поступления кальция в организм ребенка с учетом его физиологической потребности. Рацион питания детей обогащали продуктами с достаточным содержанием кальция. Если потребности ребенка в кальции не обеспечивались рациональным питанием или дефицит кальция являлся основным фактором в патогенезе заболевания, назначали препараты кальция на длительное время. При назначении комплексных препаратов кальция и витамина Дз подбирали лекарственные средства, содержащие высокую долю карбоната кальция, т.к. он является лидером по содержанию элементарного кальция и имеет лучшие показатели всасывания. Помимо медикаментозного лечения назначали общий массаж, лечебную физкультуру для нормализации мышечного тонуса и максимального устранения развившихся костных изменений. В комплексную терапию были включены: препараты магния (аспаркам, панангин, 10 мг/кг/сут); антиоксиданты (витамин Е, А в возрастной дозировке); препараты, улучшающие метаболические процессы в организме (оротат калия, 10—20 мг/кг/сут, карнитина гидрохлорид в возрастной дозировке). С целью коррекции полигиповитаминоза в лечение подключали

поливитаминные комплексы.

Выводы. Использование высокоактивных препаратов метаболитов витамина Д для профилактики и лечения рахита у детей раннего возраста недопустимо. При своевременной диагностике и адекватном лечении нетяжелых форм рахита прогноз для жизни и здоровья благоприятный. При тяжелом течении болезни и рецидивирующем процессе прогноз для здоровья относительно благоприятный, так как могут сохраняться грубые нарушения опорно-двигательного аппарата.

Ашурова Н.П., Разокова К.Р.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н. Хайдарова О.Ф.

Цель исследования. Изучить возрастные особенности иммунного статуса у практически здоровых детей.

Материалы и методы. Для оценки возрастных особенностей иммунологической реактивности здоровых детей было обследовано 160 детей в возрасте от 1 до 14 лет в г. Душанбе. Выделено 2 группы, в которых получены наиболее достоверные результаты, отражающие состояние иммунного статуса именно в возрастном аспекте. В 1 группу вошли 72 ребенка в возрасте от 1-7 лет, 2 группу составили 88 детей школьного возраста. Среди них не было детей, относящихся к контингенту часто болеющих, главным условием было, чтобы ребенок последние 6 месяцев ничем не болел. В клиническое обследование входило: сбор анамнеза, антропометрическое исследование и применение объективных методов исследования. Был использован комплекс экспресс-методов, куда входило: определение Т-лимфоцитов, В-лимфоцитов, содержание сывороточных иммуноглобулинов классов А, М, G по методу Манчини и факторы неспецифической защиты.

Результаты исследования. При изучении анамнеза практически здоровых детей выявлено, что большинство из них родилось от матерей репродуктивного возраста от 1-4 беременности и родов (78%). Все дети были доношенными и имели массу тела при рождении от 2700-3000 (29%) и от 3000 до 4000 (71. %). В грудном возрасте 86% детей получали естественное и смешанное вскармливание. В момент обследования все дети были здоровы, физическое и нервно-психическое развитие соответствовало возрасту. Жилищно-бытовые условия были удовлетворительными. При анализе иммунологических показателей было выявлено, что в дошкольном возрасте процентное содержание Т-лимфоцитов достоверно снижено по сравнению с детьми 2 группы. Это может свидетельствовать о некоторой функциональной недостаточности клеточного иммунитета. Со стороны гуморального звена иммунитета отмечалось, что у детей дошкольного возраста абсолютное содержание В-лимфоцитов в 2 раза выше по сравнению с детьми 2 группы. По-видимому за счет этого и компенсируется выработка достаточного количества антител, что и обеспечивает ребенку антиинфекционную защиту. Показатели иммуноглобулинов классов А, М, G не имели существенных различий в обеих возрастных группах. Со стороны факторов неспецифической защиты показатели фагоцитарной активности нейтрофилов (ФАН) оказались достоверно выше, в группе детей школьного возраста, это отражает более совершенную в функциональном отношении фагоцитирующую способность нейтрофильных лейкоцитов у детей более старшего возраста.

Вывод. Таким образом, полученные данные показателей иммунного статуса здоровых детей дошкольного возраста соответствуют 2 варианту классификации Петрова с соавторами, которые характеризуются супрессией Т-клеточного иммунитета у жителей с экстремальными климатическими условиями. Следовательно, их можно рассматривать, как один из вариантов нормы показателей иммунного статуса в возрасте 1-7 лет г. Душанбе и рекомендовать в качестве стандарта.

Ашурова М. Ж.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ДОЗ ХОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛА У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Научный руководитель: Доцент Гарифулина Лиля Маратовна

Самаркандский Государственный медицинский университет. Кафедра педиатрии лечебного факультета

Цель: сравнить эффективность применения различных доз холекальциферола у детей с ожирением на уровень обеспеченности витамином D.

Материалы и методы: обследовано 48 детей с первичным экзогенно конституциональным ожирением, проживающих в Самаркандской области в возрасте от 7 до 17 лет ($11,20 \pm 0,25$ лет) при этом мальчики составили 26 детей (54,1%) а девочки 22 детей (45,8%) наблюдавшихся в Семейной поликлинике №2 г. Самарканда. Оценены антропометрические параметры (рост, масса, индекс массы тела (ИМТ)).

Для достижения цели исследования и проведения сравнительного исследования все дети основной группы с различной массой тела и уровнем витамина D: 21-30 нг/мл и 25(ОН)D: <20 нг/мл методом простой рандомизации были разделены на две группы.

I группа - 22 детей получила холекальциферол в дозировке 2000 Ед/сут в течении 3 месяцев, затем с переходом на профилактическую дозу 1000 Ед/сут. Курсовая лечебная доза 180 000 000 Ед в первые 90 дней лечения.

II группа - 26 детей получила дифференцированные дозы холекальциферола: у детей SDS ИМТ +1,0 до +2,0 в суточной дозе 2000 Ед/сут, SDS ИМТ >+2<+3 в суточной дозе 3000 Ед/сут и у детей с SDS ИМТ $\geq +3$ в дозе 4000 Ед/сут в течении 3 месяцев, затем с переходом на профилактическую дозу 1000 Ед в течении 3 месяцев.

Курсовая лечебная доза витамина D у детей с ИМТ +1,0 до +2,0 SDS составила 180 000 000 ЕД, у детей с ИМТ >+2<+3 SDS 270 000 000 ЕД и у детей с ИМТ $\geq +3$ SDS 360 000 000 за 3 месяца. Применялся препарат витамина D в

виде водного раствора холекальциферола (500 МЕ - в 1 капле) (Аквадетрим®; ОАО «Химико- фармацевтический комбинат «АКРИХИН», Россия).

Результаты: На фоне трех месячного курса приема препарата холекальциферола, в обеих группах наблюдался положительный результат, который состоял в значительном уменьшении детей с дефицитом и недостаточностью витамина D. Который был более выражен у детей II группы на фоне дифференцированного лечения. Так частота детей с дефицитом витамина D уменьшилась от 73,5% до 6,1% ($p < 0,001$), а в I группе с 72,4% до 8,5% ($p < 0,001$). У детей II группы частота детей с нормальными показателями составила 73,5%, что приблизилось к показателям нормы и было статистически не различимо с контролем ($p > 0,5$), тогда как у детей I группы референсные показатели наблюдались у 55,3%, что было статистически меньше по сравнению с контролем ($p < 0,02$). По итогам курса коррекции уровень витамина D сыворотки крови статистически повысился в обеих группах по сравнению с первичным обследованием, в I группе медиана витамина D не смотря на низкий уровень только приближенный к референсным значениям $29,87 \pm 0,98$ нг/мл, был статистически достоверен по сравнению с первичным обследованием ($p < 0,001$), во II группе после дифференцированного лечения медиана находилась в пределах нормы $32,83 \pm 0,89$ нг/мл ($p < 0,001$).

Вывод: Применение холекальциферола в зависимости от массы тела в течении 3х месяцев приводит к нормализации уровня витамина D у детей с ожирением различной степени.

Байгазинова Д.А, Николайцев А. А., Шакеева А.Р.
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ
ПОСТГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИОННОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ
Кафедра Детской хирургии НАО «Медицинский университет Астана». Казахстан.
Научный руководитель - к.м.н. Кузьмин В.Д.

Цель исследования. Оценить результативность и повысить эффективность лечения детей с окклюзионной гидроцефалией, возникающей на фоне внутрижелудочкового кровоизлияния

Материал и методы. 101 пациент с окклюзионной гидроцефалией, возникающей на фоне внутрижелудочкового кровоизлияния, находившихся на стационарном лечении в период с 2012 по 2022 г.г.

Участники исследования были разделены на 4 группы: 2 основные и 2 контрольные группы.

В первой основной группе (20 детей), был использован инновационный разработанный комбинированный способ лечения на этапе вентрикулосубгалеального дренирования (ВСГД) в сочетании с введением в субгалеальный карман тромболитических средств и дозированным увеличением внутричерепного давления. Набор детей производился с ноября 2016 г. по апрель 2018 г. Вторую основную группу составили 14 пациентов с 2019 по настоящее время, которым был использован созданный нами метод вентрикулосубгалеального дренирования с использованием латекса для предотвращения залипания кармана (пред. патент РК № 13155 от 12.11.2020 г.), что позволило продлить его функционирование, увеличить возрастные группы для которых данное лечение доступно.

В контрольных группах рассматривались показатели 29 и 38 детей, которые получали традиционные оперативные методы: вентрикулярные пункции, наружное дренирование по Арндту, подкожный резервуар Оммаи, вентрикулосубгалеальное дренирование с последующим вентрикулоперитонеальным шунтированием.

Результаты исследования. Дифференцированный подход к выбору традиционных и разработанных методов лечения постгеморрагической окклюзионной гидроцефалии у детей раннего возраста позволил значительно уменьшить процент осложнений с 68 до 22, а также увеличилось количество случаев разрешившейся гидроцефалии с 3% до 37%.

Выводы. Проведенный анализ позволяет сделать вывод о перспективности данной хирургической тактики в отношении лечения постгеморрагической гидроцефалии, развившейся на фоне ВЖК.

Баймурзина Н.Г.
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ
ВСПЫШКИ

Кафедра детских инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Саидмуродова Г.М.

Цель исследования. Изучение клинического течения вирусного гепатита А в период эпидемической вспышки.

Материал и методы. Диагноз ВГА был выставлен на основании данных эпидемиологических исследований, клиники с изменениями биохимических параметров, а также определения антител к ВГА (анти-HAV IgM) иммуноферментным методом (ИФА).

Результаты исследования. Под наблюдением находилось 72 (17,5%) больных с ВГА из числа (412) госпитализированных детей. Заболевание чаще 48 (66,7%) отмечено у неорганизованных детей, чем у организованных 24 (33,3%), в основном у детей в возрасте от года до 4 –х лет 44 (61,1%), чем у 5 - 9 лет 17 (23,6%) и старшего возраста 11 (15,3%). Длительность инкубационного периода составила от 15 до 45 дней, продрома от 4 до 8 дней и у большинства 65 (90,3%) имело острое начало с выраженным синдромом интоксикации, в виде лихорадки до $38-40^{\circ}\text{C}$ в течение 1–3 суток, причём дети жаловались на головную боль 58 (89,2%), синдромом диспепсии со снижением аппетита 54 (83,1%) и появлением горького вкуса во рту и дурного запаха изо рта 36 (55,4%), тошноты 35 (53,8%), чувства тяжести в эпигастриальной области 32 (49,2%), боли в правом подреберье 25 (38,5%), а у 25 (34,7%) детей отмечена многократная рвота, а также, у 15 (20,8%) детей метеоризм, у 19 (26,4%) детей запоры. У большинства 42 (58,3%) выявлен астено-вегетативный синдром с характерной раздражительностью и повышенной нервозностью, у 39 (54,2%) капризностью и потерей интереса к играм, у 26 (36,1%) детей нарушением сна в виде инверсии сна. К концу преджелтушного периода

у всех детей отмечалась цветом тёмного пива моча, у большинства 53(73,6%) -жидкий ахоличный стул. Продолжительность периода у всех детей разгара составлял с ВГА в среднем 2–3 недели. Следует отметить, что желтуха у детей с ВГА появилась внезапно, в течение 1–2 суток "за одну ночь" и с появлением желтушного синдрома у большинства 69(95,8%) детей отмечалось улучшение общего самочувствия, что служит важным дифференциально-диагностическим признаком ВГА. Желтушное окрашивание у большинства 70(97,2%) детей появилась на слизистой оболочке полости рта (уздечка языка, твёрдое небо), позже на склерах, на коже и нарастала быстро, достигая обычно максимума за 3 – 5 дней, в последующие 5 – 10 дней держалась на одном уровне, а затем интенсивность желтухи уменьшалась через 2–3 суток и исчезала через 7–10 суток. В желтушном периоде почти у всех детей отмечалась астения увеличение печени, причём у 55(76,4%) детей болезненной при пальпации, у 11(15,3%) детей увеличение селезёнки, а у 45(62,5%) детей умеренная брадикардия и понижение артериального давления, у 35(48,6%) глухость сердечных тонов, у 23(31,9%) детей обложенность языка. У всех детей отмечалось повышение общего билирубина, причём у 42(58,3%) в пределах 85-190 мкмоль чл., у 30(41,7%) мкмоль чл. с преимущественным повышением уровня связанного билирубина, активности щелочной фосфатазы выше 105 Едл, а также уменьшением (исчезновением) уробилиновых тел в моче.

Выводы. Таким образом, в период эпидемической вспышки, ВГА чаще (66,7%) зарегистрирован у неорганизованных детей, у детей от года до 4-х лет (61,1%) и в большинстве (90,3%) случаев клинически проявлялась острым началом болезни и выраженным синдромом интоксикации, протекала наиболее чаще (58,3%) в тяжёлой и среднетяжёлой (41,7%) формах болезни.

Бакоев Ф.С.

ДЕТИ С ОЖИРЕНИЕМ И ДЕФИЦИТОМ ВИТАМИНА Д

Кафедра детских болезней №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Научный руководитель - д.м.н., проф. Додхоев Д.С.

Цель исследования. Оценить влияние недостаточности витамина Д на ожирение подростков.

Материалы и методы исследования. Было исследовано 48 подростков с признаками ожирения различной степени. Им проводились антропометрические измерения, проводился расчет питания и определялся витамин Д. Дети были разделены на 2 группы. Первая группа это 36 детей с низкой степенью недостаточности витамина Д (8-22), и 12 детей со средними значениями витамина Д (25-36). Этим детям проводили обследование: общие анализы крови, мочи кала, определялся уровень витамина Д, и степень ожирения.

Результаты исследования. У всех детей отмечалось ожирение разной степени и показало высокую распространенность у них дефицита витамина D и у 13 детей отмечалось высокое артериальное давление. У всех детей проявлялись симптомы: головные боли, снижение концентрации внимания и общего тонуса пациента, а также клиничко-метаболические показатели. отличались. Анализ выявил, что более низкие уровни витамина D связаны с более высокой степенью ожирения, а также повышение уровня ПТГ. Снижение уровня витамина D в зависимости от их веса, и это соотношение вернулось к норме только после потери веса на 2, 1% у 55,0% детей. Провели коррекцию недостаточности витамина D у подростков (30) препаратом Линда Д 3 в капсулах по 60000. Была изучена взаимосвязь между ПТГ и витамином D у 30 детей с ожирением до и после потери веса. Исследователи обнаружили повышение уровня ПТГ и снижение уровня витамина D в зависимости от их веса, и это соотношение вернулось к норме после потери веса.

Вывод. Исследования показали, что уровень витамина D в сыворотке обратно пропорционален статусу ожирения, но большинство исследований витамина D и жировой ткани указывали на отрицательную тенденцию в их взаимосвязи, что подтверждается исследованиями детей из разных стран во всем мире.

Бакоев Ф.С.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ В ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ ТАДЖИКИСТАНА ЗА ПОСЛЕДНИЕ 5 ЛЕТ

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

Научный руководитель – д.м.н., профессор Додхоев Д.С.

Цель исследования. Изучить распространённость ожирения среди городских и сельских детей Республики Таджикистан за последние 5 лет.

Материал и методы. Для анализа распространённости ожирения использовались материалы Центра медицинской статистики при Правительстве Республики Таджикистан. Выборка включала детей в диапазоне до 14 лет. Данные охватывали период с 2017 по 2021 годы. Анализ данных проводился методом описательной статистики с выявлением количества на 10 000 детей в возрасте до 14 лет.

Результаты исследования. Анализ данных показал, что распространённость ожирения среди детей в городских условиях значительно выше, чем в сельских районах. В 2017 году в городах показатель составлял 50,1 на 10 000, тогда как в сёлах – 18,2 на 10 000. Эта тенденция сохранялась в течение всего исследуемого периода. Так, в 2018 году в городах было 61,2 детей с ожирением, а в сельской местности 19,2 на 10 000, в 2019 году – 77,3 и 36,6 на 10 000 соответственно, 2020 – 110,5 и 52,3 на 10 000 соответственно. В 2021 году среди городских детей показатель ожирения достиг 185,9 на 10 000, в то время как в сельской местности – 62,7 на 10 000, что указывает на значительное различие ожирения между городскими и сельскими детьми. Данный факт свидетельствует о том, что, вероятно, на детей из городской и сельской популяции воздействуют различные факторы, приводящие к ожирению.

Распространенность ожирения среди девочек также была выше в городской популяции, чем среди

сельских жителей. В 2021 году было выявлено ожирение у 219,7 на 10 000 городских девочек, тогда как в сельской местности – всего 62,2 на 10 000 девочек. Схожая ситуация наблюдалась и среди мальчиков: в городской популяции ожирение встречалось чаще, чем в сельской. В 2021 году 116,1 на 10 000 городских мальчиков имело ожирение, тогда как в сельской местности оно составило 63,7 на 10 000. Это указывает на наличие существенных различий между городскими и сельскими районами также среди мальчиков. Также необходимо отметить, что в городской популяции количество девочек с ожирением больше, чем мальчиков (219,7 против 116,1 на 10 000 соответственно), в то время как в сельской местности количество девочек и мальчиков с признаками ожирения были практически одинаковыми (62,2 против 63,7 на 10 000 соответственно). Полученные данные свидетельствуют о том, что факторы, влияющие на ожирение в сельской местности и для девочек, и для мальчиков могут быть одинаковыми, тогда как в городской популяции на девочек и мальчиков, вероятно, могут влиять различные факторы.

Выводы. Таким образом, данное исследование выявило различия в распространенности ожирения среди детей, проживающих в городской и сельской местности Республики Таджикистан. Городская популяция демонстрирует более высокий уровень ожирения по сравнению с сельской. В тоже время, если среди сельских детей количество мальчиков и количество девочек с ожирением оказалось, практически, одинаковым, то в городских условиях, количество девочек с ожирением почти в 2 раза превышало количество мальчиков. Полученные результаты требуют более подробного изучения факторов риска по развитию ожирения у детей, как в городских условиях, так и в сельских.

Батуева Д.И.

ОТНОШЕНИЕ К ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ: ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ

Кафедра поликлинической педиатрии и профилактики детских болезней ФГБОУ ВО ИГМА

Научный руководитель – к.м.н., Ботникова Елена Аркадьевна

Цель исследования. Проведение сравнительного анализа результатов онлайн-опросов по отношению населения к вакцинопрофилактике проведенных в 2016 и 2023 годах.

Материал и методы. Новые информационные технологии активно внедряются во все сферы жизни, в том числе и в медицину. Метод анкетирования в виде онлайн-опроса отличается оперативностью сбора информации, активным участием заинтересованных лиц, легкостью обработки поступившей информации и т.д. Была создана электронная анкета с помощью одной из форм Интернет-сервиса в виде Веб-страницы, доступной для широкого круга пользователей по отношению к вакцинопрофилактике детей. В 2016 году было опрошено 200 человек, они составили I группу, в 2023 году – 104 человек, вошедших во II группу. Большинство, 52,7±8,3% интервьюентов оказались женщинами детородного, 25-35-летнего возраста, имеющими 1-2 детей.

Результаты исследования. В I группе 77,2±3,0% респондентов своевременно осуществляли вакцинацию детей, во II группе – 94,6±2,2%, $p<0,01$. Отказывались от вакцинации – 22,8±3,0% и 5,4±2,2%, $p<0,01$, родителей, соответственно. Возможно на результаты опроса, проведенного в 2023 году, оказала влияние информация о необходимости вакцинации против Covid-19 (с 2021г.), проводимую у взрослой части населения. Вакцинировали детей согласно рекомендациям медицинских работников 83,0±2,7% опрошенных I группы и 85,0±3,5% из II группы, что свидетельствовало о ведущей роли участковой службы в плановой вакцинопрофилактике. В настоящее время врач-педиатр имеет достаточно возможностей для индивидуального подхода к пациентам с нарушениями состояния здоровья: использование комбинированных вакцинальных препаратов; со сниженным количеством вводимого антигена; проведением курса лечения перед постановкой вакцины и др.; особенно с использованием методического письма по «догоняющей» вакцинации (2020г.). В I группе 14,0±2,4% опрошенных указали на страх развития осложнений после вакцинации, а во II группе – третья часть «отказников», 34,6±4,7% посчитали вакцинацию «вредной для здоровья ребенка». Увеличение доли таких родителей сопряжено с недостаточностью достоверной информированности родителей по поствакцинальным реакциям и осложнениям. Респонденты обеих групп показали хорошую осведомленность о высоком риске инфекционных заболеваний без своевременной вакцинации, 83,0±2,7% и 86,1±3,4% соответственно. В обеих группах родители большое значение придают неспецифической профилактике, 86,4±2,8% и 91,2±2,2% опрошенных, а 44,1±3,5% родителей I группы и 64,1±4,7% родителей II группы готовы к восприимчивости информации именно от педиатров.

Выводы. Вакцинопрофилактика остается ведущим звеном в профилактической работе врачей первичной сети здравоохранения. Санпросветработы врача-педиатра, начиная с лекций, проводимых для беременных женщин, должна включать аргументы в пользу плановой, своевременной вакцинации детей по приказу МЗ РФ № 1122 от 06.12.2021г. Согласно данным онлайн-опроса, выявлена тенденция к сокращению доли «антипрививочников», 22,8±3,0% против 5,4±2,2%, $p<0,01$. Однако остается высокой доля детей, родители которых откладывали вакцинацию по причинам «страхов», в основном, необоснованным (34,6±4,7%). По данным опроса можно сделать вывод о том, что остается необходимость в квалифицированной информационной поддержке родителей по вопросам активной иммунизации.

Бектилова Д.Т.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.

Кафедра ОВП № 2 НАО КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Казахстан

Научный руководитель – к.м.н, доцент Давлетгильдеева З.Г.

Научный руководитель – к.м.н, доцент Кошербеков Е.Т.

Цель исследования: Оценка состояния соматического статуса детей грудного возраста, родившихся от женщин, перенесших коронавирусную инфекцию (штамм «Омикрон») во время беременности.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ выписок из историй развития 43 детей в возрасте от 1 до 12 месяцев, рожденных от женщин, перенесших коронавирусную инфекцию на разных сроках гестации за период 2021 – 2022 гг. Статистический анализ данных был произведен с применением критерия Шапиро-Уилка, анализа парных корреляций Пирсона, метода парной корреляции Спирмена.

Результаты исследования: соматический статус оценивался на основании антропометрических данных при рождении и в динамике, по результатам клинико - инструментальных методов исследования (РОГК, ЭКГ, ЭХОКГ, НСГ).

По результатам исследования, выявлено, что в 25% случаев беременные женщины перенесли коронавирусную инфекцию в 1 триместре, 15% во 2 триместре и 60% случаев пришлось на 3 триместр. Бессимптомное течение SARS-CoV-2 отмечалось у 20% беременных, у 58% женщин была диагностирована легкая степень течения данной инфекции и в 22% отмечалась тяжелая степень с реализацией Covid-ассоциированной пневмонии различной степени поражения легких. В 49% случаев родоразрешение было путем проведения кесарева сечения и 51% беременностей завершились физиологическими родами.

Оценка соматического статуса и морфофункциональных характеристик детей, показала, что средняя масса при рождении составила 2290 г, средний рост 45,3 см. 25% новорожденных родились недоношенными, до 36 недель беременности. Анализ данных оценки состояния здоровья выявил, что у 46,5% детей были диагностированы перинатальные поражения ЦНС (из них 85% гипоксически-ишемическая энцефалопатия, 15% врожденные пороки развития ЦНС); у 55% детей врожденные аномалии органов кровообращения (из них 2% врожденные кардиты, 98% врожденные пороки сердца и малые аномалии развития сердца); у 28% детей отмечалась патологическая желтуха длительностью более одного месяца; у 11,6% детей диагностированы внутриутробные инфекции; в 9,3% наблюдений диагностированы врожденные пороки развития других систем (костно-суставной, желудочно-кишечного тракта); в 2,3% случаев диагностированы генетические отклонения в виде синдрома Дауна. У 69,7% детей отмечались инфекционно – воспалительные заболевания, преимущественно дыхательной системы (пневмонии, бронхиты, случаи коронавирусной инфекции).

Анализ связи между тяжестью течения перенесенной SARS-CoV-2 инфекции у беременных женщин и проявлением соматической патологии у детей, выявил прямую связь (коэффициент парной корреляции Спирмена $r=0,364$), сила связи (по шкале Чеддока) – умеренная. Зависимость признаков статистически значима ($p<0,05$).

Выводы: Таким образом, результаты исследования показали, что у женщин, перенесших коронавирусную инфекцию во время беременности выше риск преждевременных родов. Частота перинатальных осложнений была выше у новорожденных, матери которых перенесли коронавирусную инфекцию в I триместре. У новорожденных детей от женщин, перенесших коронавирусную инфекцию в III триместре, значительно чаще регистрировались острые инфекционно - воспалительные заболевания в раннем неонатальном периоде. Между тяжестью перенесенной коронавирусной инфекции у беременных и отклонениями в соматическом статусе у детей, прослеживается умеренная связь. В результате нарушения ранней неонатальной адаптации дети больше подвержены острым инфекционно – воспалительным заболеваниям.

Бобоева Б.Ю., Курбонова Р.Н.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У ДЕТЕЙ

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

Научный руководитель – ассистент Курбонов Н.Б.

Цель исследования. Изучить клинические и иммунологические особенности течения анафилактического шока у детей.

Материал и методы. Проведено клинико-иммунологическое обследование 10 детей с анафилактическим шоком.

Результаты исследования. Возраст обследуемых больных: до 3 лет - 2 ребенка, от 3 до 5 лет - 3, от 5 до 7 лет - 2, от 7 до 11 лет - 2, от 11 до 14 лет – 1; из них мальчиков было 4, девочек - 6. В этиологической структуре анафилактического шока основное место занимали антибиотик цефалоспоринового ряда. Анафилактический шок развился у 5 больных после внутривенного, у 5 - после внутримышечного введения лекарственных препаратов.

Из 10 наблюдаемых больных у 5 отмечена отягощенная наследственность аллергическими заболеваниями, у 9 родители страдали лекарственной непереносимостью. Симптомы анафилактического шока возникали в течение от нескольких секунд до 1 часа после введения препарата. По данным наших наблюдений, чем раньше развивается анафилактический шок, тем тяжелее его течение и исход.

У 5 наблюдаемых нами больных отмечено тяжелое течение анафилактического шока. У этих детей развилась острая сосудистая недостаточность в виде обморока, появления тонико-клонических судорог, непроизвольного мочеиспускания и дефекации. У 2 больных отмечено западение языка, артериальное давление и пульс не определялись. Тоны сердца иногда едва выслушивались, при аускультации - в легких масса сухих и влажных хрипов, в большинстве случаев развивалась картина отека легкого. Кожа по всему телу синюшная, иногда землянистая, с мраморным оттенком, на ощупь очень холодная, особенно на нижних конечностях. Особо следует отметить, что анафилактический шок у больных детей с паратрофией протекает наиболее тяжело. Из 3 наблюдаемых нами детей двое были с паратрофией. При умелом и своевременном оказании неотложной медицинской помощи эти пациенты выходили из критического состояния максимум в течение 2,5 часов.

Некоторые авторы выделяют клинические разновидности анафилактического шока: гемодинамический, асфиктический, церебральный и абдоминальный.

У детей, перенесших анафилактический шок показатели общего IgE составили 400 мг/л. IgA при анафилактическом шоке был равен $0,28 \pm 0,03$, то есть, в 2,6 раза меньше по отношению к контрольной группе (норма $0,72 \pm 0,02$); IgM $0,84 \pm 0,07$ (норма $0,94 \pm 0,03$); IgG $6,83 \pm 0,71$, $p < 0,01$. Содержание IgM у больных с анафилактическим шоком уменьшено, что статистически достоверно по отношению к контрольной группе. Концентрация IgG была значимо снижена при анафилактическом шоке, что статистически достоверно по отношению к контрольной группе ($p < 0,001$) (норма IgG $8,49 \pm 0,12$). При анафилактическом шоке показатель циркулирующих иммунных комплексов ($1,6 \pm 0,05$) почти в 2 раза снижен, по сравнению с контрольной группой (норма $2,50 \pm 0,24$). Показатели клеточного иммунитета при анафилактическом шоке (Т-лимфоциты) $42,8 \pm 0,99$ т.е. снижены, по отношению к контрольной группе (в норме $58,5 \pm 1,50$) ($p < 0,001$).

Выводы. Судя по полученным нами данным о клеточно-гуморальном иммунитете, можно предположить, что при анафилактическом шоке происходят более серьезные нарушения в системе иммунитета больных с развитием дисиммуноглобулинемии, а также значительное снижение содержания в крови Т-лимфоцитов.

Бобоева С.Х., Бобоев Б.Н., Турובה З.Н.

ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

Кафедра педиатрии ГОУ ХГМУ. Таджикистан.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Кузубаева Н.К.

Цель исследования. Изучение показателей заболеваемости детей низкой массы тела в течение первых трёх лет жизни.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 213 детей и неонатальном отделении районной больницы района Дангара, рожденных с весом 1500 граммов и менее в возрасте от 1 месяцев до 3 лет, из них 59 детей первого года жизни.

Результаты исследования. Анализ показал, что 89 (41,8%) детей имели малый вес к сроку гестации при рождении. От многоплодной беременности родилось 28 (13,1%) детей. С диагнозом бронхолегочная дисплазия наблюдается 135 детей, при этом явления хронической дыхательной недостаточности отмечаются у 17 (28,8%) детей первого года жизни и 5 (3,2%) - второго года. Перинатальные поражения центральной нервной системы в форме грубой задержки психомоторного развития диагностируются у 34 (15,9%) детей. Снижение физического развития отмечено у 19 (32,2%) детей до года. Ранняя анемия недоношенных на первом году жизни регистрировалась у 35 (59,3%), уменьшаясь до 9,1% (14) с 1 до 3 лет. Ретинопатии недоношенных тяжелой степени отмечались у 21,1% (45) детей.

Выводы. Таким образом, у глубоко недоношенных детей в раннем возрасте наиболее часто отмечаются бронхолегочная дисплазия, анемия, гипотрофия, перинатальная патология центральной нервной системы, имеющиеся отклонения, своевременно проводить корректирующие мероприятия.

Боев Б.Х., Кодиров А.Х.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ИНГИБИТОРНОЙ ФОРМЫ ГЕМОФИЛИИ В РТ

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Изучить современные методы лечения ингибиторной формы гемофилии у детей в Таджикистане.

Материал и методы. Под нашим наблюдением за период с 2020 по 2022 год в детском гематологическом отделении НМЦ «Шифобахш» находилось 324 пациента с наследственной коагулопатией. В структуре заболеваемости этих пациентов первое место занимает гемофилия А-189 (58,3%), второе место гемофилия В-57 (17,6%), и третье место болезнь Виллебранда 17 (6,3%). Из общего количества больных, 7 детей страдали ингибиторной формой гемофилии. Всем пациентам были проведены комплексные лабораторно-инструментальные методы исследования: гемограмма (RBC- $1,8-3,3 \times 10^{12}$ /л, HGB-66г/л, HCT-20.5%, MCV-65.0фл, MCH-19.0пг, PLT- 293×10^9 /л, MPV-10.0фл, PCT-2.94мл/л, WBC- $5,60 \times 10^9$ /л, СТЭ-19мм/ч), биохимия крови (общий билирубин-16.0мкмоль/л, АлАт-28ед/л, АсАт-20ед/л), коагулограмма (АЧТВ-43с, ПВ-23с, ПТИ-69.5%, МНО-1.43, фибрин-11мг, фибриноген-2.75г/л), определения дефицита факторов свертываемости крови-VIII-фактор (2%), IX-фактор(22%) и VIII_в-фактор Виллебранда (73%), общий анализ мочи (белок-0,033%, лейкоциты-7-8в.п.з.) и кала. Для постановки диагноза ингибиторной формы гемофилии использовали метод Бетезда в модификации Нимегена. Данный анализ позволяет выявить ингибитор к факторам свертываемости крови и его титр. (в РФ). Титр =и более 0.6Бетезда (БЕ).

Результаты исследования. Из 324 пациентов, 7 (2,1%) пациентов были с ингибиторной формой гемофилии. Данные пациенты поступали в отделение в тяжелом состоянии, с выраженным геморрагическим синдромом, который имел рецидивирующее и плохо купирующее течение. Это проявлялось профузными кровотечениями из носа, десен, жкт, кровотечениями в крупные и мелкие суставы, межмышечными и субфасциальными гематомами и кровоизлияниями в склеру и в вещество головного мозга. Геморрагический синдром в свою очередь осложнялся анемией средней и тяжелой степени тяжести, который проявлялся бледностью кожных покровов и слизистых оболочек, слабостью, быстрой утомляемостью, тахикардией, тахипноэ, снижением аппетита, отказом от еды. Кровоизлияние в вещество головного мозга вызвало судорожный синдром. Лечение таких пациентов представляло трудную задачу, поскольку обычные дозы антигемофильных факторов не оказывали должного эффекта. Приходилось увеличивать дозировку препарата в 2-3 раза. Дополнительно к проводимой терапии, был подключен препарат

эмицизумаб, являющийся моноклональным антителом IgG4. На фоне проводимой терапии, геморрагический синдром купировался и, соответственно, состояние пациентов улучшалось.

Выводы. Таким образом, после проведения нашего исследования можно утверждать, что проводимая терапия традиционными препаратами в сочетании с препаратом эмицизумабом показала себя наиболее эффективным методом лечения ингибиторной формы гемофилии.

Болтаева Д. В., Мирсодикова Р. М., Саидмахмудова К. С.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЧЕК

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии Самаркандского государственного медицинского университета. Узбекистан.

Научный руководитель – ассистент Мамедов А.Н.

Цель исследования: изучить литературу, связанную с ультразвуковым исследованием почек.

Материалы и методы исследования. Нами проанализированы следующие литературы: Л.О.Глазун и Е.В. Полухина «Ультразвуковое исследования заболеваний почек»,

С.В.Капустин, Р.Оуен, С.И.Пиманов «Ультразвуковое исследование в урологии и нефрологии», Г.Е.Труфанова, В.В. Рязанова «Практическая ультразвуковая диагностика».

Результаты исследования. Ультразвуковое сканирование почек стандартно проводят при положении больного лежа на спине. Изменение позы требуется при подозрении на нефроптоз. Предварительно на кожу врач наносит специальный гипоаллергенный гель, улучшающий скольжение и контакт датчика с телом. Во время процедуры доктор исследует почки в продольной и поперечной плоскостях сканирования. Легкое надавливание на преобразователь может усиливать неприятные ощущения при остром воспалительном процессе, почечной колике. Рутинное обследование практически безболезненно. Если визуализации почек препятствует кишечный газ, доктор может попросить больного лечь на бок или живот. Длительность процедуры индивидуальна, в среднем составляет 15-25 минут. Если запланировано посмотреть органы малого таза - временные затраты больше. По показаниям может быть выполнено УЗИ мочевого пузыря с контролем остаточной мочи. Сканирование проводят дважды: с наполненным органом и после опорожнения. Во время осмотра врач вносит данные в протокол исследования, после завершения процедуры результат отдают пациенту на руки. Заключение специалиста ультразвуковой диагностики носит описательный характер, окончательный диагноз определяет лечащий врач с учетом всех имеющихся данных. Длина органа у взрослого в норме составляет 10-12 см, правая почка немного длиннее левой. Размер варьирует с ростом и возрастом. Толщина коры составляет 7-10 мм, паренхимы - 15-20 мм. Часто встречающиеся варианты отклонений от нормы: Врожденные аномалии – одна почка (односторонняя аплазия) или удвоение почки (добавочный орган, чаще, с одной стороны); утрата парности вследствие хирургического удаления одного из органов; опущение почек (нефроптоз) вплоть до дистопии (нетипичного расположения органов в малом тазу); увеличение толщины паренхиматозной ткани – воспаление или отек, уменьшение – дистрофия органа и т.д.

Выводы. Таким образом, ультразвуковое исследование почек позволяет выявить патологии на ранних стадиях и избежать возможных осложнений для здоровья.

Виноградова А.П.

РЕДКИЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ПНЕВМОНИИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кафедра госпитальной педиатрии ОрГМУ, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Карпова Е.Г.

Цель исследования: описать клинический случай внебольничной полисегментарной пневмонии у ребенка

Материалы и методы. Анализ медицинской карты стационарного больного.

Результаты. Мальчик Н., 9 лет, поступил в детский стационар 29.07.2022 года с жалобами на Т 38,3°C, боли в грудной клетке. Заболел через неделю после возвращения из спортивного лагеря. Редко болел ОРВИ, привит по возрасту.

Объективно состояние тяжелое, Т 38°C, SatO₂ 97%, бледность кожи, периорбитальные тени, одышка Грудная клетка симметричная, болезненная при пальпации. Притупление легочного звука слева ниже угла лопатки, там же – ослабленное дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД 22 в мин. Тоны сердца приглушены, тахикардия до 120 в мин.

В ОАК - лейкоцитоз, нейтрофилез, СОЭ 65 мм/ч, БАК – СРБ 60,7мм/мл, ПКТ 7,2.

На рентгенографии ОГК от 29.07.2022 признаки левосторонней нижнедолевой пневмонии. Проводимая антибактериальная терапия неэффективна - отрицательная Rg-динамика: признаки плеврального выпота слева (уровень затемнения по среднеключичной линии -II ребро, затем III). Самочувствие улучшалось, но сохранялся субфебрилитет, отмечалась слабая положительная динамика по данным Rg-графии (05.09.23г) и КТ ОГК (08.08.23г).

По данным ЭХО-КС (19.08.23г.) выявлен выпот в перикарде по верхушке 6 мм, кардиологом выставлен реактивный перикардит.

В посевах мокроты были обнаружены: Streptococcus viridans, Streptococcus негемолитический, Staphylococcus saprophyticus, позднее были обнаружены Enterococcus, Neisseria species, Corynebacterium.

Дважды консультирован фтизиатром, проведена проба Манту и ДСТ, исследована мокрота на микобактерии туберкулеза (посев и ПЦР) - специфический процесс исключен.

Неоднократно консультирован с Федеральным центром (Санкт-Петербург), тактика ведения и лечения согласованы. В связи с длительным субфебрилитетом, слабой положительной динамикой на фоне антибактериальной

терапии повторно проведен посев мокроты (НИЦ ОрГМУ), в котором выявлены нетипичные редкие возбудители - *Granulicatella adiacens* 10*5, *Streptococcus mitis* 10*5, *Streptococcus parasanguinis* 10*4, *Candida glabrata* 10*2.

Переведен в ОДКБ с диагнозом «Внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония тяжелой степени тяжести, осложненная метапневмоническим плевритом, ДН2ст. Реактивный перикардит. Бак.диагноз: *Granulicatella adiacens*». Клинически сохранялась слабость, ослабленное дыхание в легких, единичные мелкопузырчатые хрипы слева, легкая одышка при физической нагрузке.

Антибактериальная терапия (за весь период заболевания): в/в капельно - меропенем, ванкомицин, амикацин, фосфомицин, цефоперазон, линезолид, флюконазол, цефепим. Выписан 10.10.22г в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Затяжное течение тяжелой ВП у ребенка-школьника, осложненной метапневмоническим плевритом и протекающей с реактивным перикардитом, вероятно, обусловлено нетипичным редким возбудителем *Granulicatella adiacens*.

Гайратова Н.Н., Содиков Н.М., Акбаров Ю.А.

ПСИХОГИГИЕНА СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ ДАНГАРИНСКОГО РАЙОНА

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Н.Н. Ходжаева

Цель исследования. Выявить клинические признаки синдрома «эмоционального выгорания» у семейных врачей сельской местности, а также факторы, влияющие на его возникновение.

Материалы и методы исследования. В работе была использована тестовая методика на выявление эмоционального выгорания по В. В. Бойко. Методика позволяет диагностировать ведущие симптомы «эмоционального выгорания» и определить, к какой фазе развития стресса они относятся: «напряжения», «резистенции», «истощения». Произведено анкетирование опросниками с использованием авторской анкеты «Методика диагностики уровня эмоционального выгорания (В.В. Бойко)». Обследованы 150 семейных врачей сельской местности. Статистический анализ данных проводился с помощью пакета прикладных программ «Microsoft Excel».

Результаты исследования. Было выявлено, что 70% врачей отмечают высокий уровень профессионального выгорания. В результате исследования у 20 семейных врачей сформированная фаза напряжения была диагностирована у 45%, сформированная фаза резистенции – у 35%, сформированная фаза истощения – у 50% медработников. Выявлена средняя корреляция уровня эмоционального выгорания с показателями депрессии и качества жизни врачей.

Выводы. Проведённые нами исследования показывают, что у около 50% семейных врачей обнаружен синдром «эмоционального выгорания». К ключевым факторам, влияющими на психогигиену врача относят: индивидуально-психический характер, организацию труда, здоровый образ жизни и высокую распространенность само и индивидуального лечения.

Гайратова Н.Н., Султонбеков Н.С., Содиков Н.М.

ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ ХГМУ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Н.Н.Ходжаева

Цель исследования. В данной работе мы рассмотрели влияние образа жизни на здоровье студентов Хатлонского государственного медицинского университета в зависимости от их образа жизни.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 75 студентов 3-4-курса трех факультетов ХГМУ. В ходе исследования мы провели анамнестические и анатомо – физиологические обследования.

Результаты исследования. Возраст студентов, участвующих в исследовании составил 22 года. Среди них 32 (42,7%) составили девушки, а 43 (57,3%) парни. Все студенты, которых мы выбрали для проведения исследования были распределены на две группы: 1. Студенты, которые болели реже: 42 (56%) человек. 2. Студенты, которые болели часто: 33 (44%) человека. Наше наблюдение показало, что в группе студентов болеющих реже доля лиц мужского пола составляет 20 (26,7%), а в группе часто болеющих студентов - 10 (13,3%). Из группы часто болеющих, доля студентов педиатрического и медицинского факультета, которые жили в общежитиях или жили в квартирах с низкими материальными удобствами, с нерациональным питанием, большими учебными нагрузками были 42 (56%) человека. Начиная с третьего курса, частота заболеваний уменьшилась, что, связано с уменьшением учебной нагрузки, были рациональным питанием и обеспечением нормальных материально-жилищных условий.

Выводы. Таким образом, проведенное нами исследование показывает, что образ жизни студентов имеет огромное значение для здоровья обучающихся и является прямым показателем здоровья и заболеваемости.

Гафурова П.А., Рахматова М. З., Хамидова С.Н.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НОВОРОЖДЁННЫХ В НМЦ «ШИФОБАХШ»

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Изучить эффективность лечения гемолитической болезни новорождённых.

Материалы и методы. В детском неонатальном отделении НМЦ «Шифобахш» с 2022 по 2023 год было обследовано 28 детей в возрасте от одного дня жизни до 16-и дней с диагнозом: Гемолитическая болезнь

новорождённых Были проведены следующие методы исследования: общий анализ крови, биохимия крови, билирубин и его фракции, коагулограмма, железо, ферритин, гепатиты В и С, ВИЧ-СПИД, общий анализ мочи и кала, УЗИ печени и селезёнки.

Результаты исследования. Под нашим наблюдением находилось 28 пациентов, 16 (57,15 %) – с резус конфликтами, 12 (42,85 %) – с групповой несовместимостью. Состояние пациентов было тяжелым и крайне тяжелым, сопровождалось выраженным желтушным, анемическим, интоксикационным синдромами и проявлениями билирубиновой энцефалопатии. Клиническое состояние новорождённых характеризовалось высокой температурой, беспокойством, снижением аппетита, желтушностью кожных покровов, которое соответствовало шкале Крамера 1-5 зоны, наблюдалось увеличение печени и селезёнки.

Результаты лабораторно-инструментальных данных: общий анализ крови RBC 2,3 - 6,1 x10¹², HGB 93 – 189 г/л, HCT 0,8 - 34%, WBC 8,0 – 18,0, 1x10⁹, NEUT 4 - 53-70 %, MONO 2,0 - 6,4%, LYM 40 -56 %, EO 0,3 - 2,1%, PLT 80-95,0x10⁹. Биохимия крови :общий белок 39 – 51 г/л, общий билирубин 384-567 мкмоль/л, билирубин свободный 195.0-59,283,0 мкмоль/л, билирубин связанный 139,6 - 178,0 мкмоль/л, АЛАТ 30 - 143,0 ед/л, АСАТ 20,0 - 108,0 ед/л: Коагулограмма: АВР – 40 – 78%, фибрин 10 - 32,0, фибриноген 333,2 - 666,0, т/т 4 - 7ст, , железо-37,0мкмоль/л , ферритин-2137нг/л , гепатиты В и С, ВИЧ-СПИД- отрицательные, Общий анализ мочи:белок 0,099 - 0,156 %, WBC 2 - 24 в.п.з., RBC 1 - 7 в.п.з.Лечение:В лечении использовалось два подхода —консервативный и оперативный.Консервативной метод включал в себя фототерапию симптоматическую и инфузионную терапию с внутривенными иммуноглобулинами, второй— заменное переливание крови. .

Выводы. Наше исследование подтверждает, что средний показатель выживаемости новорождённых с гемолитической болезнью, которым было проведено заменное переливание крови, составляет около 89,7 %, что согласуется с литературными данными.

Гисова М.М., Исмаев Ф.Б.

ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ У ДЕТЕЙ

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Изучить клинко-морфологические признаки поражения почек при геморрагическом васкулите у детей.

Материал и методы исследования. В условиях детского гематологического отделения НМЦ РТ “Шифобахш” в период с мая 2022г. по январь 2023 г. под нашим наблюдением было 115 детей с диагнозом Геморрагический васкулит. Из них 46 девочек (40%), 69 мальчиков (60%), возраст от 4 до 15 лет. Всем больным были проведены общеклинические методы исследования: общий анализ крови, биохимия крови (билирубин, ферменты, печеночные пробы, креатинин, мочевины), коагулограмма, ВИЧ-СПИД, гепатиты В и С, ЦИК, IgM и IgG, ИФА крови на антитела к коронавирусу, общий IgE, общий анализ мочи и кала, включая микроскопию на яйца гельминтов, УЗИ органов брюшной полости, почек, ЭКГ сердца.

Результаты исследования. При ГВ почечный синдром встречается очень часто и патологические проявления заболевания можно обнаружить в течение 14-30 дней. У 53 % пациентов с геморрагическим васкулитом отмечался почечный синдром, протекающий с макро- и микрогематурией, протеинурией, цилиндрурией и появлением отеков, вплоть до анасарки. В клинических анализах у детей отмечались следующие показатели: лейкоцитоз (10.0- 26.0*10⁹/л), гипертромбоцитоз (210.0- 512.0 *10⁹/л), нейтрофилез (39-81%), повышение СОЭ (5-62 мм/час), в коагулограмме были следующие изменения: увеличение АВР (52-82с), повышение фибриногена (133-620мг/л), увеличение IgE (24.3-1319.2МЕ/мл), экспресс SARS Cov2 (IgM 0.26-0.89, IgG 0.19-4.14). В общем анализе мочи: протеинурия (0.066-0.99г/л), лейкоцитурия (10-20в.п.з.) микрогематурия (2-6 в.п.з.), макрогематурия (50-100в.п.з.).Биохимия крови: общий билирубин (12-21 мкмоль/л), непрямого билирубин (4-8 мкмоль/л), свободный билирубин (8- 16 мкмоль/л), АЛАТ (18-46 ед/л), АСАТ (18-39 ед/л), мочевины (3-13 ммоль/л), креатинин(36-84 мкмоль/л).УЗИ почек: утолщение и расщепление капиллярных петель, пролиферация эндотелия сосудов в 52,2% фибриноидные набухания стенки, лимфоцитарная инфильтрация 50%, склероз сосудистых стенок 29,3%.

Выводы. По нашему исследованию в 50% случаев ГВ проявился с почечным синдромом. Заболевание приводило к затяжному и хроническому течению с ухудшением прогноза и переходом в некоторых случаях в ОПН и ХПН. Результаты нашего исследования свидетельствует о том, что почечная форма геморрагического васкулита протекает более тяжело, чем другие формы этого заболевания.

Гойбова Н.С.

СОСТОЯНИЕ ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Кафедра Педиатрии лечебного факультета, СамГосМУ, Узбекистан

Научный руководитель: к.м.н., доцент Гарифуллина Л.М.

Цель исследования. изучить характер нарушений почечной гемодинамики с помощью метода ультразвуковой доплерометрии.

Материал и методы: наши исследования проводились в семейных поликлиниках города Самарканда. В исследовании приняли участие 35 детей в возрасте от 7 до 18 лет, с экзогенно- конституциональным ожирением. В контрольную группу вошли 20 практически здоровых детей с нормальной массой тела. Антропометрические исследования проводились с использованием стандартных измерительных приборов. Микроальбуминурия определялась в утренней моче полуколичественным методом с помощью визуальных тест-полосок. Концентрацию

глюкозы в сыворотке крови определяли глюкозооксидазным методом. Всем больным было выполнено ультразвуковое исследование почечных артерий на аппарате Voluson P8.

Результаты исследования. Анализе количественных значений метаболических параметров, характеризующих коморбидность при ожирении у детей и подростков, во взаимосвязи со степенью тяжести ожирения выявлено статистически значимое возрастание медианы всех параметров, характеризующих липидный и углеводный обмен при нарастании массы тела. После его определения по уровню МАУ мы разделили детей основной группы на две подгруппы: 1 группа с МАУ до 20 мг/л, 2 группа с МАУ >20 мг/л. В у детей с МАУ отмечалось статистически достоверное увеличение инсулина крови ($p<0,05$), показателя ИР НОМА_R ($p<0,05$) и уровня глюкозы в глюкозотолерантном тесте через 2 часа ($p<0,05$), по сравнению с детьми имеющих нормоальбинурию. При доплерографическом исследовании почек установлено, что в обеих группах сравнения отсутствовали значительные отличия по индексу резистивности RI по сравнению с детьми контрольной группы. У детей с ожирением и МАУ отмечались снижением конечно-диастолической скорости кровотока как в крупных артериях, так и в мелких артериях почек, что, являлось отражением наиболее ранних этапов перестройки внутрисочечной гемодинамики у данной категории пациентов.

Выводы: В данном исследовании была получена четкая взаимосвязь между степенью ожирения и выраженностью нарушений углеводного обмена и дислипидемии у детей и подростков, которая выражалась повышением уровня холестерина, триглицеридов, ЛПНП и в снижении ЛПВП, повышении иммунореактивного инсулина и повышении показателя ИР НОМА_R.

Также выявлено, что уже на стадии нормоальбинурии у детей с ожирением определяются нарушения почечной гемодинамики на уровне междолевых и дуговых почечных артерий, по мере прогрессирования поражения почек в процесс вовлекаются сосуды почек более крупного калибра (сегментарные и стволые).

Гуфронзода Д., Пулатова С.Д., Юлдошева З.Х.
БОЛЕЗНЬ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА У ДЕТЕЙ

ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗ СЗН РТ, Душанбе
Научный руководитель: к.м.н., старший научный сотрудник Пулатов Д.И.

Цель работы: Изучить особенности течения болезни Вильсона-Коновалова у детей.

Материал и методы исследования. Клиническое исследование было проведено у 20 больных, которые проходили стационарное обследование и лечение в клинике Института гастроэнтерологии с диагнозом болезнь Вильсона-Коновалова. Клинический диагноз был установлен на основании общеклинических, биохимических, иммунологических, инструментальных методов исследования. Со слов родителей, у больных были жалобы на желтушность кожных покровов и потемнение цвета мочи (11 больных), увеличение объёма живота и отеки на ногах (7 больных), общая слабость и усталость, снижение аппетита, похудание, кровотечение из носа и дёсен (1 больная). У всех больных симптомы заболевания начали проявляться в разном возрасте: с 5-7 лет (4 больных), с 8-10 лет (9 больных), с 11-16 лет (7 больных). Всем больным были проведены УЗИ органов брюшной полости, фиброэластометрия, ЭГДС для определения расширения вен пищевода. Были определены уровень меди и фермента церулоплазмينا в крови, содержание меди в моче, было проведено осмотр офтальмолога для определения колец Кайзера-Флейшера.

Результаты исследования: Общее состояние больных колебалось от средней тяжести (13 больных) до тяжелого состояния (7 больных). При объективном осмотре отмечалась желтушность кожных покровов и склер глаз (11 больных), увеличение живота в объеме и отёки на ногах (7 больных). Неврологическая симптоматика отмечалась у 2 больных возрасте 8 и 16 лет. При аускультации легких выслушивалось везикулярное дыхание, у 2 больных в правом легком снизу дыхание не выслушивалось. Тоны сердца были ритмичные, приглушенные. АД 120/80-90/60 мм.рт.ст. Пульс 68-98 ударов в минуту, одинаковый на обеих руках. При пальпации живота у 6 больных печень пальпировалась из под правого подреберья +2-3см, селезенка пальпировалась из под левого подреберья +2-6см у 8 больных.

При проведении лабораторного исследования средние показатели печеночной пробы составили: АЛАТ-112 ЕД, АСАТ- 85 ЕД, ЩФ-503 ЕД, общий белок- 57 г/л, альбумин-28, Холестерин-2,47 ммоль/л, общ.билирубин-53,4 мкмоль/л, своб.бил.-29,7 мкмоль/л, связ.бил.-23,7 мкмоль/л). **Содержание меди в крови был в пределах нормы или ниже нормы-3,2 мкмоль/л (N=12,58-24,38 мкмоль/л)**, а содержание меди в суточной моче было увеличено до 2-3 раз (15,6±3 мкмоль/сут. при норме 2,36-11,0 мкмоль/сут.). **Содержание фермента церулоплазмينا было ниже нормы - 0,14 г/л (N=0,20-0,60 г/л).** УЗИ: структурное изменение печени по типу цирроза, портальная гипертензия и спленомегалия (16 больных), асцит (7 больных). Фиброэластометрия печени показал **F3-4** у всех больных. При проведении ЭГДС выявлено варикозное расширение вен пищевода 1-2 степени (12 больных). Изучение наличия инфицирования вирусами В и С (HBsAg и антиHCV) у всех обследованных больных был отрицательным. При проведении осмотра офтальмолога кольца Кайзера-Флейшера обнаружены у 7 больных. Нами было проведено комплексное лечение всех обследованных детей. Назначен препарат Купренил из расчёта 20мг/кг/сут., гепатопротекторы урсодезоксихолевая кислота и витамин Е, а при наличии отёчно-асцитического синдрома альбумин, диуретики и препараты калия в возрастной дозе. Десятидневное наблюдение детей показало достаточную эффективность комплексного лечения с улучшением общего состояния, самочувствия, уменьшением и исчезновением асцита, снижением уровня АлаТ, АсАТ, билирубина, щелочной фосфатазы.

Выводы:

1. Болезнь Вильсона-Коновалова у детей является достаточно прогрессирующим заболеванием и в течении 5-7 лет способствует развитию цирроза печени и разным его осложнениям в виде портальной гипертензии, асцита и кровотечению из варикозно-расширенных вен пищевода.

2. Эффективным препаратом в лечении болезни Вильсона-Коновалова является купренил.
3. Ранняя профилактика цирроза печени при болезни Вильсона-Коновалова заключается в раннем выявлении этого заболевания и дифференциальной диагностикой с другими врожденными заболеваниями, сопровождающихся желтушным и холестазным синдромом, повышением печеночных ферментов.

Давлатова А.Г., Кудратова Н., Солиева М.

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Кафедра детских болезней №1 ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино.

Научный руководитель – Кабилова Б.Х.

Цель исследования. Изучить особенности неврологического статуса и нейросонографические показатели новорожденных, родившихся от женщин с эпилепсией.

Материалы и методы. Сбор данных проводился путем выкопировки данных из первичных медицинских документов: индивидуальной карты беременной и родильницы, обменной карты, истории родов, истории развития новорожденного. Дана оценка клинико-неврологической адаптации на раннем и позднем неонатальном периоде. Дальнейшее наблюдение этих детей было проведено в поликлиниках и в отделениях второго этапа выхаживания новорожденных детей.

Результаты исследования. Полученные данные показали, что у 4% женщин с эпилепсией рождались недоношенные дети. В остальных случаях были рождены доношенные дети (96%). Учитывая оценку по шкале Апгар, у детей, рожденных от матерей с эпилепсией, в 14% случаев отмечалось состояние умеренной асфиксии, в 8% случаев - тяжелая асфиксия. В остальных случаях 78% асфиксия не наблюдалась. Средний вес доношенных детей составил $3450,2 \pm 153,2$ гр, а недоношенных – $2233,3 \pm 218,3$ гр. Прослеживается высокая частота рождения новорожденных с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР) - 24%, поражением ЦНС разной степени тяжести в группе женщин с эпилепсией составило 18,5%. У беременных женщин с эпилепсией фетоплацентарная недостаточность встречалась в 52%, наиболее частыми осложнениями со стороны плода являлись: хроническая внутриутробная гипоксия - 40%, синдром ЗВРП — 12%. Гипоксические изменения нервной системы были выявлены у 28% новорожденных, рожденных от матерей с эпилепсией. Согласно нашим исследованиям у 10 (40%) обследованных детей выявлялись стигмы дизэмбриогенеза: гипертелоризм, коротконосость, гемангиома, низко расположенные ушные раковины, сходящееся косоглазие, паховая грыжа, короткая шея, дефект межпредсердной перегородки. Среди врожденных пороков развития у 4% новорожденных встречались: расщепление верхней губы и неба, пороки сердца (дефекты межжелудочковой перегородки). Микроаномалии в виде лицевого дизморфизма обнаружены у 4 новорожденных; в единичных случаях выявлены: дополнительная хорда в предсердии, незаращение межжелудочковой перегородки, папилома ушной раковины; у 1 новорожденного – сочетание лицевого дизморфизма и гемангиомы. Частота микроаномалий у новорожденных составила 10% от всех родивших женщин с эпилепсией.

Выводы. Прием противосудорожных препаратов во время беременности, вероятно, вносит свой вклад в развитие плода и стигм дизэмбриогенеза. Так у 10% новорожденных была зарегистрирована ЗВУР, а у 28% гипоксические изменения нервной системы. У детей, рожденных от матерей, страдающих эпилепсией, имеется больший риск развития соматических мальформаций или аномалий и достигает в наших исследованиях 10%. Врожденные пороки развития встречались у 4% новорожденных.

Давлатова Дж.Дж., Шарипов З.Х.

СИНДРОМ БАЙЛЕРА У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Кафедра детских болезней №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Научный руководитель - к.м.н. Бадалова З.А.

Цель исследования. Изучить клинические и этиологические факторы развития синдрома Байлера у детей.

Материал и методы. Один клинический случай поступившего в отделение детской гастроэнтерологии в МК «Истиклол». В основе синдрома и болезни Байлера лежит нарушение транспорта (переноса) желчных кислот (образующихся в печени и выделяемых в 12-перстную кишку) через оболочку гепатоцитов печени. Оба патологических состояния являются наследственными, то есть передаются от родителей к детям. Для подтверждения диагноза, проведены все лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты исследований. Мальчик, 10 лет, поступает в детское гастроэнтерологическое отделение МК «Истиклол» с жалобами на боли в правом подреберье, желтушностью кожных покровов и склер, выраженным кожным зудом, который усиливается ночью, отеками желто-коричневого цвета на спине, груди и локтях, выраженной гепатоспленомегалией, признаки стеатореи в анамнезе. Из анамнеза ребенок болеет с рождения, со слов матери, с 2 мес. у ребенка отмечается желтушный синдром, принимал лечение разных врачей в течение года. В год ребенку проведена операция холецистэктомия. На основании жалоб, заключений, контрольных обследований, анамнеза болезни и жизни, главной симптоматики был поставлен следующий предварительный диагноз: холестатический цирроз печени, период декомпенсации, класс В по Чайлд-Пью в связи с прогрессирующим заболеванием холестазом внутрипеченочных желчных протоков 2 типа (синдром Байлера). Тяжелая анемия. Гепатоспленомегалия. Портальная гипертензия. Диагноз болезни Байлера с переходом в цирроз печени был подтвержден в Москве. Больной состоит на учете донорской печени в Республиканском центре трансплантологии РТ.

Выводы. Болезнь Байлера – это редкое наследственное заболевание, которое характеризуется нарушением транспорта желчных кислот из клеток печени, что приводит к быстрому развитию цирроза. Диагноз ставится на

основании обнаружения генетической мутации (АТР8В1). Единственное радикальное лечение – хирургическое вмешательство (шунтирование, трансплантация печени). Своевременное выявление и постановка диагноза в период беременности и постнатальном периоде помогает предотвратить развитие болезни и улучшить качество жизни пациентов.

Давлатова Дж.Дж.
ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино
Научный руководитель-к.м.н. Бадалова З.А.

Цель исследования. Изучить этиологические факторы развития цирроза печени у детей.

Материал и методы. Были исследованы 16 детей в возрасте от 6 месяцев до 15 лет, находившихся на стационарном лечении в ГУ КЗ «Истиклол», в период с 2022 по 2023 гг. с синдромом Байлера.

Результаты исследований. В первой группе детей преобладали дети с ДН II степени (68% от всей группы), нуждающиеся в респираторной поддержке. Во второй группе 56% детей были с дыхательной недостаточностью III степени и требовали более длительной аппаратной вентиляции с подачей более 60% кислорода во вдыхаемой смеси. В третьей группе основным сопутствующим диагнозом была пневмония с дыхательной недостаточностью II степени. Все дети характеризовались выраженным дефицитом массы тела. Сравнительный анализ показателей дыхательной недостаточности в трех группах недоношенных детей разного фактического возраста позволил утверждать, что уменьшение симптоматики дыхательной недостаточности положительно коррелирует ($p \leq 0,05$) с разной скоростью прибавки массы тела у детей разного фактического возраста.

Так, например, для детей 1 месяца жизни этот показатель составил 15 г/кг/сут, для детей в группе 3 месяцев – 20 г/кг/сут и для детей в возрасте 6 мес – 15-20 г/кг/сут.

Заключение. Система питания поддержки должна включать ежедневный мониторинг прибавки массы тела, еженедельные измерения веса и длины тела с целью контроля их соответствия возрасту, что позволит уменьшить тяжесть и длительность проявлений дыхательной недостаточности, легочной гипертензии, анемии и белково-энергетической недостаточности.

Давлатова Дж.Дж.
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Кафедра детских болезней №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино
Научный руководитель- Бакоев Ф. С.

Цель исследования. Изучение взаимосвязи избыточной массы тела, ожирения и основных показателей комбинированной 24-часовой рН-импедансометрии пищевода у детей с хроническим гастритом.

Материалы и методы. Обследовано 87 детей, страдающих хроническим гастритом: 38 (43,7%) мальчиков и 49 (56,3%) девочек, в возрасте 15,0 [14,3; 15,1] лет. Определялись антропометрические показатели: масса тела (МТ), рост, ИМТ, Z-score ИМТ. МТ расценивали как избыточную при превышении 1,0 Z-score, ожирение диагностировалось при превышении 2,0 Z-score ИМТ. Пациенты разделены на 2 группы: I — 38 (43,7%) детей с нормальной МТ; II — 49 (56,3%) пациентов с избыточной МТ и ожирением: Всем детям проведены ЭГДС, комбинированная 24-часовая рН-импедансометрия пищевода. Результаты. ГЭРБ подтверждена у 48 (55,2%) из 87 детей: у (по 24 ребенка в каждой группе). При этом ГЭРБ диагностирована у 63,2% детей при нормальной МТ и 49,0% — при избыточной ($p=0,187$). Анализ показателей суточного мониторирования рН показал, что у детей с избыточной МТ отмечалось большее общее число рефлюксов (46,0 [38,6; 50,1]) по сравнению с пациентами с нормальной МТ (36,5 [28,8; 43,6], $p=0,062$). У больных с избыточной МТ отмечалось большее число кислых рефлюксов (27,5 [21,8; 31,4] против 18,0 [12,1; 23,7]; $p=0,025$). Различий между группами в количестве жидких и смешанных рефлюксов, а также слабокислых и щелочных рефлюксов не выявлено. Показатели клиренса пищевода были выше при избыточной МТ (1,5 [1,4; 3,1] против 0,2 [0,0; 1,7]; $p=0,011$) и (7,2 [5,0; 12,5] мин против 3,3 [2,6; 6,4] мин; $p=0,003$). Показатель DeMeester при избыточной МТ составил 11,2 [9,1; 17,3], при нормальной — 6,7 [4,4; 10,7] ($p=0,009$).

Заключение. Несмотря на одинаковую частоту встречаемости ГЭРБ, у детей с избыточной МТ и ожирением отмечались более высокие показатели патологических кислых ГЭР при суточном мониторинге внутрипищеводного рН. Избыточная МТ у детей является фактором, отягощающим течение ГЭРБ. Результаты исследований свидетельствуют о росте частоты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в странах с высокой распространенностью ожирения. Высокий индекс массы тела (ИМТ) ассоциируется с повышением риска ГЭРБ.

Чаббаров С.С.
ВЛИЯНИЕ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ ЖЕНЩИН НА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра детских болезней №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино
Научный руководитель – ассистент кафедры Усмонов Н.

Цель. Изучить состояние здоровья новорожденных детей, родившихся от матерей с эндемическим зобом.

Методы исследования. Нами было обследовано 100 женщин, из них 50 пациенток без эндемического зоба и 50 с диффузным увеличением щитовидной железы, а также обследованы их дети в раннем неонатальном периоде. Все

матери, и их дети были разделены на две группы: 1 группа включала 50 пациенток получавших Йодомарин 200 в суточной дозе 200 мкг в течение всей беременности; 50 женщин, у которых йодная профилактика началась лишь в III триместре беременности и продолжалась в среднем $6,2 \pm 1,5$ недель, составили 2 группу.

Результаты исследования и их обсуждения. Результаты анализа показали, что, по данным анамнеза, по частоте и характеру соматической патологии, особенностям течения беременности и родов группы обследованных женщин с эндемическим зобом и без зоба были однородны и сопоставимы: около 85% наблюдаемых имели соматические и около 80% – гинекологические заболевания; течение настоящей беременности было осложненным более чем у 90% пациенток исследуемых групп; аномалии родовой деятельности отмечались соответственно у 23,6 и 18,2% женщин первой и второй групп. Сравнительная оценка состояния здоровья детей показала, что у новорожденных основной группы по сравнению с детьми от матерей без зоба чаще наблюдалась и проявлялась в более тяжелой форме интранатальная асфиксия (56,4% и 30,9%), чаще диагностировалась патологическая (более 10%) потеря первоначальной массы тела (27,3 и 5,5%). Тяжесть состояния новорожденных обеих групп в раннем неонатальном периоде определялась перинатальными поражениями центральной нервной системы (ЦНС) гипоксического генеза, которые достоверно чаще выявлялись у детей от матерей с зобом (90,9 и 67,3%). При этом группы были сопоставимы по частоте церебральной ишемии I степени (40% и 47,3%), а более тяжелые ее проявления встречались преимущественно у новорожденных основной группы (51 и 20%). На первом году жизни неврологическая симптоматика была более положительной, но у детей от матерей с ЭЗ неврологические нарушения компенсировались медленнее, а последствия к концу первого года были тяжелее. Дети основной группы по сравнению с детьми от матерей без зоба болели инфекционно-воспалительными заболеваниями в 6 раз чаще в раннем неонатальном периоде, в 3,4 раза – в позднем неонатальном периоде. Кроме того, у них регистрировались и более тяжелые формы заболеваний: пневмония и острый бронхит, пиелонефрит. Среди детей от матерей с ЭЗ к возрасту первого года ни разу не болевших было достоверно меньше и больше детей длительно и часто болеющих. Дети, получавшие адекватную антенатальную йодную профилактику, отличались от детей основной группы меньшей частотой и тяжестью перинатальной и инфекционно-воспалительной патологии и лучшими показателями физического и нервно-психического развития как в течение неонатального периода, так и в дальнейшем на первом году жизни, что мы связываем с нормализацией у них функционального состояния гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной системы.

Выводы. Йодная профилактика способствовала скорейшей компенсации перинатальных поражений ЦНС и снижению частоты и тяжести инфекционно-воспалительных заболеваний у детей, что, очевидно, было связано с ее позитивным влиянием на состояние тиреоидного статуса.

Джамолова Г.Дж., Дододжонов Дж.Ю., Мардонзода К.М.

УЗЛОВОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра хирургических дисциплин №1 ГОУ ХГМУ. Таджикистан.

Научный руководитель - член корр. НАНТ, д.м.н., профессор Курбанов У.А.

Цель исследования. Проанализировать шестилетний опыт Республиканской клинической больницы Дангаринского района по хирургическому лечению узловых образований щитовидной железы.

Материал и методы исследования. В данное исследование были включены 34 пациента с заболеваниями щитовидной железы, которые были госпитализированы в отделение хирургии Республиканской клинической больницы Дангары для оперативного лечения в период с 2016 по 2023 годы. За указанный период было диагностировано и оперировано 34 больных с узловым зобом. Возраст пациентов составил от 15 до 56 лет. Самая многочисленная группа больных была в возрасте от 30 до 55 лет – 27 (79,4 %) человек. Среди пациентов были 32 (94,1%) женщины и 2 (9,09%) мужчин. Соотношение мужчин и женщин было 1:10. Диагноз заболевания поставлен на основании жалоб пациентов на увеличение щитовидной железы, наличие в ней пальпируемых узлов, данных ультразвукового исследования, а также гормонального исследования крови. Все оперированные пациенты имели зоб II степени, согласно классификации ВОЗ (1994).

Результаты исследования. В предоперационном периоде больным был определен тиреоидный гормональный статус, проведены УЗИ, КТ или МРТ. Гормональный статус входит в обязательный алгоритм обследования больных при заболеваниях щитовидной железы. Повышение или понижение функции щитовидной железы определялось содержанием ТЗ, Т4, ТТГ. Все больные проходили данное исследование. На основании гормональных исследований крови (содержание трийодтиронина, тироксина, тиреотропного гормона), а также клинической картины, у пациентов был установлен тиреоидный статус, в котором гипертериоз наблюдался у 13 пациентов, эутиреоз - у 17 и гипотериоз - у 4 больных. Правостороннее поражение щитовидной железы имелось в 18 (52,9 %) случаях, левостороннее - у 12 (35,2 %) и двухстороннее - у 4 (11,7 %) больных. Все больные были оперированы. Распределение больных по виду и объему выполненных оперативных вмешательств представлено ниже:

1. Гемиструмэктомия - 16 человек (47,05%);
2. Субтотальная резекция доли – 3 человек (8,82%);
3. Субтотальная резекция ЩЖ – 2 человек (5,88%);
4. Гемиструмэктомия + субтотальная резекция ЩЖ – 3 человека (8,82);
5. Струмэктомия – 6 человек (17,64);
6. Тотальная стумэктомия – 4 человека (11,76).

Послеоперационные осложнения и рецидив узлового зоба не наблюдались ни в одном случае.

Выводы. Узловое поражение зоба, по результатам послеоперационного гистологического исследования, выявляется в 4 раза чаще у пациентов среднего и пожилого возраста по сравнению с пациентами молодого возраста, что ведет к расширению объема оперативного вмешательства. Наличие сопутствующей патологии и осложнений

после операции требует дифференцированного подхода, созданию алгоритма ведения пациентов старших возрастных групп, поскольку частота выявления сопутствующей патологии у больных среднего и пожилого возраста выше, чем у больных молодых возрастных групп.

Джумаева Л.Ф.

КЛИНИКО-БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

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

Цель исследования. Изучить клинико-бактериологическую взаимосвязь при пневмонии у детей первого года жизни.

Материал и методы исследования. Комплексное клинико-лабораторное обследование было проведено 55 (52,9%) детям от 1 месяца до 1 года, находившихся в отделениях патологии детей грудного возраста и отделении реанимации ГУ НМЦРТ «Шифобахш».

Результаты и их обсуждение. Все обследованные дети были разделены на две клинические группы. Первую группу составили 27 (49,1%) детей с тяжёлой пневмонией. Основными клиническими признаками были дыхательная недостаточность I и II степени, субфебрильная температура тела, беспокойство. Вторую группу составили 28 (50,9%) детей с очень тяжёлой пневмонией. Основными клиническими признаками были дыхательная недостаточность III степени, выраженные симптомы интоксикации, гипертермия свыше 38,6 С в 42 (71,2%) случаях, вялость, гипорефлексия 39(66,1%) случаев.

Результаты микробиологического исследования детей первого года жизни показали, что у детей с тяжёлой пневмонией удельный вес *S.aureus*, высеянный из задней стенки глотки, составил 6 (22,2%), крови – 2 (50%), БА – 4 (44,4%). Удельный вес *S.aureus*, высеянный из задней стенки глотки у детей с очень тяжёлой пневмонией, составил - 5 (18,5%), крови - 6 (37,5 %), БА – 7 (50%). Удельный вес *S. Pyogenes* у детей первой группы, высеянных из задней стенки глотки, составил - 4 (16%), крови - 2 (50%), БА - 3 (33,3%). У детей второй группы удельный вес *S. Pyogenes*, высеянный из задней стенки глотки, составил – 4 (14,8%), крови - 5 (31,5%), БА – 5 (35,7%). Удельный вес *S.epidermalis* из задней стенки глотки у детей первой группы составил 3(12%), БА -1(11,1%), у детей второй группы из задней стенки глотки – 2(7,4%), крови -2 (12,5%), БА – 2(14,3%). Удельный вес *S.aureus*+ *S. Pyogenes* в бактериальных ассоциациях у детей первой группы составил – 3(12%), у детей второй группы составил 5(33,3%), доля *S. pyogenes*+*K.pneumoniae* составила 4% у детей первой группы и 3(11%) у детей второй группы, доля *S.aureus*+*Candida albicans* составила 1(4%) у детей первой группы и 2(7,4%) детей второй группы.

Выводы. Результаты бактериологического исследования показали, что у детей обеих групп с бактериальной пневмонией в большинстве случаев из задней стенки глотки, крови бронхиального аспирата высеивалась грамположительная флора, где наибольшую долю занимали *S.aureus* и *S. Pyogenes*.

Ерцкина П.О.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ НЕЙРОФИБРОМАТОЗА 1 ТИПА У РЕБЕНКА

Кафедра факультетской и поликлинической педиатрии с курсом педиатрии ФДПО РязГМУ имени академика И.П. Павлова. Россия, Рязань.

Научный руководитель – ассистент, Пизнюр И.В.

Цель исследования. Представить клинический случай нейрофиброматоза 1 типа у ребенка.

Материалы и методы исследования. Анализ клинического случая и первичной медицинской документации ребенка И.

Результаты исследования. Ребенок от 2-ой беременности (1 беременность – выкидыш, 3-я беременность – здоровый ребенок), 1-ых срочных, самостоятельных родов. Масса тела при рождении – 3100 г, длина тела – 51 см, оценка по шкале Апгар – 8/9 баллов. Мальчик рос и развивался соответственно возрасту. Перенесенные заболевания – ОРВИ, ветряная оспа.

В возрасте 3-х лет родители впервые заметили на теле ребенка пигментные пятна цвета «кофе с молоком», к врачу-педиатру не обращались. В возрасте 5 лет мальчик был прооперирован в ГБУ РО «ОДКБ имени Н.В. Дмитриевой» г. Рязани по поводу фибромы затылочной области. В 7 лет появились жалобы на припухлость в области подбородка и шеи, ребенок был осмотрен детским онкологом и генетиком в консультативно-диагностическом центре ГБУ РО «ОДКБ имени Н.В. Дмитриевой» г. Рязани. При объективном осмотре: в области передней поверхности тела пятно цвета «кофе с молоком» размером 15*8 см, а также множественные пигментные пятна на коже туловища и конечностей. УЗИ мягких тканей шеи: в области грудины и верхнезадней поверхности шеи подкожные образования с неоднородной структурой. МРТ мягких тканей шеи: МР-картина солидного образования подкожной жировой клетчатки краниовертебральной области и мягких тканей шеи. Поставлен диагноз – нейрофиброматоз 1 типа (?).

В августе 2020 года для подтверждения диагноза мальчику было проведено молекулярно-генетическое исследование в ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» г. Москва: в гене NF1 в экзоне 47 обнаружена делеция одного нуклеотида с.7009delG в гетерозиготном состоянии, приводящая к сдвигу рамки считывания и формированию преждевременного стоп-кодона p.Glu2337LysfsTer38. Поставлен диагноз: Нейрофиброматоз I типа, гистологически верифицированная плексиформная нейрофиброма затылочной области справа.

В августе 2022 года в ФГБНУ «Медико-генетический научный центр имени академика Н.П. Бочкова» было проведено исследование биологического материала матери, отца и брата мальчика: у ребенка выявлена гетерозиготная делеция в 47 экзоне гена NF1: NM 000267.3: с.7009del, NP 000258.1: p.Glu2337fs, chr17:29670035, унаследованная от

матери. Рекомендована патогенетическая терапия препаратом «Коселуго». В настоящее время решается вопрос о его обеспечении.

Выводы. Данный клинический случай продемонстрировал, что NF1 имеет высокую степень вариабельности клинической картины. Точный диагноз NF1 важен для индивидуализации клинической помощи и генетического консультирования. Врачи-педиатры играют решающую роль в улучшении диагностики данного заболевания.

Зайнудинова П. К., Курбанова П. Х.
СОСТОЯНИЕ КОАГУЛЯЦИОННОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С
ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

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

Научный руководитель – д.м.н. профессор Исмоилов К. И.

Цель исследования. Изучение коагуляционной системы крови у недоношенных детей с внутриутробной инфекцией.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 32 недоношенных новорожденных в возрасте от 2-х дней до 1-го месяца жизни, с низкой -20(62,5%), очень низкой – 10(31,2%) и экстремально низкой массой тела – 2(6,5%) находившихся на стационарном лечении в отделении патологии новорожденных ГУ НМЦ РТ городок «Шифобахш». По тяжести состояния дети были разделены на 2 группы. Первую группу составили 13 (40,6%) больных с тяжелым течением внутриутробной инфекцией. Во вторую группу входили 19(59,35) больные дети с очень тяжелым течением патологического процесса. Контрольную группу составили 20 относительно здоровых детей. Проводилась оценка клинических признаков врожденной генерализованной инфекции, определение гематологических, биохимических показателей крови, а также были проведены коагуляционные тесты. Для подтверждения наличия ВУИ в сыворотке крови новорожденных и их матерей иммуноферментным методом определялись антигены и иммуноглобулины М и G к возбудителям TORCH – инфекции.

Результаты и их обсуждение. У всех матерей наблюдаемых больных детей отмечали отягощенный акушерский анамнез в виде осложненного течения антенатального периода и родов – у 18 (56,2%), многочисленных абортов -15 (47%), неразвивающейся беременности – 17 (53%), мертворождения -7 (22%), дефицита питания – 9 (28%), длительного безводного периода –7(22%). При сборе анализа на ТОСН – инфекцию у матерей обнаружили диагностические титры к ЦМВИ – у 15 (47%), ВПГ у 5 (15,6%), хламидиоза -2(6%), токсоплазмоза - у 1(3%).

Время свертывания крови по Ли Уайту у недоношенных детей первой группы с ВУИ имели тенденцию к удлинению кровотечения ($8,1 \pm 1,7$) и была выявлена умеренная склонность к увеличению АВР ($81,03 \pm 1,5$) по сравнению с аналогичным показателем контрольной группы ($p < 0,05$). Показатели фибрина и фибринолитической активности у детей этой группы имело длительное течение ($15,7 \pm 1,9$ $225,5 \pm 6,1$), за исключением некоторого снижения фибриногена ($175,1 \pm 1,5$), тромботеста ($4,11 \pm 0,53$), протромбинового индекса ($87,9 \pm 3,5$) и антитромбина III (по сравнению этим же показателем группы относительно здоровых детей ($p < 0,005$)).

У детей второй группы с ВУИ отмечалось существенное удлинение ВСК по Ли Уайту и АВР ($11,5 \pm 1,7$ $89,70 \pm 2,7$) по сравнению детей контрольной группы. Тогда как показатели фибриногена, тромботеста и протромбинового индекса ($117,91 \pm 14,1$ $2,02 \pm 0,1$ $51,5 \pm 2,5$) в плазме крови было достоверно ниже, а содержания фибрина ($22,1 \pm 1,7$) несколько увеличена по сравнению группы здоровых детей ($p < 0,001$ $p < 0,05$).

Выводы. Ранняя гипокоагуляция у недоношенных объясняется выраженной недостаточностью синтеза факторов свертывания в печени. Степень выраженности нарушения системы гемостаза зависит от течения беременности и родов, вида инфекционного возбудителя, степени доношенности и зрелости функции органов и систем.

Выявленные нами нарушения показателей гемостаза крови у недоношенных с ВУИ диктуют о необходимости проведения своевременной коррекции коагуляционного дисбаланса у данной категории больных детей, наряду с этиотропным лечением.

Зайнудинова П. К., Курбанова П. Х.
СОСТОЯНИЕ КОАГУЛЯЦИОННОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С
ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

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

Научный руководитель – д.м.н. профессор Исмоилов К. И.

Цель исследования. Изучение коагуляционной системы крови у недоношенных детей с внутриутробной инфекцией.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 32 недоношенных новорожденных в возрасте от 2-х дней до 1-го месяца жизни, с низкой -20(62,5%), очень низкой – 10(31,2%) и экстремально низкой массой тела – 2(6,5%) находившихся на стационарном лечении в отделении патологии новорожденных ГУ НМЦ РТ городок «Шифобахш». По тяжести состояния дети были разделены на 2 группы. Первую группу составили 13 (40,6%) больных с тяжелым течением внутриутробной инфекцией. Во вторую группу входили 19(59,35) больные дети с очень тяжелым течением патологического процесса. Контрольную группу составили 20 относительно здоровых детей. Проводилась оценка клинических признаков врожденной генерализованной инфекции, определение гематологических, биохимических показателей крови, а также были проведены коагуляционные тесты. Для подтверждения наличия ВУИ в сыворотке крови новорожденных и их матерей иммуноферментным методом определялись антигены и иммуноглобулины М и G к возбудителям TORCH – инфекции.

Результаты и их обсуждение. У всех матерей наблюдаемых больных детей отмечали отягощенный акушерский

анамнез в виде осложненного течения антенатального периода и родов – у 18 (56,2%), многочисленных аборт – 15 (47%), неразвивающейся беременности – 17 (53%), мертворождения – 7 (22%), дефицита питания – 9 (28%), длительного безводного периода – 7 (22%). При сборе анамнеза на ТОСН – инфекцию у матерей обнаружались диагностические титры к ЦМВИ – у 15 (47%), ВПГ у 5 (15,6%), хламидиоза – 2 (6%), токсоплазмоза – у 1 (3%).

Время свертывания крови по Ли Уайту у недоношенных детей первой группы с ВУИ имело тенденцию к удлинению кровотечения ($8,1 \pm 1,7$) и была выявлена умеренная склонность к увеличению АВР ($81,03 \pm 1,5$) по сравнению с аналогичным показателем контрольной группы ($p < 0,05$). Показатели фибрина и фибринолитической активности у детей этой группы имело длительное течение ($15,7 \pm 1,9$ $225,5 \pm 6,1$), за исключением некоторого снижения фибриногена ($175,1 \pm 1,5$), тромботеста ($4,11 \pm 0,53$), протромбинового индекса ($87,9 \pm 3,5$) и антитромбина III (по сравнению этим же показателем группы относительно здоровых детей ($p < 0,005$)).

У детей второй группы с ВУИ отмечалось существенное удлинение ВСК по Ли Уайту и АВР ($11,5 \pm 1,7$ $89,70 \pm 2,7$) по сравнению детей контрольной группы. Тогда как показатели фибриногена, тромботеста и протромбинового индекса ($117,91 \pm 14,1$ $2,02 \pm 0,1$ $51,5 \pm 2,5$) в плазме крови было достоверно ниже, а содержания фибрина ($22,1 \pm 1,7$) несколько увеличена по сравнению группы здоровых детей ($p < 0,001$ $p < 0,05$).

Выводы. Ранняя гипокоагуляция у недоношенных объясняется выраженной недостаточностью синтеза факторов свертывания в печени. Степень выраженности нарушения системы гемостаза зависит от течения беременности и родов, вида инфекционного возбудителя, степени доношенности и зрелости функции органов и систем.

Выявленные нами нарушения показателей гемостаза крови у недоношенных с ВУИ диктуют о необходимости проведения своевременной коррекции коагуляционного дисбаланса у данной категории больных детей, наряду с этиотропным лечением.

Зарипова М.Дж.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И РОЖДАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра детских болезней №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Кабилова Б.Х.

Цель. Анализ структуры патологии недоношенных с экстремально низкой (ЭН) и очень низкой (ОН) массой тела в группе перинатального риска.

Методом исследования. Проведен ретроспективный анализ историй родов и карт развития 100 недоношенных новорожденных со сроком гестации от 24 до 36 нед. за 2016-2020 В процессе исследования проведен анализ статистических показателей, данных учетных форм 25 “Отчет по структуре и причинах смертности детей 1 года жизни” утвержденная приказом МЗ РТ № 655 от 12 ноября 2014 г. Форма 32 “Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам” утвержденная приказом Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан №54 от “11” ноября 2013 г.

Результаты и их обсуждение. Анализ исследования показал устойчивую тенденцию к стабильности количества родившихся детей на протяжении 5 лет. Число родившихся недоношенными среди всех родившихся на протяжении 5 лет остается стабильным и составляет 13898 младенцев (5,5%) в 2016 г. и 12838 (5,1%) в 2020 г. Показатель темпа убыли в 2020 г. составил - 8,3%. В 2019 г. темп роста снизился до 93,9% основной отличительной чертой всех детей была низкая оценка по шкале Апгар при рождении и на 5- минуте, особо отличались дети с ЭНМТ, по сравнению с детьми ОНМТ. Для всех детей было характерно наличие признаков незрелости, среди которых преобладали изменения сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Проведенный анализ показал, что в 2016 г. из общего числа детей родившихся недоношенными и их распределение по массе тела показало следующее, показатель числа детей с ЭНМТ < 1000 г. 2,3%, ОНМТ < 1500 г. 9,8%, и маловесных детей < 2500 г. - 87,8%. В 2020 г. динамика выглядела следующим образом; ЭНМТ - 2,6%, ОНМТ - 8,5%, и маловесных детей 88,8%. Из числа родившихся умерло всего 37,4% младенцев, 28,3% в РНП. В данную группу акушерских осложнений беременности включены; гестоз, эклампсия, гипотоническое кровотечение, анемия, которые в большинстве случаев являются основной причиной преждевременных родов. У более чем в 50% женщин на фоне данных заболеваний и при их сочетании развивается фетоплацентарная недостаточность, с возникающими негативными последствиями для плода - новорожденного – ребенка.

Оценивая состояния, возникшие в перинатальном периоде, установлено, что у 50,5% пациентов имело место внутри желудочковое кровоизлияние, из них у 89,6% II–III степени; респираторный дистресс-синдром, анемия была характерна всем детям. У большинства детей, выявлено сочетание патологии. Отличительной особенностью раннего неонатального периода у детей с ЭНМТ и ОНМТ, было выраженное явление синдрома угнетения ЦНС, на фоне частых приступов апноэ. Сочетание анемии с внутри желудочковыми кровоизлияниями у пациентов с экстремально низкой массой тела регистрировалось чаще, чем у детей с очень низкой массой тела. К концу периода адаптации чаще стали выявляться признаки внутриутробной инфекции.

Выводы. Отягощенный акушерский анамнез у женщин, проявляющийся различной патологией, характерен как для детей с экстремально низкой, так и очень низкой массой тела при рождении. Все новорожденные родились в очень тяжелом состоянии, причем у детей с ЭНМТ оценка по шкале Апгар была достоверно ниже, чем у пациентов с ОНМТ.

Захарова А.В.

ПЕРВИЧНЫЙ ИММУНОДЕФИЦИТ У РЕБЁНКА: ОТ ДИАГНОСТИКИ К ДИАГНОЗУ

Кафедра факультетской и поликлинической педиатрии с курсом педиатрии ФДПО ФГБОУ ВО Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова
Научный руководитель – ассистент Пизнюр И.В.

Цель исследования. Представить клинический случай, содержащий в себе особенности течения первичного иммунодефицита у ребенка 5 лет, а также отражающий актуальность проблемы в профессиональной деятельности врача-педиатра.

Материалы и методы. Анализ клинического случая и первичной медицинской документации ребенка Н.

Результаты исследования. Пациент Н, 2017 года рождения. Мальчик от 7 беременности с отягощённым акушерским анамнезом. Масса тела при рождении 3300 г, рост 54 см, оценка по шкале Апгар 9/10. В марте 2019 года в возрасте 2-ух лет мальчик находился на лечении в ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского» (г. Москва) по поводу дренирования абсцессов печени. В ходе проведенного лечения отмечалась положительная динамика. В январе 2020 года на плановом обследовании в ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского» (г. Москва) при ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов брюшной полости (ОБП) наблюдался регресс абсцессов печени, образование очагов фиброза. Назначена антибактериальная терапия. В марте 2020 года ребенок госпитализирован в ГАУЗ МО «Воскресенская областная больница» (г. Воскресенск) с жалобами на фебрильную лихорадку, продуктивный кашель. В клиническом анализе крови – НВ 75 г/л, лейкоциты $27,8 \times 10^9/\text{л}$, тромбоциты $690 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 50 мм/ч, СРБ 24 мг/л. По результатам рентгенограммы органов грудной клетки (ОГК) отмечалась правосторонняя нижнедолевая пневмония с гидротораксом справа, гидроперикард. По данным УЗИ ОБП определялся асцит, гепатомегалия. Мальчик получал лечение: антибактериальную терапию, трансфузии эритроцитарной массы, массивную инфузионную терапию. В апреле 2020 года мальчик поступает экстренно в ГАУЗ МО «Воскресенская областная больница» (г. Воскресенск) с жалобами на малопродуктивный, частый кашель. На фоне проводимой терапии состояние ребенка без положительной динамики, в связи с чем мальчик переведен в ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского» (г. Москва). Состояние при поступлении тяжелое. В иммунограмме: IgG – 17,2, IgA – 3,7. При исследовании субпопуляции лимфоцитов наблюдалось повышение значений CD3+, CD3+ CD8+, CD3+ CD16+ CD56+. Проведен консилиум, выставлен диагноз: Грибково-бактериальный сепсис. Двусторонняя деструктивная пневмония. Железодефицитная анемия 2 степени. Первичный иммунодефицит? В июле 2020 года пациент госпитализирован в ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» (г. Москва). При прямом секвенировании по Сенгеру в экзоне 9 обнаружена замена одного нуклеотида с.925G>T в гемизиготном состоянии. По результатам Burst-test окислительная активность гранулоцитов после стимуляции отсутствует. При патоморфологическом исследовании биоптата легкого выявлены признаки гранулематозного поражения легочной ткани. По результатам проведенных исследований выставлен окончательный диагноз: Первичный иммунодефицит: хроническая гранулематозная болезнь. Мутация в гене CYBB с.925G>Tp.Glu309Ter в гемизиготном состоянии. Рекомендовано продолжить антибактериальную терапию в течение 6 месяцев, а также проведение МСКТ ОГК 1 раз в 6 месяцев по месту жительства. В настоящее время за ребёнком ведется динамическое наблюдение.

Выводы. Прогноз данного заболевания неоднозначен: несмотря на то что часть пациентов подвергается значительному риску инфекции большинство детей имеет шансы дожить до старшего возраста.

Зәйдін Г.Б., Сулей Б.Б., Қайырбаева А.Қ.

СЕНСОРНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ПАРАЛИЧАМИ

Кафедра нервных болезней НАО КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова. Казахстан
Научный руководитель – к.м.н., доцент Мухамбетова Г.А.

Цель: Исследование состояния сенсорной интеграции у детей с церебральными параличами.

Материал и методы. Изучены данные 28 детей со спастическими формами церебрального паралича (спастическая диплегия, гемиплегия), которые получали курс нейрореабилитации в условиях РДРЦ «Балбулак». Возраст детей представлен в диапазоне 8-12 лет, мальчики составили 17 случаев (60,71%), девочки – 39,29%. Применены методы неврологического обследования моторных, сенсорных и когнитивных функций, визуальная оценка движения и походки, интервью детей и их родителей по опроснику сенсорной интеграции.

Результаты исследования: Неврологическое исследование детей выявило нарушение движения, походки в 100% случаев. Состояние двигательных расстройств оценивалась как средней степени тяжести, преимущественно страдали функции нижних конечностей. Объем активных движений ограничен в 75% случаев (21 ребенок) вследствие тугоподвижности и контрактур в суставах. Поражение зрительного анализатора в виде умеренного снижения остроты зрения выявлено в 25% случаев (7 детей). Смешанное специфическое расстройство психологического развития отмечено в 42,86% случаев (12 детей), дислалия и задержка развития моторной речи в 46,43% случаев (13 детей), нарушение коммуникативных функций в детском коллективе в 14,29% случаев (4 детей), тревожность у 10 детей (35,71%), нарушение внимания у 20 детей (71,43%). Анализ данных опросника сенсорной интеграции выявил дисфункцию по тактильной системе в виде гипореактивности (32,14%-9 детей) и гиперреактивности (14,29%); сложности с упорядочиванием движения крупной и мелкой моторики – 89,29%; вестибулярная гипосенситивность (32,14% случаев) и гиперреактивность в 21,43% случаев (6 детей); обонятельная дисфункция в виде гиперреактивности в 10,71% и гипореактивности 7,14%; зрительная гипореактивность в 21,43% случаев, аудиальная гиперреактивность в 32,14% случаев.

Выводы:

1. Признаки нарушения обработки сенсорной информации отмечено у всех детей с преимущественным вовлечением проприоцептивной, тактильной, вестибулярной, аудиальной систем.
2. Нарушение движения у детей со спастическими парезами обусловлена органическим поражением нервной системы, нарушением обработки сенсорной интеграции.
3. Оценка состояния сенсорной интеграции у детей со спастическими парезами позволяет индивидуально подбирать коррекционные методы в комплексной нейрореабилитации, улучшить результаты психологических, речевых, социальных и двигательных функций ребенка.

Ибрагимова Лейла

СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Самаркандский Государственный медицинский университет. Кафедра педиатрии лечебного факультета
Научный руководитель: Доцент Гарифулина Лиля Маратовна

Цель: оценить показатели минеральной плотности костной ткани у детей с ожирением методом рентгеновской денситометрии.

Материалы и методы: обследовано 48 детей, наблюдавшихся в «1-я городская детская больница» г. Самарканда. Оценены антропометрические параметры (рост, масса, индекс массы тела (ИМТ)). Исследование минерального компонента проводили методом рентгеновской денситометрии с расчетом минеральной плотности костей (МПК) (г/см²) рук, позвоночника, бедра, Z-критерия. Выделены группы детей: группа 1 – с ожирением (n=36, м/д=20/16, возраст 14,24±1,03 лет, масса тела - 88,8±18,5 кг, рост – 1,61±0,1 см, ИМТ – 31,9±4,2 кг/м²; группа 2 - контроль (n=12, м/д=7/5, возраст 14,25±1,47 лет (p=0,3), масса тела – 48,2±10,7 кг (p=0,0001), рост – 1,62±0,1 см (p=0,04), ИМТ – 18,8±2,2 кг/м² (p=0,0001)). Статистическая обработка проводилась с использованием программного пакета STATISTICA for Windows (версия 7, StatSoft, Inc.) и в среде пакета Excel 2016 for Windows. Достоверными считались различия при p<0,05.

Результаты: Денситометрия в области поясничных позвонков L₁-L₄ показало равномерное распределение между остеопенией и нормальным уровнем МПКТ в II группе, преобладание нормы в контроле (P <0,001 по отношению к I группе) и наибольшую частоту остеопороза в I группе (P <0,001 по отношению к контролю).

Денситометрия в области шейки большеберцовой кости показала, положительные результаты которые были заключены в высокой частоте случаев нормальных показателей МПКТ, при отсутствии случаев остеопороза, во всех группах наблюдения 73%, 85,5% и соответственно в I, II группах, при этом достоверно показатели между собой не различались. Референсно значимые различия наблюдались только между группой с III степенью ожирения (27%) и контролем (90%; p <0,01), в отношении распределения частоты остеопении. Показатели денситометрии дистального отдела лучевой и локтевой кости у детей сравниваемых групп характеризовались значительными изменениями в сторону остеопороза и остеопении, особенно патологические изменения наблюдались в дистальном отделе лучевой кости где показатели денситометрии находились в значениях остеопении во всех группах наблюдения: -1,32±0,22 в II группе; что было достоверно больше p <0,001 по сравнению с контролем. Следует отметить, что между собой показатели Z-score в группах сравнения достоверно не отличались.

Вывод: Наиболее часто патология минеральной плотности костной ткани в виде остеопороза встречалось в дистальном отделе предплечья лучевой кости (61,5%), и поясничном отделе позвоночника - L₁ – L₄ (42,3%) проксимальный отдел бедра, а именно в шейка большеберцовой кости вовлекалось в патологический процесс наиболее позже при тяжелой степени ожирения, при этом уровень МПКТ (г/см²) имел зависимость от степени ожирения во всех точках исследования.

Ишмирзоев Дж.Р., Солиева М.

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ С МАЛОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Кафедра детских болезней №1 ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино
Научный руководитель – старший преподаватель Самиева Н.Ш.

Целью данной работы. Изучить клинко-неврологическую характеристику новорожденных детей, родившихся с малой массой тела.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 200 детей с массой от 1500 до 2500 гр, из них доношенных составило 25 детей с признаками ЗВУР и 175 недоношенных детей, у которых признаки ЗВУР были отмечены у 6 детей. Гестационный возраст детей был от 30 недель до 38 недель.

Результаты обсуждения. Анализ течения беременности и родов матерей новорожденных, показал, что самыми частыми проявлениями экстрагенитальной патологии были: анемии – в 50 (20,5%) случаях, анемия в сочетании с хроническим пиелонефритом – в 24 (60%) случаях. Среди осложнений течения беременности чаще всего регистрировались гестозы разной степени тяжести 15 (37,5%), многоводие – 16 (40%) случаев, преждевременное излитие околоплодных вод выявлено в 14 (35%) случаях.

Результаты клинических проявлений поражения ЦНС показали, что новорожденные I группы недоношенных детей адаптация протекала тяжелее по сравнению с детьми родившимися недоношенными. Но с признаками ЗВУР. Снижение мышечного тонуса и таких рефлексов как хватательный и поисковый отмечалось у 30% недоношенных детей без ЗВУР, у 7 (5,0%) детей родившихся недоношенными с ЗВУР. У 8 (3,4%) детей в раннем периоде адаптации зарегистрированы клонико-тонические судороги и локальные симптомы моно и паравреза отмечены у 2 (1,0%) первой группы. Нейросонографические данные выявили дилатацию желудочков мозга у 58 (48,3%) детей, из них 22

(18,3%) детей были недоношенными 1 ой группы, интравентрикулярное и субэпидемальные кровоизлияния наблюдалось у 19 (55,8%) недоношенных как с признаками ЗВУР так и без признаков ЗВУР. У 6 (3,4%) доношенных детей на нейросонографии в основном отмечались признаки внутричерепной гипертензии. У всех детей при ультразвуковом обследовании головного мозга в основном отмечались признаки незрелости мозговых структур, нечеткий рисунок извилин и борозд, расширение полости прозрачной перегородки, полости Верге. Клинико-неврологические нарушения соответствовали патологическим изменениям головного мозга. У 29 новорожденных в раннем периоде адаптации сопровождались респираторные нарушения с последующим апноэ, в 14% случаев потребовало проведения вспомогательной вентиляции легких. Ведущим неврологическим синдромом в раннем периоде адаптации был синдром угнетения, который выявился в 85% случаев в виде вялости, гиподинамии, снижения спонтанной активности, общей мышечной гипотонией, рефлексы сосания и глотания были снижены.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования показали, что частота кровоизлияний в мозг в большей степени диагностируется у недоношенных детей, которые по физическим параметрам соответствуют гестационному возрасту, а также патологические изменения на нейросонографии зависят от тяжести поражения ЦНС.

Ишмиров Ч.Р. Мухиддинов Б.
СОВРЕМЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ
Кафедра детских болезней №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино
Научный руководитель - к.м.н. Бадалова З.А.

Цель исследования. Изучение современного течения острого ларинготрахеита у детей, а также принцип купирования.

Материалы и методы исследования. Для анализа было отобрано 55 историй развития детей, состоящих на учете у врача отоларинголога, в период с марта по октябрь 2018 года включительно. Проведенный анализ установил, что наиболее уязвимым возрастом для заболевания острым ларинготрахеитом является 1 - 3 годы жизни – это составило 49% детей от общего числа, дети от 3 до 5 лет – 28,5%. Наименее подвержены острому ларинготрахеиту дети до года – 13% и дети старше 5 лет - 12,5%.

Результаты исследования . У 26% детей установлен отягощенный аллергический анамнез: при этом у 15 % детей, наблюдалась пищевая аллергия, у 4% -лекарственная аллергия, и у 11 % другие виды аллергий (поллиноз, аллергия на солнечный свет и т.д.). Отмечено, что у 5% детей имеется склонность к частым ОРВИ, ОРЗ, бронхитам. Причем установлено, что до госпитализации 25 % детей в качестве лечения получали противовирусные препараты, 15,5% детей получали антибиотики, 10% детей - глюкокортикостероиды, 6,5% детей не получали медикаментозного лечения. Ларинготрахеит без стеноза гортани зарегистрирован у 25,5% детей, со стенозом 1 степени у 67,5% детей, 7% - со стенозом 2 степени. По степени тяжести заболевания: у 78,8% детей заболевание протекало со средней степенью тяжести, у 1,2% детей с наблюдалась тяжелое течение. За это время получали гормоны: в виде ингаляций – 49% детей, внутримышечно – 18%, перорально 3%. Антибиотики получали 85,5% детей. У 1% детей также наблюдалась пневмония, у 34% - другие фоновые заболевания (анемии, рахит, гипотрофия различной степени.).

Выводы. Данное статистическое исследование отражает особенности течения острого ларинготрахеита у детей, его клинические особенности, выявляет наиболее уязвимый возраст детей по данному заболеванию, а также отражает современные, наиболее предпочитаемые подходы и принципы лечения данного заболевания и наиболее частые его исходы.

Каримова М.Б., Исоева М.Ф.
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ФОРМ МЕНИНГОКОККОВОЙ
ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан.
Научный руководитель –к.м.н., доцент Саидмуродова Г.М.

Цель исследования. Изучение особенностей клинических проявлений генерализованных форм менингококковой инфекции у детей.

Материал и методы. Под наблюдением находились 68 детей с генерализованными формами менингококковой инфекции (ГФМИ) в возрасте от 3 месяцев до 18 лет, госпитализированных с января по июнь месяцы 2022 года в ГКДБДИБ и ГИБ г. Душанбе. Диагноз заболевания верифицирован клиническими, эпидемиологическими, а также обнаружением диплококка при культуральном посеве из носоглоточной слизи, из крови и спинномозговой жидкости путём микроскопии с окраской по Грамму, а также методом латекс – агглютинации.

Результаты исследования. Из числа детей с ГФМИ у 60(88,2%) диагностирована смешанная форма, причём у 46 (67,7%) в виде сочетания менингококцемии и менингита, у 14 (23,3%) менингококцемии с менингоэнцефалитом, а у 15 (22%) детей выявлены гипертоксические формы МИ. Следует отметить, что ГФМИ у 5 (22,1%) детей начинались с симптомов назофарингита в виде заложенности носа, покраснения и отёка слизистой носа, затруднения носового дыхания сопровождающийся лихорадкой до фебрильных цифр (до 38,5-38,9⁰C). У всех детей с ГФМИ отмечалось острое начало болезни с выраженными симптомами интоксикации и лихорадкой сопровождающаяся ознобом, причём у большинства 55 (80,9%) отмечалась высокая температура тела до 39,5-40,3⁰C, у 11(16,2%) фебрильная температура до 38,5-39,0 ⁰C. Длительность лихорадочного периода при ГФМИ колебалась от 5 до 10 дней, причём, лихорадка сопровождалась головной болью, усиливающаяся при резких движениях или ярком свете, у 47(69,1%) отмечена многократная рвота, не связанная с приёмом пищи и не приносящая облегчения, у 45(66,2%) детей возбуждение, у 36(52,9%) боли в мышцах и суставах, у 25(36,8%) детей нарастающие вялость и слабость, у 10 (14,7%) детей потеря

сознания с судорожными подёргиваниями мышц конечностей. Характерный специфический симптом менингококцемии - геморрагическая «звёздчатая» сыпь с некротическими элементами и одновременной высокой до 40,0 - 40,5°C лихорадкой отмечалась у 60(88,2%) наблюдаемых нами детей с ГФМИ, причём у 13(21,7%) детей при отсутствии характерных симптомов МИ в течении первых суток от начала болезни отмечено быстрое появление маленьких точечных высыпаний в виде экхимозов, петехий и геморрагий на коже лица, а позже у 42(70%) сыпь распространилась на туловище, нижних конечностях, у 49(81,7%) детей на ягодичках и в области коленных и голеностопных суставов, что указывало на быстрое развитие септического процесса и инфекционно-токсического шока. Наиболее чаще 45(66,2%) дети с ГФМИ поступали в 1 компенсированной стадии инфекционно-токсического шока и шокowym индексом Альговера в пределах 0,9- 1,2±0,5, чем во 2-ой субкомпенсированной стадии 20 (29,4%) и 3-ей декомпенсированной стадии 3 (4,4%).

Выводы. Таким образом установлено, что клинические проявления ГФМИ у детей протекали преимущественным проявлением смешанных форм (88,2%), причём у 67,7% детей в виде сочетания менингококцемии и менингита, у 23,3% менингококцемии и менингоэнцефалита.

Каримова М.М., Джаббарова Н.Р

ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННОГО ТОКСОПЛАЗМОЗА У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА

Многопрофильная клиника СамГМУ., Узбекистан

Научный руководитель- д.м.н., профессор Амонов Ш.Э.

Цель исследования. Изучение клинических проявлений и состояния специфического иммунитета к токсоплазмозу у детей до 1 года.

Материал и методы исследования. Были обследованы 81 ребенок до 1 года, находившихся на лечении в отделениях педиатрии Многопрофильной клиники СамГМУ в городе Самарканда. В исследование были включены дети с наличием внутриутробных инфекций, которые родившейся от матери инфицированной токсоплазмозом (на основании данных анамнеза, клиники, лабораторных исследований). Всем детям проводилось клиническое, инструментальное, иммунологическое обследования, по показаниям - другие исследования. С целью диагностики токсоплазмоза у детей исследовалась кровь с использованием методов ИФА. Проводился сравнительный анализ титра антител ребенка и матери, кроме того, изучалась avidность антител класса IgG и IgM к токсоплазмозу.

Результаты и их обсуждение. При поступлении в стационар тяжесть состояния у 3(3,7%) пациентов определялась как легкой степени, у 21(25,9%) - средней степени тяжести, состояние у 57(70,4%) обследованных детей расценивалось тяжелой степени как язвенно-некротический энтероколит, острая внебольничная пневмония, миокардит и миозит. У остальных детей основным диагнозом было сенсоневральная тугоухость вплоть до глухоты, ретинит, гидроцефалия, перинатальное поражение ЦНС гипоксически- геморрагического и гипоксически - ишемического генеза, а также гепатоспленомегалия. Среди сопутствующих состояний у детей были выявлены: анемия различной степени тяжести, кардиопатия, конъюгационная желтуха, лимфаденит, эпилепсия, длительная лихорадка и гипотрофия смешанного генеза. В результате серологического обследования антитела класса IgG к токсоплазмозу выявлены у 88% обследованных детей. IgM выявлены лишь у 10 ребенка, что в совокупности с данными ПЦР позволило диагностировать первичную острую фазу течения токсоплазмоза. Обнаруженные антитела класса IgG у большинства обследованных имели высокую avidность, их первоначальный титр был ниже материнских и снижался в динамике. Низкоавидные IgG обнаружены у 12% обследованных (10 детей), что в совокупности с клинико-лабораторными данными позволило установить диагноз первичной острой форму токсоплазмоза, в динамике антитела сменились на высокоавидные. Трое пациентов не имели антител к токсоплазмозу, их матери также оказались серонегативными.

Вывод. Таким образом, подтверждена высокая инфицированность женщин токсоплазмозом. Адекватно оценить активность токсоплазмозной инфекции и определить тактику ведения больных в раннем периоде позволяет наличие специфических низкоавидных IgG при частом отсутствии IgM. Обнаружение серонегативных к токсоплазмозу у женщин и детей позволяет отнести их в группу риска.

Касенкан Темирлан Рамазанулы

ИДЕНТИФИКАЦИЯ ПРЕДИКТОРОВ ЛЕТАЛЬНОСТИ ГРИППА У ДЕТЕЙ В ПОСТКОВИДНЫЙ ПЕРИОД: АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ТЯЖЕСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СМЕРТНОСТЬ, ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра детских инфекционных болезней НАО МУК. Казахстан.

Научные руководители: профессор, д.м.н. Баетшева Д.А., к.м.н. Алшынбекова Г.К.

Цель исследования: выявить предикторы летальности гриппа у детей в постковидный период.

Материал и методы: Материалом для исследований служили истории болезни больных с тяжелым течением гриппа, находившихся на стационарном лечении в «МППДБ №3» г. Астана. Работа выполнена с применением поисковых запросов и сервисов базы. Диагноз «Грипп» был подтвержден клинико-эпидемиологически и лабораторно методом ПЦР. Было проанализировано 9 историй болезни с летальным исходом.

Результаты исследования: Если мы перейдем к основным результатам, то мы взяли следующие показатели для сравнения возраст детей, госпитализация на какие сутки, этиотропную терапию, и летальность. В результате нашего анализа было выявлено следующее: средний возраст детей составил от 1 до 5 лет, 1 ребенок до года, и двое старше 5 лет. Никто не был госпитализирован в первые сутки, 2 детей были госпитализированы в промежутке от 2 до 5 суток, и 7 детей были госпитализированы после 5 суток от момента заболевания. Этиотропную терапию никто не

получил в первые сутки. Двое детей получили от 2 до 5 суток (нужно отметить что это было в стационаре). И 7 детей получили противовирусную терапию после 5 суток болезни. Летальность в первые сутки была у 4 детей. У следующих 4 летальность наступила от 2 до 5 суток. Один ребенок был экзальтирован на 13 сутки от момента поступления.

Выводы: Наибольшая заболеваемость гриппом среди исследуемых детей приходилась на ноябрь-декабрь 2022г., вызванная как типом гриппа А(H1N1, H3N2), так и типом В. Вакцинация исследуемых детей соответствовала – 0%. Тяжесть течения гриппа обусловлена поздней госпитализацией детей в стационар, отсутствием ранней этиотропной терапии на амбулаторном уровне, что привело к развитию осложнений (сепсис, ДВС и др.) и к летальности. Летальность среди исследуемых детей отмечалась в возрасте от 1 до 5-ти лет и составила в 50% - до суток. Тяжелое течение гриппа на амбулаторном уровне с учетом в анамнезе перенесенной Covid-19, указывает на необходимость обследования на состояние иммунной системы (анализ на иммунограмму).

Касымова П.В.

СИНДРОМ АНЕМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан. Научный руководитель – к.м.н., доцент Бабаева Л.А.

Цель исследования. Определить предикторы развития синдрома анемии у детей с хронической болезнью почек (ХБП).

Материал и методы. Обследовано 78 детей в возрасте 1,5-17 лет с установленным диагнозом ХБП и снижением уровня Hb менее 120 г/л. Были проведены лабораторно-инструментальные методы исследования с определением обмена железа по трем показателям- сывороточное железо, ферритин и трансферрин. Критерии включения – наличие ХБП (хронический гломерулонефрит, тубулоинтерстициальный нефрит, хронический пиелонефрит). Критерии исключения – наличие врожденной патологии. Для определения стадий ХБП определяли скорость клубочковой фильтрации (СКФ), которую рассчитывали по формуле Шварца. По возрасту, больные были подразделены на следующие группы: 1-3 года (18%), 4-7 лет (26,9%), 8-14 лет (41%), 15-17 лет (14,1%). Средний возраст составил 12,3 лет. Девочек было больше (55,1%), чем мальчиков (44,9%).

Результаты исследования. В ходе проведенного исследования выявлено, что у 6,4% пациентов была установлена I стадия ХБП, в 24,4% случаев - II стадия, в 64,1% - III стадия, в 3,8% - IV стадия и в 1,3% случаев - V стадия ХБП. Диагностическими критериями анемий являлись: у детей с ХБП, если концентрация гемоглобина < 110 г/л для детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет, < 115 г/л для детей в возрасте от 5 до 12 лет и < 120 г/л у детей в возрасте 12—15 лет; у больных с ХБП старше 15 лет, если уровень содержания гемоглобина < 130 г/л для мальчиков и < 120 г/л для девочек. Анемия различной степени тяжести отмечалась в 47,4% случаев. В 81,1% случаев анемия была легкой степени тяжести, в 13,5% - средней тяжести и в 5,4% - тяжелой. Клиническая картина анемии зависела от степени тяжести заболевания. В большинстве случаев длительность заболевания составила от 3 до 7 лет. При определении показателей обмена железа у 37 больных наблюдался дефицит железа. Отмечалась тенденция к снижению уровня Hb по мере снижения скорости клубочковой фильтрации. С целью коррекции анемии в 81,1% случаев (n=30) применяли пероральные формы препаратов железа (Мальтофер, Феррум Лек) в возрастной дозировке. В 18,9% (n=7) случаев мы применяли внутривенные формы препаратов железа. При оценке эффективности и безопасности учитывались такие показатели, как концентрация гемоглобина, уровень содержания ферритина и частота возникновения каких-либо неблагоприятных побочных эффектов. 7 больным внутривенно капельно вводили препарат Мегафер, который разводили в 0,9% растворе натрия хлорида в соотношении 1:20. Перед введением первой терапевтической дозы, сначала вводили тест-дозу с целью выявления непереносимости препарата. При отсутствии побочных эффектов, вводили оставшуюся часть раствора.

Выводы. Основными предикторами развития анемии у детей с ХБП являются – женский пол, младший возраст, рецидивирующее течение патологического процесса в почках, диспротеинемия и мочевого синдром. Одной из основных причин анемии при ХБП является дефицит железа. Имеется тенденция к снижению уровня Hb по мере снижения СКФ. Патогенетическая терапия анемии препаратами железа способствует снижению заболеваемости и смертности больных, улучшению качества их жизни и медико-социальной реабилитации.

Касымова П.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан. Научный руководитель – к.м.н., доцент Бабаева Л.А.

Цель исследования. Оценить эффективность применения ингибиторов ангиотензин – превращающего фермента (иАПФ) у детей с хронической болезнью почек.

Материал и методы. Были обследованы 50 детей (27 девочек и 23 мальчика) с хронической болезнью почек (ХБП) в возрасте от 7 до 17 лет. Средний возраст составил 10,5 лет. Общая длительность катамnestического наблюдения составила 5 лет, из них 3 года до начала исследования и 2 года на терапии/наблюдении. Больные были распределены на 2 группы. В 1 группу входили пациенты с различными стадиями ХБП, у которых в 2 раза чаще наблюдалось прогрессирующее течение заболевания, протеинурия у них была достоверно выше. Во 2 группу сравнения, без терапии иАПФ, входили 20 детей. Ренопротективную эффективность иАПФ оценивали по динамике протеинурии (антипротеинурический эффект) и динамике СКФ (непосредственно ренопротективный эффект), которую рассчитывали по формуле Шварца. АД оценивали по методу Короткова. В качестве ренопротекторов

использовали иАПФ короткого (каптоприл 0,4-0,85 мг/кг/сут) и длительного (эналаприл 0,03-0,11 мг/кг/сут) действия. В динамике оценивали суточную протеинурию, сывороточный креатинин, холестерин. УЗИ почек проводили 1 раз в 6 месяцев.

Результаты исследования. Средний уровень протеинурии в 1 группе больных был выше в 4 раза, чем у больных, наблюдавшихся в дальнейшем без лечения. В ходе наблюдения выявлено, что у 75 % детей, получавших иАПФ, был получен антипротеинурический эффект по сравнению с группой сравнения. У 50% больных, получавших иАПФ, антипротеинурический эффект был выраженным, а у 25% был получен частичный эффект. В динамике нарастание протеинурии было отмечено в обеих группах, однако в 2 раза чаще наблюдалось у детей 2 группы. Пациенты получали иАПФ короткого и длительного действия. При анализе антипротеинурической эффективности в зависимости от препарата у 64% больных было выявлено уменьшение протеинурии на терапии эналаприлом, чем при использовании каптоприла (22%). В 82% случаев антипротеинурический эффект был получен на максимальной дозе эналаприла (0,08-0,11 мг/кг/сут). По уровню СКФ на момент начала наблюдения группы детей практически не отличались. Ренопротективный эффект иАПФ оказался наиболее выраженным в 1 группе больных, в 78% случаев в динамике было отмечено замедление снижения СКФ в 1,7 раз по сравнению с группой сравнения. На момент начала терапии у 15 детей с уровнем холестерина > 6 ммоль/л было отмечено отсутствие ренопротективного эффекта. Большое значение имели сроки назначения иАПФ. При позднем назначении иАПФ ренопротективный эффект отмечался в 3,4 раза реже, в отличие от раннего назначения.

Выводы Установлена высокая антипротеинурическая и ренопротективная эффективность ингибиторов ангиотензин – превращающего фермента у детей с хронической болезнью почек. Своевременное назначение иАПФ длительного действия (эналаприл) тормозит прогрессирование заболевания и поддерживает должную величину клубочковой фильтрации.

Касымова П.В.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЁРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан. Научный руководитель – к.м.н., доцент Бабаева Л.А.

Цель исследования. Определить диагностические маркёры прогрессирования хронической болезни почек у детей.

Материал и методы. Обследованы 78 детей в возрасте 1,5-17 лет с установленным нозологическим диагнозом поражения почек на разных стадиях хронической болезни почек (ХБП). Больные были распределены по группам, отвечающим стадиям ХБП. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали по формуле Шварца с использованием значений коэффициента, применяемого при измерении сывороточного содержания креатинина в мкмоль/л. Определяли суточную экскрецию белка, количественную экскрецию эритроцитов, лейкоцитов, концентрационную функцию почек по максимальной относительной плотности мочи в пробе Зимницкого, уровни сывороточного альбумина, холестерина, фибриногена, электролитов, креатинина, мочевины, сывороточного железа, паратгормона, щелочной фосфатазы, гемограмму, суточное мониторирование артериального давления, УЗИ почек, мочевыводящих путей и органов брюшной полости, КТ, МРТ.

Результаты исследования. В ходе проведенного обследования было установлено, что длительность хронического заболевания почек до выявления признаков ХБП у 80,8% больных не превышала 4-х лет, у 14,1% составила 5–7 лет, у 5,1% более 8 лет, что свидетельствует о быстрых темпах прогрессирования заболевания, ведущими факторами которого явились - артериальная гипертензия; гемодинамические нарушения в почках; нарушения микроциркуляции и дисфункция эндотелия; появление или увеличение уровня протеинурии. По данным суточного мониторирования артериального давления, артериальная гипертензия была выявлена у 51,3% больных на I стадии ХБП, у 100% детей на III– IV стадии, что подтверждает патогенетическую роль артериальной гипертензии в прогрессировании ХБП. Системная гипертензия является как причиной, так и следствием поражения почек, вызывает повреждение почечных капилляров с нарушением в них внутрпочечной гемодинамики, что в конечном итоге стимулирует процессы склерозирования почек. При сравнительном анализе показателей функционального состояния почек на различных стадиях ХБП было установлено прогрессирующее нарастание темпов снижения СКФ до 5,7–6,1 мл/мин/год через 4–5 лет от дебюта болезни. На I субклинической стадии СКФ была нарушена у 84,6% больных. У всех больных с I–II стадиями ХБП было выявлено сочетанное нарушение СКФ и тубулярных функций почек. У 59% детей с ХБП I стадии была выявлена микроальбуминурия, подтверждающая ее роль как одного из высокочувствительных маркеров прогностически неблагоприятного поражения почек. В крови в 100% случаев отмечалась анемия (минимальная цифра Hb составила 50 г/л, эритроцитов - $1,2 \times 10^{12}/л$), степень тяжести которой зависела от стадии ХБП, а также снижение уровня сывороточного железа до 3 ммоль/л.

Выводы. Скорость и риск прогрессирования хронической болезни почек определяется совокупностью воздействия персистирующей протеинурии более 1 г в сутки, артериальной гипертензией 1 и 2 ст. с дебюта заболевания, снижением уровня гемоглобина крови ниже 110 г/л и отсутствием своевременной патогенетической терапии.

ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ

Кафедра Пропедевтики детских болезней СамГМУ, Узбекистан
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ибатова Ш.М.

Цель исследования. Оценить эффективность применения иммуномодулирующей терапии у детей с острым обструктивным бронхитом.

Материалы и методы исследования. Обследовано 65 больных с острым обструктивным бронхитом (ООБ) в возрасте от 6 мес. до 3 лет, из них 39 (60%) были мальчики, 26 (40%) – девочки. Иммунологическое исследование проводилось в клинической лаборатории клиники СамГМУ. Проводилось определение количества Т-лимфоцитов, Т-хелперов, Т-супрессоров, а также В-лимфоцитов. Иммунологическое обследование проводилось с учетом характера терапии: I-я группа больных находилась на традиционном лечении с включением Т-активина, а II-я группа детей находилась только на традиционном лечении.

Результаты исследований. Установлено, что у большинства детей заболевание приходится на возраст от 3-х месяцев до 1 года. В анамнезе больных часто отмечалось наличие острых респираторных заболеваний, которые на 2-3 сутки осложнялись острым обструктивным бронхитом. Анализ семейно – наследственного анамнеза показал, что 32% больных детей родились от родственников браков, у 46,5% детей родственники страдали аллергическими заболеваниями. Анализ исходного преморбидного фона показал, что у детей с ООБ аллергический диатез отмечался у 54,9%, анемия – у 81,9%, рахит – у 51,0%, паратрофия – у 12,5% и белково-энергетическая недостаточность питания – у 48,7%. Выявлено, что средние показатели массы тела при рождении у детей с ООБ достоверно превышают более 3,5 кг.

Основные изменения клеточного иммунитета выражались в снижении количества Т-лимфоцитов $45,2 \pm 0,8$ по сравнению с детьми контрольной группы $57,3 \pm 0,9\%$ ($p < 0,01$). Чаше отмечалось увеличение содержания В-лимфоцитов больных с ООБ $18,1 \pm 0,3$ ($p < 0,01$), что достоверно выше данных контрольной группы ($p < 0,01$). Отмечалась тенденция к снижению Т-супрессоров в относительных и абсолютных показателях при ООБ у детей. Изменения гуморального звена иммунитета сопровождалось снижением концентрации IgA ($p < 0,01$) и IgG ($p < 0,01$). Повышение концентрации IgM ($p < 0,01$) у детей, больных ООБ свидетельствует о том, что в период разгара заболевания иммунный ответ обеспечивается преимущественно за счет антител класса IgM.

Полученные результаты иммунологических исследований послужили основанием для включения в комплекс лечения детей с ООБ иммунокорректирующих препаратов и последующего динамического контроля показателей иммунного ответа с целью профилактики рецидивов заболевания.

С целью коррекции иммунологических показателей больным с ООБ назначали Т-активин подкожно из расчета 2 мг/кг массы тела ежедневно в течение 5 дней и шестую инъекцию через неделю после инъекций. В клиническом плане у всех детей, получивших Т-активин, отмечена положительная динамика.

Применение Т-активина на фоне традиционной терапии способствует повышению уровня В-лимфоцитов - $12,9 \pm 0,76\%$, и нормализации всех иммуноглобулинов А, М, G.

Выводы. Таким образом, включение в комплексную терапию детей с острым обструктивным бронхитом Т-активина повышает эффективность лечения, способствует нормализации показателей иммунного статуса и предупреждает развитие рецидивов заболевания.

Кодиров У.А., Ахмедов Р.А.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У ДЕТЕЙ С ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ТЕН (ТИТАНОВЫМ ЭЛАСТИЧНЫМ СТЕРЖЕНЕМ) В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.

ЦРБ Бабаджан Гафуровим. профессора А.М. Пулатова. Таджикистан.
Научный руководитель-Кодиров А.С.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения детей с переломами длинных трубчатых костей в современных условиях с титановой эластичной стерженью.

Материал и методы. В травматологическом отделении ЦРБ Бабаджана Гафурова в 2022г выполнено 46-операции с титановым эластичным стержнем на разных сегментах: плечо-6, предплечье-18, бедро-14 иголень-8 в возрасте от 2х до 16 лет. Основным методом диагностики является обычная рентгенография в двух проекциях. Раньше при таких переломах больные лечились функционально (скелетное вытяжение), лежали от 15 до 45 койка дней и еще до 3,5 месяцев в обездвиженной гипсовой повязкой, трудоспособность больных восстанавливалось от 6 до 12 месяцев. При операции старым методом от 10 до 20 дней койка дней трудоспособность восстанавливалось от 4 до 8 месяцев. При нынешней операции койки дни составляют 3-5 дней, а трудоспособность восстанавливается от 1-месяца (лёгкая работа) до 3-месяцев. Операция с ТЕН делается без разреза, проводится отверстие с шилой под наблюдением аппарата ЭОП и вводится титановый эластичный стержень через отверстие в костной канал.

Результаты исследования. Хорошие функциональные результаты получены у 97,8% ($n=45$) больных и у 2,2% ($n=1$) больных наблюдалась рефрактура. У 29 больных через 6-месяцев, после полного сращения костей удалили титановый эластичный стержень в амбулаторных условиях. Остальные больные по собственному желанию не удаляли титановый эластичный стержень. Пациент у которого наблюдалась рефрактура в анамнезе был незавершённый остеогенез. По этому проводилось открытая репозиция и вводился один титановый эластичный стержень с наложением гипсовой повязки. На 5-ом месяце обратился с рефрактурой, сняли титановый эластичный стержень и зафиксировали пластиной.

Выводы. Метод ТЕН имеет ряд преимуществ перед функциональным и другими видами оперативных вмешательств – по снижению койка дней, малоинвазивности, раннее восстановление трудоспособности и удаление импланта. Так как на операциях не делается разрез, под наблюдением ЭОПа производится отверстие шилом и вводится 2-титановый эластичный стержень. При таких операциях не травмируются ростковые зоны и не блокируются суставы так как не наложены гипсовые повязки.

Комилзода С., Одинаев Д.Х., Мамадьярова М.Г.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭШЕРИХИОЗНОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра детских инфекционных болезней ТГМУ им. Абуалиибни Сино,

ГУ «ГКБДИБ» г. Душанбе. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Саидмурадова Г.М.

Цель исследования. Изучение клинических проявлений эшерихиозной кишечной инфекции у детей раннего возраста.

Материал и методы. Из числа госпитализированных детей с ОКИ за 2022 год (2898) в ГКБДИБ г. Душанбе, детей с эшерихиозом было 161 (49,5%), причём 148 (91,9%) из них составляли дети раннего возраста. Диагноз кишечного эшерихиоза выставлен на основании клинических проявлений и бактериологического исследования кала.

Результаты исследования. Из числа детей раннего возраста с эшерихиозом, до 6 месяцев было 43 (29,1%), от 6 месяцев до года – 52 (35,1%), от 1 года до 3-х лет – 53 (35,8%) из их числа 38 (25,7%) находились на естественном, 36 (24,3%) на искусственном и 74 (50%) на смешанном вскармливании. Из числа госпитализированных детей у 78 (52,7%) отмечалось позднее (на 4-5 день) обращение в стационар, а 70 (47,4%) детей обратились в ранние сроки от начала заболевания. У всех детей отмечалось острое начало заболевания и в большинстве случаев сопровождалось 98 (66,2%) высокой (до 39,5–40,0°C), у 50 (33,9%) детей фебрильной лихорадкой. Состояние в день поступления у большинства 102 (68,9%) детей было тяжёлым, причём с преобладанием интоксикации в виде стойкого повышения температуры тела у всех (100%), вялости и слабости у 85 (83,3%), тяжёлого обезвоживания у 59 (57,8%), нейротоксикоза проявляющийся судорогами и гипертермией у 17 (16,7%) детей, которые были госпитализированы в реанимационное отделение, а 46 (31,1%) детей поступили в средне-тяжелой форме заболевания.

Кроме того, у всех детей раннего возраста отмечалась диарея в виде обильного, частого, жидкого стула с примесью слизи, причём у большинства 108 (73%) кал имел жёлтый, у 46 (31,1%) зелёный цвет и у 98 (66,2%) детей имел примесь непереваренных комочков пищи. Частота стула до 5 раз в сутки отмечена у 32 (21,6%), до 10 раз в сутки у 40 (27,0%), более 10 раз в сутки у 76 (51,1%) детей. А также, отсутствие аппетита отмечено у 90 (60,8%), тошнота и рвота у 88 (59,5%), а у 49 (33,1%) детей до года снижение сосательного рефлекса. Все дети поступили с признаками различной степени обезвоживания, причём у 57,8% отмечалось тяжёлое, у 89 (60,1%) умеренное обезвоживание.

Лечение всех детей раннего возраста проводилось с учётом утверждённых в Республике Таджикистан клинических протоколов и детям с токсикозом и эксикозом проводилась инфузионная дезинтоксикационная и регидратационная терапия. С учётом чувствительности назначались аминогликозиды (гентамицин, амикацин), фторхинолоны, а также цефалоспорины II-III поколения (цефотаксим, цефтриаксон). В периоде госпитализации состояние у большинства 98 (66,2%) детей улучшилось на 7-10 день, у 50 (33,8%) на 10-12 день.

Выводы. Таким образом, клинические проявления эшерихиозной кишечной инфекции у детей раннего возраста показали, что часто – 95 (64,2%) – болели дети первого года жизни, причём у 52,7% отмечалось позднее обращение в стационар и впоследствии состояние у детей (68,9%) было тяжёлым, с преобладанием интоксикации (100%), тяжёлого обезвоживания (57,8%), нейротоксикоза (16,7%). Заболевание у всех госпитализированных имело благоприятный исход и дети были выписаны из стационара на 7-12 день.

Кудратхужаева Ш. Ш., Саидходжаева С.Н.

НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ И ВИЗУАЛИЗАЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить особенности поражения нервной системы у детей с хронической болезнью почек на основании данных нейровизуализации.

Предметы и методы исследования. Секционное исследование методом выборки было проведено в нефрологическом отделении у 38 детей в возрасте до 18 лет с хронической болезнью почек. Дети, включённые в это исследование, находились на регулярном гемодиализе более 6 месяцев. Было 24 мужчины и 14 женщин со средним возрастом ($11,08 \pm 4,46$ года). Пациенты с поражением центральной или периферической нервной системы от врождённых или других причин, отличных от ХБП, и у которых ранее была полинейропатия и миопатия, вызванная дисфункцией щитовидной железы или сахарным диабетом, были исключены. Все пациенты были подвергнуты сбору анамнеза и полному физикальному и неврологическому клиническому обследованию. Всем исследуемым пациентам выполняли электроэнцефалографию (ЭЭГ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ) головного мозга.

Полученные результаты. При клиническом и неврологическом обследовании выявлены судороги у 10% ($n=4$), головная боль у 63% ($n=24$), онемение у 18% ($n=7$), головокружение у 10% ($n=4$), бессонница у 14% ($n=5$), нарушение памяти у 16% ($n=6$), задержка речи у 8% ($n=3$), гипотония у 22% ($n=8$), гипорефлексия у 22% ($n=8$), и гиперрефлексия у 14% ($n=5$) детей с ХБП. Аномальные результаты МРТ были зарегистрированы у 15% обследованных ($n=6$), включая легкую атрофию головного мозга у 35% ($n=2$) и энцефаломалацию у 62,5% ($n=4$).

Это может быть связано с гипертонической энцефалопатией, уреимией, нарушением электролитного баланса, судорогами или гипоксией. Ishikura et al. сообщили о радиологических аномалиях, распространяющихся на 85% серого вещества, особенно в лобных и височных долях. Атрофия головного мозга оценивалась у трех (23%) из 8 детей с хронической почечной недостаточностью.

Заключение. Спектр поражений нервной системы широко распространен у детей с ХБП. Они идентифицировали как центральную нервную систему, так и периферическую нервную систему. МРТ является полезным методом раннего распознавания субклинической уреимической энцефалопатии и/или эпилептогенной активности. Раннее выявление и диагностика неврологических состояний может повлиять на адекватное раннее лечение и снизить инвалидность пациентов с ХБП.

**Курбонов Ч.И., Нуралиева Г.М., Кахоров З.З.
РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ У ДЕТЕЙ**

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

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения ревматоидного артрита у детей.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 30 детей от 5 до 15 лет, которые находились на стационарном лечении в клинике Национального медицинского центра «Шифобахш» в период 2020-2022 годы с диагнозом: Ревматоидного артрита. Структура обследуемых детей: пациенты до 5 лет -23,07%(6), дети от 6 до 10 лет 46,15% (12), от 10 до 13 лет 30,76% (8). По-гендерному распределение мальчиков -53,84%(14), девочек 46,15% (12) У всех детей определялись показатели общего анализ крови, СРБ, ревмофактор, антистрептолизин, биохимия крови, рентгенография суставов.

Результаты и обсуждение. Дети поступали с жалобами: на боли и припухлость в различных суставах, утренняя скованность, снижение аппетита, слабость, повышение температуры.

Суставной синдром проявлялся в виде болей в суставах, утренней скованности, чаще всего коленных, голеностопных суставов, поражения по типу симметричный, поли моно-олиго артрита. Артрит начинался остро с отека. Следует отметить, что у абсолютного большинства больных с ревматоидного артрита развился через 2-3 мес. после острой назофарингеальной, провоцирующей факторами были следующие возбудители : корь, парагриппа, краснухи, микоплазма, хламидии. Особенностью условий возникновения ревматоидного артрита стали также частые случаи травм пораженных суставов у 10% детей.

Внесуставные проявления, как слабости, повышение температуры, утомляемость, снижение аппетита, потеря веса, также имели место.

Из лабораторных данных в гемограмме: лейкоцитоз до 30×10^9 , повышение СОЭ-35мм/ч, увеличение СРБ у 80%, у остальных детей вышеуказанные показатели находились в пределах нормы.

При лечении ревматоидного артрита использовали антибиотики, нестероидные противовоспалительные средства, гормоны, препараты кальция и калия. На фоне проведенной терапии явления артрита исчезали на 2-й неделе. Лишь у 20-х больных отмечались рецидивы артрита, которые после проведенной терапии уменьшались.

Выводы. Наиболее часто ревматоидный артрит развивался после тонзилло-фарингита. В результате лечения нестероидными противовоспалительными препаратами, гормонами, препаратами кальция и калия наступал быстрый клинический эффект.

**Курбонова Ш.Х.
ПОКАЗАТЕЛИ СВЁРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ ПУПОВИННОЙ КРОВИ У НЕДОНОШЕННЫХ
НОВОРОЖДЁННЫХ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА**

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

Научные руководители – д.м.н., профессор Додхоев Д.С., к.м.н. Кубиддинов А.Ф.

Цель исследования. Изучить особенности свёртывающей системы в пуповинной крови у новорождённых с низкой массой тела.

Материал и методы. Исследования были проведены у 40 новорождённых детей, родившихся в ГУ КЗ Истиклол г. Душанбе. Основную группу составили 20 недоношенных новорождённых, вес которых при рождении был 1500–2499 г. Контрольную группу составили 20 доношенных новорождённых, вес которых при рождении был более 2500 г. Кровь для исследования бралась из вены пуповины сразу после пережатия и отсечения пуповины со стороны плаценты в объёме 5 мл в пробирки с цитратом натрия. Исследования крови на свёртывающую систему проводились в лаборатории ГУ «Республиканский научный центр крови». Анализ данных проводился на ПК с использованием прикладного пакета «Statistica 12» (StatSoft Inc., USA). Была проведена проверка вариационных рядов на нормальность распределения по критерию Шапиро-Уилка. Во всех вариационных рядах нормальное распределение отсутствовало, в связи с чем дальнейший анализ проводился методами непараметрической статистики. Для обеих групп вычисляли медиану с нижним и верхним квартилями (Me [Q1; Q3]). Различия вычисляли критерием Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Сравнительный анализ параметров свёртывающей системы крови у детей основной группы по отношению к детям контрольной группы в большинстве случаев не выявил статистически значимых различий. Так, медиана времени рекальцификации плазмы в основной группе составила 123,0 [105,0; 165,0] секунд, а в контрольной – 117,0 [90,0; 125,5] секунд, что статистически не значимо ($p > 0,05$). Сравнительный анализ активированного частичного тромбопластинового времени также не дал статистически значимого различия (41,0

[36,0; 54,0] и 39,0 [29,5; 42,0] секунд соответственно; $p > 0,05$). Не имели статистически значимого различия показатели МНО (1,1 [0,9; 1,3] и 1,0 [0,9; 1,3] соответственно; $p > 0,05$), уровня фибрина (9,0 [8,0; 11,0] и 9,0 [7,0; 10,0] мг соответственно; $p > 0,05$), уровня фибриногена (2,0 [1,8; 2,5] и 2,0 [1,6; 2,2] г/л соответственно; $p > 0,05$), активности фактора IX (73,0 [60,0; 87,5] и 73,5 [61,0; 88,0]% соответственно; $p > 0,05$) и активности фактора фон Виллебранда (95,0 [90,0; 99,5] и 94,0 [90,0; 97,5]% соответственно; $p > 0,05$).

Однако, один из параметров свёртывающей системы – активность фактора VIII у детей основной группы оказалось статистически значимо ниже, чем у детей контрольной группы – 121,0 [108,0; 127,5] против 132,0 [119,5; 150,0] %, $p = 0,049$ ($U = 127,0$; $Z = 1,97$). С учётом того, что антигемофильный фактор VIII снижен даже у детей контрольной группы, можно предположить, что в отсутствии витамина К, данный фактор способствует развитию у новорождённых геморрагической болезни новорождённых. С учётом того, что у детей с низкой массой тела этого фактора ещё меньше, то можно констатировать, что у них риск развития геморрагической болезни ещё выше.

Выводы. Таким образом, у недоношенных новорождённых с низкой массой тела в пуповинной крови уровень и активность факторов свёртывающей системы не имеют статистически значимых отличий от таковых у доношенных детей с нормальной массой тела при рождении, за исключением активности фактора VIII, которая у новорождённых с низкой массой тела статистически значимо ниже.

Кубашев Ш.А., Жаксылык М., Рзабек А.А.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ХАРАКТЕРОМ ВСКАРМЛИВАНИЯ

Кафедра общей врачебной практики №2 КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, Казахстан

Научный руководитель – к.м.н., доцент Мамбетова И.З.

Цель исследования. Определение источников знаний у кормящих матерей о преимуществах грудного молока, причин перевода детей на смешанное/искусственное вскармливание и влияние характера вскармливания на физическое и психомоторное развитие детей грудного возраста.

Материал и методы. Проведено анкетирование 110 кормящих матерей в педиатрическом отделении ГП №4 г. Алматы и анализ данных физического и нервно-психического развития их детей. Статистический анализ проводился методом PICO.

Результаты исследования. По данным анкетного опроса 110 кормящих мам выявлено, что 86% (95) кормит грудью, 9% (10) практикуют смешанное и 5% (5) искусственное вскармливание. Основными причинами перевода на искусственный и смешанный тип кормления явились: гипогалактия (45 %), работа или обучение (40%), хронические заболевания матери (15%). Из 110 детей грудного возраста выявлено 12 (11%) детей с паратрофией: 3,6% (4) составили дети, находящиеся на искусственном, 5,4% (6) на смешанном и только 1,8 % (2) на грудном вскармливании. Из 4 (3,6%) детей с гиперсомнией: 2 (1,8%) находились на смешанном, 2-на грудном вскармливании. Гипотрофией страдали 2,7% (3) детей, из которых 1,8 % (2) получали смешанное и 0,9% (1) искусственное питание. Отставание в психомоторном развитии у 2 (1,8%) детей связано с последствиями перинатальных поражений нервной системы, у 1 (0,9%) ребенка с длительной неонатальной желтухой. 79% матерей проинформированы о преимуществах грудного молока медицинскими работниками и обучены технике правильного прикладывания к груди в роддомах и кабинетах развития ребенка, остальные 21% получили знания из других источников.

Выводы. Обоснованы рекомендации по грудному вскармливанию детей, необходимости планирования беременности и профилактики гипогалактии, как основных причин перевода на смешанное/искусственное вскармливание. Обоснована необходимость повышения знаний кормящих матерей о преимуществах грудного молока и технике правильного прикладывания к груди от медицинских работников.

Легонькова Д.Д.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СЕДАЦИИ.

Российский университет дружбы народов, г. Москва, Россия

Кафедра управления сестринской деятельностью

Научный руководитель Снегирева Т.Г.

Цель исследования. Повышение качества оказания стоматологической помощи детям в условиях седации с сохранением сознания.

Материалы и методы. Был проведен обзор литературы с использованием PubMed, Google Scholar и серого поиска источников литературы.

Результаты исследования. У детей в дошкольном возрасте нередко поход к стоматологу вызывает страх. Испытав первый страх при посещении стоматолога, дети начинают бояться врачей. Шум от установки, вода, страх боли и уколов, все это может привести к дентофобии. Пользуясь не проверенными источниками информации, многие родители боятся прибегать к лечению в условиях общего наркоза. Альтернативой для данных родителей, является метод седация. Седация – это угнетение ЦНС, погружение пациента в расслабленное состояние или сон. Рассмотрев седацию путем закиси азота, видно, что во время седации ребенок не погружается в сон, он все видит и чувствует, просто находится в расслабленном состоянии и его боязнь лечения прекращается.

При высоком КПУ конкретные жалобы на дискомфорт при еде и даже на боль были частыми только у 42,7% детей. Это подтверждает превалирование во временных зубах хронических форм заболеваний и кратковременность острого периода воспалительных процессов. По мнению родителей, до 50% детей часто скрывают свои стоматологические проблемы.

Рассмотрев автореферат Золотусский, А.Г. объем оказания стоматологической помощи детям в условиях седации с сохраненным с каждым годом увеличивается. По научным данным, за одно посещение для детей 1-3 лет он составил: кариес дентина - 4,4; пульпит - 2,1; периодонтит (удаление зубов) - 1,5. Для детей 4-6 лет: кариес дентина - 4,7; пульпит - 3,3; периодонтит (удаление зубов) - 1,8. На санацию полости рта 71,3% детей потребовалось одно, а 28,7% - два посещения.

Выводы. Седация отличный метод адаптации ребенка, если у него присутствует страх на приеме у врача стоматолога, также это отличная альтернатива лечения в условиях общего наркоза. Постепенно ребенок привыкает и после нескольких удачных приемов «с маской» может лечиться уже без «веселящего газа». Стоматологические заболевания и страх перед лечением влияют на качество жизни ребенка с раннего возраста. Самыми выраженными проявлениями являются жалобы на боль (42,7%) и функциональные нарушения при приеме пищи (41,2%). До 50% детей, в основном дошкольного возраста, скрывают свои стоматологические проблемы, что является проявлением страха.

Мамасантова С.Дж., Юсупова М.А.

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ВИРУСЕ КРАСНУХИ

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

Научный руководитель - к.м.н. Шарипова М.М.,

Цель исследования. Изучение особенностей врожденных пороков развития у детей при вирусе краснухи.

Актуальность. Внутриутробные инфекции (ВУИ) - в нынешнем времени в зависимости от его видов относятся к числу наиболее часто и тяжело и/или наоборот редко встречаемых инфекционным процессам, вызванные возбудителями проникающих к ребенку от матери либо до родов (антенатально), либо в процессе рождения (интранатально). И в связи с этим по времени возникновения ВУИ тоже могут быть ante или интранатальным. Один из ВУИ с тяжелыми пороками развития это краснуха. Это вирус (Rubella) относится к РНК-вирусам. К эмбриону и плоду возбудитель краснухи проникает гематогенным путём, признаком этого заболевания являются множественные врожденные пороки, аномалии, которые часто могут привести к гибели плода.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 8 детей, родившихся с врождёнными пороками в развитии вследствие заражения вирусом краснухи с 2016 по 2022 гг, находившиеся на стационарном лечении ГУ НМЦРТ. Диагноз краснухи основывался на серологических исследованиях и выявлении вирусных культур в крови обследуемых нами больных.

Результаты исследования. У всех обследованных нами больных выявляли характерные пороки развития: ТРИАДА ГРЕГА: - пороки глаз (катаракта, микрофтальмия, глаукома и др.) - у 50-55%; пороки сердца (открытый артериальный проток, стенозы легочной артерии аорты, дефекты перегородок)- у 50-80%; глухота – у 50-60%; нередко также обилие стигм дизэмбриогенеза и пороки желудочно-кишечного тракта. Затяжная желтуха у 7 детей; интерстициальная пневмония у 6 детей, микроцефалия у 1 ребёнка, изменения костей – остеоиты у 1 ребёнка, «латеральная» ротация голеней и стоп у 1 ребёнка; иридоциклит у 3-х детей, участки депигментации сетчатки у 2 ребёнка, нарушения дерматоглифики у 1 ребёнка. Также имелись поздние осложнения: у 2/3 детей врожденная краснуха проявлялся по окончании перинатального периода: задержка роста, рецидивирующие пневмонии, хроническая экзантема, глаукома, катаракта (примерно у 40-50%); IgG-, IgA -гипогаммаглобулинемия, гидроцефалия и микроцефалия (у 20-30%), отставание в психомоторном развитии и росте, позднее закрытие швов и родничков, сахарный диабет (у 20%), болезни щитовидной железы. У 50% новорожденных, если мать болела краснухой в первый месяц беременности; 25-14%- в 2-3 месяце и 3-8%, если болела позже.

Выводы. Таким образом, из нашего исследования следует, что вирус краснухи приводит к тяжелым порокам развития и/или инвалидизации. Специфической терапии для лечения инфекции у матери при врожденной краснухе отсутствует и женщины, перенесшие краснуху на ранних сроках беременности, обязательно должны быть проинформированы о рисках для плода. При помощи вакцинации можно предотвратить развитие краснухи. Небеременные девушки постпубертатного возраста, у которых отсутствует иммунитет к краснухе, должны быть вакцинированы.

Махмадиев У.Р., Махмадалиева Ф.М.

ТЕЧЕНИЯ ТУБУЛОПАТИИ У ДЕТЕЙ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – доцент кафедры пропедевтики детских болезней Абдуллаева Н.А.

Цель исследования. Изучить клинические проявления фосфат-диабета у детей.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 30-историй болезней с фосфат-диабетом в возрасте от 1 года до 10 лет. Из них мальчиков-17, девочек-13

Результаты исследования. Из анамнеза была выявлена поздняя госпитализация, дети в основном поступали после того, когда начинали ходить, нарушалась походка и отмечались боли при ходьбе. А также было выявлено, что дети не получали витамин D ни с профилактической целью, ни с лечебной или, когда лечение рахита обычными дозами витамина D не давала эффекта и деформация костей прогрессировала. Фосфат-диабет имел сходные черты с обычным D-дефицитным рахитом, но отличался от него тем, что при данном заболевании, отсутствовали признаки общей интоксикации, общее состояние осталось удовлетворительным. Задержка роста отмечалось у 57% (особенно у мальчиков), приземистость. Клинически была характерна выраженная деформация скелета преимущественно нижних конечностей (О или Х образные искривления) с момента начала ходьбы, нарушалась походка, быстрая утомляемость,

болезненность костей. В то же время мышечной слабости не было, дети были активны. Зубы прорезывались поздно и быстро портились, были кариозные, отмечалась гипоплазия эмали. У большинства обследуемых детей отмечались рахитические изменения костей: со стороны костей черепа-«квадратная голова», позднее закрытие большого родничка, со стороны грудной клетки-«куриная грудная клетка или грудь сапожника», рахитические четки, рахитические браслетки. Со стороны позвоночника искривление-«сколиоз». Тяжелые костные деформации приводили к инвалидизации ребенка.

Со стороны лабораторных данных было выявлено: в общем анализе крови у 88% детей отмечалась анемия легкой степени, в биохимическом анализе крови- гипофосфатемия до 1ммоль/л – 90%, повышение активности щелочной фосфатазы у 98%. В суточном анализе мочи отмечалась фосфатурия – 80%. Значительное повышение экскреции фосфатов с мочой (4-5 раз выше нормы) наблюдалось непосредственно и зависело от активности патологического процесса. Рентгенологически в костях нижних конечностей были выражены процессы остеомаляции и остеоидной гиперплазии, а также грубоволокнистая структура губчатого вещества кости

Выводы. Клинические признаки фосфат-диабета у детей проявлялись в основном после того, когда начинали ходить, отмечались выраженная деформация со стороны нижних конечностей. Фосфат-диабет имел сходные черты с D-дефицитным рахитом, но отличался от него тем, что при данном заболевании, отсутствовали признаки общей интоксикации и состояние ребенка оставалось удовлетворительным. При неправильном проведении лечения витамином D, тяжелые костные деформации приводили к инвалидизации ребенка.

Махмудова Матлюба Олимжон кизи
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ У; ДЕТЕЙ
САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра педиатрии №3 и медицинской генетики СамГМУ
Научный руководитель: доц. Тураева Н.О.

Цель исследования: выявить факторы риска развития острой ревматической лихорадки у детей. Изучение вероятности свиданий среди детей ОРЛ в Самарканде.

Материал и методы исследования: проведен ретроспективный анализ историй болезней 65 детей, находившихся на лечении в течение 2022 года в детском отделении многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета.

Результаты и их анализ. Всего были проанализированы данные 65 пациентов. Из них 37 мальчиков, 28 девочек, соотношение полов 1,3:1. В городе Самарканде наблюдалось 24 ребенка, в Джомбое – 3, в Пасдаргоме – 5, в Ургуте – 4, в Нуроботе – 2, в Тайлоке – 5, в Каттакургане – 1, в Пахтачи – 2, в Иштихоне – 4, в Паярике – 4, в Нарпай и 8 из других регионов. По возрасту вероятность встречи составляет 23 в возрасте 4-7 лет, 32 в возрасте 8-12 лет, 11 в возрасте 13-18 лет. 22 больных обратились впервые с ОРЛ, 25 с рецидивом. Средний возраст начала заболевания составил 12 лет. Скученность в доме также является весьма вероятным фактором риска ОРЛ, поскольку она увеличивает эффективное число воспроизводимых инфекций в домашних условиях. Перенаселенность домохозяйств может проявляться по-разному, нехватку спален или места для большого количества жильцов, а также совместное использование кроватей. Теснота домашних хозяйств была определена как фактор риска ОРЛ в Самарканде.

Выводы. В этом исследовании оценена связь между ОРЛ и факторов риска, включая: неблагоприятное воздействие окружающей среды: в частности, теснота в доме, совместное использование кровати, неблагоприятные условия в помещении; ограниченные ресурсы для ухода за собой (особенно умывание, чистка зубов). Также, установлено, что город Самарканд является регионом с самой высокой заболеваемостью ОРИ. Причина в том, что население является густонаселенным, дети заболевают стрептококковой инфекцией в школе и детском саду, не получают лечения до конца.

Мирзоева Ш., Шин Л.И.
ТЕЧЕНИЕ ГРИППА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ПЕРИОД ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ВСПЫШКИ
ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Кафедра детских инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Научный руководитель –к.м.н., доцент Саидмурадова Г.М.

Цель исследования. Изучить течение гриппа у детей раннего возраста в период эпидемической вспышки острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ).

Материалы и методы. Из числа госпитализированных в ГУ «ГКБДИБ» г. Душанбе Республики Таджикистан (РТ) с октября 2022 г. по январь 2023 г.с ОРВИ (676), у 186 (27,5%) детей диагностирован грипп. Диагноз гриппа выставлен на основании выделения антигена вирусов гриппа типа А (H1N1) и В в мазках-отпечатках со слизистой полости носа и ротоглотки методом ПЦР, проведенных в референс-лаборатории МЗ и СЗН РТ.

Результаты исследования. В период эпид. вспышки ОРВИ в РТ, из числа госпитализированных больных у большинства 147(21,7%) детей диагностирован грипп типа А, и грипп типа В - 39(5,8%). Из числа детей с гриппом (186), заболевание чаще было зарегистрировано у детей раннего возраста 97(52,1%), причём детей до года было 41 (42,3%), чем у детей от 3-х до 7-ми лет 71(38,2%) и старшего возраста 18(9,6%). У всех детей раннего возраста отмечено острое начало, с преобладанием в первые сутки интоксикационного синдрома над катаральными явлениями, причём у 22 (53,6%) детей сопровождающийся многократной рвотой, у 27(65,8%) энцефалитом и кратковременной потерей сознания, у 7(17,1%) детей менингоэнцефалитом, у 15(36,6%) детей признаками менингизма. Большинство детей раннего возраста 77(79,4%) поступили в стационар в тяжёлой форме, причём у 33(34,0%) детей диагностирован

нейротоксический синдром с возбуждением, сопровождающийся судорогами, у 16 (16,5%) детей сосудистые расстройства с клиническими проявлениями слизисто-кровянистых выделений из носа, мелкоочечными кровоизлияниями с расширением сосудов конъюнктивы глаз. А также выбухание большого родничка отмечено у всех детей, психомоторное возбуждение у 30 (73,2%), диарея у 38 (92,7%), инверсия сна у всех (100%) детей. Позднее присоединение катарального синдрома (со вторых-третьих суток) отмечено у большинства 72 (74,2%) детей, со слабо выраженным насморком, сухим, нередко болезненным, или грубым «лающим» кашлем, болями в горле и за грудиной. У всех детей раннего возраста отмечены ранние осложнения со стороны органов дыхания, в виде трахеита, ларингита или ларинготрахеита у 45 (46,4%), бронхита сопровождающийся бронхообструктивным синдромом у 30 (30,9%), пневмонии у 67 (69,1%) детей. Поздние осложнения были диагностированы в виде вторичной бактериальной пневмонии у 29 (70,7%), бронхита с обструктивным синдромом у 12 (29,3%) детей. Осложнения со ЦНС отмечены у 47 (48,5%) детей, причём в виде энцефалита и энцефалопатии у 28 (28,9%), геморрагического синдрома у 16 (16,5%), менингита у 10 (10,3%) детей. В лечение детей раннего возраста с гриппом кроме симптоматической терапии назначался виферон в виде суппозитория по 150 000 ЕД 2 раза в день в течение 5—10 дней (детям до года), а также Анаферон детский и Эргоферон по схеме (в первые 2 часа препарат применяют каждые 30 минут), затем в течение первых суток осуществляют ещё 3 приёма через равные промежутки времени, со вторых суток и далее принимают по 1 таблетке 3 раза в сутки до полного выздоровления. Всем детям были назначены антибиотики (амоксциллин/клавулановая кислота, респираторные фторхинолоны – левофлоксацин, моксифлоксацин, цефалоспорины 3 и 4 поколения) были назначены при пневмонии.

Выводы. Таким образом, преобладание вируса гриппа А(Н1N1) у детей раннего возраста обусловило тяжёлое течения заболевания (79,4%), с высоким уровнем (70,7%), поздними осложнениями со стороны органов дыхания у 70,7% и ЦНС у 48,5%.

Музаффаров Ш.С., Исмоилова М.А., Асламова Г.К.

К ВОПРОСУ О СОСТОЯНИИ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ГОМЕОСТАЗА У ПОЗДНИХ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ

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

Научный руководитель- д.м.н., профессор К.И. Исмоилов

Цель исследования. Изучить состояние ионного гомеостаза у поздних недоношенных новорожденных детей со специфической внутриутробной инфекцией.

Материалы и методы исследования. На базе отделения патологии новорожденных ГУ НМЦ РТ - «Шифобахш» было изучено состояние электролитов сыворотки крови (Na^+ , K^+ , Ca^{2+} , P) в организме 40 новорожденных детей, рожденных в срок от 34 до 37 недель, с положительными титрами IgG и IgM, против токсоплазмоза, цитомегаловирусной инфекции, герпетической и хламидийно-микоплазменной инфекций. В зависимости от клинической симптоматики, течения внутриутробной инфекции и применением модифицированной таблицы NEOMOD все дети были разделены на две группы.

Результаты и их обсуждения. У наблюдаемых детей наблюдалась одышка (83,5 %), цианоз носогубного треугольника (73,9 %), серо-бледный оттенок кожи (49,0 %), выраженный акроцианоз (4,3 %), холодные на ощупь конечности (39,2 %), участие вспомогательной дыхательной мускулатуры грудной клетки и крыльев носа в акте дыхания (37,0 %), втяжение уступчатых мест грудной клетки при вдохе (32,3 %) и выдохе (29,7 %), вздутие живота (24,3 %) и снижение оксигенации кожных покровов при пульсоксиметрии (22,0 %). При исследовании количества ионных показателей в сыворотке крови у недоношенных детей с тяжёлым течением ВУИ выявили некоторое увеличение концентрации ионов Na^+ ($149,7 \pm 1,9$) по сравнению с аналогичным показателем контрольной группы ($145,2 \pm 2,0$; $p < 0,01$). Ионы K^+ у наблюдаемых детей первой группы имели тенденцию к снижению ($2,9 \pm 0,8$) по сравнению с этим же показателем у относительно здоровых новорождённых ($4,3 \pm 1,8$; $p < 0,01$). Концентрация Ca^{2+} ($1,9 \pm 0,2$) и неорганического фосфора ($1,1 \pm 0,2$) у детей с тяжелой формой TORCH - инфекцией была несколько снижена ($p > 0,05$), чем у новорожденных контрольной группы ($2,15 \pm 0,5$ и $1,1 \pm 0,2$; соответственно). Эти проявления свидетельствуют о дисбалансе натрия, калия, кальция и фосфора у детей при ВУИ. У недоношенных новорожденных детей второй группы с очень тяжёлым течением ВУИ выявлено существенное повышение концентрации ионов Na^+ ($149,4 \pm 0,7$) в сыворотке крови ($p < 0,05$). В противоположность отмечалось заметное снижение концентрации ионов K^+ ($2,9 \pm 0,7$) в сыворотке крови у этих детей ($p < 0,01$). Наряду с этим наблюдалась явная тенденция к снижению содержания ионов Ca^{2+} и неорганического фосфора в сыворотке крови, у наблюдаемых больных ($p < 0,01$) данной группы.

Выводы. У поздних недоношенных новорожденных детей на фоне ВУИ отмечались разносторонний дисбаланс ионных показателей в сыворотке крови, как существенная гипернатриемия, значительная гипокалиемия с гипокальциемией. Степени достоверности данных изменений зависели не только от степени недоношенности наблюдаемых детей, но также были связаны с течением ВУИ у поздних недоношенных новорожденных детей. Все вышеуказанные изменения диктуют о необходимости проведения коррекции электролитного гомеостаза у поздних недоношенных новорожденных детей с ВУИ.

Муродов Г.З., Мамадалиева Ф.М.
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» Научный руководитель –
к.м.н., доцент Бабаева Л.А.

Цель исследования. Изучить клинико-лабораторные показатели острого обструктивного бронхита у детей.

Материал и методы. Было обследовано 42 ребенка в возрасте от 2-х месяцев до 3 лет, находящихся на стационарном лечении в отделении аллергологии и иммунологии ГУ «Медицинский комплекс Истиклол». Больные были разделены на 2 возрастные группы. В 1 группу вошли дети с 2 до 6 мес (64,3%), во 2 группу с 7 мес до 3-х лет (35,7%). Оценивали аллергологический анамнез, тип вскармливания, данные лабораторных и инструментальных методов исследования.

Результаты исследования. Обструктивный бронхит (ОБ) встречался в 2 раза чаще у мальчиков (64,3%), чем у девочек (35,7%). Среди больных ОБ было выявлено, что преобладали дети, находящиеся на искусственном вскармливании (59,5%). В 21,4% случаев отмечался отягощенный аллергологический анамнез. Большинство детей было госпитализировано на 2-е сутки от начала заболевания, в 11,9% случаев на 7-е сутки. Клиника ОБ характеризовалась постепенным началом заболевания, длительным сухим кашлем и дальнейшим нарастанием синдрома бронхиальной обструкции. ОБ клинически проявлялся одышкой экспираторного характера, шумным дыханием со свистящим выдохом, чаще слышимым дистанционно у 90,5% детей. Подъем температуры тела наблюдался у 92,9% детей, нарушение общего состояния у 95,2%, коробочный перкуторный звук и эмфизематозное вздутие грудной клетки были зарегистрированы у всех больных, ослабление дыхания у 16,7% пациентов, кашель и сухие свистящие хрипы отмечались в 100% случаев. Дыхательная недостаточность различной степени была выявлена у 97,6% больных. Со стороны рентгенологических данных наблюдаемых нами детей были выявлены - вздутие легких различной степени, не структурность корней, усиление легочного и сосудистого рисунков. При изучении клинических проявлений ОБ было выявлено, что в генезе обструкции бронхов ведущую роль играл спастический компонент аллергического характера. В бакпосеве из носоглотки в 28,6% случаев был высеян *St.aureus*, в 9,5% *Enterobacterepidermidis*, в 4,8% *Streptococcusanginosus*. У больных, склонных к рецидивам бронхитов, чаще выявлялись антитела IgG к цитомегаловирусной инфекции (23,8%). ОБ у таких детей протекал более тяжело и требовал применения антибактериальных препаратов в 100% случаев. В крови отмечался лейкоцитоз, в 35,7% случаев – лейкопения, ускоренное СОЭ.

Выводы. ОБ страдают чаще мальчики, находящиеся на искусственном вскармливании. В 21,4% случаев у детей с ОБ отягощен аллергологический анамнез. ОБ вызывается вирусно-микробными ассоциациями, что существенно влияет на тяжесть течения заболевания и вызывает необходимость применения антибактериальных препаратов.

Муродов Г.З., Муродова Ф.С.
СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БРОНХИОЛИТА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан. Научный руководитель –
к.м.н., доцент Бабаева Л.А.

Цель исследования. Изучить основные принципы лечения острого бронхита у детей грудного возраста.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 30 детей в возрасте от 2-х месяцев до 1 года, госпитализированных по поводу острого бронхита. Для оценки степени дыхательных нарушений использовались такие показатели, как частота дыхательных движений, насыщение крови кислородом. Всем пациентам проведены клинико-анамнестические и лабораторно-инструментальные методы исследования.

Результаты исследования. Больные поступили в стационар в течение первых 3-х дней от начала заболевания. Основной задачей терапии являлись нормализация функции внешнего дыхания, обеспечение проходимости верхних дыхательных путей. В тяжелых случаях проводили оксигенацию и гидратацию. При нарушении носового дыхания применяли местные сосудосуживающие препараты коротким курсом, санацию носовых ходов назальными аспираторами. Антибактериальные препараты из группы полусинтетических пенициллинов, цефалоспорины, макролиды назначали детям с сопутствующей бактериальной инфекцией. При выраженных нарушениях гемодинамики применяли дезагреганты. Адекватную гидратацию проводили перорально, при невозможности проведения которой, вводили жидкость через назогастральный зонд или внутривенно. При наличии эксикоза парентерально проводили гидратацию глюкозо-солевыми растворами не >20 мл/кг/сут. При сатурации ≤ 92-94% использовали увлажненный кислород. Целесообразность применения бронходилататоров определялась при первом использовании через небулайзер. Если на фоне ингаляции у ребенка имелись достоверные признаки улучшения, тогда проводили дальнейший курс. При отсутствии эффекта прекращали дальнейшее проведение ингаляции бронхоспазмолитиками. Бронхоспазмолитики использовали через небулайзер не более 3-4 раз в сутки: сальбутамол - 0,15 мл/кг на прием, максимально 2,5 мл. При необходимости вводили системные глюкокортикостероиды. Также перорально применяли муколитики. Динамику состояния оценивали при поступлении, через 60 мин после ингаляции, далее ежедневно утром до и через 60 мин после ингаляции. Дополнительными критериями эффективности терапии считали продолжительность оксигенотерапии и длительность госпитализации. Оценивали неблагоприятные эффекты, которые могли быть связанными с проводимой терапией. На фоне проведенной терапии была отмечена положительная динамика в виде улучшения общего самочувствия больных, улучшения носового дыхания, купирования одышки, исчезновения крепитации при аускультации. Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии под наблюдение педиатра по месту жительства с соответствующими рекомендациями.

Выводы. Эффективного этиотропного лечения острого бронхита до сих пор не существует, в связи с чем,

актуальным является поиск метода лечения, который позволит сократить длительность заболевания, сроки госпитализации и облегчить состояние детей. Проводимая терапия дала положительный результат. Применение ингаляционной терапии облегчает симптомы бронхообструктивного синдрома и значительно уменьшает длительность госпитализации.

Муродова М.К., Пулатова Ф.Дж., Сатторова А.П.
ВЛИЯНИЕ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Кафедра педиатрии ГОУ ХГМУ. Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Кузибаева Н.К.

Цель исследования. Изучить влияние различных экстрагенитальных заболеваний на течение беременности.

Материал и методы исследования. Проведён анализ карт течения беременности (форма № 111) 80 рожениц.

Результаты исследования. Все 80 новорождённых были недоношенными и имели недостаточность массы тела. Первая степень недостаточности массы тела (2500-2000г) выявлена у 45 новорождённых. Средняя степень недостаточности массы тела (2000 – 1500г) диагностирована у 25(31,25%) новорождённых. Третья степень недостаточности массы тела (1500 – 1000 г) обнаружена у 9(11,25%) новорождённых. 1(1,25%) новорожденный родился с экстремально низкой массой тела. У 9 матерей, дети которых родились с недостаточностью массы тела 1-ой степени, в течение беременности наблюдалась анемия средней степени тяжести и многоплодие. Новорожденные, которые имели недоношенность 2-ой степени тяжести, были рождены от матерей, страдающих частыми абортми- 6 женщин (7,25%), бронхиальной астмой- 3 женщины (3,75%), хроническим гастритом- 4 женщины(5%), анемией тяжелой степени- 2 (2,5%)женщины, многоплодной беременностью- 5(6,25) женщин, пиелонефритом-5(6,25%) женщин. Новорожденные, которые имели 3-ю степень недостаточности массы тела и экстремально низкую массу тела, были рождены от матерей, болевших пиелонефритом -2 женщины , гломерулонефритом – 1 женщина, ревматоидным артритом -4 женщины.

Выводы. По результатам исследования можно сделать такой вывод, что экстрагенитальные заболевания женщин прямо влияют на течение беременности, вынашивания плода, а также на дальнейшее развитие ребёнка.

Муродова Ф.С., Ашурова Н.П., Разокова К.Р.
СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ФОСФАТ-ДИАБЕТОМ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан. Научный
руководитель – к.м.н., доцент Бабаева Л.А.

Цель исследования. Оценить эффективность проведенной терапии детей с фосфат-диабетом.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 45детей с фосфат-диабетом, находящихся на стационарном лечении в I и II нефрологических отделениях ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» г. Душанбе, за период с 2018 г по 2022 г в возрасте от 1,5 до 4-х лет. Всем детям были проведены клинико-anamnestические и лабораторно-инструментальные методы исследования.

Результаты исследования. При обследовании у больных были выявлены:задержка роста, «утиная» походка, искривление нижних конечностей (О-образное -57,8%, Х- образное -40 %, 2,2% - саблевидное), деформация коленных и голеностопных суставов, рахитические браслетки, боль в костях после физической нагрузки, позднее прорезывание зубов, снижение мышечного тонуса. Рентгенологически патология была выражена в костях нижних конечностей. Уровень неорганического Р в сыворотке крови был снижен до 0,64 ммоль/л и менее, Са до 1,7 ммоль/л. Отмечалась гиперфосфатурия(5г/сут); щелочная фосфатаза была повышена в 4 раза. Лечение было направлено на ликвидацию дефицита неорганических фосфатов в организме и уменьшение их потерь с мочой. С этой целью использовали витамин D, препараты Са и Р, а также препараты, улучшающие их усвоение в кишечнике. Базисными препаратами были витамин D и его аналоги. Начальные дозы составили 10000-15000 МЕ/сут. Отсутствие симптомов интоксикации, небольшое выделение Са с мочой являлись показаниями к увеличению дозы витамина D, которую через 4-6 нед увеличивали на 10000-15000 МЕ ежедневно до нормализации уровня Р крови, снижения активности щелочной фосфатазы, исчезновения болевого синдрома и восстановления структуры костной ткани. Повышение дозы осуществлялось под контролем содержания Саи неорганических фосфатов в крови и моче, активности щелочной фосфатазы, исследование уровня которых проводилось каждые 10-14 дней. В условиях стационара строго контролировали показатели уровня Са в крови (раз в 7-10 дней). Противопоказаниями для терапии витамином D являлись - индивидуальная непереносимость витамина D и выраженная гиперкальциемия (> 3,5-4 ммоль/сут). Параллельно назначали внутрь препараты Р (1-2 г/сут). Проводилась витаминотерапия. Для улучшения процессов всасывания Р и Са в кишечнике применяли смесь Олбрайта (лимонная кислота 24,0, цитрат натрия 48,0, дистиллированная вода 500,0) по 20-50 мл/сут. В процессе лечения ни у одного больного не наблюдался гипервитаминоз D.Каждый пациент получал лечебную физкультуру и физиотерапию. Наличие грубых деформаций костной системы служили показанием к ортопедическому лечению.Показателями эффективности терапии являлись улучшение общего состояния больных, увеличение темпов роста, нормализация или значительное улучшение показателей фосфорно-кальциевого обмена, снижение активности щелочной фосфатазы и положительная динамика структурных изменений костной ткани.

Выводы. Своевременно назначенное лечение снижает риск развития осложнений и необратимых последствий заболевания. Эффективность проведенного лечения зависела от сроков ее назначения, сочетания медикаментозной терапии с лечебной и физиотерапией, а также направленности на профилактику осложнений и инвалидизации ребенка.

Мухаммаднабиева Ф.А.
ПОСТКОВИДНЫЙ ЛЕЙКОЗ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Изучение особенностей и тяжести течения постковидного лейкоза у детей после перенесения британского штамма SARS-COV-2.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 40 детей в возрасте от 1-года до 14-х лет с острым лимфобластным лейкозом у детей. Контрольную группу составили 10 здоровых детей, приближенных к исследуемым группам по возрасту и полу. Комплексное исследование включало в себя тщательное общеклиническое и лабораторное обследование.

Результаты исследования. У перенесших штамма SARS-COV-2, на первый план выступал выраженный геморрагический синдром, а за ним следовал интоксикационный и анемический синдром, причём у подавляющего числа пациентов (100%) и он носил выраженный характер, чаще в виде кровотечения, которые сопровождалось снижением уровня тромбоцитов ниже $30 \cdot 10^9/\text{л}$. А к отношению тяжелой постгеморрагической анемии, оно проявлялся в виде бледности кожных и слизистых покровов, головокружением, отсутствием аппетита и сопровождался снижением уровня гемоглобина до $40-60 \text{ г/л}$ и эритроцитов ниже $2,1-2,7 \cdot 10^{12}$. Интоксикационный синдром сопровождался в виде диспепсии, а также в виде повышением температуры и увлечения уровня лейкоцитов от снижения до $0,8-1,5 \cdot 10,0 \times 10^9$. У всех детей, до постановления основного диагноза, постковидная маска лейкоза протекла в виде частых ОРВИ и тонзиллитов в последующие 6 месяцев, утомляемость и слабость, изменение вкуса и запаха, нарушения сна. Все это было связано, несвоевременном диагностировании и с непрофильным госпитализации пациентов.

Выводы. Проведённое нами тщательного клинико-лабораторного исследование показало. У всех обследованных детей с постковидным лейкозом были выявлены следующие лабораторные изменения: лейкопения у 30%, лимфопения у 50%, повышенное СОЭ у 90%, снижение содержания тромбоцитов у 70%, а также наблюдалось снижение Т-клеточного и гуморального иммунитета у детей с постковидным синдромом. Изменения в инструментальных исследованиях: аритмии, блокады на ЭхоКГ, остаточные явления пневмонии на КТ легких, увеличение печени и брыжеечная лимфоаденопатия на УЗИ брюшной полости. У детей перенесших штамма SARS-COV-2 утяжеляло процесс течения болезни формирование устойчивости опухолевых (лейкозных) клеток к терапии.

Мухаммаднабиева Ф.А.
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРИЁМ ВИТАМИНОВ ПРИ МИЕЛО И ЛИМФОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – к.м.н., доцент Давлатова С.Н.

Цель исследования. Оценить прогноз приёма витаминотерапии до постановления основного диагноза, во время и после химиотерапии у детей с миело и лимфобластным лейкозом у детей.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 25 детей в возрасте от 1-года до 15-х лет с миело и лимфобластным лейкозом у детей. Контрольную группу составили 10 здоровых детей, приближенных к исследуемым группам по возрасту и полу. Комплексное исследование включало в себя тщательное общеклиническое и лабораторное обследование.

Результаты исследования. У детей с миело и лимфобластным лейкозом, почти у всех наблюдалась анемический синдром, геморрагический синдром, суставной синдром, гиперпластический синдром, и интоксикационный синдром, причём у подавляющего числа пациентов (98%) и он носил выраженный характер, чаще в виде кровотечения, которые сопровождалось снижением уровня тромбоцитов ниже $30 \cdot 10^9/\text{л}$. А к отношению тяжелой постгеморрагической анемии, оно проявлялся в виде бледности кожных и слизистых покровов, головокружением, отсутствием аппетита и сопровождался снижением уровня гемоглобина до $40-50 \text{ г/л}$ и эритроцитов ниже $2,2-2,8 \cdot 10^{12}$. У всех детей наблюдались гепатоспленомегалия и увлечения лимфоузлов. Интоксикационный синдром сопровождался в виде диспепсии, а также в виде повышением температуры и увлечения уровня лейкоцитов от $25-150 \cdot 10,0 \times 10^9$ и снижение до $0,8-1,5 \cdot 10,0 \times 10^9$. Всем детям было назначены витамины различных групп, до проведения патогенетической терапии, это было связано, несвоевременном диагностировании болезни, а также с непрофильным госпитализированием пациентов.

Выводы. Проведённое нами тщательного клинико-лабораторного исследование показало, что так как, витамины питают не только здоровые клетки, но и онкоклетки, связи с этим приём витаминов до постановления диагноза данной патологии привела к формированию устойчивости опухолевых (лейкозных) клеток к химиотерапии, которые является основной причиной ее недостаточной эффективности, несмотря на значительные успехи лечения и даже излечения многих злокачественных заболеваний с помощью разнообразных методов воздействия на опухолевую ткань и организм опухоленосителя. Своевременное диагностика и адекватное лечения может, продлит жизнь больного.

Мухаммаднабиева Ф.А.
ТОРПИДНОСТЬ К ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ЛИМФОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Научный руководитель – д.м.н., профессор Исмаилов К.И.

Цель исследования. Оценить химиочувствительность у пациентов с лимфобластным лейкозом и характер ее

эффективности на фоне лечения, а также выявить предрасполагающих факторов, которые влияют на процесс лечения, приводящие к тарпедности терапии данным заболеванием у детей.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 35 детей в возрасте от 1-года до 16-х лет с острым лимфобластным лейкозом детей. Контрольную группу составили 10 здоровых детей, приближенных к исследуемым группам по возрасту и полу. Комплексное исследование включало в себя тщательное общеклиническое и лабораторное обследование.

Результаты исследования. У всех детей данной патологией присутствовал анемический синдром, геморрагический синдром, суставной синдром, гиперпластический синдром, и интоксикационный синдром, причём у подавляющего числа пациентов (100%) и он носил выраженный характер, чаще в виде кровотечения, которые сопровождались снижением уровня тромбоцитов ниже $30 \cdot 10^9/\text{л}$. А к отношению тяжелой постгеморрагической анемии, оно проявлялся в виде бледности кожных и слизистых покровов, головокружением, отсутствием аппетита и сопровождался снижением уровня гемоглобина до 40-50 г/л и эритроцитов ниже $2,2-2,8 \cdot 10^{12}$. У всех детей наблюдались гепатоспленомегалия и увеличения лимфоузлов. Интоксикационный синдром сопровождался в виде диспепсии, а также в виде повышением температуры увлечения уровня лейкоцитов от $25-150 \cdot 10^9$ и снижение до $0,8-1,5 \cdot 10^9$. Все дети поступали в поздном стадии болезни, это было связано, несвоевременном диагностированием и с непрофильным госпитализации пациентов.

Выводы. Проведённое нами тщательного клиничко-лабораторного исследование показало, формирование устойчивости опухолевых (лейкозных) клеток к терапии является основной причиной ее недостаточной эффективности, несмотря на значительные успехи лечения и даже излечения многих злокачественных заболеваний с помощью разнообразных методов воздействия на опухолевую ткань и организм опухоленосителя. Своевременная диагностика болезни позволяет улучшить ответ на терапию, оцениваемый по динамике маркеров опухолевой массы. Подбор противоопухолевой терапии по профилю первичной химиочувствительности лимфоцитов.

Наврузкулова Ш.Ф.

ПИТАНИЕ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

Кафедра детских болезней №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Научный руководитель - к.м.н. Хотамова М.Н.

Цель исследования. Оценить тяжесть проявлений дыхательных нарушений (ДН) у недоношенных детей с синдромом дыхательных расстройств.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 105 недоношенных детей, находившихся на стационарном лечении в ГУ КЗ «Истиклол» с 2016 по 2018 гг. с синдромом дыхательных расстройств, различной степенью дыхательной недостаточностью, разделенных на три группы. Проводили расчет суточного объема жидкости, питания и оценку прибавки массы тела. Ежедневно оценивали антропометрические показатели и общее состояние недоношенных в возрастном аспекте.

Результаты исследований. В первой группе детей преобладали дети с ДН II степени (68% от всей группы), нуждающиеся в респираторной поддержке. Во второй группе 56% детей были с дыхательной недостаточностью III степени и требовали более длительной аппаратной вентиляции с подачей более 60% кислорода во вдыхаемой смеси. В третьей группе основным сопутствующим диагнозом пневмония с дыхательной недостаточностью II степени. Все дети, характеризовались выраженным дефицитом массы тела. Сравнительный анализ показателей дыхательной недостаточности в трех группах недоношенных детей разного фактического возраста позволяло утверждать, что уменьшение симптоматики дыхательной недостаточности положительно коррелирует ($p \leq 0,05$) с разной скоростью прибавки массы тела у детей разного фактического возраста.

Так, например, для детей 1 месяца жизни этот показатель составил 15 г/кг/сут, для детей в группе 3 месяцев – 20 г/кг/сут и для детей в возрасте 6 мес – 15-20 г/кг/сут.

Выводы. Система питания поддержки должна включать ежедневный мониторинг прибавки массы тела, еженедельные измерения веса и длины тела с целью контроля их соответствия возрасту, что позволит уменьшить тяжесть и длительность проявлений дыхательной недостаточности, легочной гипертензии, анемии и белково-энергетической недостаточности.

Наврузкулова Ш.Ф.

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ ПРИ РОЖДЕНИИ

Кафедра детских болезней №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Научный руководитель - к.м.н., доцент Кабилова Б.Х.

Цель исследования. Проанализировать частоту случаев внутриутробной гидроцефалии у детей при рождении.

Результаты исследования. Нами были проанализированы 50 историй болезни новорожденных и детей грудного возраста, родившихся и находящихся в отделении второго этапа выхаживания и в отделении детской неврологии в МК «Истиклол» за 2018-2020 гг. Катамнестические наблюдения проводили у 23 пациентов до 1 года. Все дети были с поражением ЦНС гипоксически-ишемического генеза; ВЖК II - III степени была отмечена у 12 (24%), синдром угнетения ЦНС 22 (44,0%); внутренняя прогрессирующая гидроцефалия 8 (16%); малая масса тела 18 (36%). Клинико-лабораторное обследование включало: обзорная рентгенограмма грудной клетки, нейросонография, МРТ головного мозга, консультация нейрохирурга, консультация офтальмолога.

На базе отделения патологии новорожденных ГУКЗ «Истиклол». Первым этапом было консервативное лечение головного мозга с целью стабилизации роста головы и снижения внутричерепного давления. По мере лечения всем

детям делали повторную нейросонографию и смотрели объём желудочков, люмбальная пункция проводилась, только по показаниям и решался вопрос оперативного лечения совместно с нейрохирургами. Из числа обследуемых 3 (13,4%) детей были переведены в отделение нейрохирургии, им провели оперативное вмешательство и проведено шунтирование. Остальные 20 детей поддавались консервативному лечению. В катамнезеу 20 детей через год уменьшилась дилатация передних рогов боковых желудочков до 7-8 мл (при норме 5,0) и при этом продолжали лечение, а ВЖК по мере лечения рассасывалось и лишь у детей с малой массой тела оставалось.

Выводы. Дети с малой массой тела и с ВЖК 2-3ст, составляли группу риска по формированию гидроцефалии и инвалидизации со стороны ЦНС. Такие дети нуждаются в комплексном наблюдении нейрохирурга, невролога, окулиста, для своевременной оценки тяжести состояния и коррекции выявленных изменений.

Нагзибекова Д.Д., Наврузова Н.Н.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан. Научный руководитель – к.м.н., доцент Бабаева Л.А.

Цель исследования. Оценить эффективность применения антибактериальной терапии внебольничных пневмоний у детей раннего возраста.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 312 детей в возрасте от 2мес до 13 лет, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» в 2022 году. Мальчиков было больше (57,1%), чем девочек (42,9%). Всем больным были проведены клинико-анамнестические, лабораторно-инструментальные и бактериологические методы исследования.

Результаты исследования. Эффективность лечения внебольничных пневмоний (ВП) зависела от адекватного выбора эмпирической антибактериальной терапии (АБТ) с учетом наиболее частых возбудителей и их чувствительности к противомикробным препаратам (ПМП). Соблюдали режим дозирования ПМП и кратность введения. ПМП назначали при доказанной бактериальной природе заболевания, который при тяжелом течении вводили парентерально, ступенчатую терапию (с парентерального на пероральный путь приёма) проводили при стабилизации состояния на 3-5 сутки. В качестве стартового препарата применяли амоксициллин с клавулановой кислотой 50-100мг/кг/сут в 2 приёма. При неэффективности стартовой АБТ β-лактамными препаратами парентерально назначали цефалоспорины 2 и 3 поколения (цефтриаксон - 20-80мг/кг/сут, цефотаксим -100-150 мг/кг/сут). После достижения положительной динамики на фоне парентерального приема АБП переходили на пероральную форму (амоксициллин +клавулановая кислота или цефуроксим) с целью минимизации инвазивных манипуляций. В лечении ВП не использовали аминогликозиды, пероральный ампициллин, ампиокс, сульфаниламиды и цефалоспорины 1-го поколения. В тяжелых случаях (16,7%) с целью достижения максимальной эффективности лечения эмпирически использовали комбинацию β-лактамного антибиотика и макролида (азитромицин, кларитромицин). При выявлении этиологического агента и определении его чувствительности к антибиотикам проводили этиотропную терапию. Длительность АБТ в среднем составляла 7-10 дней и зависела от клинической картины и тяжести заболевания. Оценку эффективности этиотропной терапии проводили через 48 ч., а при тяжелой ВП через 48-72 ч. Правильно назначенная АБТ способствовала наступлению клинико-лабораторного улучшения на 3 сутки заболевания в виде снижения температуры, появления аппетита, купирования лейкоцитоза, снижения уровня СРБ. Об отсутствии клинического эффекта свидетельствовало сохранение >48-72 ч температуры >38°C при ухудшении состояния и нарастании рентгенологических изменений. В результате чего назначали другой ПМП. В тяжелых случаях АБТ проводили в течение 14 дней и более. При достижении стойкой нормализации температуры в течение 3 дней АБТ отменяли. Больные были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии при SpO₂ более 95% не <12-24 часов.

Выводы. В структуре заболеваемости детей раннего возраста ВП имеют огромную значимость. Определяющими для благоприятного течения и исхода ВП являются ранняя диагностика и своевременно назначенная рациональная АБТ, которая улучшает прогноз заболевания и предотвращает риск развития осложнений.

Нагзибекова Д.Д., Ашурова Н.П.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЛИКОПИД У ДЕТЕЙ С ЗАТЯЖНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Бабаева Л.А.

Цель исследования. Оценить эффективность применения препарата Ликопид у детей с затяжной пневмонией.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 42 пациента с подтвержденным диагнозом пневмония с затяжным течением, находившихся на стационарном лечении в детском пульмонологическом отделении ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» г. Душанбе в возрасте от 1 года до 4,5 лет. Для постановки диагноза учитывались клинико-анамнестические данные, лабораторно-инструментальные и иммунологические методы исследования с определением концентрации Ig классов А, М, G в сыворотке крови. Больные были подразделены на 2 группы. 1 группу составили 22 больных, которым на фоне базисной, антибактериальной, инфузионной и посиндромной терапии был подключен препарат Ликопид в дозе 1 мг x 1 раз в день в течение 10 дней. Вторая, контрольная группа (n=20), получала стандартную схему лечения.

Результаты исследования. Анализируя полученные данные, установлено, что состояние больных при поступлении было расценено как очень тяжелое у 11,9%, тяжелое у 59,5% и средней тяжести у 28,6% детей. Со слов родителей, основными жалобами при поступлении в стационар были: кашель, затрудненное дыхание, повышение температуры тела, снижение аппетита, вялость, бледность, нарушение сна. В 100% случаев основным проявлением затяжной пневмонии был влажный (64,3%) и сухой (35,7%) кашель. У 73,8% больных отмечалась одышка смешанного

характера с участием вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Перкуторно в 64,3% случаев отмечалось укорочение легочного звука. Аускультативно на фоне жесткого дыхания (83,3%) прослушивались влажные (85,7%) и сухие хрипы. В крови наблюдалось повышение уровня СРБ, лейкоцитоз со сдвигом влево, лимфопения, ускоренное СОЭ, снижение уровня Ig M. В ходе проведенного исследования было выявлено, что применение препарата Ликопид в комплексном лечении затяжной пневмонии у детей основной группы привело к сокращению длительности заболевания на 2-3 дня по клинико-лабораторным данным и результатам рентгенографии грудной клетки, сокращению продолжительности периода, когда состояние больных расценивалось как тяжелое, уменьшению количества антибактериальных препаратов по сравнению с пациентами контрольной группы. В группе больных, получающих препарат Ликопид, в динамике наблюдалось купирование воспалительных изменений и нормализация показателей гемограммы (уменьшение до возрастной нормы лейкоцитов, палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов, увеличение количества лимфоцитов). Также было выявлено увеличение сывороточного Ig M к концу курса лечения Ликопидом по сравнению с показателями иммунного статуса до начала лечения. В процессе лечения непереносимости препарата и побочных эффектов не отмечалось.

Выводы. Комплексная терапия затяжной пневмонии у детей с применением препарата Ликопид приводит к сокращению длительности приема антибактериальной терапии, способствует более быстрому улучшению состояния больных, снижает потребность в применении дополнительных антибиотиков, а также сокращает пребывание больных в стационаре.

Нажмидинова Д.Д., Саипова М.,

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТИМОМЕГАЛИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра детских болезней №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Научный руководитель – к.м.н. Хотамова М.Н.

Цель. Изучить клинические и функциональные особенности у новорожденных детей с синдромом тимомегалии.

Методика исследования. Были изучены клинические особенности и функциональные признаки тимомегалии у детей грудного возраста. Проведен анамнестический сбор и наблюдение за детьми с рождения и до 6 месяцев жизни с синдромом увеличенной вилочковой железы. Основная группа составила 20 детей, из них мальчиков - 8 (42,1%), девочек - 12 (57,9%). Контрольную группу составили 20 детей без признаков тимомегалии, мальчиков было - 9 (45%), девочек - 11 (55%). Основным критерием для включения детей в исследование было наличие увеличения вилочковой железы. Диагноз увеличения вилочковой железы устанавливался на основании рентгенографии органов грудной клетки в прямой проекции и ультразвукового исследования тимуса. Увеличение вилочковой железы мы расценивали как тимомегалию.

Результаты исследования. Наблюдения показали, что у 13 (68,4%) детей основной группы была установлена 1-я степень увеличения вилочковой железы, у 4 (21,05%) - 2-я степень, и у 2 (10,55%) - 3-я степень. Увеличение вилочковой железы 2-й и 3-й степени можно расценивать как тимомегалию, но, так как большинство детей имели 1-ю степень, которую нельзя отнести к тимомегалии, мы пользовались термином «синдром увеличения вилочковой железы». Изучение особенностей анамнеза детей с синдромом увеличенной вилочковой железы показало, что дети рождались от матерей из группы риска. Их матери имели высокую заболеваемость - 63,1% (хронические очаги инфекции с обострением во время беременности - 36,8%, эндокринная патология - 21,05%, нейроциркуляторная дистония - 21,05%, аллергические заболевания - 31,57%, в контроле - 20%); отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (50% женщин имели медицинские аборт, урогенитальная инфекция: ЦМВ - 26,31%, ВПГ - 10,53%, уреаплазмоз - 47,37%); хроническая фетоплацентарная недостаточность плода - 47,37%, синдром задержки развития плода - 26,31% и осложненное течение родов. Все собранные нами данные анамнеза матерей являются факторами высокого риска развития отсроченных инфекционных осложнений у детей с СУВЖ. Период новорожденности у 26,31% детей осложнился различными заболеваниями, из них у 21,05% детей были гнойно-воспалительные заболевания. Кроме того, у 52,63% детей основной группы было выявлено перинатальное постгипоксическое поражение ЦНС, в контрольной группе данная патология была отмечена лишь у 20% новорожденных. При исследовании крови у детей с рентгенологически подтвержденным увеличением вилочковой железы отмечен лейкоцитоз; эозинофилия, лимфоцитоз по сравнению с контрольной группой. Увеличение показателя отношения лимфоцитов к нейтрофилам отмечено у 31,58% детей основной группы. По данным Б. Ф. Шагана, повышение этого показателя свидетельствует о неудовлетворительном состоянии иммунологической реактивности организма ребенка.

Выводы. Данные исследования свидетельствуют о том, что синдром увеличения вилочковой железы (СУВЖ) связано с ранней инфицированностью плода. Возможно, эта ранняя инфекция является пусковым моментом в возникновении тимомегалии.

Назарова З.С., Исоева М.Ф., Нилуфари Киёмиддин
ОСЛОЖНЕНИЯ КОРИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ
(ПО МАТЕРИАЛАМ Г. ДУШАНБЕ)

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Саидмурадова Г.М.

Цель исследования. Изучение осложнений кори у детей и взрослых в период эпидемической вспышки.

Материал и методы. Под наблюдением находились 66 больных с корью, госпитализированные в инфекционные отделения ГУ «ГМИЦ» №1 г. Душанбе. Диагноз кори был выставлен на основании эпид. обстановки, клиники, выделения в сыворотке крови анти - Morbillivirus IgM методом ИФА и результатов генотипирования с

установлением штаммагенотипаD8, являющийся субвариантомMVi/Delhi.IND/01.14/06, имеющий идентичность к выделенному штамму вируса кори в январе 2022 года в Российской Федерации.

Результаты исследования. Из числа наблюдаемых больных с корью(66), детей было 48 (72,7%), а взрослых 18(27,8%). Среди детей с корью заболевание часто отмечалось у детей до 3-х лет 22 (45,8%), чем у детей от 3-х до 7 – ми лет 14 (29,2%) и детей старшего возраста 12(25,0%), причём12 (33,3%)детей были в возрасте до года. Непривитых было больше 50 (75,8%), чем привитых 16(24,2%), причём12 (33,3%) детей не получили вакцинацию от кори по возрасту.Острое начало болезни с высокой температурой тела (39,5-40,5⁰C) выявлено у большинства 38(66,7%), с фебрильной лихорадкой (38,5-39,0⁰C) у 10 (20,8%) детей.Отмечено, что у 7(31,8%) детей раннего возраста в начале болезни отмечена субфебрильная (37,5-38,5⁰C), у 15 (68,2%) фебрильная и высокая лихорадка, причём у большинства 12 (54,6%) детей продромальный период был коротким (до 2 — 3 дней)со слабо выраженными катаральными симптомами, у 8 (36,4%) детей относительно удлинённым (до 5 — 7 дней), с выявлением у большинства 18(81,8%) в конце периода на слизистой оболочке губ и щёк специфических пятен Бельского—Филатова—Коплика.Из числа детей с корью осложнения в виде энтероколита отмечено у всех (100%), пневмонии у 9 (75%), ларинготрахеита у 4 (33,3%), бронхита у 3 (25%). У 18(81,8%) детей раннего возраста отмечались ранние осложнения со стороны ЦНС в виде нейротоксикоза с превалированием энцефалита с судорожным синдромом у 10 (45,4%), менингоэнцефалита и потерей сознания у 4 (18,9%), а у большинства 16(72,7%) детей отмечен энтероколит с тяжёлым обезвоживанием, у 7(31,8%) детей афтозно-язвенный стоматит.Из числа детей дошкольного возраста осложнения со стороны дыхательной системы диагностированы у 10 (83,3%), причём в виде пневмонии 7(58,3%), бронхита у 3(33, 3%), ларингита у 6 (50%), причём энцефалит отмечен только у 2 (16,7%), диарея у 5(55,5%), афтозно-язвенный стоматит у 4(44,4%). У большинства 15 (83,3%) взрослых корь протекала в средне-тяжёлой форме и только у 3 (16,7%) в тяжёлой форме, но протекало у большинства 13(72,2% с позднимисложнениями, в виде бронхопневмонии у 2 (11,1%), ларингита у 3 (16,7%).

Выводы. Таким образом, у всех детей с корьюзаболевание имело острое начало, протекало в тяжёлой форме заболевания с присоединением ранних осложнений, причём у всех (100%) детей со стороны органов пищеварения, у 81,8%со стороны ЦНС, у 75% со стороны органов дыхания. У большинства (83,3%) взрослых корь протекала в среднетяжёлой форме, с присоединением поздних осложнений, причём в 72,2% случаях со стороны органов дыхания, у 27,8% в виде кератита, что в последующем привело к слепоте и инвалидности.

Насридинова Н.Н

ВРОЖДЕННАЯ МЕЗОДЕРМАЛЬНАЯ ДИСТРОФИЯ - КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

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

Научный руководитель –к.м.н., доцент Кабилова Б.Х.

Цель.Изучить клинический случай течения семейной формы синдрома Марфана у новорожденного ребенка.

Материалы и методы исследования.Нами было изучено 2 случая рождения новорожденных с синдромом Морфана за 2021-2022. Более подробно был изучен один из случаев. Мальчик К., рождённый от 1 беременности, от вторых родов, в 39–40 недель, околоплодные воды светлые, умеренное количество, течение периодов родов без особенностей. Масса тела ребенка при рождении 2600 г, длина тела – 48 см, окружность головы – 33 см, окружность грудной клетки – 32 см; оценка по шкале Апгар 7–8 баллов. При осмотре ребёнка после рождения, были отмечены выраженные стигмы дизэмбриогенеза: которое, включали в себя: астеническое телосложение, длинные конечности, арахнодактилию, положительный тест запястья, положительный тест большого пальца, невозможность полного разгибания рук в локтевых суставах, мышечную гипотонию, гипорефлексию, негрубый систолический шум над сердцем. Проведена консультация врача генетика и по малым и большим критериям был выставлен диагноз синдром Марфана. Для дальнейшего лечения и наблюдения на 7 сутки мальчик переведен в отделение патологии новорождённых.

При клиническом осмотре, состояние ребенка оценивается, как тяжелое, болезненность при осмотре, неврологическая симптоматика в виде синдрома нервно-рефлекторного возбуждения, легкая гиперестезия. Со стороны легких отмечалась дыхательная недостаточность 2 степени, аускультативно на фоне жесткого дыхания мелкопузырчатые хрипы, со стороны сердца тахикардия до 160 в 1 минуту. Со стороны других внутренних органов патологии не обнаружено. При ультразвуковом исследовании были обнаружены следующие изменения:со стороны головного мозга – признаки незрелости (или мальформации): открытая полость прозрачной перегородки и полость Верге в сочетании с двустороннимсубэпендимальным кровоизлиянием слева; со стороны сердца – дилатация корня аорты, регургитация на трикуспидальном клапане 2 степени, пролабированиемежпредсердной перегородки, функционирование овального окна; со стороны печени – умеренная гепатомегалия за счет выступающего верху участка;при рентгенологическом исследовании отмечена двусторонняя пневмония и кардиомегалия.

Выводы.СиндромМарфана — наследственное заболевание соединительной ткани, затрагивающее практически все органы и системы. Поэтому дети с СМ должны находиться под мультидисциплинарным наблюдением таких специалистов, как кардиолог, офтальмолог, ортопед, невролог, генетик.

Ниязов Д.М.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОБРАЗОВАНИЕМОЛОДЕЖИ

Кафедра Педиатрии № 3 и медицинской генетики Самаркандского государственного медицинского университета. Узбекистан.

Научный руководитель: асс. Умарова С.С.

Цель работы. Оценка влияния носителей широкой информации на здоровье молодежи и на формирование личности.

Материал и методы. Нами проводилось интернет-анкетирование 140 студентов-медиков. В опросе участвовало 70 юношей и 70 девушек, заполнивших анкету с 15 вопросами. Среди всех респондентов, отличная успеваемость на 8-9 и на 9-10 баллов имела у 45-32,1% и 9-6,4% соответственно, 55-39,3% студентов оценивают свой уровень успеваемости хорошо (7-8 баллов), у 22-15,7% студентов успеваемость была удовлетворительной (6-7 баллов). Неудовлетворительная (5-6 баллов) успеваемость отмечена у 7-5,0% студентов и двое (1,4%) имели успеваемость в 4-5 баллов.

Результаты исследования. Все студенты в целях образования пользуются информационными технологиями. 133-95,0% студентов ответили, что проводят в интернете более 4 часов в день, причем 121-86,4% используют интернет ресурсы в целях общения, 109-77,8% еще и в образовательных целях, а 39-27,8% еще никак сервис для необходимых покупок. В процессе использования информационных технологий с рекламой вредных привычек практически постоянно сталкивается почти каждый второй (66-47,1%) респондент, лишь 8-5,7% опрошенных практически никогда не встречались. Выяснилось, что интернет оказывает отрицательное влияние на формирование здорового образа жизни и личности в 65-46,4% случаях, 52-37,1% отметили положительное влияние и 23-16,4% затруднились ответить. 61-43,6% пользователей носителей широкой информации (ноутбук/планшет/смартфон) отметили значительное ухудшение зрения, проводя более 3 часов в день, каждый третий заметил незначительное понижение зрения и 33-23,6% затруднились ответить. В 16-11,4% случаях были указания на постоянное ухудшение самочувствия, выражавшееся в виде головокружения, головных болей и сухости в глазах при длительном, чем обычно, использовании информационных технологий. Каждый второй студент отметил временное ухудшение зрения при пользовании ноутбука и 39-27,8% не почувствовали изменений со стороны других органов и систем. У 84-60,0% опрошенных есть незначительные проблемы с осанкой, у 18-12,8% имеются серьезные отклонения, остальные 38-55,8% респондентов не заметили проблем и не регистрировали измен.

122-87,1% студентов ответили, что информационные технологии делают их жизнь лучше, лишь 11-7,8% дали отрицательный ответ и 7-5,0% опрошиваемых никогда не задумывались об этом. Среди электронных носителей отмечены такие преимущества, как доступность информации (133-95,0%), компактность (109-77,9%), удобство (71-50,7%) и всего лишь 9-6,4% считают, что информация с электронных носителей усваивается лучше. 101-72,1% опрошенных оценили уровень достоверности информации в сети - как средний, 16-11,4% считают информацию полностью достоверной и 23-16,4% отмечают низкий уровень достоверности информации в сети.

Выводы. Таким образом, в образовательных целях информационные технологии рекомендуется использовать в течение не более 1-1,5 часов в день с целью профилактики патологии органов зрения, осанки и психики молодого поколения.

Маматкулова Д.Х., Нормакматов Б.Б.

ВЛИЯНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ НА ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ

Кафедра Педиатрии № 3 и медицинской генетики Самаркандского государственного медицинского университета. Узбекистан.

Научный руководитель – д.м.н., доцент Мухамадиева Л.А.

Цель исследования: Изучить влияние региональной лимфотропной антибиотикотерапии на клиническое течение, состояние иммунитета при хронической пневмонии у детей.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 23 детей в возрасте от 5 до 15 лет с хронической пневмонией. Все дети с хронической пневмонией были распределены на 2 группы: Первую группу составили 10 больных, получавших традиционную (в/м) антибиотикотерапию 2 раза в сутки. Вторую группу составили 13 больных, которые, наряду с общепринятым лечением, получали РЛАТ претрахеальном способом 1 раз в сутки, суточная дозировка антибиотика составляла $1\frac{1}{2}$ от общетерапевтической суточной дозы. В обеих группах использовалось антибиотик широкого спектра действия цефалоспоринового ряда Зинацеф из расчета 60-100 тыс. ЕД/кг. Из иммунологических показателей мы изучали показатели клеточного и гуморального иммунитета.

Анализ полученных нами результатов выявил, что в период обострения хронической пневмонии характеризуется резким уменьшением относительного и абсолютного количества Т-и В- лимфоцитов, Т-хелперов, Т-супрессоров ($P < 0,001$) и увеличением содержания иммуноглобулинов А, М, G ($P < 0,05$).

При сопоставлении полученных результатов, нами выявлено, что действие РЛАТ начинало проявляться с первых дней от начала лечения исчезновением симптомов общей интоксикации на 2-й день лечения, одышка наблюдавшаяся у больных, получавших РЛАТ исчезала на 3-4 день, кашель с выделением гнойной мокроты на 5-6 день, аускультативные явления в легких исчезали на 10-11 день, а у детей получавших антибиотик традиционным путем выше указанные симптомы нормализовались в более поздние сроки.

Результаты исследования. Изученная нами возможность коррекции иммунных нарушений под влиянием лимфостимуляции имела положительный результат у больных получавших РЛАТ. Отмечалось улучшения всех изучаемых иммунологических параметров по сравнению с исходными данными и с показателями больных I-ой группы. Под влиянием РЛАТ происходит значительное увеличение количество Т-лимфоцитов и составило $56,3 \pm 1,16$. ($P_1 < 0,001$). У детей находящейся на традиционном лечении не достоверно повышался уровень относительного содержания Т-лимфоцита $48,1 \pm 1,84$. ($P > 0,1$). Отмечено значительное увеличение Т-хелперов у больных II группы по сравнению с показателями I группы ($44 \pm 0,94$ против $38,9 \pm 0,087$). Аналогичная картина наблюдалась и в отношении Т-супрессоров: достоверные различия с показателями I группы ($P_2 < 0,01$). У детей I группы отмечалось дальнейшие снижение Т-супрессоров после лечение, и составила $7,2 \pm 0,1$ ($P > 0,1$) по сравнению с исходными данными $7,45 \pm 0,45$. Подобная закономерность наблюдалась и в отношении В-лимфоцитов.

При сравнении показателей сывороточных иммуноглобулинов в зависимости от лечения, мы отмечали достоверное улучшение показателей IgA; тенденцию к снижению уровня IgM и IgG у больных II-й группы, в то время как у больных I-й группы эти показатели практически не изменились ($P > 0,1$).

Выводы. Таким образом, сравнительная оценка клинико-иммунологической эффективности РЛАТ при хронической пневмонии у детей, показала, что применение РЛАТ претрахеальным способом, происходит более быстрая ликвидация основных клинических симптомов болезни, улучшается иммунный статус организма. Ускорение сроков выздоровления, сокращение пребывания больных в стационаре, уменьшение дозы израсходуемых антибиотиков в 2 раза.

Разокова К.Р., Ашурова Н.П.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Бабаева Л.А.

Цель исследования. Провести анализ клинического случая синдрома Стивенса-Джонсона у мальчика 2,5 лет.

Материал и методы. Проведен анализ клинико-anamnestических и лабораторно-инструментальных методов исследования больного Р. в возрасте 2,5 лет с синдромом Стивенса-Джонсона, находившегося на стационарном лечении в отделении аллергологии и иммунологии ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» г. Душанбе.

Результаты исследования. При поступлении в стационар отмечались следующие жалобы со слов мамы: повышение температуры, появление покраснения, образование пузырей и язв на слизистой оболочки губ и глаз, слезотечение, отечность губ и мошонки, общую слабость, вялость, беспокойство, снижение аппетита. Из анамнеза жизни было выявлено: ребенок перенес ОРВИ, участковым педиатром был назначен левофлоксацин. На фоне проводимой терапии на 2-й день болезни на слизистой оболочке губ появилось покраснение, через несколько часов появились пузыри, язвы, покраснение глаз, отечность губ и мошонки, повышение температуры тела, ребенок стал капризным, беспокойным, появились общая слабость и снижение аппетита. Аллергические реакции ранее на медикаменты мама отрицает. Объективно состояние ребенка тяжелое. Отмечается гиперемия конъюнктивы, инъекция сосудов, в полости рта изъязвления частично с белым налетом. На губах, щеках, небе - разлитая эритема, пузыри, эрозивные участки покрыты желтовато-серым налетом, губы отечны. При вскрытии пузырей образуются сплошные кровотокающие болезненные очаги. На коже лица - папулезные пятна округлой формы. Поражение глаз в виде блефароконъюнктивита. Отек мошонки. В крови наблюдается лейкоцитоз со сдвигом влево, повышение СОЭ, анемия средней степени тяжести. В биохимическом анализе крови отмечается незначительная гипопропротеинемия, гипокальциемия, гипофосфатемия. Мочевой синдром характеризовался протеинурией, лейкоцитурией, микрогематурией, оксалурией. На УЗИ почек был выявлен левосторонний пиелонефрит. Уровень иммуноглобулина Е составил 727,0 МЕ/мл. Зарегистрирован положительный тест при подборе к таким лекарственным препаратам, как ципрофлоксацин, парацетамол, глюкоза, реосорбилакт. В бактериологическом посеве из зева на флору были высеяны *St.aureus*, *Candida*. После проведенной инфузионной дезинтоксикационной терапии, терапии кортикостероидами и антигистаминными препаратами, местного применения антисептиков, ухода за глазами и полостью рта высыпания регрессировали, нивелировались отеки губ и мошонки, нормализовалась температура тела, улучшилось общее состояние ребенка. В результате проведенного лечения удалось добиться полного выздоровления больного.

Выводы. Синдром Стивенса - Джонсона - тяжелая системная аллергическая реакция замедленного типа, при которой наряду с поражением кожи отмечается поражение слизистых оболочек, что представляет опасность для жизни ребенка. Своевременная диагностика заболевания и оптимально назначенное лечение предотвращает развитие осложнений и улучшает прогноз заболевания.

Разокова К.Р., Нагзибекова Д.Д.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Бабаева Л.А.

Цель исследования. Изучить клинико-лабораторные проявления острой пневмонии у детей первого года жизни.

Материал и методы. Проведено комплексное обследование 68 детей первого года жизни, находившихся на стационарном лечении в детском пульмонологическом отделении ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» г. Душанбе с установленным диагнозом острая пневмония. Диагноз устанавливался на основании анамнеза, клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования, критериями диагностики которого служили – общее состояние больного, наличие одышки, дистанционных хрипов, бледности/цианоза, нарушение терморегуляции, перкуторные, аускультативные, рентгенологические данные, изменения лабораторных и биохимических показателей.

Результаты исследования. Острая пневмония чаще встречалась у мальчиков (63,2%), чем у девочек (36,8%). В среднем дети поступали в стационар на 4 день от начала заболевания. Со слов родителей, основными жалобами являлись: повышение температуры тела (98,5%), длительность которой в среднем составила 3-4 дня. Тяжесть состояния зависела от выраженности симптомов интоксикации и лихорадки, а также наличия симптомов дыхательной недостаточности и бронхиальной обструкции. В 70,6% случаев состояние больных оценивалось как средней тяжести, в 29,4% как тяжелое. У 23,5% больных отмечалась дыхательная недостаточность I степени, у 5,9% - II степени, снижение сатурации ниже 95,0% наблюдалось у 7,4% пациентов. В большинстве случаев (73,5%) была

зарегистрирована бронхиальная обструкция. По результатам клинко-рентгенологического обследования у 52,9% детей была диагностирована правосторонняя очаговая бронхопневмония, у 10,3% двусторонняя полисегментарная пневмония, у 8,8% правосторонняя полисегментарная, у 13,2% двусторонняя очаговая бронхопневмония, у 11,8% левосторонняя очаговая бронхопневмония, у 3% - правосторонняя интерстициальная пневмония. Определённое влияние на тяжесть состояния и длительность течения заболевания оказывала такая сопутствующая патология, как рахит (54,4%), анемия различной степени тяжести (39,7%), гипотрофия (17,6%), тимомегалия (23,5%), ринофарингит (7,4%). Осмотр узких специалистов показал, что у 16,2% пациентов наблюдалась перинатальная энцефалопатия, у 2,9% -врожденный порок сердца.В общем анализе крови наблюдались – лейкоцитоз и ускоренное СОЭ (52,9%), эозинофилия (26,5%), лимфоцитоз (20,6%). В 22,1% случаев отмечался дисбактериоз кишечника, который сопровождался снижением аппетита и неустойчивым характером стула.

Выводы. В 98,5% случаев начальные проявления пневмонии у детей первого года жизни характеризовались появлением лихорадки. У большинства больных (73,5%) была зарегистрирована бронхиальная обструкция. По результатам клинко-рентгенологического обследования наиболее часто (52,9%) встречалась правосторонняя очаговая бронхопневмония. Частой сопутствующей патологией у детей с пневмонией был рахит (54,4%) и анемия (39,7%) различного генеза. Наличие преморбидного фона должно способствовать своевременной профилактике и диспансеризации данного заболевания во избежание осложнений.

¹Разокова Д.Д., ²Лим М.В., ¹Файзуллоев Ф.А.

СЛУЧАЙ СКЛЕРОДЕРМАТОМИОЗИТА (ПЕРЕКРЕСТНЫЙ СИНДРОМ) У РЕБЁНКА 13 ЛЕТ

¹Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

²Кафедра педиатрии №1 и неонатологии. Самаркандский государственный медицинский университет.
Узбекистан

Научный руководитель – зав. кафедрой, к.м.н., доцент Давлатова С.Н.

Цель. Изучить особенности клиники, течения, диагностики и лечения склеродерматомиозита у детей.

Материал и методы исследования. Анализ истории болезни и обследование пациентки 13 лет. Методы исследования включали в себя общий развёрнутый анализ крови, коагулограмму, биохимическое исследование крови (общий белок, С-реактивный белок, креатинфосфокиназа, АСТ, АЛТ, билирубин и его фракции), кровь на ВИЧ/СПИД, общий анализ мочи, общий анализ кала, кал на яйца глист, рентгенография грудной клетки, УЗИ почек и мочевого пузыря.

Результаты исследования. Больная Лоикова М., 13 лет поступила в детское кардиоревматологическое отделение 4.01.2023 года с жалобами на повышение температуры тела, нарушение глотания, боли в суставах, скованность движений, снижение аппетита, похудание, слабость, вялость, боли в животе, раздражительность.

Девочка считает себя больной в течение 4 лет. Лечилась амбулаторно и стационарно по месту жительства, эффект был кратковременный. Два года назад находилась на стационарном лечении в детском кардиоревматологическом отделении ГУ НМЦ РТ в клинике «Шифобахш». Была выписана с улучшением. Повторно поступает в связи с ухудшением состояния (последние 3 месяца) и усилением вышеперечисленных жалоб.

Из анамнеза жизни: девочка от третьей физиологически протекавшей беременности и родов. Родилась с массой тела 3000г. Брак родителей не родственник. Аллергии на пищевые продукты и лекарства нет. Профилактические прививки получила не все. Анамнез по кардиоревматологическим заболеваниям не отягощён.

При осмотре состояние девочки тяжёлое. В сознании, менингеальных знаков нет. Отмечается скованность движений. Кожные покровы и слизистые оболочки бледные. Зев гиперимирован. Миндалины гипертрофированы. Вес пациентки 44 кг, рост -148 см. Наблюдается лиловая эритема вокруг глаз (симптом «дерматомиозитных очков»). Белые и красные пятна на лице, а также эрозии и язвы на конечностях и туловище. Мышечная масса и объём уменьшены, отмечаются дистрофические изменения мышц туловища и конечностей. Синдром Рейнохарактеризовался побледнением кожи на кончиках пальцев при контакте с холодной водой или предметами, чувством жжения и болезненности пальцев. Движения в суставах, в том числе пассивные, ограничены болезненными. На сгибательной поверхности рук и на внутренней поверхности бёдер отмечаются атрофические изменения кожи по типу келоидных рубцов. При пальпации мышц по ходу мышечных волокон пальпируются очаги уплотнения, связанные с отложением твёрдых солей кальция в мягких тканях, которые чаще встречаются при длительном течении заболевания. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Мочеиспускание свободное.

В общем анализе крови: эр. 3,5 млн., гемоглобин-117 г/л, ЦП-0,9, лейкоц.-7 тыс., п/я нейтр. -4%, с/я- 62%,эоз.-4%, лим.-28%, мон.-2%, СОЭ- 5 мм/ч. В биохимическом анализе крови: общий белок-60 г/л, С-реактивный белок -6,0 мг/л, билирубин в норме, АЛТ-121 ед/л., АСАТ- 89,4 ед/л, кретинфосфокиназа (КФК) -1020ед/л (норма 24–195). Кровь на ВИЧ/СПИД-отрицательно. В общем анализе мочи: белок-0,099%, лейкоц.-30-42 в п/зр. Кал на я/г-отр.

На электрокардиограмме отмечалось нарушение процессов реполяризации. При рентгенографии органов грудной клетки пневмосклероза лёгких не выявлено. На УЗИ почек и мочевого пузыря патологии не выявлено.

В плане лечения: проведена гормональная терапия -введение метилпреднизолона(2 таблетки медрол по 16 мг) 32 мг/сут перорально ежедневно + 7,5 мг метотрексата один раз в неделю, фолиевая кислота 5 мг 3 раза в день, аевит, аспаркам, ибупрофен ½ таб. 3 раза в день, цефотаксим по 1г 2 раза в/м. На фоне лечения отмечалось нарастание мышечной силы, снижение уровня КФК до 185Ед/л, нормализация уровня АЛТ до 29,0 Ед/л, АСТ до 20,0Ед/л. Также отмечалось улучшение общего состояния пациентки, уменьшение мышечной слабости в конечностях, заживление болезненных язв на ладонях и пальцах кистей, уменьшение эритемы на лице, купирование артралгий.На данный момент состояние пациентки стабильное, терапия метотрексатом и метилпреднизолономпродолжается.

Выводы. Склеродерматомиозит является редким заболеванием, встречающимся в педиатрической практике. Особенностью наблюдения данного заболевания является превалирование в дебюте заболевания кожно-суставного и мышечного синдромов над клиникой интерстициального поражения лёгких и почек. Целесообразно дальнейшее исследование особенностей проявления перекрестного синдрома, его дебюта, диагностики и течения. Лечение таких больных вызывает определённые трудности в связи с резистентностью к общепринятой терапии дерматомиозита. Заболевание требует системного контроля и при отсутствии правильной помощи может привести к необратимым последствиям для здоровья ребенка.

Расулова С.А., Ризоева М.Н., Восиева Н.С.
НЮАНСЫ ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРП У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Научный руководитель - Исмаилов К.И.

Цель. Определить эффективность иммунокорректирующей терапии на показатели митохондриальных ферментов у детей, страдающих гипотрофией.

Материал и методы исследования. Изучены показатели ферментов цикла Кребса (СДГ и α -ГФДГ) у 84 детей, страдающих гипотрофией различной степени тяжести до лечения и после комплексной терапии с применением иммунокорректирующей терапии. Возраст обследованных детей от 2 месяцев до 2 лет, из них мальчиков 44 (52,3%), девочек 40 (47,7%). Критериями отбора в основную группу были дети с приобретенной гипотрофией эндогенного и экзогенного происхождения, критерий исключения – дети с внутриутробной гипотрофией в возрасте до 2 месяцев. Показатели активности митохондриальных ферментов в наблюдаемых группах сравнивались с нормами 30 условно здоровых детей.

Результаты. Согласно цели исследования определены СДГ - «маркер» митохондрий, основной показатель энергетических процессов является окислительно-восстановительным ферментом, α -ГФДГ – фермент способствующий проникновению кодегидрогеназ в интактные митохондрии, тем самым увеличивает число функционально-активных митохондрий и улучшает метаболические процессы в клетке. С целью иммунокорректирующего препарата использовали Т-активин – это иммунорегуляторный пептид, полученный из вилочковой железы и костного мозга. Т-активин воздействуя на костный мозг, активизирует гемопоэз, который направлен на синтез предшественников лимфоцитов, тем самым нормализует количественные и функциональные показатели иммунитета. Порезультатам исследования в зависимости от степени тяжести гипотрофии выявлены следующие показатели: при гипотрофии I степени – СДГ $14,86 \pm 0,03$; α -ГФДГ - $10,68 \pm 0,003$; при гипотрофии II степени: СДГ - $11,53 \pm 0,04$; α -ГФДГ - $8,52 \pm 0,004$; при гипотрофии III степени: СДГ - $9,51 \pm 0,05$; α -ГФДГ - $6,84 \pm 0,003$.

Определены активность данных ферментов после комплексной терапии с применением иммунокорректирующего препарата Т-активин через 6 месяцев после лечения. Получены следующие результаты: гипотрофия II степени: СДГ - $11,78 \pm 0,34$; α -ГФДГ - $12,21 \pm 0,31$; при гипотрофии III степени: СДГ - $16,55 \pm 0,12$; α -ГФДГ - $10,94 \pm 0,36$. Согласно результатам, у больных получивших иммунокорректирующую терапию в комплексе с традиционной терапией, активность дегидрогеназсукцината и α -глицерофосфата достоверно повысились по сравнению с исходными данными. Достигли нормальных значений не только средние показатели активности обеих дегидрогеназ, но и остальные параметры распределения структуры популяции лимфоцитов.

Выводы. Таким образом, при использовании Т-активина достоверно повысились показатели СДГ и ГФДГ в лимфоцитах периферической крови, что указывает на восстановление иммунокомпетентных клеток.

Раупова Озода
НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ
ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА

Кафедра Педиатрии №3 и медицинской генетики
Научный руководитель: ассистент Умарова С.С.

Цель исследования. Изучить факторы, определяющие риск развития недостаточности витамина D у детей при остром и рецидивирующем течении обструктивного бронхита для прогнозирования течения заболевания.

Материал и методы исследования. Наблюдались 58 больных детей в возрасте до 3 лет с острым и рецидивирующим течением обструктивного бронхита в отделениях детской реанимации, I и II экстренной педиатрии СФ РНЦЭМП. I группу составили 30 детей с острым обструктивным бронхитом, II группу - 28 детей с рецидивирующим течением обструктивного бронхита. Изучены анамнестические, клинические и лабораторные данные больных детей. Исследование витамина D в плазме крови проведено хемилюминесцентным иммунным способом на аппарате COBASE 411.

Результаты и их обсуждение. Анализ историй болезни больных детей с острым и рецидивирующим течением обструктивного бронхита показал, что при поступлении у 44-75,8% больных имелась выраженная одышка экспираторного характера, а у остальных 14-24,1% смешанного типа. Частота одышки в I группе составила 12-20,76%, тогда как у больных II группы была выше – 26-44,8% с усилением в ночное время. У больных II-ой группы ДН 1-2 степеней выявлена в 44,8% случаях и 3 степени - у 3,4% больных, госпитализированных в детскую реанимацию. С фебрильной температурой тела госпитализировано 39-67,2% детей в возрасте до 1,5 лет, остальные дети поступали с суб-фебрилитетом (19-32,8%). Кашель у 32-55,2% детей имел продуктивный характер, малопродуктивный у 19-32,7% больных и в 7-12,1% случаях отсутствовал при поступлении. Перенесенный в анамнезе рахит имелся у большинства (26-44,8%) детей II группы, тогда как в I группе лишь в 6-10,3% случаях. Исследование показало наличие дефицита

витамина D (25(OH)D на уровне 15–29 нг/мл) в I группе в 18 (31,0%) случаях, во 2-ой – у 24-41,4% больных. Больных детей, находившихся на исключительно грудном вскармливании до годовалого возраста, было в I группе 25-43,1%, во 2-ой - 17- 29,3%, а получавших смешанное и искусственное вскармливание - в обеих группах соответственно 5-8,6% и 11-18,9%. Дети грудного возраста относятся к группе риска по недостаточности витамина D, так как грудное молоко не способно полностью обеспечить суточную потребность ребенка в витамине D. Детей, родившихся в холодное время (октябрь-март) было в 2,4 раз больше, чем в жаркий (апрель-сентябрь) период года.

Выводы. Дети, рожденные в осенне-зимний период года и длительное время исключительно грудное вскармливание (более 1 года) у детей можно рассматривать как прогностически неблагоприятный фактор риска развития рецидивирующего течения обструктивного бронхита.

Рахматжонова Х. А.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кафедра детских болезней №1 ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино.

Научный руководитель – ассистент кафедры Хотамова М.Н.

Цель исследования. Частота встречаемости врожденных пороков сердца с легочной гипертензией.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 150 детей в возрасте от 1 до 5 лет с ВПС. Контингент детей был сформирован методом слепого отбора, в число наблюдавшихся включались все дети с ВПС осложненные с ВЛГ, которые подготавливались к оперативной коррекции порока. В исследовании дети были разделены на возрастные категории 1-3 лет I группа 58 (65%), вес которых составлял детей в среднем до 10,6 кг и (35%) детей 2 группа от 4- до 5 лет весовая категория до 16,9 кг.

Результаты исследования. В ходе обследования был выявлен преморбидный фон у детей; белково-энергетическая недостаточность - 35%, рахит - 25%, анемия - 20%. Синдром раздраженного кишечника – 20%. Это связано с тяжелым клиническим течением порока, выраженной сердечной недостаточностью и, как следствие, наличием дефицита веса у детей с ВПС. При сборе анамнеза у матерей детей в 72% случаев имело место неблагоприятное течение беременности, в 79% случаев были указания на патологическое протекание родов, у 11% детей в перинатальном периоде были отмечены признаки повреждения центральной нервной системы (родовая травма, асфиксия). В результате проведенного обследования, из общего количества детей было диагностировано что ЛГ встречалось у 62 пациентов различной степени, из них у 38 (20%) пациентов была диагностирована ЛГ I степени, у 10 (25%) ЛГ 2 степени, у 12 (50%) ЛГ 3 степени, у 2 (5%) ЛГ 4 степени. Анализ вида порока при развитии ЛГ показал, что врожденные пороки сердца с изолированным шунтом крови на уровне межжелудочковой перегородки в 37% случаев, пороки с шунтом крови на уровне предсердий лишь в 13% случаев, а сочетанные пороки сердца до 40% случаев. В нашей практике больше наблюдалась ЛГ I степени между пациентов с ДМЖП у 44,1%. Мы отметили только у детей с ДМЖП III-IV степень ЛГ в 15% случаев. В большей части среди пациентов с ДМПП у 3/5 (60%) отмечалось ЛГ I степени. У 2/3 (66,6%) пациентов отмечалось ЛГ II степени. У равных пациентов с ДМЖП+ДМПП отмечалось ЛГ I-III степени. У 5% пациентов с ОАП отмечалось ЛГ I степени.

Выводы. Таким образом, анализ показал, что развитие ЛГ при ВПС встречалось у детей с изолированным шунтом крови на уровне межжелудочковой перегородки в 37% случаев, пороки с шунтом крови на уровне предсердий лишь в 13% случаев, а сочетанные пороки сердца до 40% случаев.

Рахматуллаева М.А., Ашурова Н.П.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ДИСФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Кафедра педиатрии детских болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Якубова З.Х.

Цель исследования. Изучить роль дисфункции щитовидной железы (щ.ж) в патогенезе кардиоваскулярных нарушений у детей.

Материал и методы. Обследованы 30 детей с тиреоидной патологией: диффузный нетоксический зоб (ДНЗ) у - 18, аутоиммунный тиреоидит (АИТ) – у 12 больных. Средний возраст в пределах 12±03 лет. Длительность наблюдения - до 3-х лет. Проведено клиническое наблюдение, оценка тиреоидного статуса по параметрам ТТГ, свободный Т₄ Т₃ и титра антител (АТ/ТГ, АТ/ТПО) методом ИФА. Использованы УЗИ щ.ж, эхокардиография, ЭКГ исследования. По показаниям осмотрены детским кардиологом.

Результаты исследования. На основе комплексного обследования у 66,6% (20 детей) больных с тиреоидной патологией выявлены кардиоваскулярные нарушения различной направленности: дисметаболические нарушения ритма, транзиторная артериальная гипертензия, кардиалгии ишемического характера, обморочные состояния и т.д. По данным эхокардиографии у 10 больных диагностированы пролапс митрального клапана с регургитацией, аномальные хорды. На ЭКГ отмечены тахи- брадиаритмия, синдром ранней реполяризации, инверсия зубца Т, снижение вольтажа QRS на фоне повышения уровня ТТГ (5.0-7.0 мЕД/л) при нормальных параметрах Т₄ Т₃ и высоких значениях АТ/ТГ (110-150), АТ/ТПО (250-300). У более 50% кардиоваскулярная патология чаще развивалась у детей с субклиническим гипотиреозом (СГ) и при наличии аутоиммунного компонента, которые расценены нами как ведущие предикторы поражения сердца в детском возрасте. Установлено также ведущее значение в патогенезе кардиоваскулярных нарушений пубертатного возраста (12 больных) и поздней неадекватной коррекции дисфункции щ.ж.

Выводы. Дисфункция щитовидной железы на фоне субклинического гипотиреоза и аутоиммунного компонента, являясь ведущими предикторами кардиоваскулярной патологии, диктуют необходимость детального исследования сердечно-сосудистой системы.

Рустамова Х.Х., Хамидова М.Н.
МАКРО- И МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СОСТАВ ВОЛОС У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА
Самаркандский государственный медицинский университет
Научный руководитель – Расулов С.К. д.м.н., чл.корр. МАНИ

Цель исследования. Оценка показателей содержания макро- и микроэлементов в биосредах организма детей грудного возраста, в зависимости от биогеохимических особенностей

Материал и методы исследования. Исследования проведены у 43 практически здоровых детей в возрасте от 1 до 12 мес, постоянно проживающих в г. Самарканде и Самаркандского вилоята. Были исследованы 8 макро- и микроэлемент: кальций, магний, натрий, калий, медь, цинк, железо и марганец в волосах детей грудного возраста в регионе Самаркандского вилоята и г. Самарканда методом нейтронно-активационного анализа. В контрольную группу вошли 19 детей раннего возраста, проживающих в Ташкентском вилояте, а также для сравнения были использованы данные, М.Г.Скальной(2002).

Полученные результаты показали, что показатели содержания микроэлементов в волосах у детей грудного возраста несколько отличались от показателей у детей, проживающих в России. Так, значительно у детей в волосах ниже (в 2-4 раза) концентрация калия, кальция и цинка ($337,1 \pm 17,7$ мкг/г; $222,4 \pm 6,6$ мкг/г и $49,6 \pm 2,5$ мкг/г, $P < 0,001$, соответственно). Дисбаланс показателей содержания микроэлементов по-видимому обусловлены с биогеохимическими особенностями места проживания, условиями питания и другими факторами, что необходимо учитывать при составлении нормативных показателей по содержанию микроэлементов данного региона. Высокие содержание (более 3 раза) натрия ($3692,1 \pm 173,3$ мкг/г и $643 \pm 47,9$ мкг/г и 2018 ± 15 мкг/г, $P < 0,001$, соответственно) возможно, связана с особенностями питания матерей, что их в питании суточный прием соли составляет более 15 г в сутки.

Железо в волосах детей грудного возраста в Самаркандском вилояте был наиболее высоким по сравнению с данными М.Г.Скальной и детьми раннего возраста проживающих в Ташкенте ($205,4 \pm 4,8$ мкг/г; $25,47 \pm 0,88$ мкг/г и $37,84 \pm 2,1$ мкг/г, $P < 0,001$, соответственно). Высокое содержание железа в волосах детей грудного возраста в условиях Самарканда, по-видимому, связано с проведением профилактической целью саплементации среди детей грудного возраста с препаратом ферронат. Концентрации содержания остальных элементов в волосах ближе к данным М.Г.Скальной (2002).

Микроэлементный дисбаланс у детей выявлен в зависимости от биогеохимических условий проживания. При сравнительном исследовании содержания макро- и микроэлементов в волосах у детей в разных условиях Самаркандского вилоята показал, что во всех туманах медь в волосах был почти одинаковым, т. е. снижение содержание меди в 3 туманах был недостоверным. Цинк в волосах у детей грудного возраста в Акдарьинском тумане был достоверно выше ($63,4 \pm 4,9$ и $49,6 \pm 2,5$ мкг/г, $P < 0,001$, соответственно), чем средние статистических показателей, в то же время в Булунгурском тумане этот показатель был ниже средних показателей ($43,8 \pm 4,9$ и $49,6 \pm 2,5$ мкг/г, $P < 0,05$, соответственно). Таким образом, выявляется дефицит цинка у детей в Булунгурском тумане, что необходимо учитывать в оценки состояния здоровья детей. В Кушрабадском тумане содержание магния был заниженным от среднестатистических данных ($39,9 \pm 7,6$ мкг/г и $56,4 \pm 3,4$ мкг/г, $P < 0,001$, соответственно).

Выводы. При оценке показателей микроэлементов в биосубстратах у детей грудного возраста, необходимо учитывать возраст, а также биогеохимические особенности места проживания детей. Установленные нами пределы нормальных значений ($M \pm m$) показателей указанных микроэлементов у младенцев можно рекомендовать для использования при диагностике дефицита этих микроэлементов. Проведение комплексной оценки состояния здоровья детей с целью раннего выявления среди детей грудного возраста из групп высокого риска по дефициту микроэлементов, его своевременная профилактика могут быть предпосылками к снижению заболеваний кроветворной, нервной, эндокринной, пищеварительной и других систем у младенцев.

Сатторова А.П., Хазраткулова Н.С., Бобоева С.Х.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИМПТОМОВ РАХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
Кафедра педиатрии ГОУ ХГМУ. Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Кузibaева Н.К.

Цель исследования. Изучение распространенности симптомов рахита у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования. Проведено обследование 500 детей в возрасте от 1 года до 3-х лет, находившихся под наблюдением врача - педиатра в центре ПМСП Дангаринского района за период 2018-2019 годов. Изучены и разработаны индивидуальные карты, собраны персональные данные, анамнез, сделан анализ. Выявлены признаки рахита, изучена распространенность рахита.

Результаты исследования. Анализ исследований показал, что наиболее часто встречающимися признаками рахита явились: потливость - 45%, беспокойство - 40 %, мышечная гипотония - 40%, аномалии зубов - 35%, срыгивание - 25 %, плохой аппетит - 20 %. Сочетание нескольких симптомов встречалось у половины пациентов. Распространённость вышеуказанных признаков в разных группах была разная. Так, у детей первого года - до 50 %, у детей старше года - до 40 %. Жалобы встречались у детей до 1 года -45 %, после года- 55 %. Частота явных симптомов рахита у 38 %, девочек, проявлялась податливостью костей черепа, краниотабесом, аномалиями зубов. У мальчиков частота признаком составила 40 %, и проявлялась податливостью костей черепа, краниотабесом, аномалиями зубов, Х, О образными конечностями. В зависимости от срока гестации симптомы рахита у доношенных детей встречаются в 58 %, у недоношенных - в 25 % случаев. Как показал анализ, среди других заболеваний у детей раннего возраста признаки рахита составляют - 24 %. Кратность встречаемых симптомов рахита по объективному обследованию: 1-2

признака – 85 %; по жалобам : 1-2 признака – 78,3%.

Выводы. Таким образом, признаки рахита чаще всего встречаются у мальчиков. В зависимости от возраста признаки рахита начинают активно проявляться у детей до года. По сроку гестации – чаще у доношенных детей.

Сатторова А.П., Хазраткулова Н.С., Бобоева С.Х.
ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра педиатрии ГОУ ХГМУ. Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Кузибаева Н.К.

Цель исследования. Изучение особенностей физического развития у детей дошкольного возраста.

Материал и методы исследования. Проведено обследование 300 детей в возрасте от 3 до 7 лет, находившихся под наблюдением врача - педиатра в центре ПМСП Дангаринского района за период 2018-2019 годов. Установлены особенности и темпы физического развития, определены типы телосложения у детей и гармоничность развития.

Результаты исследования. Как показали результаты исследования, увеличение массы тела у мальчиков 3-4 лет составило – 1,3 кг, у девочек - 1,4 кг. У детей в возрасте от 4 до 7 лет масса тела у мальчиков увеличилась на 6,3 кг. Минимальная прибавка массы тела у мальчиков наблюдалась в возрасте от 5 до 6 лет. Максимальная прибавка массы тела у мальчиков приходилась на возраст 6-7 лет. У девочек от 4 до 7 лет масса тела увеличилась на 6,6 кг. Минимальная прибавка массы тела была в 5-6 лет. Максимальная прибавка массы тела выявлена в возрасте 6-7 лет. Периоды замедленного роста детей наблюдались в возрасте от 5 до 6 лет. Длина тела в возрастной период с 3 до 7 лет у мальчиков увеличилась на 26,6 см, у девочек - на 26,0 см. Длина тела в 7 лет составила у мальчиков 51,6 до 62 см, у девочек с 52,0 см до 57,0 см. Минимальное увеличение окружности груди констатировалось с 4 до 5 лет у мальчиков, с 3 до 4 лет у девочек. Максимальное увеличение окружности груди наблюдалось с 6 до 7 лет у мальчиков, у девочек – с 5 до 6 лет. При сравнительном анализе типов телосложения за пятилетний период выявлено увеличение количества детей с микросоматическим типом телосложения во всех анализируемых возрастно – половых группах. При определении гармоничности развития детей выявлено уменьшение количества детей с гармоничным развитием. Выявлено, что за последние годы увеличилось количество детей с дисгармоничным физическим развитием.

Выводы. Таким образом, за период обследования возросло количество детей с дисгармоничным развитием и микросоматическим типом телосложения.

Сатторова М., Нуралиева С.
ВЛИЯНИЕ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ НА СОСТОЯНИЕ КРОВЕТВОРНОЙ СИСТЕМЫ МЛАДЕНЦЕВ

Медицинский колледж ГОУ ХГМУ района Дангара. Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., Сафаров У.

Цель исследования. Изучить влияние анемии беременных на показатели крови новорожденных детей.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 50 историй развития детей (форма 24) 2021 года рождения Хамаданского центра Хатлонской области.

Результаты исследования. Из 50-ти историй развития детей (форма 24) в возрасте от 6 месяцев до 1 года, 25 из них родились от матерей с уровнем гемоглобина выше 110 гр/л и 25 младенцев родились от матерей, которые страдали анемией различной степени тяжести. Среди 1-ой группы детей, матери которых не имели в анамнезе анемии, только у 5-ти детей выявлены низкие показатели гемоглобина. Из них у 3-х малышей уровень гемоглобина 100 мг/л и у 2-х отмечена анемия средней тяжести, где уровень гемоглобина составил 70 гр/л. У детей, матери которых во время беременности страдали анемией различной степени тяжести, выявлены низкие показатели гемоглобина у 10-ти новорождённых. У 5-ти детей определена анемия средней степени тяжести - уровень гемоглобина ниже 90 гр/л, у 3-х детей анемия легкой степени - уровень гемоглобина выше 90 гр/л, а у 2-х детей - уровень гемоглобина ниже 70 гр/л, что свидетельствует о тяжелой степени анемии.

Выводы. У детей, рождённых от женщин страдающих анемией, в 2 раза чаще регистрируются низкие показатели гемоглобина по сравнению с детьми, рождёнными от женщин с нормальным уровнем гемоглобина.

Сафаров А.Р., Кулмамадова А.М.
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТКОВИДНОЙ АСТЕНИИ У ДЕТЕЙ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» Научный руководитель – к.м.н., доцент Бабаева Л.А.

Цель исследования. Изучение клинических аспектов и основных методов лечения постковидной астении у детей.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 36 детей школьного возраста с установленным диагнозом постковидная астения, с симптомами, сохранившимися более 4 недель. Средний возраст составил 10,5 лет, Все больные находились на амбулаторном наблюдении и лечении.

Результаты исследования. Постковидная астения (ПКА) характеризовалась полиморфизмом клинических проявлений, включая эмоциональные, поведенческие, когнитивные, вегетативные нарушения и их сочетания. Когнитивные расстройства проявлялись проблемами с памятью, что выражалось трудностями в усвоении новой информации. Страдало коммуникативное поведение, умственная работоспособность, познавательная деятельность, осмысливание и память. Основные симптомы нарушений – эмоциональная неустойчивость, раздражительность,

плаксивость. Расстройства поведения выражались апатией, гиподинамией, неуверенностью в себе, самоизоляцией от окружающих. Отмечались нарушения сна, трудности в засыпании, бессонница, тревожность сна, раннее пробуждение с ощущением тревоги, беспокойства, синдром апноэ во сне. Наиболее частыми симптомами являлись слабость (86,1%), усталость (80,6%), головная боль (77,8%), боли в животе (69,4%), боли в мышцах и суставах (58,3%), недомогание (52,8%). Анализируя полученные данные, выявлено, что у 94,4% детей наблюдалось сочетание 4 и более симптомов. Было назначено комплексное лечение. Немедикаментозные методы включали дозированную физическую нагрузку с постепенным наращиванием ее интенсивности. Диетотерапия заключалась в достаточном потреблении белка и адекватного водно-питьевого режима. Всем детям были назначены витаминно-минеральные комплексы – витамины группы В, которые являются кофакторами ферментов, обеспечивающих метаболические процессы, активизируют синтез АТФ, стабилизируют клеточные мембраны в нервных клетках. Для нормализации когнитивных функций была назначена лекарственная форма омега-3. Медикаментозная терапия включала курсовое назначение антиоксидантов, препаратов магния, ноотропных средств и метаболических препаратов. Дети получали глицин по 100 мг 2-3 раза в сутки в течение 2-4 недель, который является регулятором обмена веществ, нормализует и активизирует процессы защитного торможения в центральной нервной системе, уменьшает психоэмоциональное напряжение и повышает умственную работоспособность.

Выводы. Постковидная астения является серьезной проблемой у детей, выступает ведущей составляющей в структуре постковидного синдрома и характеризуется полиморфизмом клинических проявлений. Ранняя диагностика ПКА позволяет своевременно назначить комплексное лечение, которое улучшает общее самочувствие, нивелирует головные боли, нормализует сон, улучшает память и общую физическую активность детей.

Сологуб М.А.

ТЕРНИСТЫЙ ПУТЬ К ПРАВИЛЬНОМУ ДИАГНОЗУ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ.

Кафедра факультетской и поликлинической педиатрии с курсом педиатрии ФДПО, ФГБОУ ВО РязГМУ им. академика И.П.Павлова, г.Рязань

Научный руководитель – ассистент кафедры Пизнюр И.В.

Цель работы: представить клинический случай кистозной мальформации бронхов

Материалы и методы: анализ первичной медицинской документации пациентки С., 8 лет.

Результаты исследования: Пациентка С., 22.03.2014. Ребенок от 2-й беременности (1-я беременность – мальчик, здоров), протекала с угрозой прерывания со 2 триместра. Ребенок от 2-х срочных, преждевременных родов на 36 сроке гестации. Масса тела при рождении - 3255 г, длина тела - 49 см. Оценка по Апгар 7/8 баллов. Росла и развивалась по возрасту. Грудное вскармливание до 7 месяцев жизни. Привита по календарю профилактических прививок. Генеалогический анамнез не отягощен.

Больна с февраля 2017 г., когда впервые был отмечен сухой кашель и подъем температуры до 37,5С. Рентгенологически поставлен диагноз верхнедолевая пневмония слева. Лечилась амбулаторно, получала антибактериальную терапию – с положительной динамикой. В феврале 2018 г. - госпитализирована в ОДКБ им. Н.В.Дмитриевой, с жалобами на: подъем температуры до 39С, сухой кашель. По результатам рентгенограммы грудной клетки выставлен диагноз: верхнедолевая пневмония слева. Назначен цефтриаксон - с положительной динамикой.

В ноябре 2019 г. - повышение температуры тела выше 37,5С, сухой кашель, хрипы. 13.11.2019 г. была проведена компьютерная томограмма с контрастированием.

С 3.12.2019 г. по 11.12.2019 г. находилась на стационарном лечении в РДКБ г.Москва. На рентгенограмме легких в боковой проекции слева было выявлено вздутие, выраженное в нижних отделах, ближе к верхним отделам левого корня определяется участок затемнения неправильной треугольной формы 7,7х20 мм, с деформацией и обогащением легочного рисунка, стенки мелких бронхов сближены, утолщены, чередуются с участками дольковых вздутий. Принято решение провести оперативное лечение заболевания.

15.01.2020 г. пациентке была проведена переднебоковая торакотомия слева – удаление верхней доли левого легкого. Резекционный материал был направлен на патоморфологическое обследование. Получено заключение: «Патоморфологические изменения соответствуют локальной кистозной мальформации бронхов с хроническим неспецифическим гранулематозным воспалением». Выставлен окончательный диагноз: «Локальная кистозная мальформация бронхов». Пациентка выписана под динамическое наблюдение.

Выводы: На примере данного клинического случая, можно заметить, что мальформация бронхов может манифестировать после периода новорожденности, что можно связать с физиологическим процессом «дозревания» легочной ткани. При подозрении у пациента на нетипичное течение пневмонии, а также при наличии частых рецидивов заболевания, следует провести компьютерную томограмму. Вовремя проведенная компьютерная томограмма даст возможность установить точную локализацию патологического процесса и назначить специфическую терапию для пациента.

Султонбеков Н.С., Гайратова Н.Н., Абдурахманова У.Ш.

ПРИМЕНЕНИЕ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

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

Научный руководитель - доцент, к.м.н. Ходжаева Н.Н.

Цель исследования. Изучить эффективность применения препарата инфликсимаб в лечении острого лимфобластного лейкоза у детей в Республике Таджикистан.

Материал и методы исследования. В условиях детского гематологического отделения НМЦ РТ «Шифобахш» в период с мая 2021г. по июнь 2022 г. под нашим наблюдением было 18 детей с диагнозом: острый лимфобластный лейкоз. Первую группу составили 8 больных, в возрасте от 9 до 16 лет, у которых наряду с проводимой терапией по схеме БФМ 2015, был включен препарат инфликсимаб. Контрольную группу составили 10 больных, того же возраста, которые получали терапии по схеме БФМ 2015. Всем больным были проведены общеклинические методы исследования: общий анализ крови, пункция костного мозга, биохимия крови (билирубин, ферменты, печеночные пробы, креатинин, мочевины), коагулограмма, витамин Д, ВИЧ-СПИД, гепатиты В и С, общий анализ мочи и кала, включая микроскопию на яйца гельминтов, УЗИ органов брюшной полости, почек, ЭКГ сердца.

Результаты исследования. Состояние всех пациентов на момент поступления было крайне тяжелым с выраженным геморрагическим, анемическим, гиперпластическим и интоксикационным синдромами. Результаты лабораторно-инструментальных данных: общий анализ крови (RBC $1,3 - 3,2 \times 10^{12}$, HGB 40 – 100 г/л, HCT 6,1 - 31%, WBC $3,5 - 29,1 \times 10^9$, NEUT 4 - 76%, MONO 1,0 - 19,4%, LYM 41 - 89%, EO 0,2 - 3,0%, PLT $18 - 180 \times 10^9$, бласты 0 - 98%, СОЭ 16 - 72 мм/с), миелограмма (Клеточный состав тотально 87 - 100% представлен бластными клетками, в основном мезо- и микрогенерациями. Морфологически бластные клетки представлены молодыми округлыми ядрами с базофильным ободком цитоплазмы. Реакция на миелопероксидазу отрицательная. Мегакариоцитов нет, иммунологическое исследование (Т-линейный, В-линейный, 0-клеточный варианты лейкозов), коагулограмма (ABP – 42 - 70//, фибрин 4,0 - 8,0, фибриноген 122,2 - 540,0, т/т 3 - 6ст), биохимия крови (общий белок 34 – 49 г/л, билирубин свободный 8,0 - 49,0 мкмоль/л, билирубин связанный 4,0 - 27,0 мкмоль/л, АЛАТ 0,89 - 42,0 ед/л, АСАТ 0,88 - 62,0 ед/л), гепатиты В и С, ВИЧ-СПИД- отрицательные, общий анализ мочи (белок 0,033 - 0,099%, WBC 2 - 24 в.п.з., RBC 1 - 8 в.п.з)

После проведенной терапии у пациентов, которые получали базисную терапию в комплексе с инфликсимабом, по сравнению с контрольной группой, наблюдалось изменение следующих показателей: в общем анализе крови (RBC $3,1 - 4,1 \times 10^{12}$, HGB 110 – 126 г/л, HCT 36-41% WBC $4,1 - 8 \times 10^9$, NEUT 40-48%, MONO 1,0 - 2%, LYM 39 - 47%, EO 0,2 - 3,0%, PLT $18 - 180 \times 10^9$, бласты 0 - 3%, СОЭ 2 - 15 мм/с), миелограмма (уменьшение бластных клеток до 5-13,мегакариоцитов 1), коагулограмма (ABP – 50 - 65//, фибрин 5,0 - 9,0, фибриноген 222 - 354,0, т/т 3 - 5ст), биохимия крови (общий белок 50-60 г/л, билирубин свободный 7,0 - 21,0 мкмоль/л, билирубин связанный 3,0 - 6,0 мкмоль/л.

Выводы. Наше исследование подтверждает, что после проведения базисной терапии в комплексе с препаратом инфликсимаб, в 68% (5 пациентов) случаях, значительно улучшились клинические и лабораторные показатели пациентов, по сравнению с контрольными больными. У детей данной группы стабилизировалось общее состояние, снизилось количество кровотечений, уменьшилось количество рецидивов, и, соответственно, улучшилось качество жизни.

Табарова Н. М.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИОКСИДОНИЯ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №1, ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино.

Научный руководитель – ассистент кафедры Мирзоева З.Э.

Цель исследования. Оценка эффективности применения иммуномодулятора полиоксидония в лечении у ЧБД.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 80 ЧБД со среднетяжелой и тяжелой формами пневмонии, в возрасте от 3 до 7 лет, госпитализированных в детское пульмонологическое отделение ГУ КЗ «Истиклол»г. Душанбе в период 2017-2018гг. Больные были разделены на две группы: 1-я группа контрольная получала базисную терапию, 2-я группа (основная), наряду с базисной терапией, получала полиоксидоний (в инъекциях). Базисная терапия включала в себя симптоматическое лечение и антибактериальную терапию. Иммуномодулятор полиоксидоний применяли в дозе 0,1-0,15 мг/кг ежедневно или через день или 2 раза в неделю курсом 5-10 инъекций.

Результат исследования. На фоне проводимой терапии в группе больных, получающих иммуномодулятор, отмечалось клиническое улучшение состояния. Включение в терапию противовирусного и иммуномодулирующего средства «Полиоксидоний» приводило к достоверному уменьшению продолжительности и выраженности основных клинических симптомов пневмонии, по сравнению с контрольной группой: частота и продолжительность кашля, рвоты после кашля, цианоз ($p < 0,05$), апноэ ($p < 0,01$), набухание шейных вен ($p < 0,05$), беспокойство ($p < 0,001$), одышка, также втяжение грудной клетки ($p < 0,01$). На 7 день проводимой терапии у половины больных уменьшился лейкоцитоз, нормализовалась СОЭ. Клинико-лабораторное улучшение у больных основной группы наблюдалось на $4,1 \pm 0,1$ день лечения, в контрольной группе на $18,2 \pm 1,3$ день лечения ($p \leq 0,05$). Среднее количество койко-дней у больных основной группы составило $11,1 \pm 0,6$, тогда как в группе сравнения $18,2 \pm 0,8$ ($p \leq 0,05$).

Выводы. Доказана клиническая эффективность иммуномодулятора «Полиоксидоний» в комплексной терапии пневмонии у ЧБД. Наряду с высокой клинической эффективностью при применении препарата не отмечено развития побочных действий и наложений интеркуррентных заболеваний.

Табарова Н.М.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ, УЛУЧШАЮЩИХ
ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино
Научный руководитель - старший преподаватель Умаров А.У.

Цель исследования. Оценка качества жизни детей в возрасте от 6 до 12 лет, страдающих заболеваниями почек и мочевыводящих путей.

Материалы и методы исследования. Изучено качество (КЖ) жизни 100 детей, находившихся на стационарном лечении в ГУ КЗ «Истиклол» г. Душанбе за 2020-2022 гг. Оценку проводили на основании опроса пациентов по международному опроснику SF-36. Опрос детей осуществляли с информированного согласия родителей и всегда в их присутствии. Группу сравнения составили 35 практически здоровых детей соответствующего возраста и пола.

Результаты исследования. По всем шкалам показатели КЖ у практически здоровых детей были значительно выше, чем у больных. Наибольшее превышение отмечено по шкалам «общее состояние здоровья» (разница 26,4 балла), «жизненная активность» (разница 28,4 балла). Суммарный показатель у практически здоровых детей составил 92,7 балла, превысив более чем в 1,2 раза таковой у больных. В процессе лечения, восстанавливается в первую очередь именно этот компонент здоровья. В результате проведенного лечения показатели КЖ у больных детей увеличились по всем шкалам. Самые большие прибавки произошли по шкале «общее состояние здоровья» и «жизненная активность». Так же возрос на 15,3% суммарный показатель КЖ, составив 100 баллов, что только на 8,3% ниже, чем у практически здоровых детей. На фоне терапии в первую очередь восстанавливается психологический компонент здоровья. Так, уровень физического здоровья в процессе терапии увеличился на 10,0%, а психологического — на 16,7%.

Выводы. Оценка КЖ должна войти в число критериев, подтверждающих результативность той или иной программы оздоровления. Программы лечебно-реабилитационных мероприятий должны проводиться с учетом динамики КЖ.

Толибов А.Х., Саидмурадова Г.М.
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КИШЕЧНОГО АМЕБИАЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
ГУ ГМИЦ №1 им. Карима Ахмедова г. Душанбе. Таджикистан
Научный руководитель — д.м.н., профессор Ходжаева Н.М.

Цель исследования. Изучение клинического течения кишечного амелиаза у детей раннего возраста.

Материал и методы. Под наблюдением находились 68 детей с диагнозом амелиаза, госпитализированных в инфекционные отделения ГУ «ГКБДИБ» г. Душанбе. Диагноз кишечного амелиаза был подтвержден на основании клиники острого гемоколитита, и обнаружения больших вегетативных форм тканевых форм паразита в свежесобранных фекалиях методом нативного мазка с использованием 1% водного раствора глицерина и 50% раствора люголя при наличии активных движений паразитов с эритроцитами в цитоплазме.

Результаты исследования. Из числа госпитализированных детей с кишечным амелиазом детей раннего возраста было 49 (72,1%), причём 18 (36,7%) из них составили дети до года, 31 (63,3%) от года до 3-х лет, а детей дошкольного возраста было 19 (27,9%). Среди детей до года 8 (44,4%) находились на смешанном, 7 (38,9%) на искусственном и только 3 (16,7%) на исключительно грудном вскармливании. Больше количество детей раннего возраста 40 (81,6%) поступили поздно (на 3-4 сутки) и только 9 (18,4%) в течение первых суток от начала заболевания. У всех детей раннего возраста отмечено острое начало болезни, с высокой лихорадки (39,5-40,5°C) и симптомами интоксикации, в виде снижения аппетита у 41 (83,7%), рвоты у 38 (77,6%), тошноты у 35 (71,4%). Через 2 суток у всех детей отмечался болевой симптом в области живота при пальпации, сопровождающийся плачем ребёнка во время дефекации, жидкий стул со слизью тёмно-зелёного цвета и только у 18 (38,8%) с примесью кровянистой слизи. Нейротоксический синдром был отмечен у 19 (38,8%) детей, которое сопровождалось резким возбуждением и судорогами. Частота стула у 36 (73,5%) детей до 8-10 раз, у 13 (26,3%) от 10 до 15 раз за сутки. У большинства 30 (61,2%) детей раннего возраста с кишечным амелиазом отмечалось тяжёлое обезвоживание, у 19 (38,8%) умеренное обезвоживание. У наблюдаемых нами детей в периферической крови была выявлена гипохромная анемия I и II степени, лейкоцитоз до 15-20х10⁹, эозинофилия до 7-10%, ускорение скорости эритроцитов до 25 мм в час. В моче отмечались протеинурия и лейкоцитурия. В лечение детей раннего возраста с кишечным амелиазом был назначен цефлосксим TZ в виде суспензии 125 мг/5 мл, а также спазмолитики, биопрепараты. В копрограмме кроме вегетативных форм амёбы отмечалось увеличение количества лейкоцитов 50 и более в поле зрения и кроме того разрушенных эритроцитов. Течение амелиаза у детей было острым и при адекватном лечении выздоровление наступало на 2-3 неделе от начала болезни.

Выводы. Таким образом, кишечным амелиазом наиболее часто (72,1%) болели дети раннего возраста и из их числа 36,7% составили дети до года. В клиническом течении болезни преобладали (83,7%) симптомы интоксикации, причём у 61,2% детей отмечалось тяжёлое обезвоживание, у 38,8% детей нейротоксический синдром.

Толмачева В.Ю.
ПРОФИЛАКТИКА ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СПЕЦИАЛИСТАМИ
СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Школа сестринского образования НАО «МУК». Казахстан.
Научный руководитель – м.м.н., преподаватель Меерманова И.Б., ассистент Калбеков Ж.А.

Цель исследования. Исследовать теоретические аспекты деятельности и определить роль специалиста сестринского дела в области профилактики ожирения у детей.

Материалы и методы исследования. Базой исследования выступила КГП «ЦБ г. Сарани». Количество респондентов составило 60 человек. Все респонденты были включены в исследование после устного информированного согласия.

Инструментами для проведения исследования выбраны 2 авторских анкеты. Наша анкета для опроса школьников состояла из 14 вопросов и 15 вопросов – для родителей. Респондентам были заданы вопросы о наличии вредных привычек, рационе питания ребенка, уровне физической активности и роли, по их мнению, школьной медицинской сестры в профилактике ожирения.

Авторская анкета на предмет выявления ожирения детей школьного возраста, согласована и утверждена локальной этической комиссией НАО «МУК». Составлена с учетом этических норм, для выявления и анализа индивидуальных и организационных факторов возникновения стресса на рабочем месте. В анкете предлагалось выбрать один или несколько (не более трех) вариантов ответов и внести собственные предложения.

Результаты исследования. На вопрос о том, какой уровень физической активности у них преобладает, большинство школьников отметили, как активный – 50%, в том числе 40% – умеренный и 10% – неактивный. Привычки в еде обычно формируются в раннем детстве, и родители играют очень важную роль в их развитии. Школьники отмечают, что режим питания в течение дня соответствует «1-2 раза в день» – 40%, «3-4 раза в день» – 57% и 3% – «5-6 раз в день». По данным нашего исследования, большинством детей отмечается, что они проводят свое свободное время за телевизором/ноутбуком/телефоном – более 2 часов в сутки. Лишь 57% опрошенных школьников отметили, что они занимаются в спортивных секциях и посещают уроки физкультуры. В 30% случаев опрошенные школьники предпочитают не завтракать, что негативно отражается на режиме питания в целом. Кроме того, большинство школьников не берут перекусы в школу. По результатам анкетирования более половины опрошенных школьников, когда-либо консультировались по поводу необходимости здорового образа жизни и необходимости правильного питания и в основном консультация была проведена медсестрой.

Половина опрошенных родителей (50%) считают, что образ физической активности их ребенка является активным и 33% – неактивным. Родители также отмечают, что в основном их дети питаются 3-4 раза в день (57%) и имеют не совсем сбалансированное питание. Подводя итоги социологического опроса родителей, можно отметить, что большинство родителей считает, что их дети завтракают, а также считают необходимым брать ребенку перекус с собой в школу в ланч-боксах. 70% опрошенных родителей отмечают, что они или их дети были проконсультированы медицинскими работниками о важности сбалансированного, правильного питания и они хотели бы улучшить свои знания в этом направлении.

Вывод. По результатам исследования выявлено, что роль специалиста сестринского дела в профилактике ожирения у детей и подростков очень значима в условиях современного здравоохранения, в особенности на амбулаторно-поликлиническом уровне. Медсестра в рамках своих компетенций несет основополагающую санитарно-просветительскую роль в повышении уровня знаний детского населения в вопросах здорового образа жизни и питания, профилактике ожирения.

Турובהа З.Н., Бобоева С.Х., Бобоев Б.Н.
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СЕПСИСА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра педиатрии ГОУ ХГМУ. Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н., доцент Кузибаева Н.К.

Цель исследования. Изучить клиническое течение у детей грудного возраста.

Материалы и методы исследования. Проведено изучение историй болезней у 22 детей грудного возраста (от 1 мес. до 1 года), находившихся на стационарном лечении в отделении детских заболеваний ЦРБ Дангаринского района. Возрастные параметры имели колебания: от 1 мес. до 3 мес. - 13 детей (59%), от 3 мес. до 6 мес. – 7 (31,80%), от 6 мес. до 1 года - 2 (9,09%). Из обследованных детей 15 детей находились на естественном вскармливании, что составило – 68,18%, на искусственном - 4 детей (18,18%), на смешанном - 3 детей (13,64%). Большинство детей имели неблагоприятный преморбидный фон: анемию лёгкой и среднетяжёлой степени (77,27%), гипотрофию (72,72%), рахит (40,9%). У всех детей был взят общий анализ крови, мочи, кала, биохимический анализ крови, бактериологические посевы крови (кровь на стерильность, на ЦМВ, герпес), рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости (по показаниям).

Результаты исследования. Из анамнезов заболевания было выяснено, что дети болели с рождения, многократно лечились стационарно и амбулаторно, что дети в основном от молодых родителей. Из них 2 от родственного брака. Пуповина отпала на 6-8 сутки. Около 32% больных находились на раннем искусственном и смешанном вскармливании. В клинической картине сочетались следующие симптомы: интоксикация организма (вялость, бледность, анорексия, плохая прибавка массы тела, неустойчивый стул, субфебрильная или фебрильная температура); очаги инфекции (бронхит, пневмония, энтероколит, омфалит); поражение органов кроветворения (анемия) и нарушение обмена веществ (гипотрофия, рахит). Со стороны лабораторных данных: в анализе крови –

анемия легкой и среднетяжелой степени (Hb от 100 г/л до 70 г/л), лейкоцитоз (от 11.000 до 18.000), умеренно ускоренное СОЭ (от 12-25 мм/ч). В биохимическом анализе крови: выявлены диспротеинемия - 22%, уменьшение уровня Са и Р - 73%. У большинства обследуемых больных обнаруживались в крови Staphylococcus aureus + ЦМВ + герпес; в кале - St.aureus, Escherichia Coli, кандиды, клебсиелла. На R-грамме грудной клетки у 72,7% детей отмечалась картина бронхита или пневмонии.

Выводы. Таким образом, сепсис у детей раннего возраста протекал тяжелее на неблагоприятном преморбидном фоне (гипотрофия, рахит, анемия).

Узакова С.Э.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Кафедра общей практики/ семейная медицина СамГМУ. Узбекистан. Научный руководитель: старший преподаватель Рахимова Х.М.

Цель работы. Изучение клинических проявлений синдрома раздраженного кишечника у детей и дифференцированный подход к лечению в зависимости от его клинической формы.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 41 детей в возрасте от 5 до 12 лет, находящихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении ОДММЦ г.Самарканда в 2022 году. Все дети были поделены на 3 группы в зависимости от клинических проявлений заболевания. Первая группа (13) это дети с СРК, сопровождающийся диареей, вторая группа (5) это дети, у которых СРК, сопровождался метеоризмом и болью, и третья группа детей с СРК (23), основным проявлением, которого является запор. У всех детей были исключены патологии со стороны органов и инфекционный генез заболевания, но имело место погрешности в питании, а у 84% детей родители страдали патологией желудочно-кишечного тракта: гастритом, колитом, хроническим холециститом, запорами и диареей. Больным было проведено комплекс клинических, лабораторных и инструментальных исследований. Всем детям была проведена коррекция питания в зависимости от клинических проявлений заболевания, восстановление микрофлоры кишечника в зависимости от результата микробиоценоза кишечника, симптоматическая терапия с использованием физиотерапевтического лечения. Детям первой группы (диарея), в качестве медикаментозной терапии было проведено лечение препаратами: смекта, мезимфорте (по результатам копрограммы), коррекция микрофлоры кишечника по результатам микробиоценоза кишечника, препаратами: линекс или хилак форте, фитотерапия отваром гранатовых корок. Второй группе детей (метеоризмом и болью) были назначены препараты бускопан в сочетании с антифлатом, линекс, 96 мезимфорте, препарат хофитол, фитотерапия отваром ромашки. Дети 3-ей группы (запоры) получали препараты: фестал(по результатам копрограммы), дюфалак, и желчегонные в виде аллахола или холосаса. В зависимости от формы СРК проведена коррекция питания. У всех детей из рациона питания были исключены продукты вызывающие повышенное газообразование: горох, фасоль, черный хлеб, редиска, редька, капуста, газированные напитки. Первой и второй группам детей рекомендован стол №4, третьей группе стол № 3.

Результаты исследования. На фоне проводимого лечения состояние всех детей, независимо от формы СРК значительно улучшилось: появился аппетит, исчез болевой синдром, нормализовался характер стула и его частота.

Вывод. Таким образом, детям с СРК необходимо комплексное обследование, соответствующая диетотерапия и дифференцированный подход к лечению в зависимости от клинической формы синдрома.

Уктамова Ю.У., Шамсиева М.М.

ПИТАНИЕ И ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ КАК ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ - МЕДИКОВ

Кафедра педиатрии лечебного факультета СамГМУ. Узбекистан.

Научный руководитель – ассистент Исламова Д.С.

Цель исследования. Выявить факторы оказывающие существенное влияние на здоровье студентов – медиков 5 курсов лечебного факультета Самаркандского государственного медицинского университета.

Материалы и методы исследования. Нами применен метод анкетного опроса с использованием разработанной авторской анкеты в электронном виде. В ходе исследования было опрошено 80 студентов 5 курсов Самаркандского государственного медицинского университета. Из них 57,5% девушек и 42,5% юношей. Статистические расчеты проводилась с помощью компьютерной программы MS Excel.

Результаты исследования. Так, по результатам опроса установлено, что 27,5% студентов оценивают собственное здоровье как «хорошее», 52,5% как «удовлетворительное» и 20% как «плохое». Принципами рационального питания и их соблюдения были осведомлены 85% студентов, из них соблюдают 15% студентов, соблюдают их только в определенное время 40% студентов и не соблюдают около 45% всех опрошенных. На вопрос о доступности питания во время учебного дня, 37,5% студентов указали на недостаточное обеденное время, половина опрошенных студентов отметили то, перекусывают на ходу. На вопросы о физических нагрузках, 44,7% студентов ответили, что ведут малоподвижный образ жизни ввиду слишком большой загруженности. Спортивные секции посещают около 22,5%, из них 6,2% занимаются спортом на профессиональном уровне. На вопрос какую роль играет двигательная активность для здоровья 32,5% ответили, что спорт снимает психическое напряжение, улучшает настроение 53,7%, повышает стрессоустойчивость 36,2%. При этом 80% студентов-медиков ответили, что зная о наличии спортивных залов в пределах университета посещали его только на начальных курсах обучения.

Выводы. По результатам проведенных исследований установлено, что осведомленность студентов о

принципах здорового образа жизни не является гарантией того, что они вовлечены в это ввиду перегруженности. Студенты - медики подтверждают необходимость рационального питания и достаточной двигательной активности для общего здоровья. Поэтому, нужно улучшить основные принципы рационального подхода к пище. Пища должна быть исключительно натуральной и содержать все необходимые макро- и микроэлементы, витамины. Так же для поддержания здорового образа жизни следует уделять физическим упражнениям хотя бы 30 минут в день, какой именно разновидностью физической активности заниматься – каждый решает сам, в соответствии с возможностями.

Умарова С.С.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ

Кафедра Педиатрии № 3 и медицинской генетики Самаркандского государственного медицинского университета. Узбекистан.

Научный руководитель – д.м.н., доцент Мухамадиева Л.А.

Цель исследования. Изучить эффективность препаратов фаги у детей с хроническим тонзиллитом и острой ревматической лихорадкой, для улучшения результатов профилактики.

Материал и методы. Нами были обследованы всего 104 ребенка, из них 54 с хроническим тонзиллитом и 50 детей с острой ревматической лихорадкой в возрасте от 7 до 14 лет. В исследовании были взяты дети у которых отмечалось обострение болезни и при бактериальном посеве мазка из зева был высеян стрептококк. Детям первой и второй группы наряду со стандартным лечением применялся препарат Фаги, а третья группа получала только стандартное лечение. Для оценки эффективности препарата детей с хроническим тонзиллитом использовалась визуальная 5-балльная система динамики субъективных и объективных данных. За 0 баллов принимали отсутствие данного симптома, за 5 баллов — его максимальное проявление. Эффективность лечения определялась также по уменьшению микробной обсемененности миндалин до и после лечения (на 10-й день).

Результаты исследования. Препараты Фаги проявляет высокий терапевтический потенциал в отношении патогенных и условно-патогенных микроорганизмов. Побочных эффектов от применения препарата не отмечалось. Эффективность препарата у детей с острой ревматической лихорадкой оценивалось по частоте обострений в течении года и уменьшении микробной обсемененности миндалин. До лечения гиперемия и инфильтрация слизистой оболочки небных дужек в первой и второй группе составила $4,80 \pm 0,37$ балла, в третьей контрольной — $4,70 \pm 0,35$ балла. На 5-е сутки у 56 (87,5 %) детей первой и второй группы снизилась до $2,10 \pm 0,44$ балла и у 12 (60 %) детей контрольной группы — до $2,90 \pm 0,38$ балла. Через 10 дней у 60 (93,75 %) детей первой и второй группы этот показатель составил $0,8 \pm 0,5$ балла, у 16 (80 %) человек контрольной группы — до $1,30 \pm 0,41$ балла ($p < 0,05$). Катамнестические наблюдения анализа обострений острой ревматической лихорадкой выявил, что у детей получавших препарат Фаги обострение болезни в течение года отмечалось только у 4 (4,8 %) больных, в то время как в контрольной группе обострения наблюдались у 12 (14, 3%) детей.

Выводы. Таким образом, применение у детей с хроническим тонзиллитом Фаги позволяет добиться выраженного, стойкого клинического эффекта, а у детей с острой ревматической лихорадкой уменьшить количество обострений, что позволяет рекомендовать данный препарат для практического применения в комплексном лечении у данной категории у детей.

Файзуллоев Ф.А.², Алиева М.М.¹

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ

1. Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино Республики Таджикистан
 2. ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» Республики Таджикистан
- Научный руководитель - к.м.н., доцент Таджибоева З.А.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения и лечения детей с пароксизмальной тахикардией.

Материал и методы исследования. Проведен анализ с последующим наблюдением 34 детей от периода новорожденности до 13 лет, лечившихся в клинике Национального медицинского центра «Шифобахш» в период с 2017 по 2021 годы по поводу пароксизмальной тахикардии (ПТ). Дети (в том числе новорожденные) до 1 года – 23,52% (n-8), от 1 до 3 лет – 17,64% (n-6), с 3-х до 5 лет – 29,4% (n-10), старше 5 лет – 29,4% (n-10) больных. Структура обследуемых детей: гипоксически-ишемическая энцефалопатия у новорожденных – 11,76% (n-4), врожденный кардит – 11,76% (n-4), ВПС – 11,76% (n-4), синдрома WPW – 17,64% (n-6), синдром укороченного PQ – 5,88% (n-2), вегетативная дисфункция – 32,35% (n-11) и другие – 8,82% (n-3)

Всем детям проводились общепринятые клинические, биохимические исследования. Из инструментальных методов исследования ЭКГ, УЗИ сердца.

Результаты исследования и их обсуждение. У больных уточнялись характер жалоб, длительность заболевания, причины сопутствующей патологии.

У детей раннего возраста ПТ проявлялась выраженным беспокойством, отказом от еды, неоднократной рвотой, одышкой. У детей более старшего возраста сопровождалась чувством страха, сердцебиением, болями в области сердца, бледностью кожных покровов, у части детей рвота, боли в животе. У 2-х детей старшего возраста в момент приступа развивалось синкопальное состояние.

Среди основных причин пароксизмальной тахикардии следует отметить экстракардиальные: гипоксически-ишемическая энцефалопатия у новорожденных (4), лишь в одном случае врожденный кардит и в одном - врожденный порок сердца. У детей старшего возраста вегетативная дисфункция (11). Кардиогенные: наличие синдрома WPW (6),

синдром укороченного PQ (2), кардиомиопатия (8), кардиты (3), врожденные пороки сердца аномалия Эбштейна (2), ДМПП со стенозом легочной артерии. У 3-х детей причину, вызвавшую СПТ, не удалось выяснить.

Приступы ПТ диагностированы на основании внезапно возникающего и прекращающегося приступа сердцебиения продолжительностью от нескольких секунд до нескольких часов и даже суток, с частотой более чем в 2 раза по сравнению с возрастной нормой документированной на ЭКГ.

При лечении ПТ использовали антиаритмические препараты (верапамил, кордарон, АТФ) седативные средства (фенибут, сибазон), метаболитная терапия (рибоксин, аспаркам, ККБ, L-карнитин) сердечные гликозиды (коргликон, дигоксин), В-адреноблокаторы (анаприлин)

Выводы. Наиболее частой причиной ПТ были экстракардиальные: гипоксически-ишемическая энцефалопатия у новорожденных и вегетативная дисфункция у детей старшего возраста.

Наиболее эффективным препаратом для купирования и профилактики ПТ остается кордарон.

Кордарон в сочетании с другим антиаритмическими препаратами способствует восстановлению нормального ритма.

Файзуллоев Ф.А.², Алиева М.М.¹

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ

¹Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино Республики Таджикистан

²ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» Республики Таджикистан

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

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения и лечения детей с пароксизмальной тахикардией.

Материал и методы исследования. Проведен анализ с последующим наблюдением 34 детей от периода новорожденности до 13 лет, лечившихся в клинике Национального медицинского центра «Шифобахш» в период с 2017 по 2021 годы по поводу пароксизмальной тахикардии (ПТ). Дети (в том числе новорожденные) до 1 года – 23,52%(n-8), от 1 до 3 лет –17,64% (n-6), с 3-х до 5 лет – 29,4%(n-10), старше 5 лет -29,4%(n-10) больных. Структура обследуемых детей: гипоксически-ишемическая энцефалопатия у новорожденных -11,76%(n-4), врожденный кардит-11,76% (n-4), ВПС-11,76%(n-4), синдрома WPW 17,64% (n-6), синдром укороченного PQ 5,88% (n-2), вегетативная дисфункция-32,35% (n-11) и другие 8,82% (n-3).

Всем детям проводились общепринятые клинические, биохимические исследования. Из инструментальных методов исследования ЭКГ, УЗИ сердца.

Результаты исследования и их обсуждение. У больных уточнялись характер жалоб, длительность заболевания, причины сопутствующей патологии.

У детей раннего возраста ПТ проявлялась выраженным беспокойством, отказом от еды, неоднократной рвотой, одышкой. У детей более старшего возраста сопровождалась чувством страха, сердцебиением, болями в области сердца, бледностью кожных покровов, у части детей рвота, боли в животе. У 2-х детей старшего возраста в момент приступа развивалось синкопальное состояние.

Среди основных причин пароксизмальной тахикардии следует отметить экстракардиальные: гипоксически-ишемическая энцефалопатия у новорожденных (4), лишь в одном случае врожденный кардит и в одном - врожденный порок сердца. У детей старшего возраста вегетативная дисфункция (11). Кардиогенные: наличие синдрома WPW (6), синдром укороченного PQ (2), кардиомиопатия (8), кардиты (3), врожденные пороки сердца аномалия Эбштейна (2), ДМПП со стенозом легочной артерии. У 3-х детей причину, вызвавшую СПТ, не удалось выяснить.

Приступы ПТ диагностированы на основании внезапно возникающего и прекращающегося приступа сердцебиения продолжительностью от нескольких секунд до нескольких часов и даже суток, с частотой более чем в 2 раза по сравнению с возрастной нормой документированной на ЭКГ.

При лечении ПТ использовали антиаритмические препараты (верапамил, кордарон, АТФ) седативные средства (фенибут, сибазон), метаболитная терапия (рибоксин, аспаркам, ККБ, L-карнитин) сердечные гликозиды (коргликон, дигоксин), В-адреноблокаторы (анаприлин)

Выводы. Наиболее частой причиной ПТ были экстракардиальные: гипоксически-ишемическая энцефалопатия у новорожденных и вегетативная дисфункция у детей старшего возраста.

Наиболее эффективным препаратом для купирования и профилактики ПТ остается кордарон.

Кордарон в сочетании с другим антиаритмическими препаратами способствует восстановлению нормального ритма.

Файзуллоев Ф.А.², Курбонов Ч.И.¹

РЕАКТИВНЫЙ АРТРИТ У ДЕТЕЙ

¹Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино Республики Таджикистан

²ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» Республики Таджикистан

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

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения реактивного артрита у детей.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 26 детей до 13 лет, которые находились на стационарном лечении в клинике Национального медицинского центра «Шифобахш» в период 2020-2021 годы с диагнозом реактивный артрит. Структура обследуемых детей: пациенты до 5 лет -23,07%(n-6), дети от 6 до 10 лет-46,15% (n-12), от 10 до 13 лет- 30,76% (n-8). По гендерному распределению мальчиков -53,84%(n-14), девочек- 46,15%

(n-12). У всех детей определялись показатели: общий анализ крови, СРБ, ревмофактор, общий анализ мочи.

Результаты и обсуждения. Дети поступали с жалобами: боли в суставах, их припухлость, снижение аппетита, слабость, повышение температуры, нередко учащенный жидкий стул.

Суставной синдром проявлялся в виде болей в суставах, чаще коленных, голеностопных, асимметричные, по типу моно-олиго артрита. Артрит начинался остро с отека и на ощупь горячий. Следует отметить, что у абсолютного большинства больных с реактивного артрита развивался через 1-3 недели после острой назофарингеальной инфекции и реже перенесенной кишечной инфекции. Особенностью условий возникновения реактивного артрита стали также частые случаи травм пораженных суставов у 7,69% детей.

Внесуставные проявления, как боли в поясничной области, частое мочеиспускание, слабости, повышение температуры, утомляемость, диарея отмечались у 10 детей.

Из лабораторных данных на гемограмме: лейкоцитоз до $12 \cdot 10^9$, повышение СОЭ-20мм/ч, увеличение СРБ у 45%, у остальных детей вышеуказанные показатели находились в пределах нормы, у 8 больных отмечался мочевого синдром в виде лейкоцитурии.

При лечении реактивного артрита использовали антибиотики, нестероидные противовоспалительные средства, препараты кальция. На фоне проведения терапии явления артрита исчезали на 2-й неделе. Лишь у 4-х больных отмечались рецидивы артрита, которые после проведенной терапии отмечен благоприятный исход.

Выводы. Наиболее часто реактивный артрит развивался после ОРВИ. В результате лечения нестероидными противовоспалительными препаратами наступает быстрый клинический эффект. Лишь в единичных случаях отмечались повторные случаи реактивного артрита, которые требуют дальнейшего наблюдения ревматолога.

Хаитбаева Ш.Х.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ НЕВРОПАТИЙ МАЛОБЕРЦОВОГО НЕРВА И ПЛЕКСОПАТИИ У ДЕТЕЙ.

Кафедра Неврология, детский неврология и медицинский генетика ТашПМИ. Узбекистан.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Садикова Г.К.

Цель исследования. Оптимизировать терапии последствий невропатии малоберцового нерва и плексопатии у детей обратившихся в республиканский детский реабилитационный центр заболеваний опорно-двигательной системы.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование 137 пациентов от 1 года до 18 лет с последствиями невропатии малоберцового нерва (76) и плексопатии (61). Изучены клинические признаки, течение и эффективность инновационного метода лечения среди обратившихся детей. Диагноз подтвержден клиническими и нейрофизиологическими (ЭМГ, ЭНМГ) методами исследования. Больные раннее получавшие традиционные метода лечение, результаты которого было менее эффективно.

Результаты исследования: Исследование и результаты нового метода лечение (электростимуляция БА точкам) при невропатии малоберцового нерва и плексопатии показала, что больные которые получили лечение в стационарной условия, более эффективен. Это утверждено с клиническими, нейрофизиологическими (ЭНМГ, ЭМГ) показателями. Виды невропатии малоберцового нерва: миелопатии (60 детей, 46%), аксонопатия (45 детей, 31%) и смещенного типа (32 детей, 23%). В клинической картине после лечение отмечалось нарастание объема активных движение, улучшился походка. Показатели ЭНМГ: смещенной тип перешло на аксональный, с аксонального на миелинопатий, с миелинопатий перешло на полную регенерацию нервных структур. Отмечен эффективность этого метода лечение при всех видах невропатии малоберцового нерва но наилучше восстановления при миелинопатиях значительные при аксонопатиях.

Заключение: Применения нового инновационное метод лечения у детей с невропатией малоберцового нерва и плексопатии, показало выздоровление без осложнение у детей с миеленопатией. С уменьшением курс лечения и сокращением количество занятых коек чтодает экономит государственный бюджет.

Халдарбекова М.А.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНА 6, МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И ФЕРРОКИНЕТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С АНЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.

Кафедра пропедевтика детских болезней, гематология ТашПМИ. Узбекистан.

Научный руководитель-д.м.н., профессор Ашурова Д.Т.

Актуальность. Анемия хронического заболевания (ACD) и железодефицитная анемия (IDA) являются двумя наиболее важными типами анемии при ювенильном ревматоидном артрите (РА). Провоспалительный цитокин интерлейкин-6 (ИЛ-6) связан с патогенезом ювенильного ревматоидного артрита и развитием при нем анемии.

Цель исследования. Изучить изменения сывороточного уровня интерлейкин-6, уровня ферритина и гематологических показателей в различных группах больных ЮРА, а также выяснить возможную корреляцию между сывороточным уровнем ИЛ-6 и маркеров воспаления и их взаимосвязь между феррокинетическими показателями.

Материал и методы. Обследовано 78 больных ЮРА, большинство из них были дети школьного возраста – 48 (61,5%). В зависимости от пола среди обследованных больных несколько преобладали мальчики – 43 (55,1%). Все наблюдаемые нами больные были разделены на четыре группы: I группа – 26 пациенты ЮРА с изолированным железодефицитным анемией (ЖДА); 2-я группа 18 пациенты ЮРА с сочетанием ЖДА+АХЗ; 3-я группа: 20 пациенты ЮРА с АХЗ; 4-я группа: 14 пациенты с ЮРА без анемии. Контрольную группу составили 20 практически здоровых детей аналогичного возраста. Были оценены параметры крови (WBC, RBC, HGB, HCT, MCV и MCH). Сывороточные концентрации ИЛ-6, СРБ, и ферритин

Результаты исследования. Между группами наблюдались достоверные изменения большинства показателей крови, а также достоверное повышение уровня ИЛ-6 у больных ЮРА(66,6%). Это увеличение было очень значительным, в частности, среди пациентов ЮРА с АХЗ, и это повышение было прямо коррелировано с клиническими показателями активности заболевания, такими как СРБ, СОЭ и ферритин. Между ферритином и всеми параметрами статуса железа, такими как RBC, HGB и гематокрит, была обратная зависимость.

Выводы: Таким образом, установлен прямой взаимосвязь между ИЛ 6 и маркерами воспаления с ферритином и обратная корреляция всеми параметрами статуса железа, такими как RBC, HGB и гематокрит у детей ювенильным ревматоидным артритом с анемическим синдромом.

**Хамраев З.С., Хамраева Г.Б., Фирузи И.,
ФАКТОРЫ РИСКА НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ**
ТОО «Кулпаршын» г. Жетысай. Казахстан.
Научный консультант – к.м.н., Исоева М.Б.

Цель работы: Целью исследования явилась выявить основные факторы риска невропатии лицевого нерва (НЛН) у детей старшего возраста.

Материал и методы исследования: Под наблюдением находились 31 детей с диагнозом НЛН, в возрасте от 7 до 16 лет в медицинском центре ТОО «Кулпаршын» (г. Жетысай, Казахстан). Всем больным проводили комплексные этиопатогенетические и клиничко-неврологические методы обследования. В качестве для оценки степени тяжести поражения лицевого нерва мы использовали электронейромиографическое (ЭНМГ) метод исследования.

Результаты исследования: В ходе обследования выявили, что наиболее часто НЛН встречается у лица мужского пола – 19 (61,3 %) больных, лица женского пола составило – 12 (37,7 %) больных. Средний возраст составил $11,2 \pm 0,9$ лет. У 23 больных (74,2 %) НЛН развилась справа, у 8 больных (25,8 %) развилась слева. Среди факторов развития НЛН выяснилось что – у 10 пациентов (32,2 %) в анамнезе уточнили переохлаждение, у 4 детей (12,9 %) невропатия лицевого нерва развилась после сильного психо-эмоционального перенапряжения, у 1 ребенка (3,2 %) развилась среди полного здоровья, а у 16 (51,6 %) больных в анамнезе выявились явление ОРВИ. При нейровизуализационном методе исследования (для исключения патологии головного мозга) не отмечалось никакое патологическое образование. На ЭНМГ выявили более чем в 74,2 % (23 больных) среднетяжелое и тяжелое поражение VII нерва. При лабораторном исследовании – у 7 больных (22,6%) выявили вирус простого герпеса (без кожных проявлений).

Выводы: Таким образом, НЛН наиболее часто встречался у лиц мужского пола. Наиболее частыми причинами являлись ОРВИ (51,6 %) и переохлаждение (32,2 %). Увеличение частоты встречаемости НЛН у детей по сезону не выявил.

**Ходжаева Н.М., Маджонова М.Дж., Абдуллоева С.А.
ПРИМЕНЕНИЕ ИНДУКТОРА ИНТЕРФЕРОНА В ТЕРАПИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ
ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ**

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

Цель исследования. Оценка эффективности индуктора интерферона (Анаферона детского) в терапии острых кишечных инфекций вирусной этиологии у детей.

Материал и методы исследования. В исследование включались больные ОКИ дети в возрасте от 1 мес до 3 лет, поступившие в профильные стационары в первые двое суток от начала заболевания и имевшие характерные проявления вирусных ОКИ (лихорадка $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$, частый, жидкий стул, рвота, боли в животе, урчание по ходу кишечника, катаральные симптомы). Критериями исключения являлись: наличие симптомов, характерных для бактериальной ОКИ, и показаний к антибактериальной терапии, отягощенный преморбидный фон, тяжелая форма заболевания. Пациенты, включенные в исследование, были рандомизированы в две группы. Основную группу составили 46 пациентов, в составе комплексной терапии которых использовался исследуемый препарат (Анаферон детский), группу сравнения – 42 ребенка, получавших в составе комплексной терапии плацебо.

Группы были сопоставимы между собой по возрасту пациентов (средний возраст $2,0 \pm 0,14$ и $1,95 \pm 0,17$ года соответственно), срокам начала терапии ($1,85 \pm 0,07$ и $1,83 \pm 0,06$ дней соответственно), а также проводимой комплексной терапии (энтеросорбенты, растворы для пероральной регидратации, пробиотики). Назначение исследуемого препарата/плацебо (в основной и группе сравнения соответственно) осуществлялось в первые сутки начала терапии по схеме: 1-й день – 8 приемов (в течение 2 ч по 1 таблетке каждые 30 мин – 5 приемов, затем по 1 таблетке каждые 3 ч), во 2-5-е сутки – по 1 таблетке 3 раза в день. С учетом того, что возраст пациентов был младше 3 лет, непосредственно перед приемом таблетку растворяли в 15 мл питьевой воды, полученный раствор давали выпить ребенку.

Результаты исследования. При поступлении основные клинические проявления заболевания в сравниваемых группах были сопоставимы между собой. Так, наличие лихорадки $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ в группе активного препарата наблюдалось у 44 (96%) детей, а в группе сравнения – у 37 (87%) пациентов, при этом высота лихорадки составила $38,1 \pm 0,09$ и $38,0 \pm 0,11^{\circ}\text{C}$ соответственно. Рвота наблюдалась у 30 (65%) и 27 (64%) пациентов в группах детей, получавших Анаферон детский или плацебо, а средняя частота рвоты составила $1,8 \pm 0,26$ и $1,2 \pm 0,17$ раз/сутки соответственно. В основной группе средняя частота жидкого стула составила $4,1 \pm 0,48$ раз/сутки, а в группе сравнения – $4,0 \pm 0,32$ раз/сутки.

Выводы. Таким образом, результаты проведенного исследования продемонстрировали эффективность

препарата Анаферона детский, содержащего антитела к ИФН- γ человека в релиз - активной форме, в терапии вирусных ОКИ. Назначение Анаферона детского в ранние сроки от начала заболевания существенно сокращает выраженность и продолжительность синдрома интоксикации и лихорадки, диспепсических явлений, а также катаральных симптомов со стороны верхних дыхательных путей.

Ходжаева Н.М., Маджонов М.Дж., Гуломов Ч.Г.
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА РЕНГАЛИНА В ТЕРАПИИ ОРВИ У ДЕТЕЙ

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

Цель исследования. Оценка эффективности препарата ренгалина в лечении больных с ОРВИ.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 40 больных с острыми респираторными вирусными заболеваниями, в возрасте от 3 до 17 лет, госпитализированных в детское инфекционное отделение ГУ ГКБДИБ г. Душанбе в период 2021 г. В зависимости от методов терапии больные были разделены на две группы: 1-я группа (контрольная) получала базисную терапию, 2-я группа (основная), наряду с базисной терапией, в течение 3-х дней получали ренгалин (в таблетках).

Результаты исследования. На фоне проводимой терапии в обеих группах отмечалось клиническое улучшение состояния. Включение в терапию препарата ренгалина приводило к более существенному уменьшению продолжительности и выраженности основных клинических симптомов болезни, по сравнению с контрольной группой. Общее продолжительности кашля у пациентов основной группы составила $6,0 \pm 1,2$ суток по сравнению группы контроля $8,2 \pm 1,0$ суток. В дневные часы кашель сохранялся дольше чем ночью у большинства детей. Среднее продолжительности дневного кашля на фоне применения ренгалина составила $5,9 \pm 1,0$ суток, а контрольная группа – $7,9 \pm 1,2$ суток. Продолжительности ночного кашля в среднем было $5,0 \pm 1,5$ и $6,9 \pm 1,2$ суток соответственно. Снижение тяжести дневного кашля на фоне применения ренгалина отмечалось начиная с первых суток. Итоговый процент пациентов, у которых на фоне терапии отмечалось полное купирование кашля и в дневное и ночное время суток в группе ренгалина составил 89,9%, в группе контроля 69,9%. По окончании курса терапии эффективность ренгалина был оценен как «выраженный». Побочные эффекты применения препарата не были зафиксированы. Отмечалось хорошее переносимость препарата. Ренгалин не вызывал угнетения дыхания, наркотического и снотворного эффекта.

Выводы. Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о высоком профиле безопасности и доказанной эффективности препарата Ренгалина. Противокашлевая эффективность препарата заключалась, прежде всего в сокращении периода болезни, в течение которого больных беспокоит кашель.

Холинова М.М.

ИММУННЫЙ СТАТУС У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В СЛЕДСТВИЕ ЗВУР

Кафедра детских болезней №1 ГООУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Додхоев Д.С.

Цель исследования. Изучить клеточный и гуморальный иммунитет у только что родившихся детей с низкой массой тела.

Материал и методы. Исследования были проведены у 35 новорождённых детей, родившихся в ГРД № 1 г. Душанбе. Контрольную группу составили 20 доношенных новорождённых, вес которых при рождении был более 2500 г. Основную группу составили 15 новорождённых, вес которых при рождении был 1500–2499 г и имелось несоответствие массы гестационному возрасту. Кровь для исследования бралась из вены пуповины сразу после пережатия и отсечения пуповины со стороны плаценты в объёме 5 мл. Исследования на иммунный статус проводили в лаборатории «Диамед». Анализ данных проводился на ПК с использованием прикладного пакета «Statistica 12» (StatSoft Inc., USA). Для обеих групп вычислялись средние значения и их ошибку ($M \pm SE$). Различия вычисляли критерием Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что у детей с низкой массой тела клеточный иммунитет статистически значимо не отличался от такового у новорождённых детей с нормальной массой тела. Средние значения в основной группе по маркеру CD 3 составило $39,9 \pm 1,4\%$ против $42,6 \pm 1,5\%$ в контрольной группе ($p > 0,05$), по CD 4 – $26,3 \pm 0,8\%$ и $27,9 \pm 1,0$ соответственно ($p > 0,05$), по CD 8 – $14,1 \pm 0,6\%$ и $14,7 \pm 0,8$ соответственно ($p > 0,05$), по CD 20 – $16,3 \pm 0,8\%$ и $17,1 \pm 0,6\%$ соответственно ($p > 0,05$), по CD 95 – $14,5 \pm 2,1\%$ и $12,7 \pm 1,8\%$ соответственно ($p > 0,05$), по CD 25 – $5,9 \pm 1,9\%$ и $5,6 \pm 1,6\%$ соответственно ($p > 0,05$), по CD 71 – $5,2 \pm 1,7\%$ и $4,4 \pm 1,4\%$ соответственно ($p > 0,05$), по CD 32 – $53,8 \pm 4,2\%$ и $60,4 \pm 2,7\%$ соответственно ($p > 0,05$) и по CD 16 – $1,5 \pm 0,6\%$ и $2,3 \pm 0,7\%$ соответственно ($p > 0,05$).

Результаты исследования гуморального иммунитета выявили, что по Ig G в основной группе значение статистически значимо ниже, чем в контрольной группе. Так, если в контрольной группе среднее содержание IgG было $10,7 \pm 0,5$ г/л, то в основной группе данный показатель составил $8,5 \pm 0,7$ г/л ($p = 0,030$; $Z = 2,15$). Среднее содержание IgM и IgA в обеих группах статистически значимо не отличалось. Средний уровень IgM у детей основной группы был $0,28 \pm 0,10$ г/л, в контрольной группе – $0,12 \pm 0,02$ г/л ($p > 0,05$). Средний уровень IgA у детей основной группы составил $0,63 \pm 0,22$ г/л, в контрольной группе – $0,35 \pm 0,02$ г/л.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что снижение веса в результате ЗВУР до диапазона 1500–1499 г не влияет на клеточный компонент иммунитета, а в гуморальном снижается только продукция IgG. Учитывая тот факт, что IgG при инфекционных процессах вырабатывается после IgM и IgA, но при этом на длительное время сохраняет информацию о возбудителе, его низкое значение у детей с низким весом тела при рождении может оказаться

негативным фактором для комплексной защиты организма.

Выводы. Таким образом, клеточный компонент иммунного статуса у новорождённых детей с весом 1500-1499 г не имеет статистически значимых отличий от такового у новорождённых детей с весом более 2500 г. Однако у детей основной группы было выявлено статистически значимое снижение среднего уровня IgG.

Холмурадова Н.Дж.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ

Кафедра Педиатрии №3 и медицинской генетики СамГМУ. Самарканд, Узбекистан

Научный руководитель – д.м.н., доцент Мухамадиева Л.А.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения хронического тонзиллита у детей.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 55 детей с хроническим тонзиллитом в возрасте от 4 до 7 лет. Дети обследованы общими клиническими методами исследования, а также был проведен бактериальный посев носоглотки, ПЦР диагностика.

Результаты исследования. Больные жаловались на заложенность носа, отделяемое серозно-слизистого характера, редкий сухой кашель преимущественно ночью, периодически храп во сне, боли в горле, общую слабость, у некоторых детей головные боли, температура 38,5 °С. При объективном осмотре у детей общее состояние средней тяжести. Дети были слабыми, у 12 больных был снижен аппетит. У всех детей носовое дыхание было затрудненным и резко затрудненным у 7 больных. При осмотре зева гиперемия и гипертрофия миндалин (I-II степени) отмечалась в 100% случаев. У всех детей пальпировались множественные подчелюстные лимфоузлы до 0,5-0,8 см в диаметре, передние- и преимущественно задние -шейные лимфоузлы цепочкой до 1 см, безболезненные при пальпации и не спаянные с окружающей тканью. У 6 (40%) детей лицо было пастозным. Гемодинамических изменений: у 7 (46,6%) детей отмечалась нейтропения, лимфоцитоз, низкий гемоглобин у всех детей, в связи с чем детям был поставлен сопутствующий диагноз анемии. Печень была увеличена у (14 93,3%) детей, у 5 (33,3%) детей была увеличена и селезенка. Физиологические отправления у всех детей были нормальными. ЛОР-врачом диагностирован хронический тонзиллит, у 7 (46,6%) детей еще и аденоидит. ультразвуковое исследование органов брюшной полости подтвердило умеренную гепатомегалию, спленомегалию. Дети получали антибиотики (цефтриаксон парентерально), Виферон-1 ректально 2 раза в сутки, симптоматические средства, физиолечение. На фоне проводимого лечения в течение трех суток состояние детей не улучшалось, в связи с чем учитывая положительную ПЦР диагностику к лечению добавлен Циклоферон в таблетках по схеме на 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20, 23-е сутки. Уже на 4 сутки у детей нормализовалась температура, через 7 дней печень и селезенка при пальпации были не увеличены.

Выводы. Таким образом, у детей инфицированных вирусом Эпштейна-Барра, хронический тонзиллит может клинически протекать в виде как обострения, но в то же время имеет свои особенности в виде лимфо-пролиферативного синдрома, гепатоспленомегалии, отрицательных бактериальных посевов, часто сопровождается аденоидитом. Эффективность лечения достигается только при включении противовирусных препаратов.

Хусенова М.А., Султонбеков Н.С., Алимов Х.Х.

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВНУТРИУТРОБНЫХ СМЕШАННЫХ ИНФЕКЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Кафедра детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Руководитель -доцент, к.м.н. Юсупова М. А.

Цель исследования. Оптимизировать комплексную терапию при внутриутробных смешанных инфекциях у новорожденных.

Материалы и методы. Оптимизирована комплексная терапия при внутриутробных смешанных инфекциях у 50 новорожденных детей.

Результаты исследования и их обсуждение. Нами было исследовано 50 новорожденных детей с внутриутробными смешанными инфекциями, которые составили основную группу исследования и контрольную группу составили 10 больных. Исследование проводилось в ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш», в отделении патологии новорожденных. Видовой состав микроорганизмов, выделенных у новорождённых с тяжелыми клиническими формами внутриутробных смешанных инфекций, характеризовался превалированием *St. aureus* в крови новорождённых в сочетании с COVID-19 (16 случаев-32%) и в сочетании с ЦМВИ (12 случаев-24%). Также была выражена роль ЦМВИ+ВПП+*St.aureus* (11 случаев-22%), ЦМВИ+*Streptococcus pyogenes* (6 случаев-12%), что свидетельствовало о высокой колонизации микрофлоры новорождённых с внутриутробными смешанными инфекциями вирусно-бактериальной флорой. Меньшей частотой встречалось сочетание ЦМВИ+*chlamidia*+*St.aureus* (3 случая-6%) и сочетание ЦМВИ с условно-патогенной грамотрицательной микрофлорой *Klebsiella* (2 случая-4%). При анализе показателей клеточного иммунитета новорождённых с внутриутробной смешанной-инфекцией по сравнению с контрольной группой отмечалось снижение числа зрелых Т-лимфоцитов (СД3, СД-4, СД-8) и В-лимфоцитов (СД-20), а также достоверное снижение средних показателей фагоцитарной активности и фагоцитарного индекса нейтрофилов. При лечении внутриутробных смешанных инфекций нами использовалась этиотропная антибактериальная терапия: аминогликозиды III поколения (амикацин из расчета 10-15 мг/кг/сутки 2 раза в течение 7 дней) в сочетании с цефалоспорином III-IV поколения (из расчета 100-150 мг/кг/сутки 2-3 раза в сутки в течение 10-14 дней), а также при осложненных течениях заболевания были использованы антибиотики группы резерва в виде карбопенемов или ванкомицина (из расчета 40 мг/кг/сутки 2 раза в день в/в капельно в течение 10-14 дней) в сочетании с цефалоспорином 3 и 4 поколения. В качестве патогенетического и симптоматического лечения были использованы препараты для

детоксикации организма новорожденного: солевые растворы, кровезаменители, растворы глюкозы, антиоксиданты и метаболитная терапия, антикоагулянты при ДВС синдроме, противогрибковая терапия, десенсибилизирующие, стероидные и нестероидные противовоспалительные средства, эубиотики и специфическая терапия и.т.д. Специфическая терапия применялась в виде специфических иммуноглобулинов в зависимости от возбудителя инфекционного процесса. Больным с затяжным течением внутриутробных смешанных инфекций также назначались иммуномодуляторы в виде Т-активина, Виферона-1, циклоферона и дибазола (в течение 1 месяца). Больные, которые перенесли внутриутробную смешанную инфекцию, нами наблюдались в катамнезе в течение 1 года и им был проведен полный комплекс восстановительной терапии (массаж, ЛФК, физиопроцедуры, ноотропная, рассасывающая терапия и.т.д.).

Заключение. В катамнезе у новорожденных с внутриутробными смешанными инфекциями на фоне проведенной комплексной этиопатогенетической терапии заметно снизилась инфекционная и соматическая заболеваемость, улучшилась неврологическая симптоматика от остаточных явлений в виде малых мозговых дисфункций до полного выздоровления, заметно снизился риск инвалидности и летальность.

Хусенова М.С

ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ГОМЕОСТАЗА ПРИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЯХ У ДЕТЕЙ

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

Научный руководитель - д.м.н., профессор Исмаилов К.И

Цель исследования. Изучить особенности электролитного гомеостаза при наследственных гемолитических анемиях у детей (НГА).

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 36 детей с НГА в возрасте от 5 до 14 лет, находившихся на стационарном лечении в детском гематологическом отделении НМЦ РТ. Контрольную группу составили 15 здоровых детей, соответствующего возраста. Наблюдаемые больные с НГА были распределены на 3 группы в зависимости от степени тяжести анемии. Первую группу составили 14 детей с анемией лёгкой степени, вторую группу 12 детей с анемией средней тяжести и третью группу 10 детей с анемией тяжёлой степени. Всем детям с НГА при поступлении в клинику было проведено полное клинико-лабораторное обследование (развёрнутый общий анализ крови, морфологию эритроцитов, биохимическое исследование крови, определение электролитов K^+ , Na^+ , Ca^{2+} , Fe^{2+} , исследование костного мозга).

Результаты исследования. Все обследованные дети с НГА в период гемолитического криза чаще всего предъявляли жалобы на недомогание (70%), нарастание бледности и желтушности кожных покровов (80%), снижение аппетита (40%), слабость и быструю утомляемость (50%), покраснение цвета мочи (30%). Объективно у них наряду с анемическим и желтушным синдромом, отмечались спленомегалия (90%) и гепатомегалия (60%). Объективно обнаружались общие фенотипические черты: башенный череп (90%), уплощение переносицы (90%), готическое нёбо (30%), деформация челюсти и зубов (15%), гетерохромная радужка (3%), синдактилия (1%).

В периферической крови выявлено регенераторная, гипохромная, микроцитарная анемия, "мишеневидные" эритроциты, что сочеталось с резким ретикулоцитозом, при биохимическом исследовании обнаружено увеличение непрямой фракции билирубина. Исследование костного мозга – гиперплазия красного ростка. При исследовании электролитного состава сыворотки крови обнаружено увеличение концентрации Na^+ у детей с НГА ($151,1 \pm 3,08$, $p < 0,05$) по сравнению с контрольной группой ($140,1 \pm 2,8$), что сочеталось с тенденцией к снижению концентрации K^+ ($3,8 \pm 0,07$, $p < 0,05$), в сыворотке крови по сравнению с этими же показателями контрольной группы ($4,0 \pm 0,07$). При исследовании содержания ионов Fe^{2+} в сыворотке крови у детей с талассемией ($27,8 \pm 1,27$, $p < 0,001$), выявлено значительное увеличение содержания этого микроэлемента по сравнению с этими же показателями контрольной группы ($20,1 \pm 0,03$). Среднее содержание Ca^{2+} ($2,63 \pm 0,033$, $p < 0,05$) в сыворотке крови у детей с НГА было выше по сравнению с аналогичными показателями здоровых детей ($2,44 \pm 0,033$). Также у данной категории больных наблюдалось увеличение ферритина в сыворотке крови, возрастающее нарастание сывороточного железа и ферритина приводит к развитию гемосидероза внутренних органов с нарушением их функций.

Выводы. Полученные на основании проведённого исследования данные свидетельствуют о нарушении электролитного гомеостаза у детей с НГА. При нарастании гемолиза, желтушного синдрома, спленомегалии в особенности при гемолитическом кризе тяжёлой степени наблюдается нарастание содержания ионов Na^+ , Ca^{2+} , Fe^{2+} и в противоположности отмечается снижение ионов K^+ в сыворотке крови, что способствует развитию электролитного дисбаланса. Выявление нарастания концентрации ионов Na^+ и снижение концентрации ионов K^+ приводит к нарушению калиево-натриевого насоса у данной категории больных с глубоким дисбалансом в электролитном гомеостазе, что свидетельствует о необходимости проведения своевременной корректирующей терапии, для восстановления гомеостаза внутренней среды организма у этих пациентов.

Шамсиддинова Ф.Ф., Исомиддинова Д.Ш.

СТАТУС АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ПРИ ГИПЕРУРЕКЕМИИ

Кафедра Педиатрии лечебного факультета, СамГосМУ, Узбекистан

Научный руководитель: асс. Гойибова Н.С.

Цель исследования: определить особенности состояния артериального давления у детей с хроническим пиелонефритом на фоне гиперурекемии.

Материал и методы: обследованы 32 ребенка с хроническим пиелонефритом на фоне уратурии с гиперурикемией (I- группа) и 24 детей с первичным хроническим пиелонефритом (II- группа).

Результаты исследования: Выявлено, что у детей с первичным хроническим пиелонефритом наиболее часто отмечается систолическая гипотония 32,1% или тенденция к ней в сочетании с диастолической нормотонией (17,8%). При этом у 28,6% детей этой группы было отмечено сочетание нормальных САД и ДАД, а у остальной части детей (21,4%) показатели САД и ДАД находились в разных перцентильных интервалах. У большинства обследованных основной группы (52,9%) уровень САД находился выше 75-й перцентили, в то же время примерно у 1/5 детей этой группы (23,5%) была отмечена систолическая гипертония. При этом эти показатели были расценены как гипертония белого халата, и при наблюдении в динамике диагноз АГ был поставлен в 11,7% случаев при отсутствии такового во 2 группе. Показатели ДАД у детей 1 группы также располагались преимущественно выше 75-й перцентили (50%), при том, что тенденцию к диастолической гипотонии выявили лишь у 2,9% детей данной группы. Диастолическое АД в основном находилось в пределах нормы (29,4%). Это свидетельствует о том, что в начальном периоде развития гипертензивного синдрома у больных хроническим пиелонефритом отмечается лабильность показателей САД, что, вероятно, связано с сохраняющейся активностью противогипертензионных механизмов. При этом уровень ДАД менее подвержен колебаниям. Было установлено, что у детей первой группы существенно чаще встречался синдром вегетативных дисфункций (67,6% и 35,7%, $p < 0,01$ в обеих группах преобладал ваготонический тип вегетососудистой дистонии (44,1% и 21,4%), эйтония выявлялась в меньшем количестве (14,70% и 10,7%), в единичных наблюдениях имел место симпатикотонический тип вегетососудистой дистонии (2,95 и 3,6%).

Выводы: выявлено, что гиперурикемия влияет на развитие случаев эссенциальной артериальной гипертензии в группе детей с хроническим пиелонефритом и нарушением пуринового метаболизма.

Шамсиева М.М., Уктамова Ю.У.

ИЗУЧЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ ВЛИЯЮЩИХ НА ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Кафедра педиатрии лечебного факультета СамГМУ. Узбекистан.

Научный руководитель – ассистент Исламова Д.С.

Актуальность. Известно, что на показатели здоровья человека оказывает влияние как физиологические, так и социально факторы. В настоящее время одной из важных медицинских и социальных проблем в современном мире является сохранение и укрепление здоровья молодежи. Поэтому, на наш взгляд, необходимо более детальное изучение факторов и их влияния на формирование здоровья студентов для своевременного внедрения профилактических и оздоровительных мероприятий.

Цель исследования. Изучение влияния медико-социальных причин на формирование различных отклонений в состоянии здоровья студентов-медиков.

Материалы и методы. Нами была разработана авторская анкета для студентов медико-педагогического факультета, по изучению влияния социальных факторов на их здоровье. Анкетирование проводилось в электронном виде. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью компьютерной программы MS Excel.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования было выявлено, что уровень общей заболеваемости имеет тенденцию к росту у тех студентов, которые не придерживаются здорового образа жизни (38%). Среди них режим дня нарушают (72%) студентов, у большинства студентов продолжительность сна не соответствует нормам и составляет менее шести часов в сутки 68%. Около половины опрошенных студентов имеют вредные привычки (курят 18% студентов, (14%) употребляют слабоалкогольные напитки). Около половины студентов ведут малоподвижный образ жизни (66%), спортом занимаются регулярно только (18%), остальные свободное время проводят дома за телевизором, компьютером и телефоном (82%), что является одним из наиболее неблагоприятным фактором воздействия электромагнитного излучения на человека. У большинства студентов наблюдается дефицит витаминов и минеральных веществ из за нерационального питания, 52% студентов ежедневно обедают на ходу, перекусывают преимущественно пирожками, хот догами, булочками и (56%) регулярно употребляют сладкие безалкогольные напитки. Зачастую нерациональный режим обучения, превышение норм учебной нагрузки приводило к хронической утомляемости у (24%) студентов.

Выводы. Таким образом, на основании проведенного исследования выявлены медико-социальные факторы риска, влияющие на состояние здоровья студентов и степень их значимости в современных условиях. Нарушение режима и качества питания, вредные привычки, недостаточная двигательная активность и большие учебные нагрузки все это приводит к нарушению адаптации организма, приводящие в свою очередь к возможным психосоматическим болезням. Поэтому охрана здоровья студентов является важнейшей медико-социальной задачей, что требует обязательной коррекции образа жизни студентов - медиков.

Шарипов Ф., Пирова М.

ОСОБЕННОСТИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

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

Научный руководитель - ассистент Мирзоева З.Э..

Цель исследования. Изучить особенности клиники кишечных инфекций, вызванных условно-патогенной флорой у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования. Проанализировано 78 амбулаторных карт детей, перенесших кишечную инфекцию, обусловленную условно-патогенной микрофлорой. Диагноз устанавливался на основании клинических

данных и бактериологического исследования фекалий с выделением культуры условно-патогенных возбудителей. Бактериологический посев кала на флору и чувствительность к антибиотикам произведён на базе лаборатории «Диамед».

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе ретроспективного исследования установлено, что в этиологической структуре острых кишечных инфекций у детей на первом году жизни чаще преобладали *Klebsiella*-обнаружено у 22 детей (44,9%), *S. Aureus*- у 15 детей (22%), *Escherichia*- у 6 больных (8,9%), *Proteus* у 4 детей (5,9%), энтеробактерии обнаружены в 4,4% случаях. Синегнойная палочка и клостридии высевались не часто, в одинаковом количестве – по 2,9%. Ниже приведённый рисунок 1 даёт чёткое представление этиологической картины возбудителей, обращает на себя внимание также сочетание возбудителей, в 7,4% случаев отмечалась комбинация *S. aureus* и *Klebsiella*, 5,9% - *S. Aureus* и *St. Epidermalis*, 4,4% - *St. Epidermalis* и *Klebsiella*, в 2 случаях совместно с *Candida* и *Klebsiella*- 2,9%. Как видно, на сегодняшний день кишечные инфекции могут вызываться большим разнообразием бактерий, а иногда и вирусами как: Коксаки, герпес, что говорит о необоснованности утверждения ученых, что кишечная инфекция вызывается только бактериями, причем у многих детей протекало тяжелее инфекция, вызванная вирусом, т.к. плохо поддавалась лечению.

Выводы. На сегодняшний день выявлено, что кишечные инфекции могут вызываться не только бактериями, но и различными вирусами. В связи с этим плохо поддаются лечению и несут за собой очень тяжёлые осложнения.

Шарипова М.М.

ОСОБЕННОСТИ MORFOFUNKЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №2, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Научный руководитель - д.м.н., профессор Исмоилов К.И.

Цель исследования. Изучить особенности морфофункционального состояния сердца при бронхиальной астме у детей.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 40 детей с бронхиальной астмой в возрасте от 5 до 14 лет, на стационарном лечении в пульмонологическом отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» с 2016 по 2020 годы. В зависимости от возраста дети были разделены на 2 группы, контрольную группу составили 20 здоровых детей соответствующего возраста. Кроме общеклинических методов проводили ЭхоКГ исследование. Обследование ЭхоКГ, проводилось на приборе Vivad 3 (General Electric, США), с секторным датчиком 2,5-5,0 МГц в двумерном М-режимах, импульсно-волновом и цветовом вариантах доплерометрии.

Результаты исследования. Исследование в первой группе не выявил существенную разницу по сравнению с больными второй группы ($p > 0,05$), что свидетельствует о более позднем проявлении структурных изменений сердечной мышцы, формирующееся у больных с давностью болезни более 4-5 лет. У детей второй группы отмечены статистически значимое отличие в отношении конечного систолического размера, задней стенки левого желудочка по сравнению с контрольной группой ($p = 0,022$). При оценке размеров правых отделов сердца в у детей 1-й группы, выявили увеличение размеров как правого желудочка так и правого предсердия в сравнении с детьми контрольной группы ($p < 0,01$). Толщина правого желудочка и правого предсердия у детей 2-й группы считается статистически значимым ($p < 0,05$). Модификации выявляемые в строение сердечной мышцы правого желудочка свидетельствуют об изменении миокарда, которое возникает при повышении давления в малом круге кровообращения в приступном периоде бронхиальной астмы. Показатели правого желудочка при бронхиальной астме по сравнению с данными здоровых детей значимых отличий не выявил. Увеличение сердечного выброса которое возникает в постприступном периоде бронхиальной астмы и выявляется как показатель систолической функции левого желудочка, у детей 1-й группы кроме ЧСС ($p < 0,01$) другие данные статистически значимых изменений ($p > 0,05$), по сравнению с контрольной группой не имеют.

Выводы. Эхокардиографическое исследование показало, что морфометрические параметры (конечно-диастолические и систолические диаметры и объёмы) у обследованных нами больных с БА имели отклонения от должных величин в виде увеличения размеров ПЖ иПП в сравнении со здоровыми детьми ($P < 0,05$). При анализе эхокардиографических данных, характеризующих гемодинамику, установлено увеличение минутного объёма кровообращения, частоты сердечных сокращений, фракция выброса, что подтверждает известный факт симпатической активации в приступном периоде бронхиальной астмы, у основной массы больных страдающих бронхиальной астмой более 6 лет.

Шарипова Н.

ТЕЧЕНИЕ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра детских болезней №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Душанбе
Научный руководитель - д.м.н., доцент Мамаджанова Г.С.

Цель исследования. Изучить клинические особенности течения бронхолегочных заболеваний у детей.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 125 больных детей раннего возраста, поступивших на стационарное обследование и лечение в септическом отделении ГУ КЗ «Истиклол». Проводилось лабораторное исследование (общий анализ крови, мочи, кала), специфические антитела определялись с помощью иммуноферментного анализа на вирусы. Контрольную группу составили 35 больных с соматическими заболеваниями, но без отягощенного фона.

Результаты исследования. Основной контингент больных составил 125 детей. Из них у 25 (2,5%) были с

хламидийными инфекциями, 59 (47,3%)- с ЦМВ и 38 (32,42%) - с другими бактериальными и вирусными заболеваниями. В основном 80 (69%) больных с бронхитами и 36 (32%) - с пневмониями. У всех больных диагностированы фоновые заболевания: рахит у 80 (70%), гипотрофия у 68(62%), паратрофия у 13 (12%), анемия у 112 (100%), аллергические заболевания у 55(49%), аллергические дерматиты, риниты у 86 (75%) человек. Всё это сопровождалось развитием вторичной иммунологической недостаточности -74(62%), приводящей к полнейшей беззащитности организма ребёнка и его повышенной восприимчивости к любому инфекционному фактору. Лечение всем больным проводилось комплексное, но эффективность его была более выражена у детей, у которых не были выявлены клиника рахита, гипотрофии, анемии.

Выводы. Фоновые заболевания являются по своей сути тяжелыми болезнями детей раннего возраста и усугубляют течение основных заболеваний. В результате этих болезней нарушаются функции всех органов и систем, что приводит к задержке физического и психомоторного развития и нарушения иммунологической реактивности организма ребёнка. Поэтому всем больным назначалась чётко разработанная специфическая и неспецифическая профилактика инфекций и фоновых заболеваний, их раннего выявления и комплексного этиопатогенетического лечения, включая иммунокорректирующую терапию.

Шарифов З.Х., Бердиева Ф.О., Муродов Г.З.

БОЛЕЗНЬ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА У РЕБЁНКА 2 ЛЕТ 4 МЕСЯЦЕВ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино» Таджикистан.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Рахманова Г.А.

Цель. Особенность течения и лечения болезни Вильсона-Коновалова у ребёнка раннего возраста.

Материал и методы. Материалом для исследования послужила история болезни больной С., 2 лет 4 месяцев, которая находилась на обследовании и лечении в ГУ КЗ «Истиклол», детском гастроэнтерологическом отделении с 04.07. по 23.07.2022 года. Методы исследования включили в себя анамнестические и общепринятые клинико-лабораторные данные обследования больного.

Результаты исследования. При поступлении в стационар мама ребёнка предъявляла жалобы на появление отёков на лице, животе, руках и ногах, уменьшение количества выделяемой мочи, носовые кровотечения, вздутие живота, периодические боли в животе, утомляемость, снижение аппетита, плохая прибавка в массе тела, повышение температуры тела до 37°-37,5°С, капризность, беспокойство, а также тремор рук. Из анамнеза выяснено, что ребёнок болен в течение 6 месяцев, когда появилась желтушность кожи и иктеричность склер. Больной диагностировали гепатит «А», по поводу чего она получила лечение, затем ещё дважды стационарное лечение в РЦ «Шифобахш» с подозрением на хронический гепатит, токсический нефрит, анемия тяжёлой степени. Выписана домой в относительно удовлетворительном состоянии. 2 июля 2022 года девочка поступила в отделение реанимации ГУ КЗ «Истиклол» в крайне тяжёлом состоянии, где в процессе лечения состояние стабилизировалось и по улучшении состояния 4 июля переведена в детское гастроэнтерологическое отделение, где после обследования на основании клинических и лабораторных данных (тремор рук; носовые кровотечения, гепатоспленомегалия; на УЗИ печени: диффузные изменения по типу фиброза, фибросканирование печени показало F-2-3, стеноз S степени; в биохимическом анализе крови высокий уровень меди 80 мкмоль/л) был поставлен диагноз: «Цирроз печени после перенесенной болезни Вильсона-Коновалова. Портальная гипертензия. Безбелковые отёки. Анемия среднетяжёлой степени». Больная получила лечение: стол №5 (без соли и молока), инфамино, преднизолон, цефазолин, рибоксин, витамины В₆, В₁₂, Д₃, А, Е, магний сульфат, феррум-лек, аспаркам, цинк, панкреатин, урсодезоксихолевая кислота, децинон, верошпирон, лилак, глюконат кальция, отмытые эритроциты, свежзамороженная плазма. Состояние больной постепенно улучшилось, явления асцита и отёки исчезли, прекратился тремор рук, прекратились носовые кровотечения, улучшился аппетит. Ребёнок стал самостоятельно мочиться без диуретиков. С явным улучшением больная выписана домой с надлежащими рекомендациями продолжения лечения в домашних условиях и для оформления инвалидности.

Выводы. Болезнь Вильсона-Коновалова протекает у детей с тяжелыми поражениями нервной системы, почек, печени, ферментативной системы пищеварительного тракта, кровотечениями, ведущими к анемии разной степени тяжести, что необходимо учитывать практически врачам с целью своевременной диагностики и выбора тактики лечения.

Шарифов З.Х., Ашурова Н.П., Шукурова Д.Б.

СЛУЧАЙ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА У РЕБЁНКА

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино» Таджикистан

Научный руководитель – к.м.н., доцент Рахманова Г.А.

Цель. Демонстрация особенности течения псевдомембранозного колита у ребёнка 1 года 3 месяцев.

Материал и методы. Материалом исследования послужил клинический случай больного ребёнка Х. в возрасте 1 года 3 месяцев, который находился в ГУ КЗ «Истиклол» с 11 ноября по 20 декабря 2022 года в отделение детской гастроэнтерологии. Методы исследования включили в себя анамнестические и клинико-лабораторные данные проведенного обследования больного ребёнка.

Результаты исследования. При поступлении родители ребёнка предъявляли жалобы на частый жидкий стул до 10-15 раз в сутки, вздутие живота, во время которого у ребёнка отмечалось беспокойство, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, снижение аппетита, вялость, беспокойство, плохую прибавку массы тела. Из анамнеза заболевания выяснилось, что ребёнок болен в течение последних 6 месяцев, когда у него появились вышеперечисленные жалобы. Ребёнок неоднократно находился на стационарном лечении по поводу тяжёлой диареи

с обезвоживанием, гипотрофии, анемии и подозрении на муковисцидоз. До поступления в ГУ КЗ «Истиклол» больной неоднократно получал антибиотики, ферменты, адсорбенты. Несмотря на лечение, держались проявления диареи, вздутия живота, не улучшался аппетит, в физическом развитии ребёнка не было положительной динамики, поэтому ребёнок был госпитализирован в детское гастроэнтерологическое отделение. При обследовании выявлено: у ребёнка отмечается жажда, пьёт много, по 200-250 мл; масса ребёнка 8 кг 300 гр (долж. масса 11 кг), рост 75 см (долж. рост 78 см); в общем анализе крови – лейкоциты $13,2 \times 10^9/\text{л}$, остальные показатели в пределах возрастной нормы; в биохимическом анализе крови повышен уровень альфа-амилазы до 98 Ед/л (5-65 Ед/л), сахар крови 4,8. В общем анализе мочи низкая плотность мочи (1005), остальные показатели не изменены; в пробе Зимницкого также плотность мочи низкая от 1001 до 1003. При УЗИ выявлены токсические изменения структуры печени, гепатоспленомегалия. В почках явления пиелонефрита. Проведена ирригография, где обнаружена долихосигма с явлениями гипокинезии толстого кишечника. Посев мочи: E.coli, Candida albicans. Учитывая вышеперечисленные данные ребёнку поставлен диагноз: «Псевдомембранозный колит. Синдром мальабсорбции. Мальдегистия. Диарея неясного генеза. Долихосигма. Несахарный диабет, почечная форма». За время нахождения в отделении больной получил лечение: Энтерфурил, Энтерожермин, Панзинорм, витамин В₆, В₁₂, Цинк, Энтерол, Гипотиазид, Глюконат кальция, метаболическая смесь, белковые препараты (Альбумин, свежемороженая плазма). На фоне проведенного лечения состояние больного улучшилось, исчезли симптомы интоксикации, полидипсии, полиурии, нормализовался стул, появился аппетит, ребёнок прибавил в массе 200 грамм. Выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение семейного врача, нефролога, эндокринолога и детского гастроэнтеролога.

Выводы. Затяжная диарея, длительное антибактериальное лечение, не дающее положительного эффекта у детей раннего возраста, диктует необходимость более тщательного обследования для выявления такого заболевания, как псевдомембранозный колит, которому могут сопутствовать и другие не менее серьёзные осложнения и заболевания.

Шокирова М.К.

АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИЕЙ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ

Кафедра педиатрии №3 и медицинской генетики (зав. кафедрой к.м.н., доц. Мухаммадиева Л.А.) СамГМУ
Научный руководитель: доц. Тураева Н.О.

Цель исследования: улучшение результатов лечения инфекции мочевой системы на основе применения новых нитрофурановых препаратов (фурамага).

Материалы и методы: по нашим наблюдениям находились 30 детей с инфекцией мочевой системы от 5 до 14 лет, из них 20 девочек, 10 мальчиков. Среди обследованных больных 14-инфекции мочевой системы, 7-хронический цистит, 9-инфекции мочевой системы на фоне пороков развития почек. В зависимости от вида проводимой терапии больные были разделены на две группы: I-группу вошли 15 больных, получавших фурадонии; во II-группу 15 больных, получавших фурамаг в комплексе общепринятой терапии.

Результаты исследования: Микробиологические исследования посева мочи показало, что основных возбудителей бактериальных ИМС является кишечная палочка и стафилококки. В последнее время всё чаще используются фурамаг, представляющий калиевую соль фуразидина с магнием карбонатом основным, обладающий более высокой клинической и микробиологической активностью и с меньшими нежелательными реакциями. Критерии назначения фурамага: верифицированная инфекция мочевой системы с клиническими лабораторными показателями активности. Оценивались клиническая симптоматика, клинический анализ мочи в динамике, анализ крови, посев мочи в динамике. Фурамаг назначался в течение 7 дней в возрастной дозировке (5-7 мг/кг веса ребенка и сутки). Результаты исследования показали, к 7-дню санация отмечена у 25 детей и 11-му дню у всех больных. Бактериурия (E.coli > 10%) отмечены у 54,5% пациентов. После завершения лечения фурамагом имевших бактериурию до назначения препарата, оказались абактериальными. После лечения фурамагом в течение 6 месяцев у 26 детей не наблюдалось рецидив заболевания. При частых рецидивах возможно назначение профилактической терапии на 1-2 месяца. Препарат назначается один раз в день на ночь. Фурамаг после приема внутрь быстро и хорошо всасывается в желудочно-кишечном тракте и обеспечивает в 2,5 раза большую биодоступность, чем фураген.

Выводы. Таким образом, отмечена высокая чувствительность возбудителей бактериальных ИМС, в том числе кишечной палочки и стафилококков, и является более предпочтительным по сравнению другими нитрофурановыми препаратами.

Эмомов Х. С., Бойчаев А. Б., Бобоев Б. М.

ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ДЕСТРУКЦИЙ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Городская больница города Леваканд, Хатлонский Область Таджикистан
Научный руководитель - к.м.н. Ходиев Шерали Исмоилович

Цель: определение ОБДЛ у детей, клинорентгенологической классификацией, клиническим течением в зависимости от формы поражения, методами диагностики, лечения при ОБДЛ у детей.

Определение ОБДЛ, частоту заболеваемости и актуальность, клинорентгенологическую классификацию, методы диагностики и лечения в зависимости от формы поражения, показания к плевральной пункции, методы дренирования плевральной полости, показания к бронхоблокаде и оперативному лечению при ОБДЛ, осложнения ОБДЛ

Материал и методы. В зависимости от формы и течения бактериальной деструкции легких ее лечение может

быть консервативным или хирургическим с обязательной госпитализацией в пульмонологический стационар или отделение торакальной хирургии. Консервативный подход возможен при хорошо дренирующихся не осложненных абсцессах легкого, острой эмпиеме плевры. Независимо от тактики ведения патологии проводится массивная антибактериальная, дезинтоксикационная и иммуностимулирующая терапия. Из оперативных методов лечения при неадекватном опорожнении гнойника в легком используется пневмотомия (открытое дренирование), иногда – резекционные вмешательства (лобэктомия, билобэктомия) или пневмонэктомия. При хронической эмпиеме плевры может потребоваться проведение торакопластики или плеврэктомии с декортикацией легкого.

Результат. Полным выздоровлением заканчивается примерно четверть случаев бронхиальной деструкции легких; у половины больных достигается клиническое выздоровление с сохранением остаточных рентгенологических изменений. Хронизация заболевания происходит в 15-20% наблюдений. Летальным исходом заканчивается 5-10% случаев. Основу профилактики развития бактериальной деструкции легких составляет своевременная антибиотикотерапия бактериальных пневмоний и гнойных внелегочных процессов, клинико-рентгенологических контроль излеченности, повышенное внимание к больным группы риска по развитию деструктивных процессов в легких. На этапе первичной профилактики важна пропаганда здорового образа жизни, борьба с алкоголизмом и наркоманией.

Вывод. ОБДЛ является признанным тяжелым осложнением пневмонии у детей. Основными патогенами являются *Streptococcus aureus*, и такой диагноз следует учитывать, когда, несмотря на соответствующие антибиотики, у ребенка сохраняется лихорадка и признаки дыхательной недостаточности. Важные цели для будущих исследований включают выявление взаимодействия хозяин – патоген, улучшение микробиологической диагностики, оптимизацию консервативного и хирургического лечения.

Бактериальная деструкция легких – это осложнения бактериальной пневмонии, протекающие с развитием гнойно-воспалительных процессов в легком и плевре. Общими проявлениями различных форм бактериальной деструкции легких служат симптомы гнойной интоксикации и дыхательной недостаточности. Диагностика и дифференциальная диагностика основывается на данных рентгенографии легких, УЗИ плевральной полости, торакоцентеза, лабораторного исследования мокроты, экссудата, периферической крови. Основные принципы лечения бактериальной деструкции легких включают антибиотикотерапию, инфузионную детоксикацию, санацию бронхов, по показаниям – пункцию и дренирование плевральной полости, хирургическое лечение.

Эмомов Х. С., Эмомов Х.С.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ У ДЕТЕЙ

Городская больница города Леваканд, Хатлонский Область Таджикистан

Научный руководитель - к.м.н. Ходиев Шерали Исмоилович

Цель. Изучить и выявить эффективность лапароскопических технологий у детей.

Материалы и методы. За период с 2017 по 2023 г. в клинике было оперировано более 90 больных с ДМ (дивертикулэктомии) в возрасте от 6 месяцев до 18 лет. В соответствии с клиническими проявлениями ДМ пациенты были разделены на группы, формирующие симптомо комплексы. Ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости было выполнено 88 больному при поступлении с болевым абдоминальным синдромом. Обзорная рентгенография брюшной полости потребовалась в 34 случаях при клинических проявлениях кишечной непроходимости, а пневмоирригоскопия с воздухом - в 8 случаях с кишечной инвагинацией. Радиоизотопное исследование (РИИ) брюшной полости выполнили 3 больным при рецидивирующих кровотечениях в ходе планового обследования. На заключительном этапе проводилась диагностическая лапароскопия, в ходе которой определялся объем и вид оперативного вмешательства.

Патология желточного протока в практике детского хирурга представлена основными симптомо-комплексами, формирующими понятие «острый живот». Частота встречаемости осложненного ДМ, по данным исследователей, составляет порядка 2-4% и коррелирует с полученными нами данными. Клинические проявления осложненного течения ДМ (дивертикулэктомии) в настоящее время хорошо изучены. Так, при воспалении ДМ заболевание может имитировать клинику острого аппендицита в начале заболевания. Локализация ДМ определяет несколько отличную от привычного восприятия специалистами «типичную» картину острого аппендицита, что приводит к удлинению дооперационного периода при невысокой информативности методов дооперационной диагностики, что нашло отражение в проведенном нами исследовании.

Результаты. В структуре экстренных оперативных вмешательств пациенты с осложненным ДМ (дивертикулэктомии) встретились в 1,7% случаев. Практически все больные были оперированы по экстренным и срочным показаниям. Результаты анализа клинико-анамнестических и инструментальных показателей дооперационного периода у детей с осложненным ДМ представлены в таблице. При воспалении ДМ (дивертикулэктомии) клинические проявления заболевания у 27 больных были вариабельными, зависели от формы развития внутрибрюшного процесса, что отражалось на времени догоспитального и дооперационного периодов. В большинстве случаев клинические проявления заболевания имитировали клинику острого аппендицита, а при формировании внутрибрюшных осложнений - отграниченного и разлитого перитонита, кишечной непроходимости и перфорации полого органа. УЗИ брюшной полости было информативным во всех 27 наблюдениях, когда на основании ультразвуковых показателей «ургентности» было дано заключение об острой хирургической патологии, однако предположения относительно ДМ (дивертикулэктомии) как источника воспалительного процесса не было высказано ни в одном наблюдении. Обзорная рентгенография брюшной полости потребовалась 5 больным при клинических проявлениях кишечной непроходимости и перфорации полого органа, что нашло подтверждение в виде соответствующей рентгенологической картины.

Выводы. 1. В структуре urgentных заболеваний брюшной полости у детей осложненный ДМ (дивертикулэктомии) составляет 1,7% наблюдений.

2. Невысокая информативность неинвазивных методов дооперационной диагностики и отсутствие специфических клинических проявлений ДМ делают лапароскопию методом выбора уточнения диагноза и определения рационального варианта завершения оперативного вмешательства.

3. Эффективность лапароскопических технологий в диагностике и лечении детей с ДМ зависит от формы и тяжести внутрибрюшного процесса, формируемого осложненным течением ДМ (дивертикулэктомии), возраста больных, оснащенности операционной и подготовленности специалистов.

Янгибоев Ш.И.

КОРРЕКЦИИ МЛАДЕНЧЕСКИХ КИШЕЧНЫХ КОЛИК У ДЕТЕЙ.

Кафедра педиатрии №3 им. медицинской Сам ГМУ

Научный руководитель: Умарова Саодат Сулаймоновна

Цель исследования: определить основные причины младенческих колик и их медикаментозная коррекция.

Материал и методы: Под клиническим наблюдением находились 30 детей в возрасте от 1 до 5 месяцев, 34 из которых были на грудном вскармливании, а 6 на искусственном, используя адаптированные базисные смеси. У всех детей изучались данные анамнеза матерей, течение беременности, характер их питания во время их кормления грудью, наличие у близких родственников непереносимости молока и молочных продуктов. Оценивались физическое и нервно-психическое развитие малышей, проводилось копрологическое исследование с определением pH кала и микрофлоры кишечника.

Результаты и обсуждения. В ходе наблюдения установлена длительность младенческих колик от 1 до 3 месяцев, чаще в вечерние часы и от 10 минут до 3 часов. Клинические признаки совпадали с типичной клинической картиной у 75% детей. Тщательно собранный анамнез у матерей в сочетании с копрологическими исследованиями с низкой pH (5,5 и менее) позволили диагностировать у 5% детей лактазную недостаточность. У более 40% детей в кале были слизь и зелень. Предрасполагающими факторами младенческих колик были нарушения диеты у большинства кормящих матерей. Лечение младенческих колик начиналось со здорового образа жизни в семье, исключение стрессовых ситуаций, коррекции рационального питания матерей и соблюдение правил техники кормления. В качестве медикаментозной коррекции использовал растительный препарат Плантекс, который содержит плодов фенхеля, экстракт водный сухой и эфирного масла фенхеля. Такое сочетание этих растительных средств оказывает спазмолитическое, анальгезирующее действие, уменьшает метеоризм, способствует выделению пищеварительного сока и отхождению газов. Препарат использовался по 1 пакетику (5 гр) 3 раза в сутки, продолжительность зависела от положительной динамики клинических проявлений и в среднем составила от 15 дней до 1,5 месяцев. Переносимость у всех детей была хорошая, аллергических проявлений не было. Положительный эффект начинался после 2–3 дней приема препарата у 90% младенцев. Дети с лактазной недостаточностью на фоне фитотерапии получали фермент лактазу (эйзикол беби), но 2х детей перевели на искусственное вскармливание безлактозной смесью.

Заключение. Только комплексное обследование малышей с младенческими коликами и их матерей в сочетании с клиническими проявлениями, позволяют выявить причины этого состояния. Растительный препарат Плантекс является одним из эффективным препаратом при коррекции этого состояния в сочетании и исключением нарушения диеты и отдельных элементов, нарушающих здоровый образ жизни матери.

Оглавление

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ	5
Абдуллаева С.Н., Мирзокаримова Н.С., Кароматова Т.И.	5
ИНФЕКЦИОННЫЕ И НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ	5
Абдуллоев А.А. Муродов С.С. Солихова М.Н.	5
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА И ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	5
Абдуллоев Н.Х., Курбонова М.Б., Толибова Л.Н.	5
ПОКАЗАТЕЛИ КЛИНИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ВИЛЬСОНА - КОНОВАЛОВА	5
Абдуллоҷонов С.Ҳ., Носиров И.М., Саидов С.М.	6
ТАҲЛИЛИ ДИНАМИКИИ НИШОНДИҲАНДАҲОИ ГЕМАТОЛОҒИ ВА БИОХИМИЯВИИ ХУН ҲАНГОМИ ГИПЕРГЛИКЕМИЯ	6
Абдурахмонзода Т.А, Хайдарова У.З, Назаров С.А.	7
ИНСУЛЬТ ПОД МАСКОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА	7
Абдусаломова Д.А., Бобоходжаев Ф.О.	7
РЕАКТИВАЦИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН	7
Абдухамидов М.Н.	7
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	7
Абдухамидов М.Н.	8
АНАЛИЗ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ О ПРОФИЛАКТИКЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	8
Аблимитова Ф.А. ^{1,2,3} , Набирова Д.А. ^{1,2,4} , Балмагамбетов А.М. ^{1,2}	8
ВСПЫШКА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ДИАРЕИ В Г. ТАЛГАР, КАЗАХСТАН, ФЕВРАЛЬ 2023	8
Азаматова Р.Р.	9
КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ	9
Акулинушкина Е.Ю., Иванова Л.В.	9
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АКСИАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ	9
Алиева Б.Б., Манышева К.Б., Эмиргамзаев Ш.С.	10
СОН У ЮНОШЕЙ	10
Аминзода С., Юлдошев С. А., Гончарова М.С.	10
ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ ПСИХОТРАВМИРУЮЩЕЙ СИТУАЦИИ НА ТЕМАТИКУ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ	10
Амирбекова М. С.	11
ЭРГОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ КОМПЕТЕНЦИИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ИНСУЛЬТЕ	11
Амирова Ш.А., Бекпулатов О.У., Ешимов Е.С.	12
ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ГЕОМЕТРИИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	12
Амиршоев С.И.	12
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ С УЧЁТОМ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ	12
Асилова Н.Г., Фирузаи И., Назаров С.	13
ОСОБЕННОСТИ РЕЧЕВЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОЧАГА И ПОЛОМ	13
Асоева Р.	13
ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ, КАК ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ L-АСПАРАГИНАЗЫ	13
Асрори Мухтор, Мирзокаримова Н.С., Камолова Г.Н.	14
КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕМОФИЛИЧЕСКОЙ АРТРОПАТИИ	14
¹ Атомуллоева А.Ш., ¹ Зухридинов Т.Ҳ., ² Одинаев Ш.М.	14
ИСТИФОДАИ ТАЗРИҚИИ КОНТРАСЕПТИВИ ДЕПО-ПРОВЕРА	14
Атомуллоева А.Ш., ¹ Тиллоева М.Б., ² Сангинмуродов М.	14
ТАШХИСИ САРИВАҚТИИ СИНДРОМИ ПОЛИКИСТОЗИ ТУХМДОНӢ	14
Ахмадова Ф.К., Урунова Ш.Д., Саидов П.С.	15
МИГРЕНЬ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	15
Ахмедова М.Б, Сафарова М.М, Сайфидинзода З.Х.	16
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОЖИРЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В ЙОДДЕФИЦИТНОМ РЕГИОНЕ	16
Ахметшина Э.Р., Гудзенко А.М.	16
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА	16
Ашурова М.А.	17
ТАБАКОКУРЕНИЕ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ	17
Аъзамов А.Ш.	17
ЛУЧЕВАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ	17

Аюбов Р.К., Вяткин В.В., Кононов И.И.	18
ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА С ПАРАМЕТРАМИ ОБЩЕГО И БИОХИМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ ПРИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ.....	18
Аяпова Г.А. ^{1,2,4} , Набирова Д.А. ^{2,3,4} , Кирпичева У.А. ^{1,2}	19
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДОЛГОСРОЧНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В Г.АЛМАТЫ, 2020Г.-2021Г.	19
¹ Баева Д.А., ² Джураева Ш.Х., ¹ Али-заде Н.А.	19
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ХЛОАЗМЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТЫ МЕТОДАМИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ЭЛЕКТРОФОРЕЗА И МЕЗОТЕРАПИИ.....	19
Балицкая А.А.	20
НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.....	20
Баротова Р., Рахмонов Ё.Х., Джураева М.	20
К ВОПРОСУ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫХ МЕСТНЫХ РЕАКЦИЙ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПЕНТАВАЛЕНТНОЙ ВАКЦИНАЦИИ.....	20
Баҳриев Б., Назаров А.А., Хусайнов Н.А.	21
ИХТИЛОТИ АСАБИВУ РАВОНӢ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ШАКЛИ СУБКЛИНИКИ БЕМОРИИ ГИПОТИРЕОЗ	21
Бахтибеков М.Т., Турсунова С.Б.	21
СКРИНИНГ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА У БОЛЬНЫХ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ.	21
Бегматова М. Д., Рахмонов Ё.Х., Ходжаева З.Г.	22
ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В ШКОЛУ	22
Бегматова М.Дж., Арипова А.М., Ходжаева З.Г.	22
ОСОБЕННОСТИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ	22
Белобородова К.С., Мустафаева Ю.А.	23
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ПОЛИКЛИНИКЕ.....	23
Бердиева Ф., Гончарова М.С., Юлдошев С.А.	23
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ, ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ЛИЦ С ШИЗОФРЕНИЕЙ И СОСУДИСТО-ОРГАНИЧЕСКИМ ПСИХОЗОМ	23
Бобоев Ф.Д., Гайратов Д.А., Сафаралиев Ш.М.	24
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	24
Бобоев Ф.Д., Шодиева З.А., Наилов З.М.	24
СУТОЧНАЯ ВАРИАбельНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ МЕЛАТОНИНОМ.....	24
Бобоев М.У., Киёмиддинов Х.Х.	25
ВЫЯВЛЕНИЕ ДЕТСКОГО ВИЧ/ТУБЕРКУЛЁЗА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН.....	25
Бобоева Ш.И., Ятимова С., Бахтибеков М.	25
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА	25
Боев И.Х., Сатторов Ё.Қ., Зикирзода Д.Қ.	26
АҲАМИЯТИ ХИЗМАТИ АСКАРИ ДАР РАФТИ ОМУӢШИ ФАНИ ТАЙӢРИИ УМУМИӢАРӢИ 26	26
Бозоров Б.Р.	26
НАРУШЕНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК.....	26
Бозоров Б.Р.	27
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНЕГО ОТРЕЗКА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	27
Боймуродов А.А., Саидзода С.А., Хурсанов К.А.	27
ПОРАЖЕНИЕ ЦНС У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ	27
Буданова А.В., Автайкина Л.А.	28
УРОВЕНЬ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА ФГБОУ ВО МГУ ИМ. Н.П.ОГАРЕВА О ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ В ГЕНДЕРНОМ АСПЕКТЕ.....	28
Валиева Т.З., Мангитова М. М., Ходжаева З.Г.	28
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТНАТАЛЬНОЙ ПРИОБРЕТЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА.....	28
Вешкина Е.В.	29
ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ COVID-19	29
Вохидова А.П., Гадоибоев М.Р., Надиров И.Б.	29
КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ 29	29
Вохидова М.А., Иброгимов А.Ф., Кучарова Ш.	30

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЧЕК У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ	30
Гаджимурадова М.М.	30
ВЛИЯНИЕ АНТРОПОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ У ЛАБОРАТОРНЫХ МЫШЕЙ	30
Газезова С.Б. ^{1,2,3} , Набилова Д.А. ^{1,2,4} , Смагул М.А. ^{1,2,3}	31
ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРОТОКОЛАХ ЛЕЧЕНИЯ COVID-19 НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ЧЕТЫРЕХ ПЕРИОДАХ ПОДЪЕМА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ COVID-19 В Г. АЛМАТЫ, КАЗАХСТАН 2020–2021 ГОДАХ	31
¹ Гоибова З.В., ¹ Нарзуллоева А.Р., ² Неъматзода О.	32
ОСОБЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ	32
Гайратова И.Б., Райхонов Ш.Н., Халилова Д.Р.	33
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА	33
Гозиев Х. Х., Рахимова М.С.	33
НЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	33
Гончарова М.С., Содикова М.Д., Харибшоева М.Р.	34
ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДЕПРЕССИЙ, СВЯЗАННЫХ С РЕПРОДУКТИВНЫМ ЦИКЛОМ У ЖЕНЩИН	34
Гончарова М.С., Курбонов Б.Б., Ахмадкулов А.А.	34
СОЦИАЛЬНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРАСТИ К АЗАРТНЫМ ИГРАМ (ГЭМБЛИНГ)	34
Гончарова М.С., Тагоев А.А., Юлдошев С.А.	35
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ	35
Гофилова М.З., Давлатмирова Г.Ш., Зарипов Н.А.	35
ВЕГЕТАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА	35
Гулова Р.М., Рахимов Дж.Дж., Имомова А.	36
СИНДРОМ «ВЫГОРАНИЯ» У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ЛЕЧЕБНУЮ ПОМОЩЬ, В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 СТАЦИОНАРАХ	36
Гулова Р.М., Рахимов Дж., Якубов Д.М.	36
КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПНЕВМОНИЮ ПРИ ПАНДЕМИИ COVID-19	36
Гуломов С.Ч., Гайратова Н.Н.	37
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ ИБС	37
Гуломов С.Ч., Сангова Ф.Р.	38
ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ II-III СТАДИИ	38
Гуломова Ш., Баротов И.И., Курбонов А.Д.	38
ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА COVID-19 КАК ДЕЙСТВЕННЫЙ ИНСТРУМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ РИСКОМ ИНФЕКЦИИ НА ПРИМЕРЕ ППС КАФЕДРЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ ТГМУ	38
Давлатзода Б.Х., Азимов М.И.	39
ЗНАЧЕНИЕ ОСМОЛЯРНОСТИ ПЛАЗМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫМИ ТРАВМАМИ	39
Давлатмирова Г.Ш., Хашимов А.Ф., Абдурахмонзода Т.А.	39
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НАРУШЕНИЯ III, IV, VI ПАРЫ ЧМН ПРИ АНЕВРИЗМЕ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА	39
Давлатмирова Г.Ш., Хашимов А.Ф., Хайдарова УЗ.	40
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВООТЕЧНОГО ПРЕПАРАТА (L- ЛИДИЗИН) ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМАХ	40
Давлатов Д.Х., Қодирова А.Қ., Қараева М.В.	41
ТАҒЙИРОТҲОИ СОҲТОРӢ ДАР ПӢСТ ҲАНГОМИ ПИРШАВИИ ХРОНОЛОҒӢ ВА ФОТОИНДУТСИЯШУДАӢ ОРГАНИЗМ	41
Джабборов М.С.	41
ОСОБЕННОСТИ ВСТРЕЧАЕМОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ПРЕГЕСТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ В РЕГИОНЕ ВЫСОКОЙ РОЖДАЕМОСТИ	41
Джалилзода М.С.	42
ДИАГНОСТИКА КТ-ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ГЕМОРАГИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ	42
Джобирзода А.Б., Курбонова М.Б., Хусейнова М.М.	42
ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОДКОРКОВОЙ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ БИНСВАНГЕРА	42
Джураев А.А., Холикова Н.Н., Назарова Ф.Х.	43
ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	43
Дододжони А.	43

ОЦЕНКА РИСКА СМЕРТНОСТИ В БЛИЖАЙШИЕ 10 ЛЕТ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА.....	43
Дододжони А., Косимов З., Олимов Э.....	44
ОЦЕНКА РИСКА СМЕРТНОСТИ ЗА ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ПЕРИОД У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА.....	44
Дододжони А.	44
ВЛИЯНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА БОЛЬНЫХ НА РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОЙАНГИОПЛАСТИКИ.....	44
Ермекбай А.А.....	45
АЛГОРИТМ АДЕКВАТНОЙ И ЭФФЕКТИВНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ У ХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С УЧЁТОМ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ (АБР) В ОАРИТ БСНП, ГКБ 4, ГКБ 7 Г.АЛМАТЫ.....	45
Есенбеков Б.К.	45
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	45
Жансейтова Д.Ж., Яблонская В.Ю., Сейтбаева М.А.	47
ВЛИЯНИЕ НАСТАВНИЧЕСТВА НА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ НАВЫКОВ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА.....	47
Завқова М.С., Эшхонов Ч.Х., Чобиров М.С.	47
УСТУВОРИИ ГЕМОДИНАМИКА ҲАНГОМИ БЕҲИСКУНИИ СПИНАЛИ ДАР ҶАРРОҲИИ СОҚ.....	47
Зайнаббихи Х.С., Самиева Ш.Т.	48
ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА.....	48
Зарипов Н.А., Назаров С.И.	49
ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМПОНЕНТА GNT ТЕСТА САНТАВ.....	49
Зарипов Н.А., Курбонова М.Б.....	49
БАҲОДИИ ДАРАҶАИ ВАЗНИИИ БЕМОРОНИ ПАРКИНСОН БО ИСТИФОДА АЗ ЧЕНАКИ UPDRS.....	49
Зарипова А.К.	50
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРОХОДЯЩИХ ЛЕЧЕНИЕ В СРЕДНЕГОРНОМ САНАТОРИИ «ЗУМРАД».....	50
Зинхорзода С.....	50
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА.....	50
Зокирова К.Г., Қудратова Б.З., Калонова З.О.	51
ОМИЛҲОИ ХАВФ БАРОИ РУШДИ СИНДРОМИ ПЕШ АЗ ҲАЙЗ.....	51
Зокирова М.Н., Шоназарова М.А., Сафармухаммади Шерафган.....	51
ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, АССОЦИИРОВАННОЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ.....	51
Зокирова Н.Ф., Рабоева Ш.Р., Исоева М.Б.	52
ТАҲЛИЛИ ТАБОБАТИ ТАФРИҚАВЌ ДАР БЕМОРОН БО АЛОИМИ ГИЙЕННА БАРРЕ.....	52
Зокирова Н.Ф., Рабоева Ш. Р., Сабурова М.Х. СЛУЧАЙ СПИНАЛЬНОЙ АМИОТРОФ.....	52
Зубайдов Х.Ф., Хакимова З. Ф., Матинов Ш.К.	53
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРУЦЕЛЛЁЗА В ТАДЖИКИСТАНЕ.....	53
Ибрагимов А.Ф., Шоназарова М.А., Мукарамова Д.Н.....	53
РОЛЬ КОМБИНИРОВАННОГО ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕГО СРЕДСТВА В ПАТОГЕНЕЗЕ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА НА ФОНЕ ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	53
Ибрагимов А.Ф.,Вохидова М.А., Кучарова С.А.	54
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА КАК ФАКТОР, ВЫЗЫВАЮЩИЙ ГИПОКАЛЬЦИЕМИЮ У БЕРЕМЕННЫХ.....	54
Исломова О.И, Асилова Н.Г., Нуралиев Н.	54
ПРЕИМУЩЕСТВА ВУМТ- ТЕСТА В ОБНАРУЖЕНИИ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА НА РАННИХ СРОКАХ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА.....	54
Исмоилова М.К., Давлатмирова Г.Ш., Хайдарова У.З.....	55
ВЛИЯНИЕ ВЕРТЕБРОГЕННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ.....	55
Исмоилова Ш.З., Ганиева Ф.Ю.....	55
ЧАСТОТА СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.....	55
Исоева М.Б., Рабоева Ш.Р., Тоджидинов Т.Б.....	56
ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ.....	56
Исоева М.Б., Таджиддинов Т.Б., Рабоева Ш.Р.	56
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СТАТУСА.....	56
Қабдешова А.А.....	57
РЕСПИРАТОРНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID – 19.....	57
Кабирзода Т.Д., Аюбова Д.Х., Хафиззода Ф.А.	57
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С COVID-19 В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА.....	57

Каландаров З., Наврузов Э.Ф., Хасанов Х.К.	58
ДЕЙСТВИЕ НИСКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ И АНТИОКСИДАНТОВ В ДИНАМИКУ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19	58
Калоннова З.О., Қудратова Б.З., Зокирова К.Ғ.	58
НУҚТАИ НАЗАРИ МУОСИР ОИД БА ТАБОБАТИ ҚАРРОҲИИ МИОМАИ БАЧАДОН	58
Калугина М.Г., Рогова О.А., Евсигнеева И.Н.	59
ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ СТАНДАРТНЫХ ОПЕРАЦИОННЫХ ПРОЦЕДУР В ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА	59
Каримов Б.Д., Рахмонов Р.Х., Рачабов Ш.А.	59
СТРУКТУРА АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ	59
Каримов Б.Д., Рахмонов Р.Х., Шодрузи Нозим	60
ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТОКОЛА ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ АИДА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПРОМИЕЛОЦИТАРНЫМ ЛЕЙКОЗОМ	60
Каримова Г.А.	61
ПОЗИТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ МЕТОДОВ МУЗЫКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ОБЩИМ НАРУШЕНИЕМ РЕЧИ	61
Каюмов М.Э., Хайдарова Ф.Ф.	61
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У СТУДЕНТОВ	61
Кенджаев С.А.	62
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДОМИНИРУЮЩЕГО ПОЛУШАРИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У СТУДЕНТОВ	62
Килибаева А.К., Сандибекова Г.С., Құлым Ж.Б.	62
РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ЗА 2018-2022 ГОДЫ НА ПРИМЕРЕ КГП «ПОЛИКЛИНИКИ №3 г. КАРАГАНДЫ»	62
Киловатая О.А., Трохина И.Е.	63
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКИ	63
Клеблеева Г.Д.	63
РОЛЬ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ, ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	63
Князев И.С.	64
ЛОКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОАРТРИТА	64
Кобилова С. Б.	64
КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ КЕЛОИДНЫМИ РУБЦАМИ	64
Кобилова Н.Ф. ¹ , Розиков У.И. ¹ , Бобоходжаев Ф.О. ²	65
ВЫЯВЛЕНИЕ ИНФИЦИРОВАННОСТИ MICOVACTERIUMTUBERCULOSIS СРЕДИ СТУДЕНТОВ- МЕДИКОВ И НЕ МЕДИКОВ	65
Турсунова С.Б., Кодирова Ё.Н., Пирматова М.А.	65
ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕФРОЛИТИАЗА С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ	65
Кодирова Н.М., Хаитов С.А., Ашурова Ф.Л.	66
ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ	66
Койтасбаева К.А.	66
ПРОЦЕСС ВДЫХАНИЯ САХАРОВ ДРОЖЖАМИ, КАК ИСТОЧНИК РАЗВИТИЯ РАЗНОГО ВИДА ПАТОГЕННЫХ СРЕД	66
Комилова Г.А., Асоева М.М., Тоджиддинов Т.Б.	67
НЕЙРОВИЗУАЛИЗИРУЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	67
Косарева Т.С., Глазырина Н.Н.	67
ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ	67
Куватова Г.Х., Насимова С.К., Муминова С.Х.	68
ПОРАЖЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ОСТРОМ МИЕЛОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ	68
Курбонов А.И., Киматов С.Р., Одинаев Ч.Т.	68
НЕЙРОПСИХИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ МОНОАРКОЗА КЕТАМИНА У ДЕТЕЙ	68
Курбонова М.Б., Асилова Н.Г., Саидов П.А.	69
ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИРОВАНИЯ ПУЧКОВОЙ (КЛАСТЕРНОЙ) ГОЛОВНОЙ БОЛИ	69
Курбонова М.Б., Толибова Л.Н., Давлатмирова Г.Ш.	69
ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЕ ПОЗИЦИОННОЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ В КЛИНИКО- ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ	69
Курбонова М.Б., Иргашева Ф., Нуралиев Н.М.	70
НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ПАНАЙОТОПУЛОСА	70
Курбонова М.Н. Саидов П.А. Назаров Т.Ш.	70
МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	70
Кучарова Ш. А., Ибрагимов А.Ф., Вохинова М.А.	71
НЕЙРОЛЕЙКЕМИЯ – КАКОСЛОЖЕНИЕ ОСТРЫХ МИЕЛОБЛАСТНОГО И ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗОВ	71
¹ Қудратова Б.З., ² Зокирова К.Ғ., ³ Нуралиева С.	72

МАЪЛУМОТИ АДАБИЁТ ОИД БА ЭНДОМЕТРИОЗ	72
Лим А.С., Яблонская В.Ю., Калбеков Ж.А.	72
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ИНСТИТУТА СУДЕБНЫХ ЭКСПЕРТИЗ.	72
Мавлянова Н.Т.	72
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	72
Магомедтаминова Х.А., Ханмурзаева Н.Б.	73
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ	73
Мадалиев К.А.	74
ОСТАТОЧНЫЕ ЯВЛЕНИЯ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА	74
Мадалиев К.А.	74
ПСИХИЧЕСКАЯ САМООЦЕНКА ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО	74
Маджоннова М.М., Талабова М.М., Боев С.Н.	75
РАННИЙ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ. ДИАГНОСТИКА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОТРЕКСАТА В РАЗЛИЧНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМАХ В СОЧЕТАНИИ С ЭТАНЕРЦЕПТОМ (АЛТЕБРЕЛ)	75
Маджоннова М.М., Махмудзода Х.Р.	75
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АКТИВНЫМ РАЗВЕРНУТЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ...	75
Маджоннова М.М., Талабова М.М.	76
РЕЗУЛЬТАТЫ АКТИВНОГО ПОИСКА И СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА ВИСЦЕРАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА	76
Манышева К.Б.	77
КОНЦЕПЦИЯ 5П-МЕДИЦИНЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	77
Махмадалиев Ф.Н., Мирзокаримова Н.С., Абдулаева Д.Ю., ...	78
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИФИБРОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПОСЛОВИДНОМ ПНЕВМОФИБРОЗЕ	78
Махмудов М.О.	78
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ МОДЕРНИЗИРОВАННЫМ КРАТКОСРОЧНЫМ РЕЖИМОМ ХИМИОТЕРАПИИ В ПИЛОТНЫХ РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН	78
Махмудова О. Н., Гончарова М.С., Мамонова Ф.М.	79
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ	79
Азимова А.А Махмудова Р.У Юсупов Ш.С.	79
ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК	79
Махмудова Ш. ., Махмасайдова У., Мудинова П.Ч.	80
ЧАСТОТА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ НА ИНСУЛИНОТЕРАПИИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	80
Махмудов Ф.М., Рахимов А., Бобошоев С.	80
ОМИЛҲОИ БА САТҲИ МУРОҶИАТИ АҲОЛИ БА СОХТОРҲОИ КАТС ТАЪСИРКУНАНДА	80
Мизаев С. А., Махмудова Р.У., Юсупов Ш.С.	81
КАРДИОРЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	81
Минц Д. В.	81
ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ВОПРОСАМ САМОКОНТРОЛЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	81
Мирзоев. Р.И Мирзаева Ф.Э. Мирзаев С.А	82
ИЗМЕНЕНИЯ ОРГАНОВ МИШЕНЕЙ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ..	82
Мирзовалиева О.И.	82
ЛЮМИНИСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА КОЖНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ	82
Мирзоев М.Т., Комилова Г.А., Давлатмирова Г.Ш.	83
КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ СВОЕВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА	83
Мирзокаримова Н.С., Камолова Г.Н., Кароматова Т.И.	84
КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ПЕРИНИЦИДНОЙ АНЕМИИ	84
Мирзокаримова Н.С., Абдулаева Д.Ю., Хабибова С.М.	84
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ	84
Мирзокаримова Н.С., Бобоева М.Х., Мухаммад Хакими	84
ГЕЛЬМИНТЫ И ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЛИМФОИДНОЙ ЛЕЙКЕМИИ	84
Мирсалиев М.М. Сайлаубек С. Ж., Брюшинина Е.М.	85
ФАКТОРЫ РИСКА СМЕРТИ ПАЦИЕНТОВ И РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ COVID-19	85
Мирхомидова О., Гончрова М.С., Тагоев А.А.	85

ВЛИЯНИЕ НЕЙРОЛЕПТИКОВ НА БОЛЬНЫХ С БРЕДОМ РЕВНОСТИ, НАХОДИВШИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ	85
Михеева О.В., Яблонская В.Ю., Калбеков Ж.А.	86
РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В СОПРОВОЖДЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ СЕСТРИНСКОЙ СЛУЖБЫ.	86
Молдажан Л.Е., Эбдікамалова К.М., Әлімжан Г.Т.	86
ВОПРОСЫ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	86
Мубоширова Г.	86
ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	86
Мубоширова Г.	87
ПРИМЕНЕНИЕ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАТЯЖНЫМ КАШЛЕМ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ	87
Музафарова М.Э.	88
ДЕНОСУМАБ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ.	88
Мукушева А.К., Парижева М.Э., Сарбасов Е.Е.	88
АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ПАЦИЕНТА С НЕЙРОФИБРОМАТОЗОМ I ТИПА	88
Муминова С.Х., Куватова Г.Х., Насимова С.К.	89
АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ОСТРОМ МИЕЛОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ	89
Муродов С.С Абдуллоев А.А.	89
КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ	89
Мусоева М.Ф., Кабирзода Т.Д., Тоирова Н.А.	90
ВАЗЪИ ФИЗОГИРИИ МОДАР ВА КЎДАКONI СИННИ ХУРДСОЛ ДАР ТОЧИКИСТОН	90
Мустафаева Ю. А., Белобородова К. С.	91
ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ	91
Мустафакулов С.С., Мирзокаримова Н.С., Фариди Рауфзод	91
СОСТОЯНИЕ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЛЕЙКЕМИИ	91
Мухамедова М.А., Ятимова С.С.	92
ВЫЯВИТЬ ЧАСТОТУ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОГО СЕРДЦА ПО ДАННЫМ ГОРОДСКОГО ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА г. ДУШАНБЕ	92
Мухаммадисики Мухаммад, Алиева Сарвиноз, Аламова Нигора	92
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВУШЕК- ПОДРОСТКОВ	92
Мухторова Сабина	93
ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА	93
Мухточов Ш.И., Бобоев Ф.Д., Мангитова Ч.Г.	93
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В АССОЦИАЦИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	93
Мухамадиева С.И., Тоирова Н.А.	94
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А СРЕДИ ДЕТЕЙ В Г.ДУШАНБЕ	94
Набиев П.З., Юлдошева З.Х.	94
ОСОБЕННОСТИ НЕФРОПРОТЕКТИВНОЙ СТРАТЕГИИ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	94
Наврузмамадова З.Ч., Мадалиев Қ.А., Гафоров А.А.	95
ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНДЕКС КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ВИТИЛИГО	95
Наврузов Э.Ф., Назаров А.А., Тагоев А.А.	95
ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗНЫХ ФОРМ АГРЕССИВНОСТИ ПРИ ПОМОЩИ ОПРОСНИКА БАССА-ДАРКИ.	95
Наджмидинова Н.С.	96
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И СТРАТЕГИЯ ВЕДЕНИЯ МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТМ МИОКАРДА	96
Наджмидинова Н.С., Махмудова Г.Н.	96
ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ	96
Назарова С.Б., Урунова Ш. Д., Давлатмирова Г.	97
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ	97
Назарова Ф., Холикова Н.Н., Джураев А.А.	97
РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПОЧЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	97
Нарзулаева З.А., Пирматова Т.А.	98
ПРОЛАКТИН И БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	98
Насимова С.К., Куватова Г.Х., Муминова С.Х.	98
ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ	98
Ниязова Ф.У., Нарзулаева З.А.	99
ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ПРОЛАКТИНА И КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ...	99
Нозири Н.Х., Мунисаи Н.	99

ПОЗДНЕЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА	99
Нурализода О.Ш., Пулатова Ф.Дж., Файзиддинзода З.Х.	100
РАЗНОВИДНОСТЬ ФОРМ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА В г.ДУШАНБЕ	100
Нурулхаков Н.С., Салихов О. Х.	100
АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ПЛЕВРИТА НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН	100
Нурулхаков Н.С., Салихов О.Х.	101
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕЛЕГОЧНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЁЗА	101
Нурулхаков Н.С., Салихов О.Х., Чилаев С.	101
ДИАГНОСТИКА БОЛЬНЫХ С ПЛЕВРИТОМ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ	101
Одилзода И.Ё.	101
АНАЛИЗ И КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ СТРУКТУРНО-МОДИФИЦИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ В РАЗЛИЧНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМАХ В ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОГО ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ I - III СТАДИИ	101
Одилзода И.Ё.	102
РОЛЬ И НАИБОЛЕЕ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВОГО И СУСТАВНОГО СИНДРОМОВ В ВЕРИФИКАЦИИ ПЕРВИЧНОГО ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ В ДЕБЮТНОМ ЭТАПЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	102
Олимова М.Р.	103
ПОРАЖЕНИЕ ГЛАЗ У БОЛЬНЫХ С КОРЬЮ	103
Олланова Ш.С., Абдураимов Б.С.	103
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ	103
Осипова Е.Ф.	104
ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА ФИЗИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ СПОРТСМЕНОВ	104
Охонова О.Д., Талабова М.М., Боев С.Н.	104
ПРЕДИКТОРЫ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗВЕРНУТЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	104
Перминов А.В., Сулягина А.Д.	105
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО СКРИНИНГА ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА С ПОМОЩЬЮ mPEST-ТЕСТА	105
Пулатова С.Д., Пулатов Д.И.	105
ПРИМЕНЕНИЕ ПЕНТОКСИФИЛЛИНА У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ КЛАССА В ПО ЧАЙЛД-ПЮ	105
Пушкина Я. А., Гончарова Л. Н, Сергутова Н. П.	106
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСУДИСТОЙ ЖЕСТКОСТИ У СТУДЕНТОВ, ДЛИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗУЮЩИХ КУРЕНИЕ КАЛЬЯНА	106
Пчеловодова О.В.	106
ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	106
Рабоева Ш.Р., Исоева М.Б., Таджиддинов Т.Б.	107
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКОГО СОСТАВА ВУЗОВ	107
Рабоева Ш.Р., Таджиддинов Т.Б., Исоева М.Б.	107
КЛИНИЧЕСКИЕ И ГЕНЕОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦЕФАЛИИ	107
Рабоева Ш.Р., Исоева М.Б., Таджиддинов Т.Б.	108
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА	108
Рахимжанова А.А., Мунгалова О.А., Джаханова Ж.С.	108
ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА В КАЗАХСТАНЕ. СОСТАВЛЕНИЕ ПЛАНА МАРШРУТИЗАЦИИ	108
Рахимзода О.Ш., ² Ганиев Х.Т.	109
ИЗУЧЕНИЕ ТЕЧЕНИЯ И ЧАСТОТЫ СПАСТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ	109
Рахимзода О.Ш., Собиров Ш.М., Ганиев Х.Т.	110
ОСОБЕННОСТИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ДИФфуЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ	110
Рахимова У.Т., Курбонов А.Д., Джураева М.Х.	110
СТРУКТУРА ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ НА ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ	110
Рахимова М.С.	111
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	111
Рахмонов Дж.Т., Ибрагимов А.Ф., Зокирова М.Н.	111

ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ	111
Цой В.Н., Рахмонов Дж.Э., Ёрова С.К.	112
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВОЙ СХЕМЫ ВААРТ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ.....	112
Рахмонов Р.Х., Хочиев Ш.Р., Рачабов Ш.А.	112
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РИТУКСИМАБА ПРИ РЕЗИСТЕНТНОМ ТЕЧЕНИИ ИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ	112
Рахмонов Р.Х., Каримов Б.Д., Давлатов Д.Х.	113
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИЕЙ.....	113
¹ Рачабзода Б.Н., ¹ Мирзоҷонов Х.И., ² Касирзода М.	114
ОМИЛҲОИ БЕШТАР ВОХҶУРАНДАИ ХОЛЕСИСТИТИ КАЛКУЛЁЗИ.....	114
Рачабов Ш.А., Рахмонов Р.Х., Давлатов Д.Х.	114
ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ КРОВИ И МИЕЛОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ	114
Реймер В.А., Маргачева И.Д.	115
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ	115
Ризоева М.Д.	115
ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ОБСЛЕДОВАННЫХ ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС В ОТДАЛЁННОМ ПЕРИОДЕ	115
Романова А.О., Цыганова Т.В.	116
АНТИКОАГУЛЯНТЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИЙ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	116
Русейкина Л.С.	116
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРА ЯНУС-КИНАЗ В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА	116
Рустамзода Ш.Дж., Рахматшоева П.Ш.	117
ХАРАКТЕРИСТИКА КАВЕРНОЗНОГО И ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ПО ДАННЫМ ГОЛОВНОГО ТУБЕРКУЛЁЗНОГО СТАЦИОНАРА.....	117
Рустамова Д.Р., Багандов Б.Р.	117
БОЛЬ В СПИНЕ У ЮНОШЕЙ.....	117
Сабурова М.Х., Зокирова Н.Ф., Ниязова М.О. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧ.....	118
Сабурова М.Х., Рабоева Ш.Р., Ниязова М.О.	118
ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКӢ ВА ТАШХИСИИ САКТАӢ КАМХУНӢ ДАР КӢДАКОН	118
Садвакасова Ж.Б.	119
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ПО Г. АСТАНА	119
Садирова Н.И., Урунова Ш.Д., Шамсиев Э.Д.	119
ТЕРАПИЯ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ В СРЕДНЕМ И ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ.....	119
Садуллаева Ш.С., Солиева С.Р.	120
ПСОРИАТИЧЕСКАЯ ОНИХОПАТИЯ	120
Саидмахмудова К.С., Жалилова М.К., Мамашукурова М.И.	121
УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ ЦИРРОЗЕ	121
Салимов А., Тагоев А.А., Юлдошев С.А.	121
НОСОМНИҲОИ РАВОНӢ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ БЕМОРИҲОИ ОНКОЛОГӢ (ҶАНБАҲҲОИ ТАБОБАТӢ-БАРҶАРОРКУНӢ)	121
Самиева Ш.Т.	122
СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ГИПОТИРЕОЗ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ И ИБС И РИСК АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	122
Сангинов Н.Н., Назаров А.А., Хусайнов Н.А.	122
ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ, ПРОВОЦИРУЮЩИХ РЕЦИДИВЫ АЛКОГОЛИЗМА.....	122
Саттаров Г.Р., Жаруллаев С.В., Байсеитова А.М.	122
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ	122
Сафаров Ш.А., Мадалиев К.А., Гафоров А.А.	123
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ	123
Сафарова М.М., Ахмедова М.Б., Талабова Ш.Н.	124
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В ЙОДДЕФИЦИТНОМ РЕГИОНЕ	124
Серёгина А.А., Приходченко Ю.А., Насырова Д.Х.	124
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЕРИФИЦИРОВАННЫХ СЛУЧАЕВ МИАСТЕНИИ В ЦЕНТРАЛЬНОМ КАЗАХСТАНЕ.....	124
Силемоншоева Дж.С. ¹ , Набилова Д.А. ² , Тиллоева З.Т. ³	125
"ПОЗДНЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ВСПЫШКИ БОТУЛИЗМА- СЕЛО БАХТ, ДЕВАШТИЧСКИЙ РАЙОН, ТАДЖИКИСТАН, 2022 ГОД"	125
Солиев Б.З.	125

РЕАБИЛИТАЦИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА С ПОМОЩЬЮ МАССАЖА	125
Солиев Б.З.	126
ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ЭЛЕКТРОФОРЕЗА ПРИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА.....	126
Солиева С.Р., Садуллаева Ш.С.	126
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ	126
Султонбеков Н.С., Абдурахманова У.Ш., Мубаширова Г.Ф.	127
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОЖИРЕНИЯ У БЫВШИХ СПОРТСМЕНОВ МЕТОДОМ ИМПЕДАНСА	127
Султоншоева С.Л., Мухаммад Юнус Сарвари, Мадалиев К.А.	127
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВИТИЛИГО У БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	127
Смагулова А.К., Нуралинов О.М., Бакытжанулы А.	128
КАТЕТЕРНАЯ АБЛАЦИЯ БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ ФЛЮОРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ АРИТМИЙ У БЕРЕМЕННЫХ	128
Тагоев А.А., Гончарова М.С., Назаров А.А.	129
АКТУАЛЬНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	129
Тагоев А.А., Наврузов Э.Ф., Курбонов К.А.	129
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ РАЗВИТИЯ.....	129
Таджиддинов Т.Б., Исоева М.Б., Рабоева Ш.Р.	130
ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ МИГРЕНИ.....	130
Таджиддинов Т.Б., Абдурахмонзода Т.А., Хайдарова У.З.	130
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА.....	130
Таджиддинов Т.Б., Давлатджонова Х.Д., Полвонова И.Р.	131
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ВЕДУЩИЕ ФАКТОРЫ РИСКА МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА У СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН	131
Темурова Ф. Х.	133
ПАТОЛОГИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У РАБОЧИХ «ТАДЖИКЦЕМЕНТА»	133
Тиллоева М.Б., Атомуллоева А.Ш., Бобоева С.Х.	133
ХУСУСИЯТИ РАСТАНИИ ШИФОБАХШИ ХУДРЌИ THYMUS	133
Тиллоева З.Х. ¹ , Шарифов Р.Н. ¹ , ...	133
ТУБЕРКУЛЁЗ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ У ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ, Г.ДУШАНБЕ	133
Тоджиддинов Т.Б., Исоева М.М., Рабоева Ш.Р.	134
ПРИМЕНЕНИЕ L-ЛЕДИЗИНА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЕЙШЕГО ПЕРИОДА ИНСУЛЬТА	134
Толибова Г.Н.	134
ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ МЕНОПАУЗЕ КОМБИНИРОВАННЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ.....	134
Тошева Ш.А., Сатторова З.Т., Холматов З.В.	135
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОРИ У ВЗРОСЛЫХ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН.....	135
Тураев Б.С., Бобоалиев А.М., Атакуллаев Н.Б.	136
ҲОЛАТИ ТУРШЌИ- АСОСЌ ХАНГОМИ БЕМОРИИ САРЪ	136
Турсунова С.Б., Пирматова М.А., Ниязова Ф.У.	136
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРЕИМУЩЕСТВА МОЛЕКУЛЯРНОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ	136
Турсунова С.Б., Пирматова М.А., Ниязова Ф.У.	137
АДЕНОМЫ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	137
Умаров Ф.С., Исмоилов А.Б., Пачаджанова Х.Н.	137
НЕКОТОРЫЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ	137
Умаров И.Я.	138
СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ	138
Умедов Х.А.	139
ОЦЕНКА КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЁНКИ	139
Урунова Ш.Д., Рабоева Ш.Р., Назарова С.Б.	139
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН.....	139
Урунова Ш.Д., Шарифзода С.С., Саидов С.П.	140
ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.....	140
Урунова Ш.Д., Носирова М.Н., Гулбердиев З.В.	140
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МАСЛО ЧЕРНОГО ТМИНА У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА	140
Усмонов С.С.	141

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДОПАМИНОТЕРАПИИ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ У ДЕТЕЙ.....	141
Файзалиев Н.Ф., Сафаров У.А., Кароматов А.Р.....	141
КОРРЕКЦИЯ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ОБМЕНА В НЕЙРОРЕАНИМАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	141
Файзалиев Н.Ф., Киматов С.Р., Одинаев Ч.Т.	142
НАРУШЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ЕЕ КОРРЕКЦИЯ В НЕЙРОРЕАНИМАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.....	142
Файзов Н.Г., Бобоев Ф.Д., Гайратов Д.А.....	142
ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОЙ ДИНАМИКИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ГИПОДИНАМИИ.....	142
Фатхиддинзода И.А., Турсунова С.Б., Кодирова Ё.Н.	143
СТРУКТУРА ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ГОРОДСКОЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР №1 им. АХМЕДОВА КАРИМА	143
Фатхиддинзода И.А., Турсунова С.Б., Саёхати И.	143
ХУСУСИЯТҲОИ ДИАБЕТИ ҚАНДИ НАВЪИ 1 ДАР БЕМОРОНИ БИСТАРИШУДА ДАР МАРКАЗИ ТИББИИ ШАҲРИИ №1 БА НОМИ АХМЕДОВ КАРИМ	143
Фирузаи И.	144
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ТЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ГИЕНА-БАРРЕ У ДЕТЕЙ.....	144
Фозилов Р.И., Сайидова Н.С., Сайфиддинзода З.Х.	144
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОЖИРЕНИЯ, ВЫЯВЛЕННАЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ АКЦИИ «ДЕНЬ ДИАБЕТА».....	144
Хайдарова У.З., Абдурахмонзода Т.А., Саидов П.С.	145
ДИАГНОСТИКА СИСТЕМНОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ.....	145
Хакимов Ё.В., Нурализода А.Н., Замунов О.А.	145
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНГИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ..	145
Хакимов Ё.В., Бобоев Ф.Д., Замунов О.А.	146
ОЦЕНКА ВАЗОРЕГУЛИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	146
Хакимов Ё.В., Нурализода А.Н., Гайратов Д.А.	146
ПОКАЗАТЕЛИ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	146
Хакимова З.Ф., Кабиров М.А., Гадойбоев М.Р.	147
ОБЪЕМ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ COVID-19 ОСЛОЖНЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ.....	147
Хакимова М.Б. ¹ , Шарифзода Ф. Дж. ²	147
КОНТРАЦЕПЦИЯ КАК СПОСОБ КОНТРОЛЯ РОЖДАЕМОСТИ.	147
Халифаев Х.Д., Чоршанбиева Ҳ.М., Сайдалиев А.Ф.....	148
ОРИЗАҲОИ БЕМОРИИ БАНОГУШАКИ КАЛОНСОЛОН ДАР ШАРОИТИ ҲОЗИРАИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН	148
Хасанова М.Р., Гончарова М.С., Тагоев А.А.....	148
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГРОСТЕРА В ТЕРАПИИ ПАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА	148
Хасанова Ш.З., Шамсова М.Б., Факирова Н.Н.	149
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИИ.....	149
Хачиров М.Р.	149
РАДИОЧАСТОТНАЯ ДЕСТРУКЦИЯ СУБСТРАТА ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА.....	149
Ходжабердыева Г.М., Ахметжанова А.Е., Нарен Н.Н.	150
СОСТОЯНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО УГНЕТЕНИЯ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ.....	150
Хокиров Б., Хусайнов Н.А., Назаров А.А.	150
ВАЙРОНШАВИҲОИ АСАБИВУ РАВНОӢ ДАР ЗАМИНАИ БЕМОРИҲОИ СИРОЯТӢ	150
Холиков Н.	151
ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ	151
Холиков Н.	151
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ	151
Холикова Н.Н., Назарова Ф.С., Джураев А.	152
НАРУШЕНИЯ ПОЧЕК – ПОСЛЕДСТВИЯ COVID-19	152
Холиков М.Қ., Мухторзода А.Н., Шарифов А.М.	152
ТАБОБАТИ ТРОМБОЛИТИКӢ ДАР БЕМОРОНИ САКТАИ ШАДИДИ ТРАНСМУРАЛИИ (Q-САКТА) ДИЛ	152
Холиков М.Қ., Мухторзода А.Н., Шарифов А.М.	153
НОМУРАТАБИ ДАР КОРИ ДИЛ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОР БА БЕМОРИИ ТАРБОДИ ДИЛ.....	153
Хочиев Ш.Р., Каримов Б.Д., Рахмонов Р.Х.	153
ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	153
Хусаинбоев Ж.Д., Аликулов О.А., Илхомжонова С.Т.	154

ДИСБАЛАНС УРОВНЯ ИНТЕРЛЕЙКИНА-4 И ОБЩЕГО IGE СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	154
Хусайнов Н.А., Назаров А.А., Сангинов Н.Н	154
ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МОТИВОВ ПРЕКРАЩЕНИЯ КУРЕНИЯ ТАБАКА	154
Хусайнов Н.А., Гончарова М.С., Юлдошев С.А.	155
ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ РЕЦИДИВА У ЛИЦ С ШИЗОФРЕНИЕЙ	155
Хусейнова М.Х., Сафаров Н.....	155
ОСОБЕННОСТИ ИЗУЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, ПРИВОДЯЩИХ К ИНВАЛИДНОСТИ.....	155
Хусейнова М.Х., Сафаров Н.....	156
ОСЛОЖНЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, КОТОРЫЕ ПРИВОДЯТ К ЛЕТАЛЬНОМУ ИСХОДУ	156
Хусейнова М.Х., Сафаров Н.....	156
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	156
Хусейнова М.Х., ...	157
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	157
Хусейнова М.М., Турахонов А.А., Нуралиев Н.М.	157
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ПРИ АТАКСИИ «ФРИДРЕЙХА».....	157
Хусейнова М.М., Курбонова М.Б., Абдурахмонзода Т.А.	158
ПОРАЖЕНИЕ ЦНС (ГИПОКСИКО-ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА). КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	158
Хусейнова М.М., Саидов П.А., Назаров С.И.	158
ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ.....	158
Хусейнова М.М., Нуралиев Н.М., Зарипов Н.А.	159
РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОПАТИЕЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.....	159
Цыганова Т.В., Романова А.О.....	159
АНТИАРИТМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	159
Шагиева Э.Р., Файзуллоев Д.Ш., Идибеки Хайриддин	160
НЕКОТОРЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ НА ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ.....	160
Шамсов А. А., Мирзоев С.З., Мирзоев И.А.	160
ВЛИЯНИЕ ВНУТРИСУСТАВНОГО ВВЕДЕНИЯ ГК НА ТЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ.....	160
Шамсов А. А., Мирзоев С.З., Мирзоев И.А.	161
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НПВП (МЕЛОКСИКАМ) ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ.....	161
¹ Шамсов Э.Р., ¹ Тухтаева М.М., ² Сатторов Р.	161
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АТИПИЧНОЙ ФОРМЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА	161
Шарипов Ш.А., Саидов П.Н., Нуралиев Н.М.	162
ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКӢ-ЛАБОРАТОРӢ ВА ПЕШГИРИИ СИНДРОМИ ГИЙЕНА-БАРРЕ ДАР КӮДАКОН	162
Шарифзода Т.М., Дусанова В.Х., Шаропова Т.Б.....	162
ҶАРАЁНИ СИРОЯТИ КОРОНАВИРУСИИ НАВИ COVID -19 ДАР БЕМОРОНИ ДИАБЕТИ ҚАНД.....	162
Шарифова Б.З.....	163
КАРДИОРИСК ПРИ ВЛИЯНИИ МОБИЛЬНОЙ ЧАСТОТЫ	163
Шарифова Ш.Ш., Абдукахоров Ш.Ш., Ходжаева З.Г.....	163
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА	163
Шарофидинова М.А., Рахмонова Л.У., Джобирова Дж.М.....	164
СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНОГО С ГЕМОФИЛИЕЙ А	164
Шарофова М.О., Норова С.Х., Аюбова Д.Х.....	164
НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА	164
Шаяхметова Е. В., Абдульманова С. С., Балтабаева А. А.	165
ПРЕДИКТОРЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ПАТОЛОГИИ	165
¹ Шодиева М.О., ¹ Мадалиев К.А., ² Джураева Ш.Х.	166
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ ПОСТАКНЕ	166
Шодрузи Н., Рахмонов Р.Х., Каримов Б.Д.	166
ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТОКОЛА ХИМИОТЕРАПИИ КОМБИНАЦИЕЙ БЕНДАМУСТИН + РИТУКСИМАБ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА	166
Шоймардонова Т.М., Атомуллоева А.Ш., Тиллоева М.Б.	167
ПРЕЭКЛАМПСИЯ – ОСНОВНАЯ НЕРЕШЕННАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО АКУШЕРСТВА	167
Шоназарова М.А., Ибрагимов А.Ф., Рахимов М.Т.	167
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФТОРХИНОЛОНА С МЕТРОНИДАЗОЛОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ	167

Шоназарова М.А., Ибрагимов А.Ф., Курбонова К.О.	168
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПНЕВМОНИЙ У БОЛЬНЫХ С ГЕМОБЛАСТОЗАМИ НА ФОНЕ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ И НОЗОКОМИАЛЬНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ	168
Эшимова Ш.К.	168
ЗРИТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С ШЕЙНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА	168
Юлдошев М.Х., Комилова Г.А., Абдурахмонзода Т.А.	169
ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ	169
Юлдошев С. А., Назаров А.А., Гончарова М.С.	169
ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ ПРИ ОТКАЗЕ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ ДРУГИХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ	169
ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	170
Юлдошева З.Х., Набиев П.З., Каримова З.М.	171
ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ГАСТРОПАТИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	171
Юлдошева З.Х., Пулатова С.Д.*, Гуфронзода Д.*	171
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА	171
Юлдошева М.У., Кахарова Н.Ю.	172
ГИПОГОНАДИЗМ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	172
Юлдошева М.У., Каримова У.А., Мирзоева М.Б.	172
РОЛЬ ВИТАМИНА Д НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕНЩИН	172
Юсупов А.М., ¹ Джуробекова А.Т., ² Шодмонов А.О., ³	173
ОСНОВНЫЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ	173
Юсупов А.М.	174
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ И ТАКТИКА ТЕРАПИИ ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ	174
Юсупова М.Р.	174
ФЕНОМЕН АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ИШЕМИИ МИОКАРДА	174
Якубов Р.А.	175
ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ С ГНОЙНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА	175
Ясоева М. А.	175
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	175
ХИРУРГИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ	177
Абдуганиева М.З., Каримова М.З., Шодмонова Г.	177
ОПЫТ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	177
Абдуллоев А.С., Пулатов У.С.	178
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРИТОВ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ	178
Абдуллозода Ф.А., Мухиддин Д.Н., Миров Ф.Н.	178
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ	178
Абдулсаидов С.К., Авазов А.А., Хурсанов Ё.Э.	179
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ	179
Абдулсаидов С.К., Джаббаров Ш.Р., Авазов А.А.	180
ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВЫХ ЯЗВ У ОБОЖЖЕННЫХ С СЕПСИСОМ	180
Абдулсаидов С.К., Авазов А.А., Хурсанов Ё.Э.	180
ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА	180
Мардонзода К.М., Абдурахимзода Ш.Р., Саидов И.С.	181
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОСЛЕРОДОВЫХ РАЗРЫВОВ ПРОМЕЖНОСТИ	181
Абилов С.Б., Исаков З.Х.	182
ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	182
Абрамушина А.И., Валеев Д.А.	182
ВЫЯВЛЕНИЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ИГМА	182
Авазов М.Ш., Шайдуллоев П.З., Бекназаров А.Б.	183
АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТИ	183
Авазов М.Ш., Мираков Б.Т., Акрамов С.М.	183
ЛЕЧЕНИЕ ЛОЖНОГО СУСТАВА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЛАЗМОЛИФТИНГА	183
Аввалов А.Н., Рахманкулов К.Х.	184

ТРАВМА ОРГАНОВ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ	184
Авгонова М. Ю., Дониёрова У. Х.	184
ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ	184
Авгонова М.Ю., Дониёрова У.Х.	185
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ОЖОГОВОМ ШОКЕ	185
Азимов Ф.Р.	185
ПЕРВЫЕ ОПЫТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ УШИВАНИЕ ПРОБОДНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ В УСЛОВИЯХ ГКБ №1 г.ХУДЖАНДА	185
Азимова А.А., Хасанова М. Х., Абдукахорова Р. Н.	186
МИКРОБИОЦИНОЗ ВЛАГАЛИЩА И РАК ШЕЙКИ МАТКИ	186
Азимова М., Хайдаров З.Б., Каримов М.Б.	186
К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГЛАУКОМЫ	186
Юлдошева М., Акбарзода Г., Исоева М.А.	187
РОЛЬ ВИТАМИНА Д В РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН	187
Акрамов С.М., Абдуллоев М.С., Мираков Б.Т.	188
COVID-19-ИНДУЦИРОВАННЫЙ АСЕПТИЧЕСКИЙ НЕКРОЗ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ	188
Акрамов Ш.А., Нуралиев Ж.Х., Эргашев И.С.	188
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ГЭРБ	188
Алексеева А.В.	189
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ	189
¹ Алимов СУ., ¹ Абдурахимзода И.Б., ² Гулнозаи Курбоназар	189
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ОТ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА	189
Аминзода С.Т., Адылова Ф.Х., Шамсуллохи Шарофатулло	189
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛОР-ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ РАЙОНА РУДАКИ	189
¹ Аминов З.А., ² Усмонов Б.Н., ¹ Мухаммадиев Ф.И.	190
УЛУЧШЕНИЕ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УРЕТЕРОЛИТИАЗА	190
Амоний М.М., Махмадалиев С.Ш.	191
ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ	191
¹ Анварова Р.А., ² Давлатбоев М.Т.	191
СИМПТОМЫ И ПРИЗНАКИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ	191
Аннаев М.Б., Хамроев Б.М., Нозимов Ф.Х.	192
ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ СО СВИЩАМИ ПРЯМОЙ КИШКИ В СОЧЕТАНИИ С ПОСТОПЕРАЦИОННЫМ СТЕНОЗОМ АНАЛЬНОГО КАНАЛА	192
Аннаев М.Б., Хамроев Б.М., Туразода М.С.	192
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ФОРМЫ ПОСТОПЕРАЦИОННОГО СТЕНОЗА АНАЛЬНОГО КАНАЛА	192
Аршкенов А.Б.	193
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ Кафедра школы сестринского образования НАО «Медицинский университет Караганды». Казахстан	
Научный руководитель – м.м.н., преподаватель школы сестринского образования Сейтбаева М.А.	193
Асадов Н.И., Хамидуллаев С.И., Алимов Ж.И.	194
ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТАКТИКИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЭКСПРЕСС-БИОПСИИ ПРИ УЗЛОВОМ ЗОБЕ	194
Асаев И.В., Салах Мохаммед А.С., Ильин Е.В.	194
РЕЗУЛЬТАТЫ НЕОТЛОЖНЫХ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ	194
Асаев И.В., Лаксаев В.П., Салах Мохаммед А.С.	195
ЭКСТРЕННАЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ АРТЕРИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ ГОЛОВНОГО МОЗГА	195
Аскарлов Ш.Т., Аскарлова М.А., Мираков Б.Т.	195
ОСТЕОМИЕЛИТ ПОСЛЕ ОСТЕОСИНТЕЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТАЛЛОКОНСТРУКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ	195
Асозода Ш.А., Али-заде Н.А.	196
ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭКГ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ	196
Ахмадзода Д., Наимова К., Пулатова Г.	196
ВЛИЯНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ	196
Ахмедов Б.А., Вахобов Ш.А., Убайдуллоев А.А.	197
ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЧЕРЕЗКОЖНОЙ ПУНКЦИОННО-ДИЛЯТАЦИОННОЙ ТРАХЕОСТОМИИ В УСЛОВИЯХ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ.	197
Кодиров А.С., Ахмедов Р.А., Кодиров У.А.	197
ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЧРЕЗМЫШЕЦЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ У ДЕТЕЙ	197

Ахмедова Т.А., Васихов Ш.А.	198
АНАЛИЗ СТЕПЕНИ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОГО РЕГРЕССА ОПУХОЛИ ПРИ НЕОАДЬЮВАНТНОМ РЕЖИМЕ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ПВСТАДИИ.....	198
Ахметзянов Р.Л., Амирасланова А.А., Насибов Р.Р.	198
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЛЁГКОГО ПО ДАННЫМ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ ГАУЗ «НИЖНЕКАМСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ РАЙОННАЯ МНОГОПРОФИЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА».....	198
Ачилов Ё.С., Орзукулов А.М., Отамурадов Д.Г.	199
ПРОФИЛАКТИКИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ.....	199
Ачилов Ё.С., Отамурадов Д.Г., Орзукулов А.М.	199
ПРОФИЛАКТИКИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ.....	199
Ашуралиев Н.К., Зокиров Р.А., Достиев У.А.	200
ОПРЕДЕЛЕНИЕ CD34 +-КЛЕТОК ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ С ПОМОЩЬЮ ЛЕЙКАФЕРЕЗА.....	200
Ашуралиев Н.К., Зокиров Р.А., Достиев У.А.	201
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СБОРА И ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЕЕ СБОР АУТОЛОГИЧНЫХ СТЕВЛОВЫХ КЛЕТОК ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ.....	201
Ашуров А.С., Мансуров Х.Н., Джураева Н.Х.	201
МНОГОЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИИНВАЗИВНОЙ ТЕХНОЛОГИИ.....	201
Аюбов Дж.К., Асадуллоева Э.И., Додихудоев Р.А.	202
ЧРЕСКОЖНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ У БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ ...	202
Аюбов Дж.К., Асадуллоева Э.И., Додихудоев Р.А.	202
ИММУНОКОРЕКЦИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ.....	202
Аюбов Дж.К., Асадуллоева Э.И., Додихудоев Р.А.	203
УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ И МАЛОИНВАЗИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА.....	203
Аюбов Р.К., Кононов И.И., Федуллова Т.В.	204
ИССЛЕДОВАНИЕ ПАТОЛОГОАТОМИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....	204
Бабаева Т.С., Сулейманова Ф.А., Саломзода Б.А.	204
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПТЕРИГИУМА.....	204
Бабаева Т.С., Каримов М.Б., Муродов М.	205
ЗНАЧЕНИЕ СКАНИРОВАНИЯ ЗАДНЕГО ОТРЕЗКА ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ПРИ КАТАРАКТАХ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА.....	205
Баротова С.Х.	205
ТЕЧЕНИЕ НЕФРОПТОЗА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ.....	205
Баротова С.Х., Нурова Н.Р.	206
МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН ПЕРИ И ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	206
Баротова С.Х., Неъматзода О., Хван И.Н.	206
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ РЕЙНО С ПРИМЕНЕНИЕМ ВНУТРИВЕННОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ (ВЛОК).....	206
Баротова С.Х., Рахимов Ф.Р., Зугуров А.Х.	207
ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ВНУТРИВЕННОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	207
Бегматов Ж.А.	208
УЛУЧШЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА.....	208
Бекишева А.Т., Куканова А.М., Айтбаева А.А.	208
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ FODMAR ДИЕТЫ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	208
Бобджонова О.Б.	209
ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОЗДНИХ АБОРТОВ.....	209
Бобизода Ш.Б., Курбонмамадова Р.М., Рахимов А.А.	209
НАРУШЕНИЯ СЛУХА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ, ОСЛОЖНЕННОГО ХОЛЕСТЕАТОМОЙ СРЕДНЕГО УША.....	209
Бозоров Ч.Ч., Холалиев А.А., Чураев Р.Ш.	210
ИНДЕКСИ БАЙНАЛМИЛАЛИИ ФУНКСИИ ЭРЕКТИЛІ (ІЕЕ-5) ҲАНГОМИ ДИСФУНКСИИ ЭРЕКТИЛІ.....	210
Бойматова Ш.У., Иноятзода Д.Н.	210
ПУТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	210
Бойматова Ш.У.	211
АУТОДЕРМОПЛАСТИКА В КОМПЛЕКСНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.....	211

Бурхонова Н.С., Салимова З.Дж.	211
АБДОМИНОПЛАСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ	211
Быкова Е. С., Старков А. А.	212
ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ТОКСИКО-ТЕРМИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ	212
Быкова Е. С., Старков А. А.	212
ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА FAST-TRACK ПРИ ЛАПОРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	212
Валдошова С. Ш.	213
НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС БЕРЕМЕННЫХ С ТУБЕРКУЛЁЗОМ	213
Валдошова С. Ш.	214
К ОСОБЕННОСТЯМ СОМАТИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА БЕРЕМЕННЫХ, СТРАДАЮЩИХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ	214
Валдошова С.Ш.	214
ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ РОДИЛЬНИЦ	214
Гадоев И.	215
ВЛИЯНИЕ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЯИЧКА	215
Гадоев И.С.	216
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КРОВОООБРАЩЕНИЯ ПРИ ЛАПОРОСКОПИЧЕСКОЙ И ОТКРЫТОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ	216
Ганиев А.Э., Назаров Т.Ш., Сафарбекзода С.	216
ПОКАЗАТЕЛИ МАРКЕРОВ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В МОНИТОРИНГЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ВЕНТРОПЛАСТИКИ	216
Ганиев А.Э., Эрадж Дж. П, Сафарбекзода С.	217
ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ ФАКТОР ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ВЕНТРОПЛАСТИКИ	217
Ганиев Х.Т., Рахимзода О.Ш.	217
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭКВИНУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОПЫ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	217
Ганиев А.Э., Сафарбекзода С., Наджмидинов С.	218
ВЫБОР СПОСОБА ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ РЕЦИДИВНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	218
Гараева З.Ф.	218
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕН ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ	218
Гасанова М. А., Чакмина М.И., Турсукова А. А.	219
АТИПИЧНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ УЗЛА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ВЕРХНЕМ ОТДЕЛЕ ШЕИ В ПОДЪЯЗЫЧНОЙ ОБЛАСТИ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ ПРИ РЕЦИДИВЕ	219
Гафарова Ш.А., Файзиев Х.Ф., Рахматуллаев А.Ш.	219
СИНДРОМ ФИОЛЕТОВОГО МЕШКА ДЛЯ СБОРА МОЧИ – РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ПРОЯВЛЕНИЯ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОГО ТРАКТА	219
Гафорова Ш.Л.	220
ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНАЯ СИСТЕМА ПРИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ	220
Гафорова Ш. Л.	220
ИММУННАЯ СИСТЕМА У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО - НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ САХАРНОГО ДИАБЕТА	220
Гафурзода С.М, Нажмидинов Х.Н., Хушвахтов У.М.	221
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНО- ПУНКЦИОННОЙ НЕФРОСТОМИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ	221
Гафуров М.М., Нажмидинов Х.Н., Бозоров Дж.Дж.	221
ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА НА РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МУЖЧИН	221
Гафуров М.М., Нажмидинов Х.Н., Набиев Б.И.	222
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛОД-ТЕРАПИИ У МУЖЧИН С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ	222
Гафурова Н.Г.	222
ОСТРЫЙ ЖИРОВОЙ ГЕПАТОЗ БЕРЕМЕННЫХ КАК ПРИЧИНА ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У БЕРЕМЕННЫХ	222
Гаюрова Н.С., Султонов Р.И., Шарифов С.А.	223
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ	223
Ғиёсова Ш.Х.	224
ТАЪСИРИ АДЕНОИДҲО БА ВАЗЪИ ШУНАВОЙ	224
Ғиёсова Ш.Х., Саломов И. И.	224
АҲАМИЯТИ САНЧИШКАМЕРТОНАЛӢ ДАР МАРҲИЛАИ ИБТИДОИ ШУНУДСАНӢ	224
Гудзенко А.М.	225
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ АДЕНОМЫ ПАРАЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ	225
Гудзенко А.М.	225
ОЦЕНКА ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ ПО ЛАБОРАТОРНО-ВИЗУАЛЬНОЙ ШКАЛЕ (ЖЕЛТУХА)	225

Гулахмадова Ш.Б., ХалимоваЗ.С.,Каримов М.Б.....	226
ФОТОДОКУМЕНТАЦИЯ ГЛАЗНОГО ДНА ПРИ ТЯЖЁЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ БЕРЕМЕННЫХ.....	226
Гулзода Г.А, Саидов Б.А, Гулов А.А.	226
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ.....	226
Гулов Ф.М., Шарифзода У.Н., Исоев И.Ч.	227
ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.....	227
Гулов Ф.М., Шарифзода У.Н., Носиров Э.Ш.	227
ФАКТОРЫ, ЗАВИСЯЩИЕ ОТ ХИРУРГА И ПАЦИЕНТА, ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕШЕНИЕ О МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЙ ИЛИ ОТКРЫТОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.....	227
Гулов Ф.М., Хамроев Б.М., Гулов А.А.....	228
ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩАХ.....	228
Гулов Ф.М., Хамроев Б.М., Гулзода Г.А.....	228
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ	228
Дадоджонов Ж.Ю., Хомидзода И.Дж., Бокиев О.Б.....	229
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ФЛЕБЭКТОМИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНЫХ РАСШИРЕНИЙ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	229
Дадоджонов Ж.Ю., Бокиев О.Б., Хомидов А.З.....	229
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАДИЦИОННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ	229
Джаббаров Ш.Р., Авазов А.А., Хурсанов Ё.Э.....	230
МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ОЖОГОВ – КАК ПРОФИЛАКТИКА АНЕМИИ У ДЕТЕЙ.....	230
Джаббаров Ш.Р.,Авазов А.А., Хурсанов Ё.Э., ...	230
МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ОЖОГОВ – КАК ПРОФИЛАКТИКА АНЕМИИ У ДЕТЕЙ.....	230
Джамолова Г.Дж., Мухидинова М.Ш., Шарипова Д.Б.....	231
РОЛЬ HELICOBACTER PYLORI В РАЗВИТИИ РАКА ЖЕЛУДКА.....	231
Джамшедов Дж.Ш., Джумаев Т. Дж., Курбонов З.С.....	231
ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	231
Джойлобов М.....	232
НАРУШЕНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА И ЕГО КОРРЕКЦИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	232
Джораева Ф.Х., Исупова Ш.Ф., ИсмоилиУбайдулло.....	232
ЛЕЧЕНИЕ ВЯЛОТЕКУЩЕГО СРЕДНЕГО ОТИТА	232
Джумаева М.К., Хайдаров М.И., Давлатова М.И.....	233
ОСТЕОХОНДРОЗ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СРЕДИ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП БОЛЬНЫХ.....	233
Джураев А.М.....	233
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА.....	233
Джураев Б.Б., Шамсуллозода Ш.Н., Пулодов С.Э.	234
ВЕРОЯТНОСТЬ РЕЦИДИВА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ПОСЛЕ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА	234
Джураев ¹ М.Д., Меликулов ¹ А.Х., Орипова О.О.	234
ВЫБОР ОБЪЁМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА С ПРОРАСТАНИЕМ В ПОДЖЕЛУДОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ	234
Джураева Н.Х., Холбоев К.С., Солехов А.С.	235
ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКАЯ ОСОБЕННОСТЬ ГЕПАТОДУАДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	235
Джураева А.Ш. Умарова Л., Шопулотова З.А.....	235
РАЦИОНАЛЬНОЕ ВЕДЕНИЕ РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРОЙ.....	235
Дорофеева А.Д.....	236
ЗНАЧЕНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ДИАГНОЗОМ НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ.....	236
Дорофеева А.Д.....	236
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ДИАГНОЗОМ НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ	236
Достиев У.А., Зокиров Р.А., Холов Д.Д.	237
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗАБОРА АУТОЛОГИЧНЫХ СТЕЛОВЫХ КЛЕТОК ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ	237
Достиев У.А., Зокиров Р.А., Холов Д.Д.	237
РЕЖИМЫ КОНДЕНСАЦИИ ПРИ АУТОЛОГИЧНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ КОСТНОГО МОЗГА.....	237
Достиев У.А., Зокиров Р.А., Холов Д.Д.	238
ПРЕДИКТОРЫ, ПРЕДСКАЗЫВАЮЩИЕ ВЫХОД СТЕЛОВЫХ КЛЕТОК	238
Достиев У.А., Усмонов И.У., Зокиров Р.А.	239

АНАЛИЗ КОРРЕЛЯЦИИ ШКАЛ RISCHE II, HLA MATCHMAKER ПО НЕСОВПАДЕНИЯМ АНТИГЕНОВ У РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧКИ	239
Достиева З.А., Салимова З.Дж., Мирзоева Г.Б.	239
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ АДГЕЗИОЛИЗ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	239
Дустов Ш.Д.	240
ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ДИВЕРТИКУЛА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ	240
Евсеева А.П., Сайфидинов С.М.	240
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ЖИТЕЛЕЙ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ	240
Елфимова А.Д., Нуриева А.И., Эмирбекова А.Р.	241
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ	241
Ёфтов С.Р., Махмадалиев С.Ш., Мираков Б.Т.	241
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ	241
Жаксылык А.Т., Мусуртаев З.З., Рустамов А.А.	242
КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ	242
Закирова И.И.	242
СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОПУХОЛЯМИ СОСУДИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛАЗА ПО ДАННЫМ ОРЕНБУРГСКОГО ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОМС ЗА 2021 Г.	242
Зиёзод М., Курбанова Р.С.	243
ЗНАЧИМОСТЬ ОКТ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА И СЕТЧАТКИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАРЧЕСКОЙ ЗРЕЛОЙ КАТАРАКТОЙ	243
Зокиров Р.А., Достиев У.А., Сафаров Н.Х.	243
ИДАРУБИЦИН В КАЧЕСТВЕ МОДИФИЦИРОВАННОГО РЕЖИМА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕХОДЖКИНСКОЙ ЛИМФОМОЙ	243
Зокиров Р.А., Достиев У.А., Сафаров Н.Х.	244
РОЛЬ CD34 +-КЛЕТОК ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПЕРЕД ЗАБОРОМ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК С ПОМОЩЬЮ ЛЕЙКАФЕРЕЗА	244
Зокиров Р.А., Достиев У.А., Холов Д.Д.	245
ВОССТАНОВЛЕНИЕ КРОВЕТВОРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АУТОЛОГИЧНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК	245
Зухурова Ш., Давлятова М.Ф.	245
ОПРЕДЕЛЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ТЯЖЁЛЫХ FORMSARS-CoV-2 ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ	245
Зыкина С.А.	246
ВЫБОР ВИДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ	246
Иванова Д. М.	246
ИССЛЕДОВАНИЕ НА ПРЕДМЕТ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К НОВООБРАЗОВАНИЯМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	246
Ильин Е.В., Салах Мохаммед А.С., Асаев И.В.	246
МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	246
Имомов Б.Д., Мавлонов М.А., Нозилов С.К.	247
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОТРАВЛЕНИЙ ЭТАНОЛОМ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА У ЛИЦ С ПАТОЛОГИЕЙ ПЕЧЕНИ	247
Иноятзода Д.Н.	248
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	248
Исоев И. Ч.	248
ГЕМОРРОЙ	248
Исаков З.Х., Абилов С.Б., Карабаев Х.К.	249
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВОГО СЕПСИСА	249
Искандарова Ш.А., Норбобоева Ф.	249
ПОВРЕЖДЕНИЯ ТОНКОГО И ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА	249
Исмаилов Л.Х., Хомитова Н.Т., Сулейманова Ф.А.	250
ВОЗРАСТНЫЕ И РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННОЙ ГЛАУКОМЫ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН	250
Исмоили Убайдулло, Джораева Ф.Х.	250
ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОГРАММЫ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ	250
Исоев И.Ч.	251
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ В КЛИНИЧЕСКОМ ГОСПИТАЛЕ	251
Исомжонов А.А., Джумаева З.Т.	252

СОНОГРАФИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДИСПЛАЗИИ И ВЫВИХА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	252
Исупова Ш.Ф., Урунбаева М.Г., Джораева Ф.Х.....	252
ТАЪСИРИ МАНФИИ КОРОНАВИРУС БА ҲИССИЁТИ ШУНАВОЙ.....	252
Исупова Ш.Ф.	253
ТАЪСИРИ МАНФИИ КОРОНАВИРУС БА ҲИССИЁТИ ШУНАВОЙ.....	253
Кадырова З.Н.....	253
РОЛЬ КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦЕДИВИРУЮЩЕГО КОЛЬПИТА.....	253
Казихинулов Р.А., Шамсов Б.И., Казихинулов Р.Р.	254
РЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ АУГМЕНТАЦИОННОЙ УРЕТРОПЛАСТИКЕ	254
Каландарзода Д.Ф., Солехов А.С., Хошимова М.Л.	254
ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ СИНДАКТИЛИЙ МЕЖПАЛЬЦЕВЫХ ПРОМЕЖУТКОВ КИСТИ У ДЕТЕЙ	254
Каландарова Ш. Т.	255
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕЙРОКОВИДА У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ	255
Калгина И.Н.	255
ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ПИТАНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ.....	255
Каримов Д.А., Юлдошев А.Н., Айниева М.Б.	256
РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ.....	256
Каримов Д.А., Юлдошев А.Н., Айниева Д.Б.	256
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВНЕСУСТАВНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА БЕДРЕННОЙ КОСТИ.....	256
Каримов М.Б., Гафурова Х., Рахимова З.И.	257
ТОЛЩИНА СЛОЯ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН СЕТЧАТКИ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ГЛАУКОМНОГО ПРОЦЕССА	257
Каримова А.М., Саидов И.С., Муродов Дж.К.....	257
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ГИПЕРТРОФИИ И ПОСТЛАКТАЦИОННОМ ПТОЗЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ	257
Каримова М.Д., Баротова Д.А.	258
ЭРОЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ	258
Каримова М.Д.	258
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЕФИЦИТА МИКРОНУТРИЕНТОВ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА В ЛЕВАКАНДСКОМ РЕГИОНЕ.....	258
Каюмова С. А., Джамолова Г.Дж., Мухидинова М.Ш.	259
ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАЗОВ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ГОЛОВНОЙ МОЗГ	259
Кенчаева М.Р., Ризоев Х.Х., Алиев Б.С.	260
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ДОРЗАЛЬНОГО И ВЕНТРАЛЬНОГО СПОСОБА ФИКСАЦИИ БУККАЛЬНОГО ГРАФТА ПРИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ УРЕТРОПЛАСТИКЕ. ОСЛОЖНЕНИЕ БУККАЛЬНОЙ УРЕТРОПЛАСТИКИ.....	260
Кодиров Д.И.	260
ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЕМОРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ	260
Кодиров З.А., Зокиров Р.А., Холов Д.Д.	261
КОМПЛЕКСНОЕ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЕ ИНФУЗИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.	261
Комилова Т.М., Рахмонов С.У., Бустонов Б.М.У.....	262
ФАГОТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ОДОНТОГЕННЫМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМ СИНУСИТОМ С ПАТОЛОГИЕЙ НОСОВЫХ РАКОВИН.....	262
Корохонов А.Т.....	262
ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫХ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА КОСТЕЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ	262
Косимзода Д.С., Давлятова М.Ф.	263
МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ ПРИ ТЯЖЁЛЫХ ФОРМАХ ТЕЧЕНИЯ SARS-CoV-2	263
Коситов Д.Д., Сафаров Б.С., Рахмонов У.Х.....	263
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРИВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ОККЛЮЗИОННОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ, ПРОВОДЯЩЕЙ К РАЗВИТИЮ МАЛОФАРМАЦИИ КИАРИ 1	263
Коситов Д.Д., Кодиров Д.Д., Рахмонов У.Х.	264
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ВЕНТРИКУЛОЦИСТЕРНОСТОМИЯ ДНА III ЖЕЛУДОЧКА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ОККЛЮЗИОННОЙ ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ.....	264
Куаныш Беатрисс.....	264
ВЫЯВЛЕНИЕ СКОЛИОЗА И ЕГО КОРРЕКЦИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА АСТАНА	264
Кузихонова М.Ё., Бабаева Т.С., Каримов М.Б.	265

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ТОНОМЕТРИИ.....	265
Куканова А.М., Тажикова А.М., Джантемирова Н.М.	265
КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ KRAS МУТАЦИИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ .	265
Кулиев А.А.	266
РОЛЬ ПАЛЛИАТИВНОЙ ГАСТРЭКТОМИИ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА	266
Курбанов А.Ф., Шарипов А.В., Джафаров М.Ф.	266
ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ COVID-19 В ОТСРОЧЕННОМ ПЕРИОДЕ	266
Курбанов И.К., Даминова Н.М., Чабборов У.У.	267
ПРОФИЛАКТИКА ТРОАКАРНЫХ ГРЫЖ ПРИ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ	267
Курбанов И.К., Чабборов У.У., Буризода М.Ч.	267
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОАКАРНЫХ ГРЫЖ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	267
Курбоналиев Дж.Ш., Шоев С.Н., Хабибов Ф.Д.	268
ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМ.....	268
Курбонов Дж. Дж., Камолзода Ф.М., Юнусов Х.А.	268
СПОСОБ УДАЛЕНИЯ НАРУЖНОЙ КРАЙНЕЙ ПЛОТИ - ЦИРКУМЦИИ У ДЕТЕЙ	268
Курбонов М.М., Отахонов Ф.Х., Ахмедов Б.Т.	268
ТАҲЛИЛИ ШУМОРАИ ШИКАСТИ ПУШИДАИ УСТУХОНИ ҚУЛҒАК	268
Курбонов Х.Ф., Негматов С.З., Мираков Б.Т.	269
СТАБИЛЬНОФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ	269
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РВОТЫ У БЕРЕМЕННЫХ	269
Курбонова Г.Х.	270
ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ РВОТУ БЕРЕМЕННЫХ	270
Курбонова Г.Х., Навкарова Б.С.	271
ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ЖЕНЩИН С РВОТОЙ БЕРЕМЕННЫХ	271
Курбонова И.Ш., Нозилов С.К., Мавлонов М.А.	271
МОРФОЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ И БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ОРОФАРЕНГИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ.....	271
Хакимов С.А. Мамуров Д.У. Курбонова И.Ш.	272
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ТУПОЙ ТРАВМЕ ГОЛОВЫ У ДЕТЕЙ, ПРИВОДЯЩЕЙ К ЛЕТАЛЬНОМУ ИСХОДУ	272
Мавлонов М.А., Нозилов С.К., Назарбеков Т.А.	272
ЗНАЧЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ МИОКАРДА ПРИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ	272
Маджидзода М., Худойбердиев Дж.Р., Мирзоходжаев Т.М.	273
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К СКРИНИНГУ РАКА ЯИЧНИКОВ.....	273
Максудов М.Т., Ахмедов Г.К., Камолов Ж.Н.	273
ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАЗНЫХ ПАТОЛОГИЙ ПИЩЕВОДА	273
Максудов М.Т., Эшмуродов В.А., Ахмедов Г.К.	274
КОМПЛЕКСНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕТА- И ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПИЩЕВОДА ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕРА	274
Мамадалиев З.Б ¹ , Джумаев ² Т.Дж., Шариф ² К.	274
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ	274
Мамадаминава Х.Х., Рахимов Х.С., Одинаев Б.А.	275
ПЕРВИЧНЫЙ ШОВ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ И КИСТИ В РАЗНЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ ЗОНАХ	275
Мамадёкубова Д., Давлятова М.Ф.	275
ЗАВИСИМОСТЬ ФОРМЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ SARS-COV-2-АССОЦИИРОВАННЫХ ПНЕВМОНИЙ ОТ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ.....	275
Мамадиев З.А., Мираков Б.Т.	276
ЛЕЧЕНИЕ КОСОЛАПОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПО МЕТОДИКЕ ПОНСЕТИ	276
Мамарасулов Ж., Ашрапов С., Халилов М.М.	276
ОЦЕНКА ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ	276
Мамаризаев Д.Ю.	277
БИОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ	277
Мансуров Х.Н., Джабаров А.И., М.Б. Бахромов	277
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИДОСТУПА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА.....	277
Мардонова З.М., Хамидуллаев С.И., Махмудов С.Б.	278

ПРИМЕНЕНИЕ ГЕРНИОАБДОМИНОМЕТРИИ ДЛЯ ВЫБОРА ПОКАЗАНИЙ К ГЕРНИОАБДОМИНОПЛАСТИКЕ	278
Маризоева М.М., Неъматзода О.	278
СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ИЦЕНКО-КУШИНГА ..	278
Махмадалиев Ф. М., Алимов И.З., Олимова Ш.Э.	279
СИНТЕЗ И ИЗУЧЕНИЕ РЕАКЦИИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ 1,3-ДИ-АЛКОКСИ-2-ПРОПАНОЛОВ С ХОЛЕВОЙ КИСЛОТОЙ	279
Махмадзода С.Р., Шамсуллозода Ш.Н., Дивлохчиев Дж.К., Лоикшозода М.Л.	280
СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ РЕЦИДИВА ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	280
Мираков Б.Т., Салимзода М.М., Садиров В.З.	280
РЕЗУЛЬТАТЫ УДЛИНЯЮЩЕЙ ОСТЕОТОМИИ БЕДРА ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕРТЕСА	280
Мираков Б.Т., Ёфтов С.Р., Рахмонов А.А.	281
РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТЬЮ	281
Мираков Б.Т.	281
УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ.....	281
Мираков Б.Т., Хочаев Р.	282
ПОДХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАННИХ СТАДИЯХ ГОНАРТРОЗА	282
Мираков Б.Т., Маджидов А.А. Гафурзода М.М.	282
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КРУПНЫХ СЕГМЕНТОВ	282
Мираков Б.Т., Шукруллоев А.Г., Салимзода М.М.	283
ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ У ДЕТЕЙ	283
Мирзоева Н.Р.	283
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ SARS-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ	283
Мирзоева Ш.М., Тайфулова Ш.Н.	284
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ ЭНДОМЕТРИЯ.....	284
Муродов Дж.К., Саидов И.С., Хамроев М.Ф.	284
ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОЖГОВОЙ МИКРОСТОМИИ	284
Муродов М.Р., Раджабова Г.Т.	285
АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ	285
Муродов Ш.Д., Шоев М.Д., Турамуродова Ш.Т.	285
ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ОТКРЫТОЙ ТРАВМОЙ НОСА	285
Муродов Ш.Д., Исмоилов Ш.А., Насридинов С.А.	286
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ФИБРОЗНОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО РИНИТА	286
Муродов Ш.Д., Юсупов Б.А., Алимов Н.	286
КОРРЕКСИЯИ ҶАРРОҶИИ ВАРИАНТҶОИ ГУНОГУНИ ДЕФОРМАТСИЯИ МИЁНДЕВОРИ БИҶИ ДАР КҶДАКОН	286
Муродова П.Ф., Муродов Ш.Д., Исупова Ш.Ф.	287
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ УЗЕЛКОВ ГОЛОСОВЫХ СКЛАДОВ У ДЕТЕЙ С АДЕНОИДНЫМИ ВЕГЕТАЦИЯМИ	287
Муродова П.Ф., Джораева Ф.Х., Урунбаева М.Г.	287
АҲАМИЯТИ АУДИОМЕТРИЯИ ФОСИЛАИ БАСОМАДАШ ВАСЕЪ ДАР ТАШХИСИ БАРВАҚТИИ ПАСТШУНАВИИ СЕНСОНЕВРАЛӢ	287
Муродова П.Ф., Бобоев С., Абдулвоҳидзода С.	288
АҲАМИЯТИ ТАДҚИҚИ КАМЕРТОНАЛӢ ДАР ТАШХИСИ ТАФРИҚАВИИ НАВӢҶОИ ГУНОГУНИ ГӢШВАЗНИӢ	288
Муродова Р.Ф.	288
ЗНАЧЕНИЕ РЕЧЕВОЙ АУДИОМЕТРИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ТУГОУХОСТИ.....	288
Муротов Х.М., Алимов О.З., Гафуров М.М.	289
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПНЕВМАТИЧЕСКОЙ КОНТАКТНОЙ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ.....	289
Муслимов К.М.	289
ТАШХИС ВА МУОЛИҶАИ САНГҶОИ НАӢИ ПЕШОБРЕЗ ДАР КУДАКОН	289
Мусоев С.Ш. ¹ , Файзиев З.Ш. ¹ , Олими М.О. ^{1,2}	290
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ С ПРОРЫВОМ В ЖЕЛЧНЫЕ ХОДЫ.....	290
Мухаммадиев Ф. И., Алимов И.З., Бегмуродов Р.И.	291
ВЛИЯНИЕ «ГЕПОСАФ» НА ОБМЕН БИЛИРУБИНА, БЕЛКОВООБРАЗОВАТЕЛЬНУЮ И ФЕРМЕНТАТИВНУЮ АКТИВНОСТИ ПЕЧЕНИ В ХРОНИЧЕСКОМ ЭКСПЕРИМЕНТЕ.....	291
Муhibaва Ё.Ш., Каюмова Ш.Ш., Давлатов М.Х.	291

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ШУНТИРОВАНИЯ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ ПРИ ЭКССУДАТИВНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ	291
¹ Наджмудинов С.С., ² Хофизова Г.А., ² Ашуров Д.М.	292
СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОБОДНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	292
Наджмудинов С.С., Нажмудинов Ф.Н., Одинаев А.К.	292
ПЕРФОРАТИВНЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЫ: ВЫБОР СПОСОБА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА	292
Наджмудинова Н.Д. ¹ , Муродов Д.К. ^{1,2} , Джононов Д.Д. ²	293
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛОСКУТА ШИРОЧАЙШЕЙ МЫШЦЫ СПИНЫ ПРИ КОРРЕКЦИИ ДЕФЕКТОВ ЛИЦА И ШЕИ	293
Нажмидинов Х.Н., Рашидов Б.Дж., Хасани А.	293
ОЦЕНКА ПОДВИЖНОСТИ СПЕРМАТОЗОИДОВ С УЧЕТОМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ MAR-ТЕСТА	293
Нажмидинов Х.Н., Гафуров М.М., Насриддинов Л.Э.	294
ОСОБЕННОСТИ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ	294
Нажмидинов Х.Н., Махмадалиев М.А.	294
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ АБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ	294
Наджмудинов С.С., Одинаев А.К., Вахобов И.А.	295
СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ	295
Назаров З.Х., Муродов Ш.Д., Умарализода С.А.	295
ТАБОБАТИ ЧАРРОҶИИ ЭНДОСКОПИ ЗИМНИ РИНИТИ МУЗМИНИ ГИПЕРТРОФИКӢ ДАР КУДАКОН	295
Назаров З.Х., Шоев М.Д., Умарализода С.А.	296
МУОЛИҶАИ МАЧМУИИ КАҚШАВИИ МИЁНДЕВОРИ БИНИ ДАР КУДАКОН БО ДАРНАЗАРДОШТИ МУБОДИЛАИ КАЛТСИИ ВА ФОСФОР	296
Назаров Ш.О., Гафуров К.А., Нуридинов Й.М.	296
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ КОЖИ ВЕК	296
Намозова З.С., Абдурахманова Ф. Ф.	297
РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА	297
Нарзуллоева Н.Дж., Имомов Б.Д., Курбонова И.Ш.	297
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА СИНДРОМА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ НОВОРОЖДЕННЫХ И МЛАДЕНЦЕВ С УЧЕТОМ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	297
Наримон Зоҳир	297
ХУСУСИЯТҶОИ МАНЗАРАИ КОЛПОСКОПИЯ ДАР ЗАНҶОИ ГУРҶҶОИ МУХТАЛИФИ СИННУСОӢ	297
Насриддинова Х.С.	298
СТРУКТУРА ПОРОКОВ СЕРДЦА У БЕРЕМЕННЫХ ЖИТЕЛЬНИЦ ТАДЖИКИСТАНА	298
Негматов А.М., Саидова Ф.Г., Хайрулдинов М.Р.	299
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СУДМЕДЭКСПЕРТА	299
Неъматзода О., Солиев О.Ф., Калмыков Е.Л.	299
СКРИНИНГ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ И ФАКТОРОВ ЕЁ РИСКА	299
Никита Е.И.	300
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ГОРТАНИ	300
Ниязов И.К. ¹	300
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЁННОМ РАКЕ ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ	300
Нурулло Ш., Муродова Н., Ёдгорова Ш.	301
ВОЗМОЖНОСТИ СНИЖЕНИЯ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ ОТ АКУШЕРСКОГО СЕПСИСА	301
Нуруллоев С.О.	302
ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЧКАХ У БЕЛЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ КРЫС ПОСЛЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОБЛУЧЕНИЯ	302
Одил Саидолим, Каримов Ш.З., Давлатов Б.М.	302
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ	302
Одинаев Б.А., Хасанов М.А., Джононов Дж.Д.	303
РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ЭЛЕКТРОТРАВМ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ	303
Олими М.О. ^{1,2} , Мусоев С.Ш. ¹ , Исмоки Ф.Ю. ¹	304
ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ НА СЕРДЦЕ И ПРИНИМАЮЩИХ ГИПОКОАГУЛИРУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ	304
Олимов О.З., Хушвахтов У.М., Гафуров М.М.	304
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ВИЗУАЛИЗАЦИИ КОНКРЕМЕНТОВ МОЧЕТОЧНИКА	304
Олимова Ф.З.	305
КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ПРИ ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	305
Олимова Ф.З., Саноати А.	306

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ЭКЛАМПСИЕЙ..... Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.	306
Олимова Ф.З.....	306
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	306
Парпиев Ф.М., Наимов А.М., Негматов С.З.	307
ОПТИМИЗАЦИЯ СРОКОВ И МЕТОДОВ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ.....	307
Паршина А.Ю., Хайдар Д.А.....	307
ОЦЕНКА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ.....	307
¹ Пиров У.М., ² Парпиев Ф.М.....	308
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НЕОСЛОЖНЕННЫХ СТАБИЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА.....	308
Пиров У.М.	309
ОПТИМИЗАЦИЯ ПОКАЗАНИЙ К ВЕРТЕБРОПЛАСТИКЕ И КИФОПЛАСТИКЕ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ СТАБИЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА.....	309
Пиров Ш.А., Исмоилов О.К., Анваозода М.	310
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ОСНОВАНИЯ СРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ.....	310
Пулатова М.Т., Мустафаева К.Г.....	310
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ.....	310
Пулодов С.Э., Джураев Б.Б., Шарифов С.А.....	311
МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ПЕРИТОНИТЕ.....	311
Пулотов К.Дж.....	311
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ КРУПНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	311
Пулотов К.Дж.....	312
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ.....	312
Пулотов К.Дж.....	312
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ.....	312
Раджабзода Н., Вахобова З., Самадова Ф.	313
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЕМ СВЁРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ.....	313
Раджабзода Н., Кодирова Ф., Махмудова Ш.....	314
ОСОБЕННОСТИ СЕДАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ НЕРАЗВИВАЮЩУЮСЯ БЕРЕМЕННОСТЬ.....	314
Раджабов Д.Р., Салимов Ф.М., Чумаев М.Н.....	314
ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФАНГИОДИСПЛАЗИЙ.....	314
Расулов Н.И., Каримов И.М., Бахромов М.Б.	315
ТОПОГРАФО - АНАТОМИЧЕСКИЙ ОСОБЕННОСТИ ЗОНА ТРЕУГОЛЬНИК КАЛО ПРИ ОБЗОРНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ.....	315
Расулов Н.И., Бахромов М.Б., Солехов Р.К.	315
ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ.....	315
Расулов Н.И., Бахромов М.Б., Хамрокулов Ф.Х.....	316
ВЫБОР БОЛЬНЫХ ДЛЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ОДНОГО ДНЯ.....	316
Расулова М.....	316
ПОВРЕЖДЕНИЯ СТРУКТУРЫ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ПРИ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЯХ.....	316
Расулова М.....	317
ПОВРЕЖДЕНИЯ СТРУКТУРЫ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ПРИ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЯХ.....	317
Рахими Ш.Д., Джураев Х.И., Турдалиева Н.С.....	317
РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ВАРИКОЦЕЛЕ.....	317
Рахимов А.А., Курбонмамадова Р.М., Бобизода Ш.Б.	318
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО МАСТОИДИТА У ДЕТЕЙ.....	318
Рахимов М. А.	318
ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА.....	318
Рахимов М.Н., Сайдахмадов Ш.Б., Абдусаматов Х.Е.	318
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЕ НОМА ИЛИ ВОДЯНОГО РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ.....	318
Рахимов Н.О., Салимзода А.Х., Исмоилов О.К.....	319
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ.....	319
Рахимов Ф.Р., Гиёсиев И.К.	320

СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО СПАЗМА МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ЕЁ ЭМБОЛИЗАЦИИ	320
Рахимова М. К., Иброгимова Ш. И., Сайфуллоев А. Б.	320
ПЛАСТИКА ПЕРФОРАЦИИ ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ ЩЕЧНО- ДЕСНЕВЫМ ЛОСКУТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕМБРАНЫ «ОСТЕОПЛАСТ».....	320
Рахимова Н.Т., Рахимова З.И., Таджиева З.Г.	320
ЗНАЧИМОСТЬ КЕРАТОМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАСХОДЯЩЕГОСЯ АЛЬТЕРНИРУЮЩЕГО КОСОГЛАЗИЯ.....	320
Рахимова Ф.С., Самаганова С.Н.	321
ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ КАК ОПЕРАЦИЯ ВЫБОРА У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПЕРАМПУЛЯРНОЙ ЗОНЫ	321
Рахматова Ф. У., Рахматова С.У., Маматкулова Р.И.	322
УДАЛЕНИЕ КАМНЕЙ С ПОМОЩЬЮ ГОЛЬМИЕВОГО ЛАЗЕРА (HOLMIUM)	322
Рахматуллаев А.Ш.	322
ПРЕПАРАТЫ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ЦИСТИТА	322
Рахмонов Б.А., Сафаров Б.С., Рахматуллоев Ф.Н.	323
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	323
Рахмонов Б.А., Сафаров Б.С., Рахматуллоев Ф.Н.	323
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	323
Рахмонов Т.Б., Чопанов С.А.	324
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЬЯ.....	324
Рахмонов У.Х., Салимзода А., Баротов С.У.	324
СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ	324
Рашидов Б.Дж., Муротов Х.М., Олимов О.З.	325
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ЧРЕСКОЖНОЙ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ (ЧПНЛ) В ЛЕЧЕНИИ КАМНЕЙ ПОЧЕК	325
Розиков М.С., Достиев У.А., Зокиров Р.А ¹	326
ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ВЛИЯЮЩИХ НА РАННЮЮ ДИСФУНКЦИЮ ПЕЧЕНОЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА И ВЫЖИВАЕМОСТЬ	326
Рузибоев С.А., Мардонов В.Н.	326
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫМИ СПОСОБАМИ.....	326
Рустамова Д.С., Расулова М.Р.	327
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ	327
Садиров В.З., Мираков Б.Т., Рахмонов М.Б.	327
КОРРЕКЦИЯ НЕПРАВИЛЬНО СРАСТАЮЩИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ МЕТОДОМ ОСТЕОКЛАЗИИ	327
Саидов И.С., Муродов Дж.К., Хамроев М.Ф.	328
ОДНОМОМЕНТНОЕ УСТРАНЕНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ХОДЕ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЛЕ ПО СПОСОБУ МАРМАРА-ГОЛЬДШТЕЙНА.....	328
Саидова Ф.Ф., Муродов Ш.Д., Шоев М.Д.	328
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАСЛА ЧЕРНОГО ТМИНА У БОЛЬНЫХ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ	328
Саидхонов Э.М., Ахророва М.С.	329
ИЗМЕНЕНИЕ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ЮНОШЕСКОЙ ГЛАУКОМЕ ПОД ВЛИЯНИЕМ ЛАТАНОПРОСТА.....	329
Сайдалиева Д.А.	329
ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПОТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ.....	329
Сайдалиева Д.А., Салимова З.Дж.	330
ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОСЛЕ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ШВА НА МАТКЕ	330
Сайдалиева Д.А.	331
ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ МАТКИ ВСЛЕДСТВИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ В РОДАХ	331
Сайдахмадов Ш.Б., Саидова Ф.А., Саидов М.А.	331
ТРОМБОЦИТАРНАЯ МАССА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ.....	331
Сайдахмадова О.З., Муртазоева Я.Г., Назарзода Н.Х.	332
БОЛЕЗНЬ ШТАРГАРДА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН	332
Саймуддинов А.С., Бурихони Н., Мираков Б.Т.	332
ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ КОКЦИГОДЕНИИ.....	332
Сак Н.В., Сак В.Н.	333

ИЗУЧЕНИЕ БИОСОВМЕСТИМОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ТАМПОНАДЫ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА У ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ	333
Салимов Ф.М., Шарипов Ф.А.	333
ЛЕЧЕНИЕ ВЕНОЗНО-КАВЕРНОЗНЫХ ГЕАНГИОМ СЛОЖНОЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	333
Салимова З. Дж.	334
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ	334
Салимова З. Дж., Сайдалиева Д.А.	334
АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКОЙ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ	334
Салимова З.Н., Мирзоева Ш.М.	335
СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРЕНАТАЛЬНОМ РАЗВИТИИ ПЛОДОВ У ЖЕНЩИН С АНЕМИЕЙ И МНОГОРОЖДЕНИЕМ В АНАМНЕЗЕ	335
Салимова З.Н., Мирзоева Ш.М.	335
ПЛАЦЕНТАНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БЕРЕМЕННЫХ С АНЕМИЕЙ В УСЛОВИЯХ ТАДЖИКИСТАНА	335
Салимова З.Н.	336
ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ У ПЛОДА	336
Салихова Ш. Д., Давлятова М.Ф., Холзода Д.А.	336
ЛЕТАЛЬНЫЕ SARS-CoV-2-АССОЦИИРОВАННЫЕ ПНЕВМОНИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ	336
Салихова Ш.Д., Давлятова М.Ф., Холзода Д.А.	337
НЕКОТОРЫЕ ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭВОЛЮЦИИ КОРОНАВИРУСОВ	337
Саттаркулова М.Ш., Эгамкулова З.Б.	337
ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ОБОЖЖЕННЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	337
Сафарзода Ф.М.	338
ЗНАЧЕНИЕ КАМЕРТОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ТУГОУХОСТИ	338
Сафаров А.Р., Хусанов Т.Б., Муминов Ш.А.	338
НЕКОТОРЫЕ ДАННЫЕ О МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОМ СТРОЕНИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ КРЫС	338
Семак Т.В., Давыденко Е.А.	339
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ РИНИТ	339
Собиров С.С. ² Камолов А.Н. ^{1,2} , Рафиев Ф.Р. ^{1,2}	339
ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	339
Солехов А.С., Хучамкулов Ф.Н., Махмадкулова Н.А.	340
МЕТОДИКА РАЗОБЩЕНИЯ ПАЛЬЦЕВ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ СРАЩЕНИЯХ	340
Солехов А.С., Курбонов Дж.Дж.	341
СПОСОБ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПИЛОНИДАЛЬНЫХ КИСТ В СТАДИИ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ	341
Солехов А.С., Курбонов Дж.Дж., Хакимов Ш.Дж.	341
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	341
Солиев О.Ф.	342
СОЧЕТАННАЯ ПЕННАЯ СКЛЕРОТЕРАПИЯ С МИНИФЛЕБЭКТОМИЕЙ КАК ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ПРИТОКОВ ПОСЛЕ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ	342
Сукманюк Е.О.	342
АНАЛИЗ ГЛАУКОМНОЙ ПАТОЛОГИИ ПО ДАННЫМ ОРЕНБУРГСКОГО ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОМС ЗА 2020 ГОД	342
Сулаймонова Г.Т., Шадыева Н.Ш.	343
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	343
Сулейманова Ф.А., Бабаева Т.С., Алиева Н.А.	344
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ И ДИСТРОФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРЕДНЕГО ОТРЕЗКА ОРГАНА ЗРЕНИЯ У РАБОТНИКОВ ОСНОВНЫХ ЦЕХОВ АЛЮМИНИЕВОГО ПРОИЗВОДСТВА	344
Султанбаев Ш.А., Ачилов Ё.С., Норматов Х.Ш.	344
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	344
Султанбаев Ш.А., Юлдашев У.Ш., Худайназаров У.Р.	345
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	345
Султанбаев Ш.А., Ачилов Ё.С., Норматов Х.Ш.	345
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	345
Султонов Х.	346
СИНДРОМ ВЗАИМНОГО ОТЯГОЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО – НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ САХАРНОГО ДИАБЕТА	346

РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ И ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 В НАЦИОНАЛЬНОМ НАУЧНОМ ЦЕНТРЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН.....	347
Талипова Г.И., Хабибулина Г.Р., Куклин Д.Н.....	347
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ОРМОНДА.....	347
Тимофеева Н.Ю.	348
ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ КАРТИНА НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ ПРИЕМЕ СЕЛЕНА	348
Тиркина А.Г.	348
МИКСОМА СЕРДЦА	348
Тоштемирова З.....	349
СИСТЕМАТИЗАЦИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ СТРУКТУР ГЛАЗ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ	349
Маликов Дж. И., Тоштемирова З. М., Юсупов Б. А.....	350
АРГЛАБИН В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЁННОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ.....	350
Тургунов А.Ш., Хакназаров Х.Ш.....	350
УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН.....	350
Турназаров Б.А., Набиев Б.И., Бобоева С.Ю.	351
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ КОНТАКТНОЙ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ	351
Турсунов О. О., Адылова Ф.Х., Муродов Ш.Д.....	351
ДИАГНОСТИКА СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ	351
Умаркулова У.И.	352
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ВЫБОРЕ УРОВНЯ АМПУТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	352
Урунбаева М.Г. Абдулвохидзода С., Бобоев С.....	352
АҲАММИЯТИ АУДИОМЕТРИЯИ НУТҚИ ДАР ТАШХИСИ ТАФРИҚАВИИ НАВЪҲОИ ГУНОГУНИ ГЎШВАЗНИЙ	352
¹ Усмонов Б.Н., Турназаров Б.А., ² Гафуров М.М.....	353
ОПЫТ ПРЕМИНЕНИЯ НИЛИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА.....	353
Фарзонаи Иброхим, Додихудоев Р.А., Шамсуллозода Ш.Н.	353
ЯТРОГЕНИЯ ЖЕЛЧОВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ.....	353
Фарзонаи Иброхим, Додихудоев Р.А., Шамсуллозода Ш.Н.	354
ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА.....	354
Фарзонаи Иброхим, Додихудоев Р.А., Шамсуллозода Ш.Н.	354
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID -19.....	354
Федулова Т.В.	355
ИЗМЕНЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ.	355
Фурохов И.Ё., Маджидзода М., Шарипова Д.Б.	356
ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ.....	356
Фурохов И.Ё., Курбонова И.М., Самадов А.Х.....	356
ВСТРЕЧАЕМОСТЬ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДАНГАРИНСКОМ РАЙОНЕ	356
Хаудойдодов О.М., Хомидов И.Т., Боқиев Ф.Б.	357
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ГИГАНТСКИХ РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖАХ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ	357
Хабибов С.С., Нозиров Э.Ч., Фатхуддини С.	357
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ, ТВЁРДОЕ И МЯГКОЕ НЁБО И АЛВЕОЛЯРНЫЙ ОТРОСТОК ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.....	357
Хазратов А., Марасулов Ж.....	358
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.....	358
Хайдаров З.Б., Зиёзода М., Сулейманова Ф.А.	358
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЗРИТЕЛЬНЫЕ ИСХОДЫ СКЛЕРАЛЬНЫХ ОТКРЫТЫХ ТРАВМ ГЛАЗА	358
Хайдаров З.Б., Зиёзода М., Абдиев П.Х.	359
БИОПОКРЫТИЕ РОГОВИЦЫ ПЕРИКАРДОМ ПРИ КЕРАТОМИКОЗАХ.....	359
Хайдаров З.Б., Зиёзода М., Косимов А.Х.....	359
ЛЕЧЕНИЕ ЭНДОФТАЛЬМИТА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОТКРЫТЫХ ТРАВМ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА.....	359
Хайдарова С., Алиева Н.А., Халимова З.С.	360
ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПОСЛЕ COVID -19.....	360
Хайрова Г. Х., Нозимов Ф. Х.	361
МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ОКСИДНОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВНЫМИ ФОРМАМИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА.....	361
Хайрова Г. Х., Нозимов Ф. Х.	361

ПРИМЕНЕНИЕ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ «АКВАСЕЛЬ AG+» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ	361
Хакимова М.М., Солиева С.Ф., Ошурбекова Ф.К.	361
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН	361
Халифаева М.И., Муродов М.Р., Абдурахимов Б.Х.	362
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТОКОЛИЗА НИФЕДИПИНОМ И ИНДОМЕТАЦИНОМ ПРИ УГРОЗЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ.....	362
Хамиджанова Н.А.	363
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ..	363
Хамидов Ф.М., Ситамов А., Каримов М.А.	363
ВЛИЯНИЕ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ ВОЛОС У ПАЦИЕНТОВ С АЛОПЕЦИЕЙ IV(a) ТИПОМ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ.....	363
Хамидов Ф.М., Хомидов И.Т., Бокиев Ф.Б.	364
ВЛИЯНИЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ.....	364
М. Н. Хамидова	365
ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ..	365
Хамроев Б.М., Гафуров А.У., Кобилов Х.И.	365
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЁЗНЫМХОЛЕЦИСТИТОМ.....	365
Хамроев Б.М., Обиджони К., Курбонов И.К.	366
СПОСОБ УШИВАНИЯ ТРОАКАРНЫХ РАН ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ С ВИДЕОАССИСТЕНЦИЕЙ.....	366
Хамроев Б.М., Аннаев М.Б., Мухаббатов А.Дж.	366
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОСТОПЕРАЦИОННОГО СТЕНОЗА АНУСА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ПАТОЛОГИЯМИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА	366
Хамроев М.Ф., Холов А.И., Абдурахимзода Ш.	367
ИЗМЕНЕНИЕ НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН ПРИ ИСКРИВЛЕНИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА III ТИПА (ПО МЛАДИНА)	367
Хасанов М.А.,Хомидов Н.Х., Мирзобеков Х.Ф.	367
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЛОКТЕВОГО И СРЕДИННОГО НЕРВА.....	367
Хасанова М.Р., Давлатов Дж.А.	368
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УНИВЕНТРИКУЛЯРНЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА	368
Хасанова Р.М., Сафарзода А.М., Саодатов Б.Х.	368
ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОГО БАРТОЛИНИТА У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	368
Ходжиев Э.Х., Муродов Ш.Д., Юлдошева Н.Р.	369
ПРОХОДИМОСТЬ ЕВСТАХИЕВОЙ ТРУБЫ ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ У ДЕТЕЙ.....	369
Ходиев М.Д., Мирзоев Ф.Х., Убайдов Д.	369
ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В МИНИИНВАЗИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ.....	369
Хамидова Ф.К., Исматова Г.А., Мусоева Дж,Э.	370
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ОСЛОЖНЕНИЯ РОДОВ У ПОДРОСТКОВ.....	370
Хойна Э.С., Попова А.О., Чиркин И.С.	371
АКТУАЛЬНОСТЬ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПАТОЛОГИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	371
Хойна Э.С., Попова А.О., Чиркин И.С.	371
АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНЦИДЕНТАЛОМЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ НА ПРИМЕРЕ АЛЬДОСТЕРОМЫ	371
Холбоев К.С., Солехов А.С., Джураева Н.Х.	372
ЗНАЧЕНИЕ ПОЛА ПРИ ПРОГНОЗИРОВАНИИ РЕЦЕДИВА КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И 12- ПЕРСТНОЙ КИШКИ	372
Холзода Ш.И., Дадоджонов Ж.Ю., Хомидзода И.Дж.	373
ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНЫХ ФОРМ ГИПОСПАДИИ ПОСЛЕ РАНЕЕ ПРОВЕДЁННОЙ ЦИРКУМЦИИ	373
Холикова Ф.А., Мансуров Х.Н., Бахромов М.Б.	373
СИМУЛЬТАННАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПАХОВАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧЕ- КАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ	373
Холов А.И., Хамроев М.Ф., Худжасолиева Ф.А.	374
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ДОБАВОЧНЫХ ШЕЙНЫХ РЁБЕР СРЕДИ ДЕВУШЕК ХГМУ	374
Холов А.И., Хамроев М.Ф., Абдурахимзода Ш.Р.	374
ТАБОБАТИ ҶАРРОҲИИ АЛОИМИ ҚАБУРҒАИ ИЛОВАГИИ ГАРДАН.....	374
Холов А.И., Холзода Ш.И., Дадоджонов Ж.Ю.	375
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ДОБАВОЧНЫХ ШЕЙНЫХ РЁБЕР И УДЛИНЁННЫХ ПОПЕРЕЧНЫХ ОТРОСТКОВ VII-ГО ПОЗВОНКА У СТУДЕНТОВ I-ГО КУРСА ХГМУ	375
Хомидов И.С., Содиков Ф.Х., Камолов Ф.С.	375

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭХИНОКОККОЗА ГОЛОВНОГО МОЗГА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН.....	375
Хомидов А.Т., Рафиков С. А., Тоджиев Дж. Ш.	376
СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ТОРАКОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С НЕВРИНОМой СРЕДОСТЕНИЯ	376
Хомидов Ш.А., Шоназаров Н.О., Исматуллоев Х.М.	376
ПОПУЛЯЦИОННАЯ ЧАСТОТА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА	376
Хомидов И.Т., Худойдодов О.М., Бокиев Ф.Б.	377
ИЗУЧЕНИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПЕРЕДНЕБОКОВЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА.....	377
Хаудойдодов О.М., Хамидов Ф.М., Бокиев Ф.Б.	377
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ГИГАНТСКИХ РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖАХ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ	377
Худойназарова Г.З., Зокирова Э.З.	378
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙУ ТЯЖЕЛОБОЖЖЕННЫХ	378
Хурсанов Ё.Э., Джаббаров Ш.Р., Абдулсаидов С.К.....	379
ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА	379
Хусанов Д.Р., Шомуродов К.Э., Мусаев Ш.Ш.	379
РЕКОНСТРУКЦИЯ ДЕФЕКТОВ И ДЕФОРМАЦИЙ СКУЛО-ОРИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫХ ИМПЛАНТАТОВ.....	379
Хушқадамова Г.З., Баротова Ф.С., Рахимова Н.Т.....	380
КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ПЕРВИЧНЫХ БОЛЬНЫХ С ГЛАУКОМОЙ	380
Шамсиев Ш.Б.....	380
ОТРИЦАТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ КОРОНАВИРУСА НА СЛУХОВУЮ ФУНКЦИЮ.....	380
² Шамсуллозода Ш.Н., ¹ Хофизова Г.А., ³ Амирхонов З.С.	381
ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ	381
Шамсуллозода Ш.Н., Шарифов С.А., Мирсаидова Ю.А.	381
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭХИНОКОКЭКТОМИЯ ИЗ ПЕЧЕНИ	381
Шамсуллохи Шарофатулло, Муродов Ш.Д.....	382
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ НОСА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ.....	382
Шарапова М.В.....	382
БЕЗОПАСНОСТЬ ВВОДНЫХРОДОВ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ.....	382
Шарипов Ф.К.....	383
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ БРЮШНОЙ АОРТЫ.....	383
Шарифов С.А., Шамсуллозода Ш.Н., Пулодов С.Э., Джураев Б.Б.	384
ДЛИТЕЛЬНОСТЬ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ	384
Шербадалова А.А., Кенджаева М.Р.....	384
ПАТОЛОГИЯ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН ОТ РОДСТВЕННОГО БРАКА.....	384
Шоев М.Д., Саидова Ф.Ф., Зиёева Ч.С.	385
ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БЕНЗИЛАГИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА	385
Шоев М.Д., Амиршоев С.Д., Адылова Ф.Х.	385
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПАУЗА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ В ПОЛОСТИ НОСА	385
Шоев М.Д., Юсупова Г.А., Саидов Д.Х.	386
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КВИСОЛА ПОСЛЕ РИНОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ	386
Шоев М.Д., Адылова Ф.Х., Курбонов Р.З.....	387
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИМИКРОБНОЙ АКТИВНОСТИ НАСТОЕВ ШАЛФЕЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО И ЗВЕРОБОЯ ПРОДЫРЯВЛЕННОГО У РИНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	387
Шокирова У.Г., Мирзоева О.Ф., Хакимова М.М.	387
ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ ВТОРОЙ ПОЛОВИНЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН СО СЛАБОСТЬЮ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	387
Шопулотов Ш.А., Шопулотова З.А.....	388
ГИПЕРАКТИВНЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ И БОС-ТЕРАПИЯ	388
Шукуров Х.Б., Кушаров Ш.А., Алимов Ж.И.....	389
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ УЗЛОВОМ ЗОБЕ	389
Щеглова И.В., Самандаров А.Ю., Гафурова Б.Ш.	389
ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ХОЛЕСТЕРОЛА В МОЧЕ МЕТОДОМ ГАЗОВОЙ ХРОМАТОГРАФИИУ ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ УРЕЛИТИАЗОМ	389
Эмирбекова А.Р., Нуриева А.И., Елфимова А.Д.	390
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕТОКСИЧЕСКОГО ОДНОУЗЛОВОГО ЗОБА	390

Эмомов Х.С., Эмомов Х.С., Бойчаев А.Б.	391
ОСОБЕННОСТИ СИМПТОМЫ И ЛЕЧЕНИЯ МОЧАКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ	391
Юдина С.А.	391
МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ЖЕЛЧИ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ.....	391
Юлдошева М.У., Искандарова М.А., Юлдошева М.У.	392
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ	392
Юлдошева М.У., Рахматуллоева Ф.Н., Идиева Ш.Х.	393
ЛАКТАЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ У РОДИЛЬНИЦ, РОДОРАЗРЕШЕННЫХ АБДОМИНАЛЬНЫМ ПУТЕМ	393
Юнусов Х.А., Амиров Дж.Н., Холбаев А.М.	393
ИЗУЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЧРЕСКОЖНЫХ ПУНКЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ КИСТ ПОЧЕК.....	393
Юнусов Х.А., Шарифзода С.Ш., Солиев О.Ф.	394
ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТЬЮ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ.....	394
Юнусов Х.А., Курбанов Н.Р., Солиев О.Ф.	394
АНОМ АЛИЯ ПАУЭРСА: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	394
Маликов Дж.И., Тоштемирова З.М., Юсупов Б.А.	395
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОЗОНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ.....	395
Юсуфзода О.К., Хамроев Б.М., Зиёев Ш.Х.	395
ЦЕНТРАЛЬНОЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ У БОЛЬНЫХ С ЖЁЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ ИБС ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	395
ПЕДИАТРИЯ	397
Абдурахманова У.Ш., Султонбеков Н.Н., Мирзоев М.Н.	397
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ	397
Абдурахманова У.Ш., Султонбеков Н. С.	397
ТРАНСПЛАНТАЦИЯ КОСТНОГО МОЗГА, КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ	397
Абдурахманова У.Ш., Хамидова С.Н.	398
ВРОЖДЕННЫЙ БУЛЛЕЗНЫЙ ЭПИДЕРМОЛИЗ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	398
Абулфайзов А.Д., Маджонова М.Дж., Комилов И.А.	399
ПРИМЕНЕНИЕ СЕМЯН ТЫКВЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АСКАРИДОЗА У ДЕТЕЙ.....	399
Абуова У., Ботан Г.А.	399
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ.....	399
Азимова К.Т.	400
ОСТРЫЙ БРОНХИОЛИТ У ДЕТЕЙ: СТРАТИФИКАЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ЕГО РАЗВИТИЯ.....	400
Алиев Ф., Ҳайитова Г.	400
ПАҲНШАВИИ БЕМОРИИ ДАРУНРАВӢ (ЭНТЕРОКАЛИТ) ДАР КӮДАКONI ХУРДСОЛ.....	400
Алиев Ф., Усмонова Ш.	401
ВЛИЯНИЕ ЛИМФАТИКО – ГИПОПЛАСТИЧЕСКОГО ДИАТЕЗА НА ИММУНИТЕТ МЛАДЕНЦЕВ..	401
Алимова Д.Д.	401
КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	401
Алишерова Н.А.	402
ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЕДИАТРИИ	402
Аминджанова Д.Р., Басирова Ф. Б.	402
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ ПРИ COVID-19 У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	402
Анакулова Т.А., Гафорзода С.М.	403
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ	403
Ахтамова Ш.Х., Омонова М.Ш., Каюмова Ш.	403
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ.....	403
Ашурова Н.П., Муродов Г.З.	404
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВИТАМИНА Д У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ РАХИТОМ.....	404
Ашурова Н.П., Разокова К.Р.	405
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ...	405
Байгазинова Д.А., Николайцев А. А., Шакеева А.Р.	406
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИОННОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ.....	406
Баймурзина Н.Г.	406
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ВСПЫШКИ	406
Бакоев Ф.С.	407
ДЕТИ С ОЖИРЕНИЕМ И ДЕФИЦИТОМ ВИТАМИНА Д	407

Бакоев Ф.С.	407
АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ В ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ ТАДЖИКИСТАНА ЗА ПОСЛЕДНИЕ 5 ЛЕТ	407
Батуева Д.И.	408
ОТНОШЕНИЕ К ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ: ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ	408
Бектилова Д.Т.	408
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.	408
Бобоева Б.Ю., Курбонова Р.Н.	409
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У ДЕТЕЙ	409
Бобоева С.Х., Бобоев Б.Н., Туробова З.Н.	410
ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ	410
Боев Б.Х., Кодиров А.Х.	410
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ИНГИБИТОРНОЙ ФОРМЫ ГЕМОФИЛИИ В РТ	410
Болтаева Д. В., Мирсодинова Р. М., Саидмахмудова К. С.	411
УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЧЕК	411
Виноградова А.П.	411
РЕДКИЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ПНЕВМОНИИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	411
Гайратова Н.Н., Содиков Н.М., Акбаров Ю.А.	412
ПСИХОГИГИЕНА СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ ДАНГАРИНСКОГО РАЙОНА	412
Гайратова Н.Н., Султонбеков Н.С., Содиков Н.М.	412
ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ ХГМУ	412
Гафурова П.А., Рахматова М. З., Хамидова С.Н.	412
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НОВОРОЖДЕННЫХ В НМЦ «ШИФОБАХШ»	412
Гисова М.М., Исмаилов Ф.Б.	413
ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ У ДЕТЕЙ	413
Гойинова Н.С.	413
СОСТОЯНИЕ ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ	413
Гуфронзода Д., Пулатова С.Д., Юлдошева З.Х.	414
БОЛЕЗНЬ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА У ДЕТЕЙ	414
Давлатова А.Г., Кудратова Н., Солиева М.	415
КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ	415
Давлатова Дж.Дж., Шарипов З.Х.	415
СИНДРОМ БАЙЛЕРА У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	415
Давлатова Дж.Дж.	416
ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ЦИРОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ	416
Давлатова Дж.Дж.	416
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ	416
Чаббаров С.С.	416
ВЛИЯНИЕ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ ЖЕНЩИН НА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	416
Джамолова Г.Дж., Дододжонов Дж.Ю., Мардонзода К.М.	417
УЗЛОВОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	417
Джумаева Л.Ф.	418
КЛИНИКО-БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ	418
Ерпкина П.О.	418
ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ НЕЙРОФИБРОМАТОЗА I ТИПА У РЕБЕНКА	418
Зайнудинова П. К., Курбанова П. Х.	419
СОСТОЯНИЕ КОАГУЛЯЦИОННОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	419
Зайнудинова П. К., Курбанова П. Х.	419
СОСТОЯНИЕ КОАГУЛЯЦИОННОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	419
Зарипова М.Дж.	420
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И РОЖДАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН	420
Захарова А.В.	421
ПЕРВИЧНЫЙ ИММУНОДЕФИЦИТ У РЕБЕНКА: ОТ ДИАГНОСТИКИ К ДИАГНОЗУ	421
Зейдин Г.Б., Сулей Б.Б., Қайырбаева А.Қ.	421
СЕНСОРНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ПАРАЛИЧАМИ	421
Ибрагимова Лейла	422
СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ	422

Ишмирзоев Дж.Р., Солиева М.	422
ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ С МАЛОЙ МАССОЙ ТЕЛА	422
Ишмирзоев Ч.Р. Мухиддинов Б.	423
СОВРЕМЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ	423
Каримова М.Б., Исоева М.Ф.	423
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ФОРМ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ	423
Каримова М.М., Джаббаров Н.Р.	424
ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННОГО ТОКСОПЛАЗМОЗА У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА	424
Касенкан Темирлан Рамазанулы	424
ИДЕНТИФИКАЦИЯ ПРЕДИКТОРОВ ЛЕТАЛЬНОСТИ ГРИППА У ДЕТЕЙ В ПОСТКОВИДНЫЙ ПЕРИОД: АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ТЯЖЕСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СМЕРТНОСТЬ, ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ	424
Касымов П.В.	425
СИНДРОМ АНЕМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ	425
Касымов П.В.	425
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК	425
Касымов П.В.	426
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЁРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК	426
Каюмова Ш.Ш., Ахтамова Ш.Х., Омонова М.Ш.	427
ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ	427
Кодиров У.А., Ахмедов Р.А.	427
ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У ДЕТЕЙ С ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ТЕН(ТИТАНОВЫМ ЭЛАСТИЧНЫМ СТЕРЖЕНЕМ) В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	427
Комилзода С., Одинаев Д.Х., Мамадьярова М.Г.	428
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭШЕРИХИОЗНОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	428
Кудратхужаева Ш. Ш., Саидходжаева С.Н.	428
НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ И ВИЗУАЛИЗАЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК	428
Курбонов Ч.И., Нуралиева Г.М., Кахоров З.З.	429
РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ У ДЕТЕЙ	429
Курбонова Ш.Х.	429
ПОКАЗАТЕЛИ СВЁРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ ПУПОВИННОЙ КРОВИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА	429
Кубашев Ш.А., Жаксылык М., Рзабек А.А.	430
ВЗАИМОСВЯЗЬ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ХАРАКТЕРОМ ВСКАРМЛИВАНИЯ	430
Легонькова Д.Д.	430
ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СЕДАЦИИ	430
Мамасайтова С.Дж., Юсупова М.А.	431
ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ВИРУСЕ КРАСНУХИ	431
Махмадиев У.Р., Махмадалиева Ф.М.	431
ТЕЧЕНИЯ ТУБУЛОПАТИИ У ДЕТЕЙ	431
Махмудова Матлюба Олимжон кизи	432
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ У; ДЕТЕЙ САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ	432
Мирзоева Ш., Шин Л.И.	432
ТЕЧЕНИЕ ГРИППА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ПЕРИОД ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ВСПЫШКИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ	432
Музаффаров Ш.С., Исмоилова М.А., Асламова Г.К.	433
К ВОПРОСУ О СОСТОЯНИИ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ГОМЕОСТАЗА У ПОЗДНИХ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ	433
Муродов Г.З., Мамадалиева Ф.М.	434
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ	434
Муродов Г.З., Муродова Ф.С.	434
СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БРОНХИОЛИТА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА	434
Муродова М.К., Пулатова Ф.Дж., Сатторова А.П.	435
ВЛИЯНИЕ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ	435
Муродова Ф.С., Ашурова Н.П., Разокова К.Р.	435
СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ФОСФАТ-ДИАБЕТОМ	435
Мухаммаднабиева Ф.А.	436
ПОСТКОВИДНЫЙ ЛЕЙКОЗ У ДЕТЕЙ	436

Мухаммаднабиева Ф.А.	436
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРИЁМ ВИТАМИНОВ ПРИ МИЕЛО И ЛИМФОБЛАСНОМ ЛЕЙКОЗЕ У ДЕТЕЙ.....	436
Мухаммаднабиева Ф.А.	436
ТОРПИДНОСТЬ К ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ЛИМФОБЛАСНОМ ЛЕЙКОЗЕ У ДЕТЕЙ.....	436
Наврузкулова Ш.Ф.	437
ПИТАНИЕ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ССИНДРОМОМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ.....	437
Наврузкулова Ш.Ф.	437
АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ ПРИРОЖДЕНИИ	437
Нагзибекова Д.Д., Наврузова Н.Н.	438
АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	438
Нагзибекова Д.Д., Ашурова Н.П.	438
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЛИКОПИД У ДЕТЕЙ С ЗАТЯЖНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ	438
Нажмидинова Д.Д., Саипова М.	439
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТИМОМЕГАЛИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА	439
Назарова З.С., Исоева М.Ф., Нилуфари Киемиддин.....	439
ОСЛОЖНЕНИЯ КОРИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ	439
Насридинова Н.Н.	440
ВРОЖДЕННАЯ МЕЗОДЕРМАЛЬНАЯ ДИСТРОФИЯ - КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ	440
Научный руководитель –к.м.н., доцент Кабилова Б.Х.	440
Ниязов Д.М.	440
ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОБРАЗОВАНИЕМОЛОДЕЖИ.....	440
Маматкулова Д.Х., Нормухматов Б.Б.	441
ВЛИЯНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ НА ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ.....	441
Разокова К.Р., Ашурова Н.П.	442
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА	442
Разокова К.Р., Нагзибекова Д.Д.	442
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ.....	442
¹ Разокова Д.Д., ² Лим М.В., ¹ Файзуллоев Ф.А.	443
СЛУЧАЙ СКЛЕРОДЕРМАТОМИОЗИТА	443
Расулова С.А., Ризоева М.Н., Восиева Н.С.	444
НЮАНСЫ ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРП У ДЕТЕЙ.....	444
Раупова Озода.....	444
НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВИТАМИНА Д У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА	444
Рахматжонов Х. А.	445
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА С ЛЕГОЧНОЙГИПЕРТЕНЗИЕЙ	445
Рахматуллаева М.А., Ашурова Н.П.	445
ВЗАИМОСВЯЗЬ ДИСФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ.....	445
Рустамова Х.Х., Хамидова М.Н.	446
МАКРО- И МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СОСТАВ ВОЛОС У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА.....	446
Сатторова А.П., Хазраткулова Н.С., Бобоева С.Х.	446
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИМПТОМОВ РАХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	446
Сатторова А.П., Хазраткулова Н.С., Бобоева С.Х.	447
ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	447
Сатторова М., Нуралиева С.	447
ВЛИЯНИЕ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ НА СОСТОЯНИЕ КРОВЕТВОРНОЙ СИСТЕМЫ МЛАДЕНЦЕВ.....	447
Сафаров А.Р., Кулмамадова А.М.	447
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТКОВИДНОЙ АСТЕНИИ У ДЕТЕЙ	447
Сологуб М.А.	448
ТЕРНИСТЫЙ ПУТЬ К ПРАВИЛЬНОМУ ДИАГНОЗУ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ.	448
Султонбеков Н.С., Гайратова Н.Н., Абдурахманова У.Ш.	448
ПРИМЕНЕНИЕ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСНОГО ЛЕЙКОЗА У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН.....	448
Табарова Н. М.	449
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИОКСИДОНИЯ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ.....	449
Табарова Н.М.	450
ЭФФЕКТИВНОСТЬПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ, УЛУЧШАЮЩИХ	450
Толибов А.Х., Саидмуродова Г.М.	450
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КИШЕЧНОГО АМЕБИАЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.	450

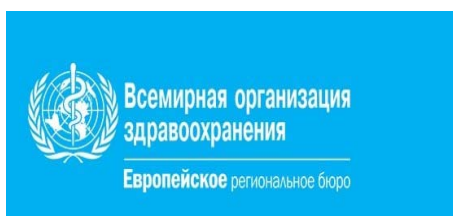
Толмачева В.Ю.	451
ПРОФИЛАКТИКА ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СПЕЦИАЛИСТАМИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА	451
Туробова З.Н., Бобоева С.Х., Бобоев Б.Н.	451
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СЕПСИСА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА	451
Узакова С.Э.	452
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ	452
Уктамова Ю.У., Шамсиева М.М.	452
ПИТАНИЕ И ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ КАК ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ - МЕДИКОВ	452
Умарова С.С.	453
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ	453
Файзуллоев Ф.А. ² , Алиева М.М. ¹	453
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ	453
Файзуллоев Ф.А. ² , Алиева М.М. ¹	454
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ	454
Файзуллоев Ф.А. ² , Курбонов Ч.И. ¹	454
РЕАКТИВНЫЙ АРТРИТ У ДЕТЕЙ	454
Хаитбаева Ш.Х.	455
ОПТИМИЗАЦИЙ ТЕРАПИИ НЕВРОПАТИЙ МАЛОБЕРЦОВОГО НЕРВА И ПЛЕКСОПАТИИ У ДЕТЕЙ.	455
Халдарбекова М.А.	455
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНА 6, МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И ФЕРРОКИНЕТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С АНЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	455
Хамраев З.С., Хамраева Г.Б., Фирузаи И.	456
ФАКТОРЫ РИСКА НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ	456
Ходжаева Н.М., Маджоннова М.Дж., Абдуллоева С.А.	456
ПРИМЕНЕНИЕ ИНДУКТОРА ИНТЕРФЕРОНА В ТЕРАПИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ	456
Ходжаева Н.М., Маджоннова М.Дж., Гуломов Ч.Г.	457
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА РЕНГАЛИНА В ТЕРАПИИ ОРВИ У ДЕТЕЙ	457
Холинова М.М.	457
ИММУННЫЙ СТАТУС У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В СЛЕДСТВИЕ ЗВУР	457
Холмурадова Н.Дж.	458
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ	458
Хусенова М.А., Султонбеков Н.С., Алимов Х.Х.	458
ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВНУТРИУТРОБНЫХ СМЕШАННЫХ ИНФЕКЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ	458
Хусенова М.С.	459
ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ГОМЕОСТАЗА ПРИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЯХ У ДЕТЕЙ	459
Шамсиддинова Ф.Ф., Исомиддинова Д.Ш.	459
СТАТУС АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ПРИ ГИПЕРУРЕКЕМИИ	459
Шамсиева М.М., Уктамова Ю.У.	460
ИЗУЧЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ ВЛИЯЮЩИХ НА ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ- МЕДИКОВ	460
Шарипов Ф., Пирова М.	460
ОСОБЕННОСТИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	460
Шарипова М.М.	461
ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ	461
Шарипова Н.	461
ТЕЧЕНИЕ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	461
Шарифов З.Х., Бердиева Ф.О., Муродов Г.З.	462
БОЛЕЗНЬ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА У РЕБЁНКА 2 ЛЕТ 4 МЕСЯЦЕВ	462
Шарифов З.Х., Ашурова Н.П., Шукурова Д.Б.	462
СЛУЧАЙ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА У РЕБЁНКА	462
Шокирова М.К.	463
АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИЕЙ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ	463
Эмомов Х. С., Бойчаев А. Б., Бобоев Б. М.	463
ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ДЕСТРУКЦИЙ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ	463

Эмомов Х. С., Эмомов Х.С.	464
ЭФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ У ДЕТЕЙ	464
Янгибоев Ш.И.	465
КОРРЕКЦИИ МЛАДЕНЧЕСКИХ КИШЕЧНЫХ КОЛИК У ДЕТЕЙ.	465

КОНФЕРЕНЦИЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ ПОДДЕРЖКЕ:



BaSiC Таъсиси системаи ҳамгироишудаи кумаки аввалияи тиббиро санитарӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон



ГЕДЕОН РИХТЕР



Отпечатано в типографии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Подписано к печати 22.04.2023г.
Формат 60x84 ¹/₁₆. Объем 31 п.л. Тираж 100.